



HAL
open science

La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle : de la sanction pénale à l'aide thérapeutique conjointe

Christian Lobreau

► **To cite this version:**

Christian Lobreau. La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle : de la sanction pénale à l'aide thérapeutique conjointe. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01732410

HAL Id: hal-01732410

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732410v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

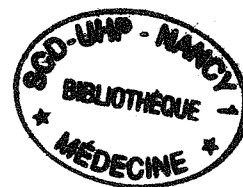
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Christian LOBREAU

le 6 juin 2006

La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle : de la sanction pénale à l'aide thérapeutique conjointe

Examineurs de la thèse :

M. J.P. KAHN	Professeur		Président
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	}	
M. H. LAMBERT	Professeur	}	Juges
M. B. COURTIAL	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT

Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT – Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND

Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÁSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Professeur de psychiatrie d'adultes

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse,

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement pour l'enseignement et l'aide qu'il nous a apportés ainsi que pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur de pédopsychiatrie

Qui nous fait l'honneur de juger ce travail,

Durant nos années d'internat nous avons reçu un accueil bienveillant dans son service,

Qu'il trouve ici l'assurance de nos plus vifs remerciements et de notre respectueux
attachement.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Henri LAMBERT
Professeur de réanimation médicale
Officier dans l'ordre des palmes académiques

Qui nous fait l'honneur de juger ce travail,

Qu'il soit assuré de notre sincère gratitude et de notre reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Bertrand COURTIAL
Psychiatre, Praticien hospitalier

Qui nous fait l'honneur de juger ce travail,

Après nous avoir accueilli dans son service il nous a toujours manifesté un intérêt amical et
bienveillant,

Qu'il en soit respectueusement remercié.

REMERCIEMENTS

A mes maîtres de stage lors de mes études de médecine à Reims et à Nancy,

A mes parents qui m'ont permis de mener à bien mes longues études,

A ma sœur et mes frères,

A ma famille,

A mes amis,

A tous ceux qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce travail.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".



Table des matières

Introduction	17
1. Cas cliniques	19
1.1. Observation de Monsieur P	19
1.2. Observation de Monsieur M.....	22
1.3. Observation de Monsieur T.....	26
1.4. Observation de Monsieur O	28
1.5. Commentaires.....	30
2. Epidémiologie de la délinquance sexuelle	33
3. Histoire de la régulation sociale de la sexualité	38
3.1. Avant le XIXe siècle	38
3.2. Le Code Napoléon.....	39
3.3. Le Nouveau Code Pénal.....	41
3.4. Le cadre législatif et réglementaire actuel.....	42
3.4.1. Loi du 17 juin 1998	43
3.4.2. Loi du 9 mars 2004.....	47
3.4.3. Loi du 12 décembre 2005	49
4. Classifications des comportements sexuels pathologiques	51
4.1. Classifications psychiatriques	51
4.1.1. Les « troubles de la préférence sexuelle » selon la CIM-10	51
4.1.2. Les « paraphilies » selon le DSM-IV-TR.....	53
4.2. Classification pénale	55
5. Description des infractions sexuelles les plus communes.....	58
5.1. L'exhibitionnisme	58
5.2. Le viol	60
5.3. La pédophilie.....	64
5.4. L'inceste.....	68

6. Caractéristiques des auteurs d'agression sexuelle.....	73
6.1. Caractéristiques générales	73
6.2. Caractéristiques cliniques.....	75
6.3. Les femmes agresseuses sexuelles	81
6.4. Les adolescents agresseurs sexuels	83
7. Hypothèses étiologiques.....	86
7.1. Approche psychosociologique	86
7.2. Approche criminologique.....	87
7.3. Approche psychanalytique	90
7.4. Approche comportementale et cognitive.....	91
7.5. Approche neuro-endocrinologique.....	95
7.5.1. Hypothèses hormonales.....	95
7.5.2. Hypothèses biologiques.....	97
7.5.3. Hypothèses neurologiques.....	99
7.6. Approche génétique.....	100
8. Le problème de la récidive	102
8.1. Facteurs de risque d'agression sexuelle	102
8.2. Facteurs de risque de récidive	103
8.3. Evaluation du risque de récidive	107
8.3.1. Par l'expert psychiatre.....	107
8.3.2. Par le thérapeute	109
9. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle	112
9.1. Evaluation clinique.....	113
9.2. Objectifs de la prise en charge	116
9.3. Moyens thérapeutiques.....	119
9.3.1. La psychothérapie	119
9.3.1.1. Thérapie psycho-pédagogique.....	120
9.3.1.2. Thérapie psychodynamique.....	121
9.3.1.3. Thérapie cognitivo-comportementale.....	122
9.3.1.4. Thérapie de groupe.....	124
9.3.2. Traitements chirurgicaux.....	126

9.3.3. Les chimiothérapies.....	128
9.3.3.1. Les psychotropes	128
9.3.3.2. Les traitements hormonaux	129
a. Intérêt des anti-androgènes.....	129
b. Molécules disponibles en France	131
c. Bilan initial et évaluation thérapeutique.....	136
d. Limites des anti-androgènes.....	136
9.4. Stratégies thérapeutiques.....	138
9.5. Particularités des soins en milieu carcéral.....	142
10. Légitimité des soins pénalement ordonnés.....	145
Conclusion.....	151
Bibliographie.....	153
Annexes.....	168





Introduction

Depuis un quart de siècle, le législateur français n'a cessé de multiplier les dispositions permettant une répression toujours plus sévère des infractions sexuelles. Après des années de silence, nos sociétés longtemps aveugles face aux violences sexuelles notamment intra-familiales sollicitent aujourd'hui la psychiatrie pour prendre en charge non seulement les auteurs d'agression sexuelle qui présentent des troubles mentaux mais aussi et surtout ceux qui acceptent, éventuellement sous la contrainte de la loi, de faire un travail sur eux-mêmes.

La question de la prise en charge des criminels et délinquants sexuels reste toujours pour de nombreux soignants au cœur d'un important débat. En effet, s'intéresser aux agressions sexuelles sur un plan thérapeutique pose la question du traitement et donc des possibilités d'aide à apporter à leurs auteurs. De manière sous-jacente est implicitement posée la question de la prévention : comment diminuer la dangerosité criminologique c'est-à-dire la probabilité de récurrence d'un auteur d'agression sexuelle ? Aborder la question des soins aux auteurs d'agression sexuelle dans le cadre ou non d'une obligation de soins soulève donc beaucoup d'interrogations notamment sur leur légitimité et leur finalité. En effet, il paraît difficile de concilier les impératifs de protection des victimes, de prévention de la récurrence, de respect du secret médical et de protection des libertés individuelles.

Comme nous le verrons par le biais de plusieurs observations cliniques, la rencontre avec un auteur d'agression sexuelle est particulière car celui-ci présente rarement une pathologie psychiatrique avérée et ne demande pas une aide d'emblée. Bien souvent, l'entourage, l'avocat, le magistrat, l'éducateur font pression sur lui pour qu'il demande des soins, ce qui peut ouvrir la voie à la discussion voire à la remise en question des fondements de la relation soignant-soigné.

Avant d'effectuer une revue des différentes possibilités thérapeutiques qui guideront le psychiatre dans l'approche de ces sujets ainsi qu'une réflexion sur la pratique des soins pénalement ordonnés auprès des auteurs d'agression sexuelle, nous aborderons en premier lieu : les données statistiques concernant la fréquence et la distribution des abus sexuels et de leurs auteurs, l'évolution des mentalités au sujet de la régulation sociale de la sexualité, les

tentatives de classifications psychiatriques et pénales des comportements sexuels pathologiques, les aspects cliniques et psychopathologiques de leurs auteurs, les hypothèses étiologiques et la problématique de la récidive des abus sexuels.

1. Cas cliniques

1.1. Observation de Monsieur P.

Monsieur P., âgé de 38 ans, est adressé par son médecin traitant, en janvier 2005, pour une hospitalisation libre au Centre Psychothérapique de Nancy, dans le cadre d'un état dépressif chronique avec consommation abusive d'alcool.

Dans ses antécédents médicaux, on note :

- un accident de la voie publique en janvier 2004 dans un contexte d'alcoolisation aiguë à l'origine d'un traumatisme sans séquelle au niveau du membre supérieur droit, des genoux et du rachis cervical ;
- une maladie de Crohn découverte à l'âge de 20 ans ;
- une pelade il y a 7 ans ;
- une consommation tabagique évaluée à un paquet par jour depuis 20 ans ainsi qu'une consommation épisodique de haschich.

Sur le plan socio-familial, Monsieur P. est le troisième d'une fratrie de quatre. Il a deux demi-frères et une demi-sœur d'origine maternelle, tous les trois issus d'un père différent. Sa mère est âgée de 70 ans et retraitée (ancien chauffeur de bus). Il dit ne plus avoir de contact avec elle depuis 8 ans. Quant à son père, il affirme ne jamais l'avoir connu. Monsieur P. est marié depuis 8 ans et a 2 garçons âgés de 8 et 6 ans. Sa femme, âgée de 38 ans, est aide-soignante. Au niveau professionnel, Monsieur P. travaille comme dessinateur dans un cabinet d'architecte.

A l'admission, Monsieur P. a le contact relativement facile avec le personnel soignant et recherche l'écoute et la compréhension d'autrui. Il s'empresse d'évoquer à toute personne qui veut bien l'entendre sa biographie mouvementée et notamment la maltraitance infantile dont il a été victime de la part de son beau-père et de sa mère (décrite comme alcoolique) ainsi que son placement en « centre de redressement » de l'âge de 9 à 16 ans où il aurait subi des

expériences sexuelles traumatisantes. A ce sujet, il évoque des épisodes de viols, d'attouchements sexuels et de sévices physiques de la part d'autres garçons dont certains étaient des éducateurs. Par la suite, d'après lui, une problématique d'identité sexuelle serait apparue l'ayant conduit à la pratique occasionnelle de rapports homosexuels consentants. Ces événements ont pour lui bouleversé sa vie. Il compare, voire même identifie, son enfance à certains personnages du film « Les Choristes » qui dépeint l'univers d'un internat de rééducation pour mineurs particulièrement répressif. Concernant sa consommation d'alcool, il rattache le début de celle-ci à sa rencontre fortuite il y a 6-7 ans avec un ex-éducateur de son « centre de redressement » qui l'aurait agressé sexuellement durant son placement. Il décrit sa conduite alcoolique comme un alcoolisme d'entraînement, avec consommation régulière de bières, souvent en compagnie et sans culpabilité, à l'origine ces derniers temps d'une situation conjugale fragilisée. Durant l'entretien, Monsieur P. insiste fréquemment sur son besoin d'une psychothérapie efficace et soutenue afin de traiter « une bonne fois pour toutes » ses difficultés psychologiques secondaires aux traumatismes qu'il a subis durant son enfance et son adolescence. Son discours est volontiers « trop » spontané voire même « volontariste ». Il donne l'impression de vouloir beaucoup s'impliquer dans sa prise en charge et peut-être de façon trop prononcée. En fin d'entretien, il confie avoir bénéficié d'une prise en charge psychothérapique ambulatoire il y a 7-8 ans, auprès d'un psychiatre de ville, durant quelques années, mais que celle-ci ne l'a pas suffisamment aidé à se poser les bonnes questions et trouver les réponses justes à sa problématique de victime d'abus sexuels, une des raisons pour lesquelles il a demandé son hospitalisation actuelle.

Soulignons qu'à son entrée, Monsieur P. ne présente pas de manifestation clinique objectivant un alcoolisme chronique. De plus, on ne retrouve pas d'élément de la lignée dépressive (notamment pas de vellétés suicidaires) dans ses propos ou son attitude générale.

Le discours du patient concernant sa biographie laisse entrevoir une version incomplète ou tronquée de celle-ci par suite de dissimulation volontaire ou de mythomanie. En effet, il existe comme un décalage entre les propos de Monsieur P. et le vécu émotionnel et affectif de son récit. Il donne l'impression tantôt de se poser en victime de la société, tantôt d'exploiter à son avantage certains rôles valorisants où semble se satisfaire son narcissisme. Ses récits sont très souvent imagés comme pour dramatiser ou embellir la réalité et peut-être la falsifier.

Nos interrogations et doutes concernant sa biographie lui sont renvoyés lors d'un autre entretien. Elles semblent placer le patient dans un premier temps dans une position défensive (« que voulez-vous savoir ? Vous croyez que je vous ai caché quelque chose ou que je vous ai menti ? Mon histoire ne vous intéresse pas ? ») puis dans un second temps dans une position inconfortable (« si vous me demandez d'approfondir mon récit c'est que vous savez quelque chose ? Si vous le savez pourquoi voulez vous que j'en parle, vous savez bien que c'est du passé ? »).

Par la suite, Monsieur P. admet avoir omis de parler de condamnations à des peines avec sursis pour vols et bagarres de rue entre l'âge de 20 à 30 ans ; avant de reconnaître, secondairement, avoir été condamné, en juin 2000, à 8 mois de prison en semi-liberté ainsi qu'à une obligation de soins d'une durée de trois ans dans les suites d'attouchements sexuels en août 1999 sur la fille du parrain de son fils âgée de 10 ans au moment des faits. Sa peine privative de liberté débutera en novembre 2000 et il bénéficiera d'une libération conditionnelle en mai 2001.

Il explique avoir volontairement caché son acte pédophilique parce que ce n'est pas pour lui quelque chose de fondamental dans son histoire personnelle. Il préfère « oublier et enterrer cela sous des blocs de béton ». Il insiste sur le fait qu'il a déjà reconnu ses actes devant la justice, qu'il a payé pour cette faute et qu'il n'a pas sans cesse à revenir sur le sujet. Rapidement, le patient utilise les traumatismes de son passé pour justifier son passage à l'acte sexuel sur la jeune fille et cherche à ce qu'on le reconnaisse comme une victime. La description de son passage à l'acte reste floue et partielle ce qui l'amène à minimiser les faits. Son discours est parfois empreint d'une dimension perverse surtout lorsqu'il évoque prendre régulièrement des nouvelles de la jeune fille dont il a abusé pour s'assurer qu'il n'a en rien altéré son fonctionnement psychologique et qu'elle mène une vie d'adolescente heureuse. A plusieurs reprises, Monsieur P. cherche à montrer une image irréprochable de bon père de famille attentif au bien être de ses enfants. Il donne le sentiment de vouloir éviter à tout prix d'être confronté à la réalité. Il se nourrit d'illusions, se dupant lui-même autant qu'il dupe les autres.

Au fur et à mesure des entretiens et de la reconstitution de la biographie du patient, l'attitude et le comportement de celui-ci deviennent de plus en plus tendancieux et provocateurs vis-à-vis du personnel soignant et des autres patients : son plaisir est de mettre mal à l'aise autrui et

de faire susciter la peur et la crainte en essayant notamment de dominer les affects de l'autre et de le réduire à l'état d'objet ; ces agissements conduisent à poser un contrat de soins. Devant l'instauration d'un cadre de prise en charge plus intransigeant, le patient finit par demander sa sortie contre avis médical, considérant cette hospitalisation comme inadaptée à sa problématique.

1.2. Observation de Monsieur M.

Monsieur M. est âgé de 43 ans lors de notre première rencontre. Il présente un état d'agitation aiguë avec crise clastique, menaces de mort verbales et gestuelles à l'encontre du personnel soignant. Cet état d'agitation fait suite à la décision médicale de suspendre ses permissions. En effet, Monsieur M. évoque depuis quelques temps et de façon inquiétante profiter de ses sorties de l'hôpital pour avoir des relations sexuelles avec des enfants pré-pubères. Est-ce la réalité ou de la provocation ? Quoiqu'il en soit, le passé de Monsieur M. impose des mesures de précaution et sa mise en hospitalisation sous contrainte.

A l'entretien, il se présente comme un homme puéril et immature. Il est hospitalisé au Centre Psychothérapique de Nancy depuis septembre 1990, transféré de la Maison d'Arrêt Charles III où il séjourna environ 8 jours pour inculpation d'attentat à la pudeur sur une mineure de moins de 15 ans.

Monsieur M. est issu d'une famille où l'on note une grande fréquence de retards mentaux chez les sujets masculins (une enquête génétique n'a pas permis d'identifier une affection caractérisée comme le syndrome de l'X-fragile).

Son père, âgé de 68 ans, retraité, est décrit comme un ancien alcoolique (il aurait fait plusieurs cures de désintoxication alcoolique en centre hospitalier spécialisé) et plutôt effacé vis-à-vis de son fils. Sa mère, âgée de 70 ans, femme au foyer est décrite comme hyper-protectrice. Monsieur M. est le troisième d'une fratrie de cinq. Ses deux frères présentent un déficit intellectuel et ont été institutionnalisés.

Après un essai en école primaire, Monsieur M. entre en institution spécialisée en 1969. Il ne sait ni lire, ni écrire. En 1977, il intègre un IMPro où il apprend des rudiments de soudure et de travail sur le métal. En 1981, il intègre un CAT où il semble apprécié. Toutefois, des troubles du comportement et des conduites apparaissent (déclenchement d'incendies volontaires, dégradations diverses, violences physiques et alcoolisations intenses) mais une partie des faits est soigneusement cachée par la mère de Monsieur M. avant qu'il ne commette l'acte grave pour lequel il est brièvement incarcéré. A la suite de grosses difficultés relationnelles au sein de la famille et à la demande de sa mère, Monsieur M. est hébergé dans un foyer en 1989. Ainsi, dès 1989, le programme d'une journée type de Monsieur M. s'articule entre le CAT et son foyer avec « quartier libre » en fin d'après-midi. C'est durant la période de temps libre que Monsieur M. va fréquemment s'alcooliser soit seul, soit avec des copains (il boit essentiellement de la bière, une faible quantité suffisant pour qu'il soit ivre) à l'origine d'une excitation psychique avec désinhibition (apparition d'agressivité, faible barrière morale et sexualité exacerbée).

Les faits se sont déroulés ainsi : en septembre 1990, Monsieur M. a commis des attouchements sexuels sur une fillette âgée d'environ 4 ans, avec éjaculation sur l'enfant (acte incomplet) à l'origine d'une incarcération à la Maison d'Arrêt Charles III à Nancy. Cet acte grave semblait s'être déroulé dans un contexte d'absence d'autorité et d'encadrement par la cellule familiale associée à des conduites alcooliques.

Dans le cadre de son inculpation d'attentat à la pudeur sur mineure de moins de 15 ans, Monsieur M. a bénéficié d'une expertise psychiatrique. L'examen montrait un jeune homme âgé de 29 ans présentant des acquis scolaires quasi inexistantes ainsi qu'un niveau culturel extrêmement faible. Monsieur M. n'avait jamais accédé à la lecture, ni à l'écriture, ni au calcul même s'il était capable de compter un tout petit peu sur ses doigts. Ses capacités de mémorisation paraissaient très médiocres, l'intéressé vivant en fait dans le présent. Les notions élémentaires de bien et de mal étaient très médiocrement intégrées. Pour Monsieur M., ce qui était mal c'est ce qui était puni ou entraînait du désagrément. Par exemple, ce qu'il avait fait n'était pas bien et il était capable de comprendre que s'il était en prison c'était bien parce que ce qu'il avait fait était condamnable. Néanmoins, lorsqu'on lui demandait d'expliquer pourquoi ces agissements constituaient quelque chose de « mal », il répondait : « pasque la fille pas majeure », et il ajoutait : « majeure... C'est fille 17-18... ». Ses capacités d'analyse, de critique, de raisonnement et de jugement étaient extrêmement médiocres. Il

expliquait à propos des faits, qu'il n'avait pas voulu faire de mal à la petite fille, qu'au contraire, il voulait lui offrir un beau nounours... Sur le plan sexuel, Monsieur M. semblait avoir des besoins importants. Il parlait abondamment de ce sujet en souriant et expliquait qu'il avait déjà eu des rapports sexuels complets avec des « copines », mais pas assez souvent, et qu'il avait recours à une masturbation quotidienne voire pluri-quotidienne. Il reconnaissait avec autant de facilité s'être exhibé et masturbé devant des personnes, comme il reconnaissait aussi facilement avoir tenté une fois d'emmener une petite fille, entreprise interrompue par la mère de celle-ci.

Le rapport d'enquête de personnalité faisait ressortir que Monsieur M. avait besoin d'autorité autour de lui et que face à cette autorité il avait un comportement sans problème. Malheureusement, l'autorité parentale était quasi inexistante. Le père qui ne savait ni lire, ni écrire, ancien alcoolique, effacé, ne pouvait tenir son rôle de père. La mère, quant à elle, était décrite comme hyper-protectrice vis-à-vis de son fils. Cette situation d'absence d'autorité dans la famille provoquait de la violence de la part de Monsieur M. surtout lorsqu'il avait bu, s'en prenant tant à son père qu'à sa mère. De plus, Monsieur M. avait un jugement d'ordre affectif et éducatif, vis-à-vis de la sexualité, quasi inexistant.

Au total, l'examen de Monsieur M. révélait chez ce patient des anomalies mentales caractérisées par une déficience intellectuelle importante du niveau de la débilité moyenne, une immaturité psycho-affective, un comportement infantile, une très grande faiblesse des capacités de jugement, une mauvaise intégration des valeurs morales essentielles, une précarité du contrôle pulsionnel et notamment sexuel. En effet, les capacités de contrôle de Monsieur M. étaient fragiles et lorsqu'il était soumis à un désir, notamment sexuel, ses capacités d'anticipation et de réflexion, déjà médiocres, étaient rapidement dissipées, même si par ailleurs le sujet témoignait d'un certain désir d'être conforme à ce que l'autorité des adultes lui demandait. Dans ce contexte, l'état de Monsieur M. est assimilé à l'état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal au moment des faits, c'est-à-dire dans un état qui en l'occurrence est constant et ne lui permet pas de contrôler ses pulsions et d'adapter son comportement. Dans le rapport, l'expert évalue la dangerosité de Monsieur M. au sens psychiatrique comme bien réelle mais considère le problème de la curabilité ou de la réadaptabilité comme tout à fait difficile à évaluer.

Après 8 jours d'incarcération à la Maison d'Arrêt, l'hospitalisation d'office de Monsieur M. au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) est requise pour observation approfondie et recherche de dispositions thérapeutiques.

A l'admission au CPN, Monsieur M. ne fait preuve d'aucun jugement critique quant à la gravité de l'acte. Il semble même le minimiser. Les capacités cognitives de Monsieur M. sont évaluées à l'aide de la WAIS en octobre 1990. Il présente un niveau intellectuel limite. Les résultats obtenus le créditent d'un quotient intellectuel (QI) total de 79 (QI verbal à 72 et QI performance à 90). L'écart entre le QI verbal et le QI performance dénote de sérieuses difficultés rencontrées aux épreuves faisant appel à la scolarité.

A l'aide d'un traitement neuroleptique et d'entretiens familiaux, les manifestations comportementales pathologiques de Monsieur M. vont progressivement se juguler. Devant cette amélioration et dans la perspective d'une réinsertion, l'hospitalisation d'office est transformée en hospitalisation à la demande d'un tiers en janvier 1991 pour permettre d'allier une réinsertion et un suivi psychiatrique qui s'effectue dans un premier temps en milieu intra-hospitalier.

Le comportement satisfaisant du patient dans le cadre institutionnel permet son hospitalisation libre en mai 1992 afin de reprendre des activités en CAT avec un encadrement au cours de ses trajets.

En 1999, par le biais de la mise du patient sous anti-androgène (Androcur[®] 300 mg par jour), une tentative d'assouplissement de la prise en charge par l'intégration dans un centre de post-cure est réalisée. Celle-ci a dû être interrompue fin 2001 suite à la non compliance de Monsieur M. au traitement. En effet, la réapparition à plusieurs reprises d'un taux de testostérone normal chez le patient signifiait une absence de prise du traitement anti-androgène depuis plusieurs semaines, ce qui faisait réémerger la dangerosité du patient, étant donné ses comportements sexuels déviants potentiels (risque de passage à l'acte pédophilique). A ce sujet, Monsieur M. admet avoir arrêté son traitement durant les périodes de vacances afin de pouvoir avoir des rapports sexuels avec une amie tout en reconnaissant qu'il persiste chez lui des fantasmes d'acte pédophilique au cours de ses masturbations. Il témoigne d'une pseudo-culpabilité à propos de ce comportement dont il ne perçoit pas la gravité.

Soulignons que l'ensemble des intervenants soignants ont toujours insisté sur le fait que lorsque Monsieur M. est continuellement encadré et surveillé en milieu institutionnel, son comportement est tout à fait satisfaisant.

En mai 2005, afin d'éviter les interruptions occultes du traitement par Androcur[®] avec ses conséquences (majoration des fantasmes et de l'activité sexuelle avec les risques de passage à l'acte notamment pédophilique) et éviter un destin « asilaire » à Monsieur M., l'instauration d'un traitement par un analogue de la Gn-RH (Enantone[®] LP 3,75 mg une injection intramusculaire toutes les 4 semaines) est décidée à la place de l'acétate de cyprotérone.

1.3. Observation de Monsieur T.

Monsieur T., âgé de 57 ans, est incarcéré à la Maison d'Arrêt de Nancy depuis environ 3 mois lors de notre entrevue au début de l'année 2006. Il est en détention provisoire pour les chefs d'agressions sexuelles et viols sur mineures de 15 ans par personne ayant autorité sur les victimes.

Dans ses antécédents médicaux, on note :

- un rachitisme dans l'enfance dont Monsieur T. a peu de souvenir ;
- une appendicectomie ;
- une dyslipidémie de découverte récente ;
- une myopie ;
- une consommation alcoolique occasionnelle.

Sur le plan biographique, Monsieur T. est le cinquième d'une fratrie de six (il a 2 sœurs et 3 frères). Il est divorcé depuis 8 ans. Il a 2 enfants à la charge de son ex-épouse (une fille âgée de 21 ans et un garçon âgé de 11 ans). Son père est décédé il y a 2 ans. Sa mère, âgée de 92 ans, vit en maison de retraite médicalisée. Concernant la scolarité, Monsieur T. a obtenu son Certificat d'Etudes Primaires et est titulaire d'un CAP-BEP de compositeur-typographe. Avant son incarcération, Monsieur T. exerçait la profession de musicien (professeur de

guitare) et travaillait dans une association en tant que formateur en musique assistée par ordinateur.

A l'entretien, Monsieur T. explique avoir entrepris la démarche personnelle d'aller rencontrer un psychiatre en détention afin d'essayer de comprendre les différentes étapes qui l'ont conduit à se retrouver derrière les barreaux d'une prison. D'emblée, il insiste sur le fait qu'il reconnaît tous les faits qui lui sont reprochés en soulignant que sa version des faits se superpose à celle de ses victimes et accepte d'en payer les conséquences au niveau judiciaire.

Il expose les faits de la manière suivante : durant l'été 2005, Monsieur T. a eu recours à des attouchements sexuels sur deux jeunes filles âgées de 15 ans (une de ses élèves ainsi que sa copine qui l'accompagnait) lors de deux séances de cours de guitare à 15 jours d'intervalle. Il explique que tout est parti d'un simple massage « innocent » qui a dérapé par la suite. Il dit avoir pratiqué des attouchements sexuels sans aucune violence et avec l'accord par défaut de ses victimes (selon lui, celles-ci n'auraient à aucun moment montré une forme quelconque de résistance ou de désapprobation). Il reconnaît qu'il est en tort par rapport à la loi et semble présenter un authentique sentiment de culpabilité. Il admet que c'était à lui en tant qu'adulte de contrôler ses pulsions et désirs vis-à-vis des deux adolescentes et non l'inverse. Ses propos laissent suggérer qu'un simple garde-fou lui aurait peut-être permis de ne pas commettre l'irréparable. Son léger désaccord avec la justice concerne son chef d'inculpation de viol. En effet, il dit s'être limité à caresser les parties génitales des deux jeunes filles sans pénétration associée.

D'après lui, les faits se sont déroulés à un moment particulier de sa vie : contexte de dettes financières, de surmenage professionnel (projet musical l'ayant épuisé émotionnellement), de solitude et de carence affective. Il parle d'une période de vide, source de craintes diffuses avec vague sensation de malaise, après avoir réalisé son projet professionnel (créer et concevoir un CD musical) où il aurait « tout donné » (il assimile ce projet à l'investissement de sa vie). Il s'interroge par rapport à son état psychique au moment des faits : n'étais-je pas déprimé ? Notons qu'à aucun moment dans sa recherche des causes de son passage à l'acte il ne donne l'impression de vouloir les utiliser pour minimiser les faits ou les excuser. Il reconnaît avoir déjà eu des fantasmes sexuels avec des jeunes filles pubères mais que cela était toujours resté purement fantasmatique comme Monsieur Tout-le-Monde selon lui.

Monsieur T. reconnaît vivre relativement bien son incarcération malgré le fait qu'il se trouve dans la cellule la plus stigmatisante de la Maison d'Arrêt Charles III (l'unique cellule de 12 détenus exclusivement réservée aux « pointeurs »). Il dit ne pas comprendre l'attitude de certains de ses codétenus qui luttent perpétuellement contre les instances judiciaires et refusent d'admettre leurs délits ou crimes de nature sexuelle.

A sa demande, un suivi régulier s'est instauré.

1.4. Observation de Monsieur O.

L'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la Maison d'Arrêt Charles III à Nancy est l'occasion de rencontrer régulièrement des auteurs d'agression sexuelle. Le plus fréquemment, cette rencontre est ménagée dans le cadre de la visite d'entrée systématique pour tout nouveau prévenu ou détenu mais elle peut aussi être fortuite et secondaire à une souffrance psychologique (syndrome anxieux et/ou dépressif) liée le plus souvent à l'enfermement, la privation de liberté et la sentence.

Le cas de Monsieur O., fin 2005, fait suite à une consultation programmée dans le cadre de la visite d'entrée à la Maison d'Arrêt de Nancy. Monsieur O. vient d'être jugé aux Assises en appel et à sa demande. Sa condamnation a été majorée de 3 ans et donc portée à 15 ans de réclusion. Très mécontent du procès en appel, il nous informe de son souhait d'aller en Cassation, estimant que toute la vérité n'a pas été dite.

Dans ses antécédents médicaux, on retient :

- une appendicectomie ;
- un abcès péri-vésical ;
- un traumatisme crânien avec des troubles cognitifs séquellaires secondaire à une chute accidentelle d'une hauteur de 3 mètres en 1997 ;
- une opération des hémorroïdes.

Concernant la biographie du sujet, nous apprenons qu'il est le second d'une fratrie de 11 (4 frères et 6 sœurs). Il est âgé de 57 ans, divorcé et sans enfant. Ses parents sont décédés. Il a vécu les 23 premières années de sa vie chez ses parents jusqu'au décès de sa mère. A l'époque, son père était incarcéré pour viols sur ses propres filles. Concernant les études, le parcours scolaire de Monsieur O. s'est interrompu à l'âge de 14 ans en classe de CM1. Sur le plan professionnel, il travailla essentiellement dans le domaine de la manutention.

Suite à son incarcération depuis le début de l'année 2002 pour des abus sexuels itératifs sur une jeune fille pré-pubère, il vient d'être transféré à la Maison d'Arrêt de Nancy. La victime avait 4 ans au début des faits qui se seraient passés de 1993 à 1998. La révélation des viols s'est effectuée en 2001 alors que la jeune fille avait 11 ans. A la suite du procès qui se déroula fin 2003, Monsieur O. fut condamné à 12 ans de réclusion dont 9 ans de mesure de sûreté.

Au sujet de son incarcération, Monsieur O. se pose volontiers en victime, rejetant la responsabilité de sa situation sur autrui et notamment sur la partie civile, les avocats, les juges pour lesquels il porte un discours haineux avec des idées de vengeance. Il nie « en bloc » toutes les accusations, les qualifiant de malveillantes et fausses, et évoque l'erreur judiciaire. Il nous explique que la victime l'a confondue avec son père qui avait la même morphologie que lui. Ainsi, le père de Monsieur O. aurait emprunté ses habits et en se déguisant, se serait fait passer pour une autre personne auprès de la victime et, en l'occurrence, pour Monsieur O. ; le décès de son père avant le procès n'aurait pas permis de rétablir la vérité. De plus, il rajoute qu'on l'accuse à tort d'avoir violé plusieurs fois son ex-épouse mais qu'au départ il ne savait pas qu'il avait épousé une femme handicapée et déficiente au niveau intellectuel et qu'il n'imaginait pas que l'absence de consentement pour une relation sexuelle avec sa compagne pouvait être assimilé à un viol. Il évoque succinctement quelques épisodes de sa vie d'adolescent et d'adulte. Il reconnaît s'être évadé dans l'alcool à la fin des années 1970 et que sa conduite alcoolique était souvent compulsive, génératrice d'ivresses où son agressivité se trouvait singulièrement aggravée. Par la suite, il aurait stoppé ses consommations alcooliques de lui-même en prenant conscience de la nocivité sociale de l'alcool (violences, répercussions familiales).

Il demande à de nombreuses reprises durant l'entretien quelles sont les possibilités d'intervention de la psychiatrie au sein de la justice afin d'interférer avec le verdict de la Cour d'Assises. Il précise avoir rédigé de nombreux courriers notamment auprès du Procureur de la

République, du Garde des Sceaux, de la Ligue des Droits de l'Homme, de la Cour Européenne de Justice, ..., sans jamais avoir obtenu de réponse ou gain de cause.

A la fin de l'entretien, Monsieur O. ne répond pas favorablement à la proposition de le revoir, estimant inutile de parler des faits puisqu'il n'a rien à se reprocher.

1.5. Commentaires

Ces 4 cas cliniques illustrent bien le risque d'être débordé par le sentiment de dégoût contre-transférentiel qui guette tout « honnête thérapeute » dans ces situations.

Les propos des auteurs d'agression sexuelle sont souvent crus, parfois violents pour celui qui les écoute, associés à un mélange de froideur dans l'« exhibition » des faits. Leur tendance à se présenter en victime couplée à leur peu de sensibilité aux dommages qu'ils ont causés, les rend dès lors faciles à détester et à abandonner.

Quelle doit être notre attitude de médecin ou de thérapeute lorsque nous sommes amenés à les rencontrer ? Devons-nous avouer notre ignorance concernant un champ des conduites qui parfois nous dépasse ou prêter une écoute sereine ?

Au premier abord, l'approche thérapeutique des délinquants sexuels apparaît difficile, parfois désespérante, nous amenant aux limites de ce que nous pouvons supporter, entendre, se représenter. Pour reprendre la formule de Prins, nous sommes face à « l'inimaginable, l'impensable et l'inquestionnable ».

Le déni des faits, total ou partiel, reste très fréquent durant l'instruction. Le sujet minimise ou banalise les faits pour lesquels il a été condamné et réécrit son histoire avec sa subjectivité, marquée par le déni. De plus, le monde de la prison a ses règles : les « pointeurs » sont mis à l'écart, menacés voire même violés par leurs semblables (« punis par là où ils ont pêché »). Un auteur d'agression sexuelle sur mineure est un détenu qui vit à minima, ne sort pratiquement plus de sa cellule, ne descend plus en promenade, s'invente un autre délit

comme le trafic de stupéfiants et ne parle pas ou peu de lui. Le déni des faits est d'autant plus renforcé par ce climat.

Pourtant, il est essentiel de rester serein lorsque nous sommes en présence de telles situations, de demeurer pondéré, que ce soit en tant qu'évaluateur ou en tant que possible thérapeute... Il est nécessaire de prendre du recul par rapport à ce que l'on ressent, et y réfléchir de façon dépassionnée.

En niant et en projetant sur sa victime, sur autrui ou sur le système judiciaire la responsabilité de leur situation actuelle, l'abuseur tente de surmonter son désarroi et d'obtenir la sympathie de son interlocuteur. Il traduit probablement de la sorte son incapacité à faire face à la culpabilité et il exprime indirectement son sentiment de solitude et son isolement.

Il semble intéressant de souligner que dans chacun des cas cliniques présentés, on retrouve des situations personnelles ou sociales ou des éléments de l'histoire individuelle pouvant avoir peut-être facilité le passage à l'acte sexuel comme la maltraitance physique et/ou sexuelle dans l'enfance, une prise de substances toxiques dont l'alcool (de par l'effet désinhibiteur induit), une rupture de conditions socio-économiques favorables, une misère socioculturelle et une pathologie mentale liée à une insuffisance intellectuelle (troubles du jugement et incapacité à dominer ses pulsions).

Pourtant, l'explication de l'abus sexuel demeure complexe et ne peut se réduire, selon toute logique, à une simple sommation de facteurs exclusifs. En effet, comme le montre les observations, les personnalités sous-jacentes aux agresseurs sexuels sont multiples et protéiformes et la composante perverse semble variable d'un agresseur à l'autre (d'inexistante à prépondérante).

La mission de « soigner » une population pour laquelle le corps médical français s'est très peu impliqué jusqu'à maintenant est encore récente. En effet, un grand nombre de soignants considéraient, comme une bonne partie de l'opinion, que les auteurs d'infractions sexuelles ne relevaient que de la justice. De plus, l'abord de la question de la délinquance sexuelle, tant d'un point de vue juridique que clinique, renvoie inévitablement aux notions de responsabilité ou de culpabilité d'une part, de dangerosité ou de risque de récidive d'autre part, et donc dans un domaine encore sujet à beaucoup d'interrogations. En outre, une crainte non négligeable

des thérapeutes est le risque de devenir le partenaire du patient c'est-à-dire la partie clivée de celui-ci soumise à ses manipulations.

La rencontre avec des auteurs d'infraction sexuelle et l'impression de se trouver souvent démuni face à leurs attitudes nous a conduit à nous interroger sur leur prise en charge :

-La psychiatrie a-t-elle une place et une légitimité dans la prise en charge des auteurs de délits et crimes sexuels ?

-Quel peut être son rôle dans les affaires de criminalité sexuelle ?

-Peut-on aujourd'hui soigner un sujet agresseur sexuel ? Comment et avec quels outils ?

-Comment poursuivre un travail thérapeutique lorsque le sujet revient sur ses aveux face à l'équipe psychiatrique comme devant la Cour d'Assises ?

2. Épidémiologie de la délinquance sexuelle

Depuis un peu plus de 25 ans, il existe une hausse sans cesse croissante des délits et crimes sexuels. Ross et al. signalent que les données épidémiologiques concernant l'incidence et la prévalence des délits sexuels sont inquiétantes : une femme sur trois et un homme sur quatre seraient victimes d'une forme quelconque d'agression sexuelle au cours de leur vie (94). Il est toutefois difficile d'apprécier dans quelle mesure cette augmentation est réelle ou liée à des changements dans les mentalités, entraînant une révélation plus facile de faits jusque-là enfouis par les victimes et tout autant déniés par le corps social (18). Parallèlement, on assiste à une intensification constante de la lourdeur des peines de réclusion criminelle avec des taux de récidive qui, tels qu'ils figurent dans les études anglo-saxonnes, sont alarmants : 5 % pour les pères incestueux ; 10 à 15 % pour les violeurs de femmes adultes ; 15 à 25 % pour les pédophiles (54, 62).

La prévalence des déviances sexuelles reste à ce jour inconnue. Parmi celles-ci, les plus fréquentes sont l'exhibitionnisme, le voyeurisme et surtout la pédophilie (142). Le masochisme sexuel et le sadisme sexuel sont beaucoup moins souvent rencontrés. Approximativement la moitié des sujets qui consultent pour un trouble de la préférence sexuelle sont mariés. Le diagnostic des déviances sexuelles d'une culture ou d'une religion à l'autre est compliqué : ce que l'on considère comme déviant dans une culture donnée peut être plus acceptable dans une autre. A l'exception du masochisme sexuel, où l'on estime le sex-ratio à 20 hommes pour 1 femme, les autres déviances sexuelles ne sont pratiquement jamais diagnostiquées chez la femme, bien que certains cas aient été relatés (4).

Plusieurs types de déviances sexuelles sont souvent associés chez un même individu. Environ un tiers des sujets pédophiles ou violeurs est également exhibitionniste. A l'inverse, parmi les sujets exhibitionnistes, 30 % ont une activité pédophilique et environ 30 % ont une activité impliquant de jeunes adolescents de 12 à 16 ans ; 20 % d'entre eux ont également tenté de commettre ou ont commis un viol. Le nombre moyen d'incidents rapportés par un individu au cours de son existence varie de 30 à 75, ce qui est probablement encore sous-estimé. Ce chiffre correspond au nombre de victimes pour les pédophiles, les exhibitionnistes et les auteurs de viols. Le nombre maximum de victimes rapporté par un même sujet pédophile a été

de 380. En ce qui concerne les pédophiles, dans environ 75 % des cas ils connaissent la victime et, dans la moitié des cas, le délit a lieu au domicile de l'agresseur ou de la victime (142).

Les déviances sexuelles sont essentiellement l'apanage des hommes (99 % des cas en France). Cependant, Outre-Atlantique, le nombre de femmes parmi les prisonniers ayant commis des délits ou des crimes sexuels atteint environ 10 %. Les femmes auteurs de délits sexuels ont une incidence plus importante de maladie mentale, d'alcoolisme ou de retard mental. Les délits ou crimes sexuels impliquant des femmes ont le plus souvent lieu lors de gardes d'enfants et en compagnie d'un conjoint déviant sexuel (142).

Les études rétrospectives menées auprès de délinquants sexuels adultes ont permis d'établir qu'une forte proportion d'entre eux a commis son premier délit sexuel à l'adolescence. Des auteurs ont établi qu'entre 50 et 60 % des agresseurs sexuels adultes avaient commencé leur carrière criminelle à l'adolescence. Ainsi, les estimations les plus valables suggèrent qu'aux Etats-Unis, 20 % des viols et 30 à 50 % des agressions sexuelles d'enfants sont commis par des adolescents (20). De plus, on retrouverait souvent un parcours d'aggravation délictuelle passant d'infractions tels des agissements exhibitionnistes ou des attouchements, à des délits plus sérieux et violents. A partir d'une méta-analyse réalisée en 1998, Hanson et Bussière considèrent le début précoce d'une problématique d'agression sexuelle à titre de facteur prédictif de la récidive (79).

L'incidence des affections psychiatriques parmi les délinquants sexuels, à l'exception des troubles de la personnalité, de l'alcoolisme et de l'abus de substances, n'apparaît pas plus importante que dans la population générale de niveau socio-économique équivalent. Les sujets souffrant de troubles mentaux avérés ne représentent en effet qu'une faible proportion des auteurs de crimes ou délits sexuels (20). L'immense majorité des agresseurs sexuels sont actuellement reconnus soit pleinement responsables de leurs actes du point de vue pénal, soit partiellement responsables mais ils demeurent punissables en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 122-1 du code pénal (« la personne atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ») (61).

Plusieurs enquêtes réalisées aux Etats-Unis chez des étudiants ne présentant pas de déviance sexuelle ou de trouble psychiatrique connus, font apparaître que 15 à 20 % des étudiants de sexe masculin et 2 à 3 % des étudiantes aimeraient avoir une relation sexuelle avec un enfant si cela n'était pas puni par la loi. En outre, 40 % des étudiants de sexe masculin disent qu'ils pourraient violer une femme si cela n'était pas signalé et si cela n'était pas puni par la loi (142).

On rencontre des agresseurs sexuels dans toutes les couches socio-économiques (le harcèlement sexuel au travail, qui peut aller jusqu'au viol, en est un exemple prégnant ; la violence sexuelle dans les couples en est une autre figure). Classe et milieu ne sont pas des déterminants significatifs, que l'on ait affaire à un agresseur féminin ou masculin (37).

Toutefois, soulignons que trois professions semblent particulièrement propices à l'exercice d'une contrainte sexuelle (37) :

-les enseignants : toutes les catégories enseignantes y sont représentées, de l'instituteur au professeur d'enseignement général jusqu'au conseiller d'éducation, avec cependant une exposition plus grande pour les professeurs d'éducation physique. Dans ce même domaine, il convient de citer aussi les « entraîneurs » sportifs, les « coach » ainsi que les professionnels de l'animation éducative et de loisirs auprès des enfants et adolescents ;

-les professions médicales et paramédicales : les spécialistes les plus exposés étant les psychiatres, les pédopsychiatres, les obstétriciens et les gynécologues, mais aussi les médecins généralistes. Les psychothérapeutes sont aussi des pourvoyeurs d'agressions sexuelles. La très grande majorité des agresseurs sont des hommes, les femmes médecins ne sont pas exclues, soit en entraînant certaines patientes dans des pratiques homosexuelles, soit en séduisant leurs patients masculins. L'agression se passe soit en cabinet, soit en institution hospitalière, soit en visite à domicile, voire même lors de visite de contrôle de la sécurité sociale. En institution hospitalière et lors de visite à domicile, le personnel paramédical et infirmier ou les aides-soignants sont souvent mis en cause. La situation fréquemment relatée se situe autour d'interventions chirurgicales à la faveur d'anesthésie. L'agresseur invoquera alors les « hallucinations post-anesthésiques » ou l'état semi-conscient de la malade pour se disculper.

-les ministres du culte : en règle générale, ce type d'agresseur est décrit comme un homme d'influence, se rendant indispensable, souvent séducteur et construisant un réseau de réciprocités qui obligent autant les mineurs que les autres professionnels et parfois les parents. Derrière ce tableau séduisant, suscitant parfois l'admiration et l'éloge, se cachent l'emprise morale et souvent la contrainte physique.

Le statut de ces professions, empreintes d'un idéal culturel, les a longtemps mises à l'abri des dénonciations des faits d'agressions sexuelles pratiquées dans le cadre de l'exercice de leur charge.

Les violeurs de sujets adultes sont les plus fragiles sur le plan de leur insertion sociale ; ce sont eux qui présentent, comparés aux autres agresseurs sexuels, le plus bas niveau éducatif, le plus faible niveau de formation professionnelle et le plus précaire équilibre financier. Enfin, lorsqu'il s'agit de jeunes agresseurs (entre 12 et 17 ans), ce sont des jeunes qui présentent significativement plus de maltraitances familiales dans l'enfance, qu'elles soient physiques ou/et sexuelles (37).

Les taux de connaissance des agresseurs par les victimes sont très élevés. Pour un peu plus d'un tiers, c'est un lien d'autorité et dans moins des deux tiers des cas, c'est un lien de parenté ; moins de 10 % seraient des inconnus. Dans le cas particulier des viols collectifs, lorsque la victime est un sujet adulte, les agresseurs sont plus fréquemment des inconnus agissant par groupe de 3 et plus. Lorsque la victime est une adolescente, les violeurs sont en général des adolescents connus des victimes, qui agissent en bande. Dans le cas des « tournantes », l'un des auteurs est bien connu de la victime et les autres peuvent être plus fréquemment des inconnus. Quand la victime est un enfant, les agresseurs, opérant souvent en bande, sont le plus souvent connus de la victime. Ainsi, à côté des agresseurs adultes, se multiplient les agresseurs adolescents et aussi ceux pré-pubères. Le taux de prévalence calculé en Angleterre, pour des jeunes de 12 à 17 ans, sur une période d'un an, serait de 1,5 / 1000 jeunes garçons (37).

En 2003, le nombre des personnes incarcérées pour infractions sexuelles représentait environ 25 % de la population carcérale (3). Il ressort des chiffres communiqués par le casier national que les infractions en matière sexuelle ont connu un accroissement considérable depuis 20 ans, les condamnations criminelles passant de 562 en 1984 à 1687 en 2003 (+ 200 %), et les

condamnations correctionnelles de 1553 à 5438 (+ 250 %). Le nombre de personnes condamnées et détenues pour de tels faits a, quant à lui, connu une évolution encore plus marquée, passant de 1118 en 1980 à 8109 en 2003 (+ 650 %) (*Annexe 1*) (34). Les condamnations qui augmentent le plus sont celles prononcées pour viol sur mineur de 15 ans, car elles ont été multipliées par 11. Cette croissance s'accompagne d'un allongement considérable du quantum de la peine qui passe de 2 à 4 ans en moyenne entre 1984 et 2001. Les personnes qui entrent en prison pour agression sexuelle sont pour la grande majorité des hommes (98 %). Leur âge moyen est nettement plus élevé que le reste de la population carcérale puisqu'il est de 37,3 ans contre 29,4 ans pour l'ensemble. L'âge médian des personnes détenues est de 33 ans en 2003 contre 29 ans en 1993 et le nombre de détenus de 60 ans a triplé en 10 ans sans doute en raison de l'allongement de la durée des peines et du recul du point de départ du délai de prescription pour les crimes les plus graves. Enfin, les durées de détention des délinquants sexuels sont de 23 mois en moyenne contre 9 mois pour l'ensemble de la population carcérale (3). Près de 50 % des affaires jugées en cours d'assises concernent des crimes sexuels dont la moitié se rapportent à un viol sur mineur commis en milieu familial par un proche (statistiques du ministère de la justice) (20).

3. Histoire de la régulation sociale de la sexualité

3.1. Avant le XIXe siècle

Les abus sexuels ne datent pas d'hier, pas plus que leur répression. Jusqu'au XVIIIe siècle, les abuseurs sexuels étaient punis selon le principe du Droit Canon (on sanctionnait un acte qui transgressait la morale religieuse) (6).

Ainsi, pour exemples (116) :

-De l'Antiquité et jusqu'au début du Moyen-Age, concernant le viol, d'une manière générale la femme victime était mise en cause et punie. Lorsque le viol d'enfants était mentionné dans les écrits, c'était en terme d'initiation (« pédérastie initiatique »), mais il était sans doute fréquent car l'enfant n'existait pas en tant que personne.

-Au Moyen-Age, le viol devient une activité lucrative car il permettait d'épouser de riches héritières par contrainte. Les germains ne condamnent le viol que s'il a été commis sur une femme irréprochable et jusqu'au XIIe siècle, les anglais ne punissent que le viol des vierges.

-Le Droit Canonique s'oppose à la sodomie, au plaisir, à l'adultère ainsi qu'à d'autres comportements sexuels considérés déviants car n'ayant pas pour but la procréation (homosexualité, zoophilie).

-Avec la Renaissance, les comportements déviants ne sont plus réprimés mais le droit coutumier et religieux considère toujours que, en dehors du mariage, les conduites sexuelles troublant l'ordre public sont passibles de condamnation.

-Sous l'Ancien Régime, il existe une intégration progressive des principes religieux dans la législation civile. L'ordonnance criminelle de 1570 alourdit les peines contre l'adultère et l'inceste. Les perversions se réduisent plus ou moins à l'homosexualité. Certaines pratiques (sodomie par exemple) jugées déviantes par la religion ne sont pas condamnées par la loi si

elles impliquent des adultes consentants. L'édit de juillet 1682 punit de mort les infractions dont les enfants sont victimes.

-En 1791 (après la déclaration des Droits de l'Homme), le 1^{er} Code Pénal réprime plus sévèrement l'auteur d'un viol (la condamnation est plus lourde si la victime a moins de 14 ans). Sodomie, zoophilie ne sont plus condamnées.

3.2. Le Code Napoléon

Au XIX^e siècle, le Code Pénal de 1810 (Code Napoléon) reconnaît, dans ses articles 330 et suivants, trois formes principales d'attentats aux mœurs : l'outrage public à la pudeur, le viol et l'attentat à la pudeur avec violence. Pour les deux derniers, les peines sont majorées si la victime est mineure de 15 ans, ou si le coupable est une personne ayant autorité (instituteur, serviteur à gages, fonctionnaire public, ministre d'un culte). Deux remarques d'emblée : d'une part, aucune définition n'est donnée par le code du viol ni de l'attentat à la pudeur avec violence, ce qui amènera à des discussions interminables tout au long du siècle sur leur délimitation (on notera que le coït anal ne constitue pas un viol mais un attentat à la pudeur) ; d'autre part, l'attentat à la pudeur sur enfant n'est initialement pas réprimé lorsqu'il est perpétré sans violence. Ce n'est qu'en 1832 (loi du 28 avril 1832) que la violence sera toujours présumée si la victime est mineure de 11 ans. A partir de 1863 (loi du 15 mars 1863), elle le sera jusqu'à 13 ans, et jusqu'à la majorité légale si le coupable est un ascendant. Soulignons qu'au XIX^e siècle, l'enfant est la première victime des abus sexuels connus de la justice. Dans la statistique criminelle française, comme dans celle des autres pays d'Europe, des moins de 15 ans sont concernés dans 55 à 79 % de l'ensemble des abus sexuels. La petite fille de moins de 11 ans est la principale visée : près de 50 % par exemple, des 400 cas d'attentats aux mœurs rapportés par Ambroise Tardieu en 1857. La fréquence absolue des abus sexuels sur enfants, rapportés à la population générale, semble augmenter quand on avance dans le XIX^e siècle, avec une décroissance apparente entre 1860 et 1900. Mais il ne s'agit que de dénombrements d'origine judiciaire, objectivant non un phénomène mais des poursuites, tributaires par conséquent des plaintes portées ou non, et de la plus ou moins grande sévérité du parquet. On notera enfin trois spécificités que nous livrent les statistiques

du siècle avant-dernier : la place de l'inceste père-fille dans les abus sexuels sur enfants, évaluée selon les auteurs entre 8 et 25 % ; la fréquence plus grande en milieu urbain qu'en milieu rural, avec un accent particulier pour les plus grandes villes et un lien marqué avec l'industrialisation ; l'âge enfin, souvent élevé des abuseurs. C'est ce que l'on formulera plus tard comme « loi de Tardieu » : l'âge de l'abuseur varie en raison inverse de celui de sa victime (6).

Soulignons que le viol se trouve puni, moins parce qu'il constituerait une violence particulièrement odieuse, que parce qu'il risque d'introduire dans la famille de la victime une filiation illégitime ; et la castration se trouve sanctionnée plus lourdement que d'autres dommages corporels, parce qu'elle fait définitivement obstacle à toute procréation. Nous voyons donc assez clairement que le Code Pénal de 1810 se souciait assez peu de spécifier un domaine d'infractions en rapport avec la sexualité, et qu'il cherchait plutôt à protéger les bonnes mœurs, en poursuivant des conduites qui les bafouaient avec plus ou moins de désordre manifeste (90).

Diverses autres modifications interviennent jusqu'à la refonte de 1980 (loi du 23 décembre 1980), où le Code Pénal condamne « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise » (article 332 du Code Pénal).

La dépénalisation de l'adultère, contenue dans la loi de 1975 portant réforme du divorce, et celle des relations homosexuelles avec un mineur de 15 à 18 ans, adoptée en 1982, témoignent d'une redistribution des catégories définissant l'ordre et le désordre social, processus au sein duquel la défense de la personne est devenue prioritaire par rapport à celle des institutions. La violence sexuelle n'est plus cette offense faite à Dieu ou à la puissance paternelle mais confronte définitivement deux sujets, deux sujets de droit. C'est la raison pour laquelle sa condamnation ou sa réparation ne peut être envisagée qu'à l'occasion d'un procès pénal (88).

Si pour Lombroso aussi bien que pour Freud la socialisation avait pour effet d'empêcher chez l'individu l'accomplissement d'actes répréhensibles auxquels le poussaient éventuellement son instinct ou ses pulsions, on peut se demander si les processus de socialisation que connaissent aujourd'hui les sociétés développées ne fournissent pas, au contraire, quelques

relais propres à étayer, et non plus à inhiber de possibles mises en actes : rôle des images, marchandisation du corps humain, banalisation du transport aérien (6).

3.3. Le Nouveau Code Pénal

Le Nouveau Code Pénal, appliqué en 1994, intègre la refonte du Code Pénal de 1980 et remplace le cadre des attentats aux mœurs par celui des agressions sexuelles (articles 222-22 à 222-32).

La justice se voit plus que jamais requise de trancher, appuyée sur des lois, d'une part entre pratiques sexuelles légitimes et illégitimes, d'autre part sur ce qui est admis et ne saurait l'être dans les relations entre adultes et enfants. Le rôle de la justice s'en voit déséquilibré, entre sa place traditionnelle et une demande toujours grandissante que lui adresse le groupe social, d'un contrôle par le droit de la vie collective. L'avancée, sur les 2 à 3 derniers siècles, de la psychiatrie dans la régulation sociale d'une pratique déviante, comme l'abus sexuel, est largement tributaire de ce que lui demande la justice par l'intermédiaire, en particulier, de l'expertise. Le savoir produit par les psychiatres l'est sur un objet d'études humain qui est fourni, délimité et même nommé par un partenaire judiciaire, qui a par moments besoin (et peut plus facilement se passer à d'autres moments) d'une caution extérieure et scientifique pour jouer le rôle qui lui est assigné par le corps social. Nous ne sommes pas dans le cadre d'une demande de santé qui serait adressée par la société aux médecins chargés de la soigner mais dans celui d'une régulation des conduites dont l'élaboration d'un savoir médico-psychiatrique pourrait éventuellement garantir les normes. Or, ce savoir est souvent directement conditionné et donc limité et biaisé par l'échantillon humain à partir duquel il est produit (6).

Notre société veut se donner les moyens d'une meilleure prévention des déviations sexuelles lorsque celles-ci entravent la liberté d'autrui, adulte non-consentant ou mineur inapte à consentir. Après une campagne médiatique sans précédent, le législateur a réagi au-delà des clivages politiques traditionnels (44).

La loi Méhaignerie, en 1994, introduisait simultanément la notion de peines incompressibles pour les assassins violeurs d'enfant, et l'instauration de soins en milieu carcéral pour ce type de condamnés. Mesures contradictoires, contestées par l'ensemble des psychiatres qui soulignaient combien la peine de perpétuité réelle occultait pour le condamné toute perspective d'avenir et supprimait les ressorts essentiels qui auraient pu le pousser à demander des soins. Cet alourdissement du système répressif, qui ne s'est accompagné d'aucune amélioration des taux de récidive, bien au contraire, a démontré clairement que la solution n'était pas dans l'escalade des peines (61, 62).

A l'automne 1996, Monsieur Jacques Toubon, alors Garde des Sceaux, présentait un projet de loi relatif à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Ce projet instituait une peine complémentaire de suivi médico-social qui devait prendre effet dès la remise en liberté des délinquants sexuels à l'issue de leur peine de prison. Cette fois, il s'agissait d'une condamnation à double détention : d'abord la prison, ensuite les soins (61). Dans l'opinion publique, on lisait une certaine satisfaction : les agresseurs sexuels sont dangereux, leur potentiel de récidive met en péril des enfants ; ils ne se soignent pas de leur propre gré, il faut donc les contraindre à se soigner de force. Ainsi se dessinait l'idée que les traitements qu'ils allaient subir permettraient d'éradiquer leurs troubles et de ramener la sécurité publique. Le Président de la République, lui-même, lors d'une émission télévisée destinée à la jeunesse, nous assurait que ses experts lui avaient appris l'existence de traitements hormonaux qui permettraient de contrôler les pulsions sexuelles déviantes. Chez les psychiatres, c'était la consternation. D'où venait cette illusion sur l'existence d'éventuels traitements miracles ? L'immense majorité des voix médicales et psychiatriques qui se sont fait entendre, tout en approuvant sans restriction les objectifs de protection des victimes énoncés par la loi, a souligné combien ce texte était ambigu au regard de l'éthique médicale (62).

3.4. Le cadre législatif et réglementaire actuel

En principe, et jusqu'à preuve du contraire, tout délinquant est responsable de ses actes ; il est donc susceptible d'être condamné et ne requiert a priori aucun traitement (49). Au cas où il

serait reconnu irresponsable de ses actes (les moments d'égarement, les maladies de la volonté (kleptomanie ou pyromanie par exemple), les troubles secondaires à l'absorption volontaire d'alcool, de médicaments ou de toxiques, les troubles de la personnalité ne sont pas reconnus par la jurisprudence comme des causes entraînant l'irresponsabilité du sujet), il ne pourra évidemment être condamné et fera l'objet d'une mesure d'internement en vue de recevoir des soins appropriés. Ce principe général ne s'applique pourtant plus strictement au délinquant sexuel considéré en même temps comme responsable (et donc punissable) et comme un malade qui doit être soigné. En effet, l'expérience des cas suivis, la diversité des cadres et des méthodes thérapeutiques témoignent de la nécessaire harmonisation entre une logique de soin et une logique de peine. Il est vrai qu'à mélanger les deux registres du consentement et de la contrainte, les contradictions surgissent rapidement. Pourtant, comment faire autrement puisque chez le même individu la composante délinquantielle et la dimension des troubles psychologiques se mêlent pour engendrer cette conduite particulière qu'est la transgression sexuelle (127).

3.4.1. Loi du 17 juin 1998

C'est dans une lignée répressive que s'inscrit la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (130). Cette loi renforce la répression de ce type d'infractions en augmentant les peines des atteintes sexuelles sur mineurs de 15 ans, en créant l'infraction de bizutage, en élargissant les conditions de saisine du tourisme sexuel et en créant de nouvelles circonstances aggravantes. Elle instaure une nouvelle peine complémentaire pour les infractions sexuelles, dénommée « le suivi socio-judiciaire », les soins étant une des obligations possibles de cette nouvelle peine, prononcée après avis d'un expert psychiatre (128). Il s'agit de mesures de surveillance et d'assistance imposées pendant une durée déterminée par la juridiction (Cour d'Assises ou Tribunal Correctionnel) et destinées à prévenir la récidive, mesures qui, exceptionnellement, peuvent s'appliquer d'emblée si cette peine est principale et unique mais qui en général n'entreront en vigueur qu'à la sortie de prison, c'est-à-dire après exécution de la peine privative de liberté (56). Toutefois, le président de la juridiction qui prononce à la fois un suivi socio-judiciaire et une peine privative de liberté doit informer le condamné qu'il a la possibilité de commencer

un traitement pendant son séjour en prison. Cette information doit être immédiatement renouvelée par le juge de l'application des peines et même, en l'absence du consentement de l'intéressé, doit lui être rappelée au moins tous les 6 mois. On le voit, l'incitation est forte mais ici il n'y a pas d'ambiguïté : il n'y a pas d'obligation. Ce suivi est donc avant tout une suite à l'exécution d'une peine. C'est donc pour le condamné à la fois une peine de plus et une peine pour plus tard. Mais l'addition peut être lourde puisque ce suivi peut durer 10 ans en cas de condamnation pour délit sexuel et 20 ans en cas de condamnation pour crime sexuel (118, 132, 145).

Il existe en réalité deux types de suivi socio-judiciaire (56) :

-le premier que l'on peut qualifier de suivi ordinaire consiste en un certain nombre de mesures de surveillance, d'interdiction et d'assistance imposées par la juridiction et choisies sur une liste analogue à celle des sursis avec mise à l'épreuve (interdiction de se rendre dans certains lieux, de fréquenter des mineurs ou d'exercer une profession à risques). Ce ne sont pas les psychiatres mais les comités de probation, sous la responsabilité du juge de l'application des peines, qui exercent ce contrôle social qui s'applique à tous les délinquants sexuels, y compris ceux qui demeurent inaccessibles à des mesures de soins (132, 145) ;

-le second type est le suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins. Le traitement médical devient alors l'élément moteur de prévention de la récidive. C'est seulement si l'expertise médicale établit que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement, que ce type de suivi peut être prononcé et il sera mis en œuvre selon la procédure insérée dans le Code de la Santé Publique. Cette décision peut être prise d'emblée par le magistrat qui rend la sentence ou plus tard par le juge de l'application des peines, en raison de l'évolution du condamné. Le juge devra avertir le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement (aucun thérapeute ne peut déontologiquement soigner quelqu'un contre son gré) au risque, s'il refuse les soins, de se voir appliquer une peine d'emprisonnement supplémentaire (2 ans maximum en matière délictuelle, 5 ans en matière criminelle). Deux principes a priori inconciliables sont donc rapprochés : celui que tout traitement médical suppose le consentement de son bénéficiaire et celui de l'intérêt supérieur de l'ordre public, de la protection de la société. Les soins sont donc en fait obligatoires (du fait de la menace de la peine) sans l'être juridiquement (du fait de la nécessité du consentement) tout en l'étant néanmoins ! Il est probable que cette alternative contraignante

suscite plus d'acceptations passives que de réelles demandes de soins (61). Dans ces conditions, les demandes de soins risquent d'être fragiles, jamais dénuées d'arrière-pensées, ni de calculs... C'est pourtant à celles-là que le psychiatre devra répondre dans un premier temps, quitte à re-préciser avec le délinquant la réalité de sa demande (132, 145).

La juridiction de jugement peut appliquer le suivi socio-judiciaire si elle l'estime utile, et elle ne le peut qu'à l'occasion de certaines infractions énumérées par la loi. On citera le meurtre ou l'assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ; le viol et les autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions sexuelles, à l'exception du harcèlement sexuel ; les atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et les délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur (87, 132, 145).

Le suivi socio-judiciaire comportant une injonction de soins implique trois acteurs médicaux incontournables : le psychiatre expert, le médecin coordonnateur (désigné par le juge de l'application des peines) et le médecin traitant (choisi par le condamné avec l'accord du médecin coordonnateur) (132, 145).

Le médecin coordonnateur a un quadruple rôle (61, 65, 132) :

- inviter le condamné à choisir, avec son accord, un médecin traitant disposant des compétences nécessaires ; en cas de désaccord, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;
- conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande ;
- transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de la mesure (le médecin traitant pouvant ainsi n'avoir aucun contact direct avec les autorités judiciaires) ;
- conseiller le condamné, au terme de l'exécution de son suivi, concernant les possibilités dont il dispose, si cela s'avère nécessaire, de poursuivre les soins en l'absence de tout contrôle de l'autorité judiciaire.

Le médecin coordonnateur peut fournir au médecin traitant, si ce dernier le souhaite, l'ensemble des expertises médicales et psychologiques de son patient, ainsi que les pièces essentielles de la procédure pénale qui pourraient lui être utiles (132).

Le traitement employé reste à la seule initiative du médecin traitant. L'attestation du contrôle doit se faire à travers la présentation de certificats. Cette attestation est fournie par le thérapeute, à la demande de la personne consultant pour prouver le respect de son obligation de soins. L'ensemble des certificats contient systématiquement les nom et prénom de la personne s'étant présentée à la consultation et la date de la rédaction du certificat. Il certifie la présence de l'individu, mais ne rend pas compte du contenu de la consultation, de la participation réelle au soin. Il ne contient pas d'information médicale. Ce certificat est soit fait pour une consultation, soit couvre une période de suivi. Le juge de l'application des peines ne peut être renseigné sur l'état psychiatrique du probationnaire que par une expertise psychiatrique. L'avis sur le contrôle de l'obligation de soins se limite à ce consensus (83).

Pour rappel, le non-accomplissement de ses obligations par le condamné peut avoir, comme conséquence, l'incarcération selon la peine spécifique fixée par la juridiction de jugement (maximum de 2 ans pour un délit et de 5 ans pour un crime), en sus de la peine de privation de liberté prononcée habituellement comme peine principale (118, 132).

Ainsi, dans son esprit, cette loi recherche avec difficulté un équilibre entre le respect du principe de consentement et la volonté de rendre le traitement inévitable en raison du risque de récidive (107). Cette loi répond à une attente de l'opinion publique et a l'ambition d'impliquer le corps médical dans un domaine où il se sent mal à l'aise. Sa réticence peut s'expliquer par une défiance compréhensible pour une nouvelle obligation de soins et a fortiori pour des soins dont l'indication ne repose pas sur des données cliniques et épidémiologiques fiables. Au-delà des excès médiatiques, le souci de cette loi est avant tout de lutter contre les comportements sexuels qui portent atteinte à la liberté d'autrui et à la protection due aux mineurs. Un tel objectif ne peut être contesté par les psychiatres, qui sont les mieux placés pour observer les dommages psychiques occasionnés par de tels comportements (45).

Au niveau statistique, le nombre de peines de suivi socio-judiciaire prononcées par les juridictions est passé de 265 en 2000 à 795 en 2003, soit une augmentation de 200 % (*Annexe 2*). Au 1^{er} janvier 2005, seuls 426 suivis socio-judiciaires étaient en cours (34).

3.4.2. Loi du 9 mars 2004

Après la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs, la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (dite Perben II) confirme ce mouvement répressif en renforçant le régime spécial déjà appliqué aux seuls auteurs d'infractions sexuelles et en soumettant ces mêmes auteurs à de nouvelles dispositions procédurales particulières réservées à d'autres types d'infractions (128).

A tous les stades du processus pénal, depuis les procédures de poursuites jusqu'à la très longue conservation de la trace des condamnations, le législateur contemporain a pris le parti d'un renforcement incessant du régime pénal spécial appliqué aux auteurs d'infractions sexuelles. Comme sa devancière de 1998, la loi du 9 mars 2004 porte, du début à sa fin, la marque d'un mouvement répressif d'exception (128) : un de ses premiers articles prévoit d'appliquer à certains délits sexuels la procédure de poursuite particulière réservée à la répression de la délinquance organisée quand un de ses derniers articles interdit, aux seules personnes condamnées pour infractions sexuelles, l'exclusion de la mention de leur condamnation sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire.

Tandis que la loi du 17 juin 1998 avait, pour la première fois en France, circonscrit le domaine des infractions légalement qualifiées de sexuelles, la loi du 9 mars 2004 apporte une première modification à cet ensemble d'infractions : à la liste initiale (les crimes de meurtre ou d'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ; les crimes de viol simple ou aggravé et les délits d'agression sexuelle autre que le viol à l'exception toutefois du harcèlement sexuel ; les délits d'atteinte sexuelle sur mineur, de corruption de mineur et de pornographie enfantine) prévue par le Code de Procédure Pénale, il est retiré le délit d'exhibition sexuelle, mais sont ajoutés les délits de recours à la prostitution

d'un mineur (loi du 4 mars 2004 relative à l'autorité parentale) et de recours à la prostitution d'une personne vulnérable (loi du 18 mars 2003 relative à la sécurité intérieure).

Dans le domaine des nouvelles incriminations, il est à noter que la loi du 9 mars 2004 a prévu de sanctionner les actes de zoophilie. Désormais, en plus des sévices graves (lesquels pouvaient d'ailleurs comporter des sévices de nature sexuelle) et des actes de cruauté envers un animal (domestique, apprivoisé ou tenu en captivité), les sévices de nature sexuelle font encourir à leur auteur une peine principale de 2 ans d'emprisonnement et/ou 30 000 euros d'amende.

La loi du 9 mars 2004 prévoit que la durée du suivi socio-judiciaire peut désormais être portée, par décision spécialement motivée de la juridiction de jugement, à 20 ans en matière correctionnelle, à 30 ans lorsqu'il s'agit d'un crime sexuel puni d'une peine de 30 ans de réclusion criminelle, et même à perpétuité si la peine encourue est une réclusion criminelle perpétuelle (128).

En vue du renforcement accru de la répression des infractions sexuelles, une des principales nouveautés introduites par la loi du 9 mars 2004 consiste en la création d'un fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles (FJNAAIS). En vue de faciliter leur identification, sont systématiquement inscrites au FJNAAIS les personnes ayant commis une infraction sexuelle faisant encourir une peine supérieure à 5 ans d'emprisonnement ; pour les délits faisant encourir à leur auteur une peine inférieure ou égale à 5 ans d'emprisonnement (il s'agit des délits suivants : agression sexuelle simple ou sa tentative, recours à la prostitution d'un mineur ou de personne vulnérable, corruption de mineur de 15 à 18 ans, pornographie infantile et d'atteinte sexuelle simple), l'inscription peut être ordonnée sur décision expresse de la juridiction ou du Procureur de la République. L'inscription au FJNAAIS est notifiée à la personne concernée, laquelle doit justifier de son adresse une fois par an, doit déclarer tout changement d'adresse dans les 15 jours suivants son déménagement et, si elle est condamnée à une infraction sexuelle faisant encourir un emprisonnement d'au moins 10 ans, doit se présenter tous les 6 mois (ou annuellement si elle y est autorisée) aux autorités départementales de la gendarmerie ou de la police nationale. Le non-respect de ces obligations est constitutif d'un délit puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. La durée d'inscription au FJNAAIS est de 30 ans s'il s'agit d'une infraction sexuelle punie d'un emprisonnement d'au moins 10 ans, de 20 ans dans les autres cas. Bien

que tenu par le service du casier judiciaire national, sous le contrôle d'un magistrat, l'amnistie, la réhabilitation ou l'application des règles propres au casier judiciaire ne mettent pas fin à l'inscription à ce fichier. Toutefois, en cas de jugement définitif de non-lieu, de relaxe ou d'acquiescement, ou en cas de mainlevée du contrôle judiciaire, les mentions inscrites sont retirées du fichier. Ainsi, en pratique, un violeur sortant de prison sera désormais tenu de pointer dans un commissariat, de signaler un changement de domicile, d'indiquer où il se trouve et de présenter des éléments prouvant qu'il suit un traitement (3, 87).

3.4.3. Loi du 12 décembre 2005

Actuellement, la France est loin devant tous les autres pays en matière de sanction pénale pour les agresseurs sexuels avec le paradoxe qu'un inceste est désormais plus sévèrement puni qu'un homicide (101). Toutefois, le problème de l'effet dissuasif et maturant des peines est une question complexe irrésolue. Lorsque statistiquement la probabilité d'être interpellé, condamné et emprisonné est élevée, ceci est censé abaisser le taux des actes délictueux mais l'engorgement de l'appareil répressif en résultant jouerait en sens inverse.

Dernièrement, les projets et propositions de loi se sont particulièrement centrés sur le traitement de la récidive des infractions pénales (notamment les infractions sexuelles).

La surveillance électronique des délinquants après leur mise en liberté se pratique depuis longtemps aux Etats-Unis. Le recul de plus de 10 ans sur ce mode de surveillance a servi de référence en France pour les modalités d'application de la nouvelle loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, afin de concilier les impératifs éthiques et le souci d'efficacité (117). Ainsi, la juridiction qui prononce un suivi socio-judiciaire peut également ordonner, à titre de mesure de sûreté, le placement du condamné sous surveillance électronique mobile. Ce placement ne peut être ordonné qu'à l'encontre d'une personne condamnée à une peine d'emprisonnement d'une durée égale ou supérieure à 7 ans et dont une expertise médicale (examen destiné à évaluer la dangerosité du condamné et à mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction) a constaté une dangerosité. Ce placement sous surveillance électronique mobile consiste pour le condamné l'obligation à

porter pour une durée de 2 ans (renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en matière criminelle) un émetteur permettant à tout moment de déterminer à distance sa localisation sur l'ensemble du territoire national français. Ce dispositif est installé sur le condamné au plus tard une semaine avant sa libération (7, 34, 108, 129).

Deux autres articles relatifs au suivi socio-judiciaire peuvent être appliqués par le biais de la loi du 12 décembre 2005 (7, 108, 129) :

-si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir, soit en plus du médecin traitant, soit à la place de ce dernier, un psychologue traitant.

-lorsqu'il a été agréé à cette fin, le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre de la santé et qui entraînent une diminution de la libido, même si l'autorisation de mise sur le marché les concernant n'a pas été délivrée pour cette indication.

4. Classifications des comportements sexuels pathologiques

4.1. Classifications psychiatriques

Les classifications psychiatriques internationales (CIM-10 et DSM-IV-TR) ont tenté de recenser les types de déviation sexuelle de façon purement descriptive. Soulignons que sans être inexacts, ces classifications apparaissent insuffisantes pour sous-tendre une évaluation clinique spécifique ouvrant le pas à une éventuelle démarche thérapeutique et cela par leur caractère réducteur et trop descriptif. De plus, les délits et crimes sexuels renvoient à une multitude d'entités pathologiques psychiatriques (paraphilies, troubles de la personnalité, maladie psychiatrique avérée) qui ne recouvrent qu'incomplètement les situations rencontrées dans le domaine pénal, en particulier pour le viol (65, 97, 142).

Le critère pathologique le plus couramment admis est la souffrance du sujet. Cette souffrance est liée à des fantasmes ou des activités sexuelles non maîtrisés, et peut se manifester psychiquement par des troubles anxieux ou dépressifs, par des velléités suicidaires ou même par des désordres psychosomatiques. Le véritable critère pathologique est ce défaut de maîtrise qui fait basculer la sexualité du registre du désir dans celui du besoin, de la dépendance voire de l'aliénation (44, 47).

4.1.1. Les « troubles de la préférence sexuelle » selon la CIM-10

La définition de la normalité sexuelle varie d'une culture et d'une époque à l'autre. C'est sans doute pour cette raison que le terme de « déviation » a été abandonné dans la dernière classification internationale des maladies (CIM-10) éditée sous l'égide de l'OMS, et que le chapitre consacré aux comportements sexuels pathologiques est intitulé « troubles de la préférence sexuelle » (65, 111). Mais un tel trouble correspond-il toujours à une anomalie mentale ? La récente exclusion de l'homosexualité du domaine de la pathologie est un exemple. Le terme de « préférence » suppose que l'individu a conservé son libre arbitre, mais

peut-on parler d'un « trouble du choix » ? C'est donc l'orientation même de la sexualité qui est considérée ici comme pathologique. Critère tout relatif, car on sait bien que la sexualité humaine comporte des jeux érotiques très polymorphes dans leur expression. Par ailleurs, tout comportement sexuel réalisant une infraction n'est pas forcément pathologique. La loi condamne seulement l'entrave à la liberté d'autrui, adulte non consentant ou mineur inapte à consentir. Il nous semble que le critère pathologique majeur de ce comportement est qu'il soit une condition impérative et exclusive à la satisfaction sexuelle. Il en est de même pour des « troubles de la préférence sexuelle », tels que le fétichisme ou le voyeurisme qui ne constituent pas en eux-mêmes une infraction (44, 47).

Dans la CIM-10, la classe F60-F69 répertorie les « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », et c'est au sein de celle-ci que l'on trouve en F65 les « troubles de la préférence sexuelle » (14, 111).

Le viol n'est évoqué qu'en filigrane dans le sadomasochisme (F65.5), avec comme diagnostics différentiels la cruauté ou la colère (61, 111).

La CIM-10 caractérise la pédophilie comme étant la préférence sexuelle pour des enfants, le plus souvent pré-pubères. On souligne la préférence sexuelle chez les hommes pour les enfants pré-pubères, avec une différenciation entre l'attirance pour les fillettes, les garçonnetts, et sa solution mixte. Il s'agit parfois d'une attirance habituelle pour les enfants comme substituts, en raison d'une frustration chronique dans leur recherche de contacts appropriés... Les hommes agressant sexuellement leurs propres enfants peuvent agresser aussi d'autres enfants à l'occasion. Dans les deux cas, ce comportement s'apparente à la pédophilie (97, 111).

La dimension perverse se lit dans la description de la personnalité dyssoziale (F60.2), à travers les caractéristiques suivantes (61, 111) :

- une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;
- une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales ;
- une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions.

La description et les critères diagnostiques des différents « troubles de la préférence sexuelle » sont décrits plus spécifiquement en *Annexe 3*.

4.1.2. Les « paraphilies » selon le DSM-IV-TR

Dans la classification américaine, les diagnostics concernés sont regroupés au chapitre des « troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle », dans le paragraphe des « paraphilies » (14, 65). Le terme de paraphilie a été introduit par le DSM-III, pour souligner l'aspect déviant (para) de ce qui attire le sujet (philie) (61). Le DSM-IV-TR est plus complet dans son inventaire des caractéristiques cliniques des paraphilies définies comme des impulsions sexuelles, des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes et des comportements répétés inhabituels à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social (4, 61).

Dans les directives pour le diagnostic, le DSM-IV-TR ajoute deux notions nécessaires au diagnostic (par rapport à la CIM-10) (14) :

- celle de temps, durée d'au moins 6 mois des troubles (« fantaisies imaginatives sexuellement excitantes ou de comportements »),
- et celle de souffrance (« ces fantaisies ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants »).

La pédophilie est présente dans la classification comme variété des comportements sexuels déviant. Elle est considérée uniquement comme l'activité sexuelle avec un (ou des) enfant(s) pré-pubère(s) (âgés de moins de 13 ans), alors que l'agresseur doit être âgé au moins de 16 ans et avoir au moins 5 ans de plus que sa victime (cette définition ne recouvre pas les réalités juridiques françaises). L'accent est mis sur l'acte pervers, éventuellement itératif (durée 6 mois et plus) et exclusif (115). On reconnaît aux agresseurs sexuels de multiples possibilités structurelles, avec l'éventualité d'organisations névrotiques, perverses ou psychotiques

prévalentes. Il s'agit d'organisations complexes où la dimension perverse peut être plus ou moins marquée (4).

La classification américaine signale clairement la dimension criminelle de certaines conduites : « l'imagerie paraphilique peut être mise en acte avec un partenaire non consentant, de telle manière que cela lui soit préjudiciable (comme dans le sadisme sexuel ou la pédophilie). L'individu peut faire l'objet d'une arrestation ou d'un emprisonnement. Les agressions sexuelles envers les enfants représentent une proportion significative de l'ensemble des crimes sexuels répertoriés, et les individus présentant un exhibitionnisme, une pédophilie et un voyeurisme représentent la majorité des délinquants sexuels appréhendés » (4, 61).

La dimension perverse est signalée : « de nombreuses personnes présentant ces troubles affirment que leur comportement ne leur cause aucun désarroi, et que leur seul problème est un dysfonctionnement social résultant de la réaction d'autrui à leur comportement ». Elle est opposée à la composante névrotique : « d'autres font part d'une culpabilité, d'une honte ou d'une dépression extrêmes à devoir se livrer à une activité sexuelle inhabituelle qui est socialement inacceptable ou qu'ils considèrent comme immorale » (4, 61).

Pour plusieurs auteurs, dont Proulx et Marshall, le critère de la classification américaine qui traite de la souffrance psychologique intense et invalidante du sujet paraît aberrant lorsqu'on tient compte de la structure de personnalité des agresseurs sexuels d'enfants. De fait, ceux-ci manquent très souvent d'empathie et d'autocritique. Comme le rapporte Marshall, un pédophile peut adopter auprès d'enfants des conduites sexuelles déviantes qui soient ego-syntones, sans que son fonctionnement en soit affecté. Pour cette raison, les critères diagnostiques ne sont pas satisfaits. De plus, l'âge de 13 ans, qui permet d'indiquer qu'un enfant est pubère, semble être arbitraire et réductionniste. En raison de ces problèmes de définition, plusieurs auteurs adoptent le terme descriptif agresseur sexuel d'enfants et décident d'ignorer celui de pédophile (60).

La description et les critères diagnostiques des différentes « paraphilies » sont décrits plus spécifiquement en *Annexe 4*.

4.2. Classification pénale

Si l'on met de côté la loi du 23 décembre 1980 qui a donné pour la première fois une définition précise du viol (« tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise constitue un viol » (article 332 du Code Pénal)), c'est bien le Code Pénal de 1994 qui a initié une véritable politique pénale en matière d'infractions sexuelles en prévoyant les incriminations et les sanctions aux articles 222-22 à 222-33 et 227-25 à 227-27 (56).

En effet, avant 1994, la catégorie générique des attentats aux mœurs, prévus aux articles 330 à 340, constituait une seule et même section de l'ancien Code Pénal. Ce même ensemble infractionnel est aujourd'hui scindé en trois sous-ensembles, répartis dans trois chapitres distincts du Nouveau Code Pénal, en son livre II : des crimes et délits contre les personnes et son sous-titre II : des atteintes à la personne humaine (*Annexe 5*) (88).

Au sein du chapitre II (des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne) se trouve la section 3 consacrée aux agressions sexuelles, lesquelles regroupent les incriminations suivantes (88) :

- du viol, simple (article 222-23) et aggravé (articles 222-24 à 222-26),
- des agressions sexuelles (autres que le viol), simples (article 222-27) et aggravées (articles 222-28 à 222-30),
- de l'exhibition sexuelle (article 222-32),
- du harcèlement sexuel (article 222-33).

Au sein du chapitre V (des atteintes à la dignité de la personne) se trouve la section 2 qui comprend les infractions de proxénétisme, simple et aggravé (articles 225-5 à 225-12) (88).

Enfin, au sein du chapitre VII (des atteintes aux mineurs et à la famille) figure la section relative à la mise en péril des mineurs, laquelle comprend les délits de (88) :

- corruption de mineur (article 227-22),

-pornographie infantine : exploitation de l'image d'un mineur à caractère pornographique (article 227-23) et diffusion de messages à caractère pornographique (article 227-24),
 -atteintes sexuelles sur mineur de 15 ans, simples (article 227-25) et aggravées (article 227-26), et sur mineur de 15 à 18 ans non émancipé par le mariage (article 227-27).

Ainsi, dans le Nouveau Code Pénal de 1994, les agressions sexuelles, considérées comme des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne, sont individualisées comme pouvant être commises par violence, contrainte, menace ou surprise (article 222-22). Il y a donc apparition d'une catégorie spécifique pour la délinquance sexuelle (61) :

- le viol y trouve la même définition avec l'ajout de la menace, la peine de réclusion criminelle passe à 15 ans ;
- les termes d'outrage ou d'attentat à la pudeur disparaissent au bénéfice d'une terminologie plus générale : les autres agressions sexuelles, parmi lesquelles s'inscrit l'exhibitionnisme sexuel (article 222-32) ;
- le harcèlement sexuel est une nouvelle infraction (article 222-23).

Les facteurs d'aggravation de la délinquance sexuelle restent toujours les mêmes : ils tiennent à la vulnérabilité de la victime (mineur de 15 ans par exemple), au statut de l'agresseur (parents, mais aussi personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions), aux conséquences physiques ou psychiques des actes de délinquance (blessure, mutilation, infirmité, mort ; la question des maladies sexuellement transmissibles n'est pas explicitement citée, la contamination par le virus VIH pouvant aussi concerner les dispositions des articles 222-19 et 223-1) ou aux circonstances de l'agression (plusieurs personnes auteurs et/ou complices, usage ou menace d'une arme, tortures, actes de barbarie,...) (61).

Ainsi, dans le Nouveau Code Pénal, le souci de préserver, protéger les mineurs en tant que personnes particulièrement vulnérables transparait de façon patente. Les adultes ont des obligations à l'endroit des enfants : la loi dans ses énoncés ne fait que souligner ce devoir de protection qui échoit aux adultes vivant dans notre monde culturel (98). L'inceste et la pédophilie, sans être nommés comme tels, y constituent cependant une préoccupation constante ; une équivoque en résulte à propos de cette dernière infraction. Pour la clinique psychiatrique, la pédophilie correspond aux rapports sexuels avec des sujets qui n'ont pas atteint la puberté, alors que pour le Nouveau Code Pénal il s'agit de mineurs en général et il

tend à assimiler à la pédophilie stricto sensu, l'homosexualité et le meurtre d'enfants au point que chacun de ces comportements suggère la présence des deux autres, ou, au moins, leur danger potentiel (90, 149).

Ces délits renvoient à une multitude d'entités pathologiques psychiatriques, mais celles-ci ne recouvrent qu'incomplètement les situations rencontrées dans le domaine pénal, en particulier pour le viol. En effet, seulement 10 % des viols commis renvoient au type de paraphilie appelé sadisme sexuel. Celui-ci implique alors que la souffrance de la victime soit la source unique d'excitation sexuelle chez l'agresseur (142).

En 1998, s'appuyant sur la nouvelle classification du Code Pénal, le législateur a consacré une catégorie infractionnelle majeure : les infractions sexuelles. Ce riche ensemble de crimes et de délits est composé d'infractions qui relèvent de deux ensembles distincts : celui des agressions sexuelles (à l'exception notable du harcèlement sexuel) et celui de la mise en péril des mineurs (le proxénétisme ayant été exclu de ce regroupement) (88). Les infractions sexuelles ont en commun d'être constituées par un acte (une pénétration, un attouchement, une exposition, la réalisation d'une image,...) comportant un motif essentiellement sexuel, imposé à une personne qui ne dispose pas de moyens physiques ou moraux suffisants pour le repousser alors qu'elle n'y consent pas (65, 88). Trois codes concernent la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle : le Code Pénal qui prévoit les diverses incriminations en la matière et leurs sanctions, le Code de Procédure Pénale qui indique les dispositions procédurales applicables devant les juridictions pénales, enfin le Code de la Santé Publique qui contient les dispositions essentielles au traitement (56).

5. Description des infractions sexuelles les plus communes

Nous pouvons séparer et décrire quatre types de crimes et délits sexuels dans la population pénale du fait de leur fréquence : l'exhibitionnisme, le viol, la pédophilie et l'inceste.

5.1. L'exhibitionnisme

En ce qui concerne l'exhibitionnisme, la CIM-10 (et le DSM-IV-TR qui en est très proche) le définit comme la tendance récurrente ou persistante à exposer ses organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé), dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit. Il y a le plus souvent une excitation sexuelle au moment de l'exhibition, qui est en général suivie d'une masturbation (142, 146).

Ce trouble peut disparaître pendant de longues périodes et réapparaître au décours d'un événement de vie chargé d'angoisse pour le patient (147).

Les tendances exhibitionnistes sont fréquentes et normales lorsque l'enfant atteint ses 3 ans. Plus tard, elles peuvent réapparaître chez certains adolescents et se fixer à l'âge adulte (147).

Dans l'exhibitionnisme « classique », le passage à l'acte succède à une lutte anxieuse que l'exhibitionniste ne parvient pas à maîtriser. Il se bat mentalement sans succès contre sa pulsion qui prend ici la forme d'une compulsion de répétition (146).

L'exhibitionniste apparaît inamendable et récidiviste et, pourtant, parfois, le simple fait de s'intéresser à lui (un ou quelques entretiens, spécialisés ou généralistes) suffit à débloquer une situation qui paraissait enkystée. De plus, il peut exister souvent une vie sexuelle normale pendant des intervalles libres parfois très prolongés entre deux périodes d'exhibitionnisme. Le taux de récidive apparaît faible après la première sanction judiciaire ; il est plus élevé après la seconde. Habituellement, les cliniciens relèvent une personnalité marquée par le manque d'assurance, la timidité, l'introspection et par l'attitude passive dans les relations sociales

interpersonnelles. Certains auteurs évoquent aussi un trouble obsessionnel-compulsif, mais cela reste très controversé ; il manque souvent l'aspect ego-dystonique du TOC. La composante dépressive est moins discutée, justifiant pour certains un traitement par les sérotoninergiques (146).

Les formes les plus classiques de l'exhibitionnisme sont (147) :

-l'exposition des organes génitaux externes sans autre provocation sexuelle dans des lieux publics fréquentés (type Lasègue) ;

-l'exhibitionnisme associé à un onanisme ;

-l'exhibitionnisme avec nudisme. Dans ce cas, on retrouve fréquemment une pathologie psychiatrique ;

-l'exhibitionnisme du sujet féminin, qui est rare ;

-l'exhibitionnisme avec flaccidité de la verge, sans masturbation.

L'exhibitionnisme est la paraphilie la plus fréquente, la prédominance masculine étant écrasante. La signification inconsciente de ce comportement a été rapportée à une angoisse de castration, le sujet cherchant à se rassurer sur le fait qu'il a bien un pénis. Une dimension compulsive a pu être évoquée. Une faible estime de soi avec tendance à la dévalorisation, un déficit d'habiletés sociales et de connaissances sexuelles sont des caractéristiques usuelles. La symptomatologie débute souvent à l'adolescence, une apparition tardive devant faire suspecter une étiologie médicale ou psychiatrique (confusion, démence, délire, manie). Des comportements exhibitionnistes sont décrits dans certaines affections neurologiques : maladie de Parkinson, syndrome frontal, chorée de Huntington, épilepsie, encéphalopathie post-traumatique. Il est nécessaire de rechercher d'autres paraphilies associées. Certains meurtriers ou violeurs en série ont des antécédents d'exhibitionnisme dans l'adolescence avec une escalade dans la gravité des comportements médico-légaux. Le taux de récurrence légale est un des plus importants des paraphilies, les chiffres variant de 19 à 41 % (20).

5.2. Le viol

Le viol suppose une pénétration sexuelle imposée. Mais la notion de non-consentement à l'acte sexuel est parfois malaisée à établir. La victime est en règle générale une femme. Soulignons que des antécédents judiciaires sont fréquemment retrouvés chez les auteurs de viols notamment des infractions non sexuelles associées ou antérieures (vols, violences...) (133).

Barte et Ostapzeff distinguent trois formes cliniques de viol (147) :

-Le viol simple : l'agression sexuelle est occasionnelle et l'agresseur agit ce viol pour réaliser un désir sexuel, sans aucune autre motivation (viols de circonstance, familial, d'auto-stoppeuse,...)

-Le viol compliqué : il comprend les viols avec violences associées, voire comportant de véritables actes de barbarie (dans une recherche de plaisir), les viols se concluant par l'homicide de la victime (élimination de la victime, homicide involontaire,...), les viols avec perversions sexuelles.

-Le viol de substitution : il correspond au viol ayant valeur de substitution à une autre conduite. Il s'agit des viols substitués d'un vol (symbolise le vol d'une jouissance sexuelle), d'un meurtre (volonté de tuer symbolisée par l'acte sexuel), de la masturbation (la victime est réduite au rang d'objet pour l'autosatisfaction sexuelle de l'agresseur).

Les violeurs, la plupart du temps, ont une personnalité incomplètement développée ; très insatisfaits de leurs performances sexuelles, ils ne se représentent pas leur partenaire comme un sujet, mais bien comme un objet. Une première approche de leurs caractéristiques psychiques peut être inférée de ce qu'ils disent (82) :

-le plus souvent, ils se réfugient dans un déni total, démontrant leur incapacité à accepter, et en tout cas à verbaliser leur acte.

-à un degré moindre, ils utilisent des phénomènes de projection mettant en avant la provocation ou la participation active de la victime.

-certains, qui reconnaissent leur acte, ne l'ont pas compris comme un viol, car ils n'ont pas su interpréter le refus de la victime, et ont pensé à un consentement passif.

-d'autres enfin, les plus névrotiques, reconnaissent l'acte et s'en avouent coupables, mais demeurent en général peu capables de se remettre en cause et d'analyser les raisons de leur acte.

A partir de ces discours souvent incomplets, masquant une réalité interne difficile à cerner pour le sujet, on peut proposer quelques caractéristiques permettant d'évaluer le potentiel de passage à l'acte à type d'abus sexuel (82) :

-la difficulté à verbaliser : ces sujets ont du mal à faire passer par la parole ce qu'ils ressentent et ce qu'ils vivent. De ce fait, leurs pulsions sont agies en court circuit, sans avoir été filtrées par une réflexion. Leurs désirs passent ainsi immédiatement dans les actes, sans mentalisation, sans représentation, ce qui facilite bien entendu l'infraction, mais aussi empêche après coup de se l'approprier réellement et d'en ressentir une culpabilité ;

-la projection paranoïaque : le sujet utilise un mécanisme de défense qui consiste à localiser à l'extérieur des sentiments ou des affects, en fait internes. Selon lui, c'est l'autre qui séduit, voire qui provoque. Les pulsions, les motivations du passage à l'acte sont alors localisées à l'extérieur. Le sujet en est dépossédé. Une telle caractéristique ne permet pas de les remettre en cause, mais peut également accentuer la colère contre l'autre, vécu comme l'acteur du drame, voire comme un persécuteur. Cette impression d'agressivité, d'intrusion du milieu extérieur, peut majorer des phénomènes d'angoisse qui facilitent encore le passage à l'acte ;

-le relation d'emprise ou d'appropriation : le violeur utilise, au sens propre du terme, la victime, non pas comme partenaire, mais comme objet de plaisir sexuel. Il n'y a même pas relation de domination qui suppose deux sujets dont l'un se vit supérieur à l'autre. Ici, le « partenaire » est un véritable objet dont l'abuseur veut avoir la maîtrise totale. Lorsqu'on analyse le discours de tels sujets, on mesure souvent combien cette relation d'emprise est prééminente et constitue peut-être la caractéristique la plus spécifique des violeurs : ils ne sont

pas capables de comprendre ce que peut ressentir la victime, puisqu'à leurs yeux elle ne peut pas ressentir, elle n'est qu'un objet. Il n'y a aucun échange, aucune mutualité. L'acte est en prise directe avec les pulsions. Il n'y a aucun élément de socialisation qui permette de prendre en compte le désir de l'autre ;

-l'anticipation de l'échec : ces sujets sont en fait trop fragiles pour pouvoir accepter un refus. Ils craignent toujours cet échec qui les déstructurerait à un point que leur angoisse deviendrait insupportable. Anticipant cet échec, qui serait une véritable catastrophe existentielle, une négation de leur acte, ils ne veulent pas se mettre en position de demandeurs où ils se sentiraient livrés à leurs partenaires. Cette crainte les conduit donc à brûler l'étape des préliminaires à l'acte sexuel, et à imposer un acte de peur qu'il ne leur soit refusé.

On voit combien ces différentes caractéristiques peuvent se renforcer l'une l'autre. Le défaut de verbalisation conduit facilement à l'échec par l'incapacité à expliquer. Les mécanismes projectifs font également craindre cet échec, puisque l'autre est affublé des affects agressifs qui sont en fait ceux du violeur. Quant à la relation d'emprise, elle empêche de reconnaître le partenaire comme un sujet et donc justifie de ne rien verbaliser et évite ainsi le refus (82).

Le plus fréquemment, le violeur agit seul. Les viols en bande par plusieurs coauteurs, plus rares, correspondent à des mécanismes criminogènes différents. Les viols homosexuels masculins ont leur spécificité propre (147).

Dans la très grande majorité des cas, le viol d'un adulte est commis par un agresseur qui ne présente aucun trouble psychiatrique. Néanmoins, quelquefois, l'examen clinique psychiatrique permet de déceler certaines pathologies associées (déficience mentale, psychose, psychopathie, alcoolisme aigu ou chronique, toxicomanie, névrose obsessionnelle, perversion), sans que, pour autant, un lien de cause à effet en découle nécessairement (147).

Afin de classer les viols, plusieurs éléments faisant appel à la théorie psychanalytique sont utilisés. L'affect prédominant au moment du délit (rage, sadisme) et la motivation (recherche de pouvoir, de destruction ou d'une excitation sexuelle) sont analysés. On distingue ainsi les différents affects (142) :

-le sadisme où les pulsions sexuelles et agressives fusionnent ; il existe une érotisation de la violence infligée à la victime ;

-l'hostilité et la rage envers les femmes qui sont alors déplacées sur une victime ;

-la recherche de pouvoir et la restauration de la masculinité, vécue comme déficiente, sont compensées par une agression sexuelle ;

-un mode de vie anti-social et des traits impulsifs qui peuvent être accomplis dans un délit visant alors surtout la satisfaction immédiate des besoins.

Seuls 10 % des auteurs de viol réunissent les critères du « sadisme sexuel » où la souffrance de la victime est l'unique source d'excitation sexuelle chez l'agresseur (20).

Welzer-Lang indique que le viol est un acte sexué et non sexuel. En effet, sa compréhension doit se rechercher dans le registre du narcissisme et non dans le domaine de la sexualité. Balier le considère comme un acte phallique défensif permettant un surinvestissement narcissique de toute-puissance visant à éviter l'effondrement de la personnalité et la psychose. Cet auteur indique que la compréhension du viol est à chercher dans les rapports entre l'hallucination de désirs contemporains des premiers mois de vie (registre de la psychose) et la réalité extérieure assimilée au fil de l'existence. Ainsi, des défaillances initiales vécues dans la relation mère-enfant pourraient être à l'origine de l'acte de viol ultérieur. Balier et Legendre rapportent que de telles défaillances sont à l'origine d'une angoisse profondément déstructurante. Celle-ci peut être réactivée ultérieurement par un traumatisme sexuel ou la rencontre d'une femme évoquant les souvenirs d'une mère effrayante dans un processus de fusion-séparation non encore élaboré. Stoller emploie le terme de « crypto-perversion » pour rendre compte de la coexistence d'une vie sexuelle commune et de conduite de viol. Pour cet auteur, le violeur aurait subi durant son enfance des traumatismes réels émanant de sa mère. La conséquence en serait le recours, dans sa vie d'adulte, à une forme érotique de la haine (147).

5.3. La pédophilie

La pédophilie doit être différenciée de l'inceste car l'infraction est commise à l'encontre d'un enfant en dehors de la cellule familiale (133).

L'abus sexuel pédophilique a toujours fait partie de l'histoire de l'humanité (Grèce antique). Il s'étale sur un spectre allant de l'amour « magnifié » aux agirs sadiques les plus retors et inavouables, en passant par toutes sortes de positions idéalisées avec ou sans agirs pédérastiques.

Des thèses pro-pédophiles s'exprimèrent en France dans le courant des années 1970-1980, s'appuyant sur le « Corydon » d'André Gide (discours annonçant le bien-fondé de l'action de Corydon qui soigne l'adolescent par l'amour pédérastique), avec notamment des écrits de Guy Hocquenghem, René Schérer, Gabriel Matzneff et Michel Foucault qui ont revendiqué le droit de l'enfant à vivre sa sexualité avec l'adulte. Ce discours a véhiculé un désir et un idéal de destruction à l'encontre de la famille et de la société dont les normes étaient rejetées. Il laisse croire que l'avancée de la libération sexuelle ne s'arrêtera pas à la tombée du tabou de la masturbation et de l'homosexualité, mais que cette avancée s'étendra à la pédophilie et à l'inceste. L'argumentation pédophile était fondée sur un prosélytisme déniait tout pathogénie à la sexualité mutuellement consentie entre adulte et enfant. Le discours-type n'hésitait pas à présenter l'enfant comme un séducteur qui vient détourner l'adulte. La confusion entre l'affectif et le sexuel, entre le mature et l'immature était totale (26).

Les évènements fortement médiatisés de ces dernières années ont placé cet abus sur le devant de la scène.

Sur le plan étymologique, la pédophilie signifie « amour d'un enfant ». Concernant la terminologie, nous utilisons les termes de pédophilie (attirance pour les enfants) et de pédophile (attiré par les enfants), ainsi que les termes de pédérastie et pédéraste pour désigner les pédophiles qui passent à l'action et agissent leur sensibilité érotique pour les enfants des deux sexes. Il s'agit de termes d'origine grecque (97, 99, 147).

Souvent, l'adulte abuseur représente pour l'enfant une autorité morale (membre ou proche de la famille, enseignant,...). Ce contexte psychoaffectif contribue à la non-dénonciation des faits par le mineur (92, 147).

L'activité sexuelle des pédophiles peut se limiter à contempler l'enfant nu, à s'exhiber ou se masturber en sa présence. Elle peut consister en des attouchements, voire, rarement, en de véritables relations sexuelles. Exceptionnellement, elle peut aboutir au meurtre de l'enfant (les sujets qui commettent un homicide, comparativement aux autres, ont davantage de traits de personnalité psychopathique ou antisociale, de toxicomanie associée ; ils ont davantage d'antécédents de délits non sexuels ; ils présentent en général plusieurs paraphilies associées). Toutes ces activités sexuelles sont rationalisées par le pédophile comme ayant une valeur éducative ou comme étant une source de plaisir pour l'enfant, ou encore comme représentant une provocation de la part de l'enfant. Dans 10 à 15 % des cas, le pédophile nie toute activité sexuelle, ce qui complique considérablement la prise en charge médicale (142).

Dans l'anamnèse du sujet pédophile, on retrouve fréquemment, d'une part, des carences affectives (mère hostile, indifférente, mégalomane, castratrice ou absente) et éducatives précoces, et d'autre part, un passé de maltraitance, notamment sexuelle (les études les plus rigoureuses donnent des chiffres où environ 30 % des sujets pédophiles auraient été victimes lorsqu'ils étaient eux-mêmes enfants). L'angoisse de castration du pédophile est le plus souvent importante. Ces sujets vivent leur sexualité au travers d'un manque marqué par un sentiment d'incomplétude sexuelle. Huard, à partir de tests de Rorschach, effectués sur des sujets pédophiles, relève plusieurs caractéristiques : ils présentent une immaturité affective et des fantaisies sexuelles importantes ; ils ont tendance à se déprimer, vraisemblablement à cause de leur estime de soi particulièrement faible leur assignant un sentiment intense d'infériorité. Les premiers liens insatisfaisants sur le plan affectif pourraient être à l'origine de l'absence d'hétérosexualité satisfaisante à l'âge adulte (147).

Lorsque l'agresseur est un adolescent, la victime est parfois dans une relation d'allégeance ou de soumission au groupe de jeunes dans lequel il recherche son identification et, bien souvent, les faits ne seront rapportés (lorsqu'ils le seront) qu'à l'âge adulte (147).

En dehors de l'attrance sexuelle pour les enfants, qui leur est commune, les pédophiles constituent un groupe très hétérogène (142).

Plusieurs tentatives de classifications ont été proposées, mettant l'accent sur le sexe de la victime, son âge et le niveau de violence (de l'attentat à la pudeur au viol), ou bien sur l'âge et la personnalité de l'agresseur, ou encore sur le caractère intra-familial ou non du délit. La classification basée sur le sexe de la victime paraît être la plus discriminante. Ainsi distingue-t-on (depuis la classification de Krafft-Ebing) ceux qui sont (142) :

-*attirés sexuellement par les garçons* : les victimes sont plus nombreuses et sont âgées de plus de 10 ans en général. Le risque de récurrence est important. Ces sujets ont souvent un comportement antisocial et ont le plus souvent une pédophilie exclusive ;

-*attirés sexuellement par les filles* : les victimes ont en général entre 8 et 11 ans. Ces sujets sont deux fois plus nombreux que les précédents et sont le plus souvent mariés ;

-*attirés sexuellement par les filles et les garçons* : environ 10 % des cas.

Parmi les pédophiles « homosexuels », on distingue trois types différents (142) :

-le type dit « *inadapté socialement* » : il existe des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance qui seraient ultérieurement responsables de perturbations graves dans les relations du sujet avec d'autres adultes, en particulier les femmes, qu'il considère comme menaçantes. Il a, en général, recours à des attouchements ou à des masturbations mutuelles lorsqu'il est en présence d'enfants. Dans certains cas, ce sujet dit « asocial et isolé » peut être marié et avoir des enfants ; il est alors en général plus âgé. Ses relations avec les victimes se rapprochent alors davantage des relations sexuelles entre adultes ;

-le type dit « *intrusif* » : le sujet est entouré de jeunes garçons avec lesquels il a très facilement des relations sexuelles ;

-le type dit « *agressif* » (rare) : la satisfaction sexuelle nécessite l'utilisation de la violence et des menaces après l'acte sexuel, ainsi que la sensation de pouvoir qu'il exerce sur l'enfant. Ces sujets choisissent en général des victimes qu'ils ne connaissent pas.

Parmi les pédophiles hétérosexuels, on distingue trois types différents (142) :

-le type « *fixé ou immature* » : le développement de la sexualité apparaît comme interrompu dans l'enfance, avec une persistance de l'intérêt pour les enfants au cours de l'adolescence. Il est plutôt passif et dépendant ;

-le type « *régressif* » : il se tourne vers les enfants lorsque, à un moment donné de son existence, les relations sexuelles qu'il entretient avec des adultes ne le satisfont plus ; il a plus facilement des relations sexuelles de type adulte avec les enfants ;

-le type « *sadique* » : heureusement rare, et pour lequel l'agressivité physique et l'humiliation de l'enfant sont érotisées. Ce type de pédophilie peut conduire au meurtre de l'enfant.

L'âge des victimes n'est, en général, pas pris en compte dans les classifications. Or, il existe des pédophiles attirés par les très jeunes enfants (moins de 6 ans) (infantophilie). On observe également des sujets attirés par les jeunes adolescents (13 à 16 ans) (adolescentophilie) (99, 142).

Les auteurs de ces violences sexuelles sont quasi exclusivement des hommes, 20 à 30 % des enfants victimes étant des garçons.

Il est nécessaire de distinguer la pédophilie primaire, dite encore d'élection ou chronique, forme la plus fréquente qui commence à l'adolescence, de la pédophilie réactionnelle ou transitoire, par remplacement ou compensation. La pédophilie peut rarement être secondaire à une affection mentale : schizophrénie, démence, déficience intellectuelle. Selon la nature de la relation affective entre l'adulte et l'enfant, il est classique de décrire une pédophilie de type « amoureux » (victime connue, activité non génitale) et une pédophilie de type narcissique-pervers (victime inconnue, actes génitalisés) (20).

Dans environ 80 % des cas, les passages à l'acte sur un mode pédophilique correspondent à des agirs facilités par un contexte spécifique, social ou pédagogique, permettant la mise en scène d'une fantasmagorie plus ou moins affirmée au plan des représentations conscientes. Les éducateurs, animateurs et instituteurs de jeunes enfants, constituent la cohorte majoritaire. Parmi ceux-ci, un certain nombre d'hommes jeunes, mal affirmés dans leur identité, mal

latéralisés au plan sexuel. Dans l'ensemble, les agissements surviennent dans un contexte de séduction ou de tromperie (plus ou moins ludique). Le sujet abuse de la naïveté, de la faiblesse des défenses de l'enfant pour l'induire dans les comportements qu'il souhaite (92). Comportements plus ou moins sexualisés, pouvant aller du tripotage sexuel superficiel au coït caractérisé. Ce dernier étant plutôt rare, proportionnellement aux autres formes d'abus sexuels. Les violences ou contraintes caractérisées à enfants sont essentiellement le fait de déficients mentaux moyens-légers et de psychotiques aux profils divers, bien plus que de pervers destructeurs pédoclastes, pouvant aller jusqu'à l'assassinat sadique du mineur (97).

Concernant la pédophilie féminine, il semble s'agir de femmes au profil de personnalité plus ou moins psychopathique et aux capacités intellectuelles limitées, suivant leur compagnon et maître dans la mise en place d'un scénario érotique monté de toutes pièces par l'homme (qui entretient avec elles une véritable relation d'emprise) pour obtenir une excitation renforcée typiquement perverse (97).

5.4. L'inceste

L'inceste est une forme de pédophilie dont l'expression est exclusivement intra-familiale. Il s'agit donc d'un crime de l'intimité familiale (133). La complexité des facteurs en jeu dans l'inceste et le risque de récurrence assez faible imposent une perception différenciée de celle de la pédophilie. L'inceste peut concerner des enfants des deux sexes, un ou plusieurs enfants d'une même famille. L'inceste mère-enfant est rare dans toutes les cultures. On peut cependant s'interroger sur la motivation de certains beaux-pères qui, grâce à une vie en couple, ont accès à des enfants. Il peut s'agir dans ce cas de sujets pédophiles (142).

L'agir incestueux cible en règle générale le père ou l'adulte en position d'autorité paternelle au sein de la famille. Père, beau-père, oncle, grand-père sont plus souvent visés par les poursuites judiciaires que les cousins ou les frères. Effectivement, l'agir incestueux entre mineurs, s'il se réalise dans une ambiance de consentement réciproque, est rarement poursuivi par la justice, sauf, bien entendu, ces cas où un grand adolescent abuse sévèrement d'un très jeune enfant qui accepte le jeu (dans un premier temps) dans un but exploratoire. Lorsque les

parents sont à même de gérer ces situations, ils portent rarement l'affaire devant les tribunaux. Par contre, cela se voit plus fréquemment lorsque les parents sont divorcés ou que les deux frères ou frère ou sœur n'habitent pas sous le même toit, pour quelque raison que ce soit (98)...

Dans 90 % des cas, la relation incestueuse est de type père/fille ou beau-père/belle-fille avec le plus souvent une complicité plus ou moins consciente et un silence implicite de la mère. Si l'inceste, ou l'abus incestueux père-fille est sans aucun doute le type incestueux le plus rencontré, il importe de ne pas sous-estimer l'existence fréquente d'un abus incestueux père-fils. Les incestes mère/fils, mère/fille, entre membres de la fratrie ou commis par un autre parent sont plus rares (20). L'inceste se déroule avec une plus grande fréquence entre 4 et 9 ans et entre 12 et 15 ans. Ces deux intervalles d'âge correspondent au stade de l'Œdipe et de l'adolescence, deux périodes durant lesquelles la question sexuelle est au premier plan (147).

La relation incestueuse peut se prolonger sur plusieurs années, la révélation étant tardive ou absente. L'inceste se rencontre dans tous les milieux mais paraît prédominer dans les familles défavorisées. La confusion des générations, l'absence de repères entre parents et enfants sont souvent invoquées. Dans les situations d'inceste, la mésentente conjugale est fréquente. Des traits communs de personnalité se retrouvent chez les pères incestueux : la psychorigidité, l'égoïsme, l'autoritarisme (20). Effacés dans la vie sociale, ils exercent un pouvoir et une emprise dans leur famille comme mécanisme de compensation. On retrouve fréquemment la notion d'une intoxication alcoolique chronique. Il peut également s'agir d'hommes timides, inhibés dans les relations sociales et se repliant sur leur famille. En général, il s'agit de sujets correctement insérés dans la vie professionnelle et dont les antécédents judiciaires sont rares (142).

Le père incestueux correspond en fait à un adulte qui exploite la sensibilité naturellement et sainement incestueuse d'un enfant, de son enfant, d'autant plus facilement qu'il représente l'autorité et l'amour parental, sources du narcissisme le plus nécessaire. De plus, le père incestueux n'a dans l'écrasante majorité des cas aucune claire intention de formaliser un lien secret qu'il sait interdit et inadmissible socialement. Une relation sexuelle nécessite donc la mise en œuvre de stratégies, implicites ou explicites qui maintiennent secrètes, pour l'extérieur, les transactions incestueuses entre l'auteur de l'abus et sa victime. De la séduction à la violence physique en passant par diverses stratégies psychologiques de manipulation, les

moyens mis en œuvre par l'abuseur sont multiples : la pression psycho-affective, le jeu, l'initiation pédagogique ou l'apprentissage, les gratifications, les promesses de bénéfices secondaires, l'emprise morale, la séduction amoureuse, le chantage affectif, la menace ou le terrorisme psychologique, la torture et les pressions morales, la menace de représailles, les menaces physiques, les sévices physiques violents plus ou moins impulsifs. Les différents types d'abuseurs sexuels utiliseront une combinaison de ces biais qu'ils adapteront aux circonstances, à l'âge de l'enfant, à son niveau, à son degré d'accommodation, à l'attitude du parent non abuseur et au type d'interaction abusive (98).

Par rapport à la pédophilie, les récidives sont moins fréquentes dans les agressions incestueuses (0 à 11 %), d'autant plus qu'il s'agit d'hommes d'une quarantaine d'années, qui risquent de lourdes peines de prison pour viol aggravé, diminuant d'autant la vraisemblance de refonder une famille (20).

Hayez et De Becker, en s'inspirant des travaux de Barudy, décrivent 3 types de familles à inceste (147) :

-La famille rigide et totalitaire où le père a une position de tyran domestique, sa femme lui étant soumise et/ou adhérent à son autorité. Les transactions familiales sont rigides, l'isolement et l'absence de communication sont la règle. Le père rationalise l'inceste, les filles sont soumises à la terreur. Quelquefois, l'abus est quasiment dévoilé à la mère qui, en cas de dénonciation par ses filles, les accuse de fabulation. Dans la biographie de ces pères tyranniques, on peut retrouver des pratiques incestueuses familiales trans-générationnelles. Certains d'entre eux nient leur fragilité affective et leur peu d'estime de soi en se mettant dans une position d'omnipotence.

-La famille fusionnelle où les membres de la famille sont enchevêtrés et dévoués les uns aux autres. Dans ce type de famille, le père s'occupe beaucoup de ses enfants : il est, en quelque sorte, corvéable. Mais, en contrepartie, il attend que ces derniers fusionnent de plus en plus avec lui. Les relations se sexualisent peu à peu dans un climat affectif où la mère laisse son mari prendre sa place. Pour Balier, ce type de père n'a pas résolu son complexe d'Œdipe et sa relation à sa mère s'est établie dans une ambiance incestueuse. D'autres pères combrent par de tels agissements une carence affective. Si l'inceste est dénoncé, le père ne nie pas les faits et se sent coupable.

-*La famille chaotique* où l'instabilité et l'insécurité sont la règle. Journée après journée, la famille vit sans véritable projet. La promiscuité est quelquefois présente ainsi que les problèmes financiers. Les émotions marquées par la labilité régissent l'ensemble de la communication familiale. Le cadre familial est insécurisant : il n'existe pas de permanence des règles. La carence est éducative et cognitive. Ce type de famille a tendance à l'isolement social en raison soit d'une méfiance de l'entourage, soit d'un sentiment de honte par rapport à son mode de vie. En général, les cadets de ces familles subissent les assauts incestueux de leurs aînés qui, en cas de découverte de l'abus, ont du mal à concevoir qu'ils aient commis un délit. Le plus souvent, le père, immature et impulsif, n'a pas intégré les règles sociales.

Soulignons qu'il n'est pas possible de lier le comportement incestueux à une psychopathologie spécifique. Il s'agit bien plus, comme l'a montré Claude Balier, d'un ensemble de traits psychopathologiques qui concourent à la mise en acte. Ces traits de personnalité se rencontrent dans les différentes structures psychiques, névrotiques, perverses et psychotiques, même si la plupart des pères incestueux se regroupent autour des pathologies limites de la personnalité : états-limites, psychopathie, abandonnisme... L'inceste réalise le point ultime du déni, corrélatif du clivage, qui portera essentiellement sur la différence des générations. Il n'y a plus de places et de rôles spécifiques dans la famille. Tous les membres de la famille sont mis sur le même plan et l'organisation familiale vole en éclats. Le déni de la différence des sexes et des rôles sexuels est présent dans tous les cas. L'inceste est une négation de l'autre dans sa dimension subjective et une réduction de celui-ci à un corps utilisable sexuellement. L'alcoolisme est fréquent et joue un rôle désinhibiteur. L'alcoolisme de certains auteurs d'inceste leur permet d'ailleurs de minimiser leur responsabilité dans le passage à l'acte. Il peut s'agir soit d'alcoolisme chronique installé depuis l'adolescence, soit d'alcoolisme réactionnel à une perte d'étayage psychique : mort d'un parent, divorce, perte de l'emploi ou drame familial. La dépression est également rencontrée fréquemment. Certains sujets font état d'états dépressifs larvés ou de périodes dépressives réactionnelles. Ce sont parfois au cours de ces périodes que les passages à l'acte se produisent (126).

Les mères participent directement à l'inceste dans moins de 10 % des cas (la moitié d'entre elles est reconnue comme présentant un handicap mental). Les statistiques dévoilent que la mère connaît l'abus formellement dans 30 % des cas et que, dans 24 %, elle en a vraisemblablement la notion. Dysthymie, alcoolisme, psychose, état limite sont des diagnostics psychiatriques retrouvés chez les mères incestueuses. D'autre part, elles souffrent

souvent de problèmes affectifs et de solitude. Dans leur biographie, on peut retrouver un rejet de leurs parents et/ou des abus sexuels qu'elles ont endurés durant leur enfance. Elles assument difficilement leur rôle parental. Dans un nombre restreint de cas, elles apparaissent, au contraire, omnipotentes. Certaines mères atteintes de dépression subissent, voire participent, aux pratiques incestueuses de leur mari ou de leur compagnon. De même, des affects dépressifs sont retrouvés chez les mères qui entretiennent des relations incestueuses avec un fils handicapé sur le plan physique. Dans ce cas, il ressort que l'acte est induit, au départ, par une intolérance à la frustration sexuelle de leur enfant (aide à la masturbation initiale qui peut conduire à d'autres activités génitales) (147).

6. Caractéristiques des auteurs d'agression sexuelle

6.1. Caractéristiques générales

L'étude française sur les « agresseurs sexuels » organisée par le docteur C. Balier, qui se déroula entre 1993 et 1996, permit de mieux caractériser ces derniers. Ainsi, moins d'un auteur d'agression sexuelle sur cinq reconnaît avoir voulu montrer quelque chose à la victime. La même proportion admet avoir exercé une contrainte sur elle. La contrainte physique surgit le plus souvent lors de la manifestation de refus par la victime. La violence morale de l'acte n'est pas repérée par l'agresseur. Si les parents incestants sont seulement 2 % à reconnaître la présence de violence dans l'acte d'inceste, les agresseurs d'enfants reconnaissent moins souvent la violence que ceux d'adultes. Un agresseur sur quatre avait déjà pensé à l'acte délictueux avant de passer à l'acte mais, en règle générale, l'aspect dangereux n'est pas perçu. L'acte délictueux apparaît comme une stratégie anti-dépressive face à l'impossible maîtrise de la montée d'excitation. L'alcoolisation est présente dans un tiers des passages à l'acte. Près de la moitié des agresseurs reconnaissent qu'une impulsion est à l'origine de leur acte. L'acte délictueux procurera principalement un éprouvé d'apaisement. Retour au calme qui suit le sentiment intérieur d'un dépassement par l'excitation au moment du déclenchement de l'acte. Ce dépassement est vécu par les sujets comme étant inquiétant, d'autant plus qu'ils perçoivent et l'impossibilité d'un contrôle, et l'effacement de leurs limites subjectives. Ainsi, un agresseur est-il plus acteur de son acte qu'auteur. Par ailleurs, au moment de l'agression, les qualités humaines de la victime disparaissent pour l'agresseur sexuel. L'ensemble de ces éléments fait qu'une large majorité d'agresseurs sexuels est incapable d'évaluer son degré de dangerosité. Honte et culpabilité ne sont pas différenciées par les agresseurs. Si la honte est plutôt celle d'avoir perdu le contrôle de soi, la culpabilité est inefficace et révèle donc une incompréhension de la dimension délictueuse de l'acte. Moins d'un sur deux perçoit le lien entre l'acte commis et son incarcération, ou les conséquences que son acte pourrait avoir pour la victime. Cependant, même lorsque des conséquences sont perçues pour la victime, celles-ci doivent être tempérées et ne sont pas forcément le signe d'un véritable travail psychique de reconnaissance. Ce point indique la nécessité de l'action judiciaire pour qu'une telle reconnaissance puisse advenir. Ce dernier point est d'autant plus important que la moitié de

ceux revendiquant la responsabilité de leur acte n'en perçoivent pas les conséquences pour la victime, que près des deux tiers des agresseurs se sentent victimes des événements et qu'un sur cinq pensait que cela devait fatalement arriver dans sa vie. Ce dernier point est d'autant plus vrai que le sujet agresseur a été lui-même agressé dans son enfance. Plus des deux tiers désirent changer mais seul un agresseur sur deux a fait quelque chose pour changer. Plus les sujets reconnaissent complètement être l'auteur du délit, plus leur gradient de volonté de changement augmente. Parmi les sujets qui désirent changer, seul un tiers a réellement entrepris une action efficace. Les récidivistes ne font rien de plus que les autres pour changer. Ce qui est efficace pour provoquer la demande de changement et de soin est à chaque fois la condamnation actuelle. La période d'intervention thérapeutique féconde chez les récidivistes est donc juste après leur condamnation (tout en tenant compte, en cas d'incarcération, du choc carcéral et du temps d'adaptation à la prison). Cependant, presque deux agresseurs sur trois perçoivent confusément que quelque chose en eux serait à changer, ce qui signe l'attente d'une injonction à caractère interdictif, conteneur et donc protecteur (40).

Les agresseurs sexuels se décrivent comme ayant beaucoup d'amis, sur lesquels ils peuvent compter. Par ailleurs, ce sont des acteurs de la vie sociale où fréquemment ils occupent des postes de responsabilité. 18 % sont membres d'une association et dans plus de 60 % des cas ils se trouvent à un poste de responsabilité. Ainsi, en règle générale, l'agresseur sexuel laisse l'image d'un homme présentant une bonne insertion sociale et une présence très active dans le tissu social (40).

Dans l'enfance et l'adolescence, les relations sadiques sévères et une tendance précoce à la cruauté franche envers les animaux, fussent-ils ceux familiers, sont une caractéristique type des agresseurs sexuels (40).

L'autre grande caractéristique, spécifique aux agresseurs est, dans plus d'un cas sur trois, une agression sexuelle subie avant 10 ans, qui sera dans les trois quarts des cas multiple ou répétée au cours de l'enfance ou de l'adolescence. Cette agression sera l'œuvre, dans la moitié des cas, d'étrangers à la famille mais connus d'elle, plus d'un quart sera occasionnée par des inconnus et un peu moins d'un quart par des membres de la famille, particulièrement frères aînés ou oncles. Les femmes ne sont pas absentes des personnes agressant les sujets dans l'enfance. Majoritairement, l'acte d'agression sexuelle se présentera sous la forme d'une masturbation ou d'une masturbation réciproque avec ou sans fellation, mais un tiers des sujets

seront soumis à une pénétration anale dont 10 % sous la forme d'un viol avec violence. Cependant le chiffre général d'un tiers d'agresseurs, agressés eux-mêmes sexuellement dans leur enfance, semble bien au-dessous de la réalité. Le chiffre d'un agresseur sur deux serait donc plus conforme à la réalité (40).

En résumé, moins d'un agresseur sur deux reconnaît totalement l'acte délictueux, mais si l'agresseur fut lui-même agressé dans son enfance ou adolescence, il reconnaît plus fréquemment les faits. Ce sont les violeurs de mineurs non incestants qui représentent le plus de réticence à reconnaître les faits. L'alcoolisation entraîne une réticence à la reconnaissance de l'acte ; en revanche, si le sujet évoque l'acte comme une impulsion, il en reconnaîtra plus sa délictuosité. Lorsque la reconnaissance de l'acte est totale, il y a moins de plaisir évoqué pendant l'acte et plus d'apaisement. Lorsqu'un sujet a lui-même subi une agression sexuelle dans son enfance, il reconnaîtra plus facilement totalement les faits. Lorsque la reconnaissance est partielle, chez les violeurs d'enfants ou d'adultes, ce qui ne sera pas reconnu en premier est l'intrusion corporelle, chez les autres agresseurs ce sera l'acte d'agression. La victime sera alors présentée comme séductrice ou consentante. Cependant, ce qui est refusé en permanence pour tous les agresseurs, c'est la violence (39, 135).

6.2. Caractéristiques cliniques

La seule certitude de la communauté psychiatrique concernant la clinique des agresseurs sexuels est qu'il ne faut pas confondre délinquant sexuel et malade mental. Toutes les études sont concordantes pour penser que la très grande majorité des agresseurs ne présente aucune maladie mentale telle qu'elle peut être décrite par la clinique contemporaine, tant française qu'internationale. C'est bien à partir de ces arguments que l'article 122-1 du code pénal n'est pas appliqué : dans la plupart des infractions sexuelles, l'expert ne retrouve pas de trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes du sujet (132).

Les agresseurs sexuels fonctionnent selon un degré de dangerosité très variable qui va de la perversion la plus incurable, dans laquelle l'altérité n'existe pas, jusqu'au passage à l'acte purement circonstanciel suivi d'une grande culpabilité et un désir réel de se faire arrêter (97).

Les traits spécifiques du mode de fonctionnement psychologiques de ces sujets dégagés par Ciavaldini et Girard-Khayat sont : le clivage et le déni comme mécanismes de défense principaux, un niveau d'identifications archaïque, une angoisse d'effondrement massive, le recours à l'acte qui apparaît à des moments critiques et permet d'échapper à la folie par « une perception pure et dure » (77).

Il est intéressant de faire le rapprochement de ces états psychiques constatés chez les agresseurs avec ce que l'école psychanalytique de psychosomatique de Boston a appelé l'alexithymie et qui se définit par quatre points cardinaux (10, 67) :

- l'incapacité à reconnaître et exprimer verbalement ses propres émotions (73),
- la limitation de la vie imaginaire,
- la tendance à recourir à l'action pour résoudre les conflits,
- la description détaillée des faits, événements ou symptômes physiques (c'est-à-dire l'attachement aux faits perceptifs en contrepoint de la carence de la vie imaginaire).

Les structures de personnalité sous-jacentes des agresseurs sexuels sont multiples et protéiformes ; on rencontre des organisations névrotiques, psychotiques ou perverses (124). Il n'y a pas de correspondance systématique entre un acte transgressif tel qu'il apparaît dans sa qualification pénale, et le type de structure qui le sous-tend. Bien souvent il s'agit d'organisations mixtes où la composante perverse est variable : d'inexistante à prépondérante. Mais dans la grande majorité des cas il s'agit d'une pathologie dite limite, grave, que Claude Balier assimile à la « psychose froide » décrite par E. et J. Kestemberg (11). Cette pathologie comporte des éléments de perversion ou de perversité qui sont à comprendre certes comme une volonté de nier l'altérité, d'utiliser l'autre (perversion) ou de l'écraser (perversité), mais en même temps à des fins défensives afin de retrouver, dans la toute-puissance, la maîtrise de l'angoisse de castration (perversion) ou de mort (perversité) (10). L'existence du clivage du Moi est caractéristique de cette pathologie dite limite. En un endroit le sujet tient compte de la réalité et se comporte comme tout le monde ; en un autre, pour ainsi dire méconnu du premier,

il est soumis à la résurgence de mouvements archaïques non intégrés du fait des traumatismes subis.

On retrouve constamment chez les délinquants sexuels des troubles de la personnalité. Leur personnalité s'est structurée sur un mode particulier qui les définit et pour lesquels diverses tentatives de classification s'élaborent. Claude Balier, auteur de travaux de référence sur la question, en dénombre 3 types (61, 62) :

- des sujets carencés sur le plan affectif, souvent frustrés et inhibés, parfois déficients intellectuels ;
- des sujets fragiles, mal structurés, au sentiment d'identité mal assuré, souvent appelés état limite ou borderline ;
- enfin des sujets beaucoup plus stables, intelligents, bien organisés, souvent de mauvaise foi, regroupés sous le vocable de pervers.

Chez beaucoup de ces sujets, l'alcoolisme est souvent un facteur précipitant du passage à l'acte (61, 62).

Les troubles de la personnalité les plus fréquemment associés chez les auteurs de crimes sexuels sont de type psychopathique ou antisocial. 20 à 40 % d'entre eux ont des antécédents de condamnations pour d'autres délits. D'autres troubles de la personnalité ont également été décrits : schizoïdie ou personnalité narcissique (l'abus de substances toxiques leur est fréquemment associé). Des troubles dépressifs actuels ou passés sont aussi fréquemment rencontrés chez les sujets atteints de paraphilie. Néanmoins, parmi les délinquants sexuels, les malades mentaux avérés sont peu représentés (environ 4 %), à la différence des autres types de délinquance où les malades mentaux sont en proportion importante (142).

Soulignons que les questionnaires de personnalité et les épreuves projectives ne permettent pas de distinguer un agresseur sexuel d'un non agresseur sexuel. Il n'existe donc pas de profil psychologique spécifique (20).

La clinique des sujets auteurs de violence sexuelle confronte toujours à de multiples non-reconnaissances des vécus affectifs qui en imposent souvent pour un processus de déni et/ou d'alexithymie qui nous indique le peu de capacité de mise en représentation de ces sujets. Les

non-reconnaissances portent, entre autre, sur la violence de l'acte, sur les états affectifs précédant l'acte délictueux, sur les conséquences de l'acte pour soi et pour l'autre et sur l'absence d'effectivité de la honte ou de la culpabilité. Le sujet ne reconnaît pas ce par quoi il est affecté et ce que ses actions engendrent chez l'autre : dès lors, l'autre n'est plus reconnu dans son statut d'humanité et peut être ramené à celui d' « objet-ustensile » (35).

Le déni et la minimisation peuvent avoir différentes étiologies (104) :

-ils peuvent avoir une étiologie psychologique, processus plutôt inconscient chez l'agresseur qui ne peut se remémorer et accéder cognitivement à toute la scène du crime. La fonction est clairement de juguler la honte, la culpabilité ou la perte de l'estime de soi associées à ces comportements (13, 78, 96). L'agresseur, souvent aux prises avec une méfiance face à l'autre, fait donc l'économie d'une confrontation à lui-même et à la victime qui engendrerait honte et culpabilité. Toutefois, le déni et la minimisation ne relèvent pas uniquement d'un mécanisme inconscient. Ils sont plutôt associés à une stratégie, bien consciente, elle-même précédée d'une appropriation plus ou moins complète de l'ensemble des éléments liés au délit, une prise de conscience que l'individu s'acharne précisément à dissimuler.

-il existe aussi un déni et une minimisation à étiologie sociale. L'agresseur est ici généralement plus conscient du délit et des éléments qui l'entourent. Pour des raisons liées à sa situation sociale, professionnelle ou familiale, il en présente cependant une version édulcorée. Plusieurs agresseurs insistent sur le fait que, malgré leur condamnation, leur épouse les croit innocents et maintient le lien avec eux. D'autres conjointes peuvent agréer une version des faits où les délits sont expliqués essentiellement par un facteur extérieur (alcool, provocation de la victime, situation de crise momentanée dans le couple). Ces agresseurs ont donc tendance à limiter leur introspection à une seule sphère de leur fonctionnement et à nier tout autre zone de malaise dans leur vie. Toute une série de dynamiques ou de secrets de famille incitent alors l'agresseur, soucieux de préserver la structure et l'image de la famille, à ajuster son discours en fonction des limites et des attentes familiales. Les craintes associées au rejet et à la réprobation sociale peuvent aussi renforcer le recours au déni et à la minimisation. En milieu carcéral, la peur d'être puni et stigmatisé par la population carcérale peut être un incitatif puissant. Le système de justice pénale peut, lui aussi, contribuer à accentuer le déni et la minimisation. Des messages plus ou moins directs

de l'avocat peuvent ainsi inciter l'accusé à croire qu'il ne faut en aucun cas avouer, sous peine d'aggraver les conséquences légales.

Pour bien décrire le déni et la minimisation chez les agresseurs sexuels, il faut tenir compte de deux caractéristiques fondamentales (104) :

-premièrement, les agresseurs sexuels nient ou minimisent un ou plusieurs aspects de leur comportement sexuel déviant ou de leur problématique. En résumé, il apparaît que les agresseurs sexuels nient ou minimisent quant :

- aux faits relatifs au délit,
- à leur responsabilité personnelle par rapport au délit,
- aux conséquences sur la victime,
- à leurs fantasmes sexuelles déviantes,
- à la présence de problèmes personnels dans leur vie,
- à leur besoin de traitement pour faire face à leur problématique (13, 78).

-deuxièmement, il apparaît aussi que, pour chacun de ces aspects, les agresseurs sexuels présentent des niveaux très variés de minimisation, le déni étant sa forme la plus extrême.

Pour Marshall, la caractéristique centrale des délinquants sexuels se situe au niveau de l'incapacité à nouer des relations intimes et satisfaisantes. Il précise que la majorité des délinquants sexuels sont seuls ou se sentent seuls. Lorsqu'il y a présence de relations amicales ou même de couple, ces relations demeurent superficielles et insatisfaisantes en raison de l'absence d'intimité. Selon lui, l'absence de relation et surtout la solitude ressentie créerait un état de frustration propre à se manifester à travers des agressions sexuelles. Dans le même registre, Mc Kibben a démontré empiriquement l'existence d'un lien entre les conflits, l'état affectif et les fantasmes sexuels déviantes chez une population de délinquants sexuels incarcérés. Les résultats démontrent que les violeurs sont portés à recourir à la masturbation, avec fantasmes sexuels déviantes lorsqu'ils vivent des conflits et des affects négatifs. Les sentiments de solitude, d'humiliation, de rejet, de colère et d'inadéquacité étant le plus souvent associés avec les pratiques sexuelles déviantes (105, 120).

Les auteurs d'agression sexuelle sont habitués à lutter, à argumenter, à se protéger. Leur tendance à se présenter en victime, couplée à leur peu de sensibilité aux dommages qu'ils ont causés, les rend dès lors faciles à détester et à abandonner. En niant et en projetant sur sa victime, sa femme ou sur le système judiciaire la responsabilité de sa situation actuelle, l'abuseur tente de surmonter son désarroi et d'obtenir la sympathie de son interlocuteur. Il traduit de la sorte son incapacité à faire face à la culpabilité et il exprime indirectement son sentiment de solitude et son isolement (22).

Nombre d'agresseurs font état du fait qu'ils ont été victimes d'agression sexuelle en bas âge (48, 57). Est-ce toujours vrai ? Si c'est vrai, quel lien y a-t-il, par exemple, entre le fait d'avoir été victimisé à une reprise par un homme adulte et le fait de violer des femmes en série ? Dans l'histoire proposée par l'agresseur sexuel, il y a souvent une hyper-représentation des éléments sexuels au détriment d'autres éléments qui peuvent avoir été tout aussi déterminants dans le cheminement vers l'agression sexuelle (8, 99). De plus, les résultats des études portant sur la victimisation sexuelle nous amènent à remettre en question l'importance du rôle de la victimisation sexuelle dans le développement de la délinquance sexuelle. Ces études sont habituellement basées uniquement sur l'auto-révélation et auprès d'individus judiciairisés (67, 135). Il est donc possible que certains sujets inventent des scénarios de victimisation sexuelle ou encore, qu'ils accentuent et transforment certains événements traumatiques qu'ils ont vécus de façon à les adapter à leur réalité actuelle pour excuser ou justifier leur délit (75). En définitive, peu importe que les allégations d'abus sexuels soient fondées ou non, la victimisation sexuelle n'est pas le seul facteur qui peut avoir une incidence négative sur le développement affectif, social et sexuel d'une personne. On retrouve d'ailleurs un pourcentage élevé d'individus qui ne rapportent pas avoir été agressés sexuellement durant leur enfance et qui sont tout de même devenus des agresseurs sexuels. A l'inverse, de nombreux individus ont été victimes d'abus sexuels durant leur enfance et/ou leur adolescence et n'ont jamais reproduit ce genre de comportement, même si le traumatisme a pu, pour certains d'entre eux, s'exprimer autrement par la toxicomanie ou la prostitution (75, 97, 138).

En 1935, Wolf concluait ainsi son rapport scientifique sur cinquante cas de castration chirurgicale pour délit de mœurs : « il n'y a guère de rapport entre la forme des délits et la nature des troubles mentaux ». Tous les travaux antérieurs et ultérieurs ont abouti à cette même conclusion. Citons quelques exemples récents comme Coutanceau : « chez les auteurs

d'agressions sexuelles on a décrit des profils psychopathiques, des personnalités paranoïaques, des organisations perverses mais aussi névrotiques. Toutes ces dimensions sont effectivement rencontrées. Mais la seule référence structurelle montre ses limites, au vu des aspects en mosaïque de la personnalité des agresseurs sexuels. On note des aspects dits névrotiques (inhibition dans la relation à l'autre, traits phobiques, traits obsessionnels marqués) et des aspects dits pervers (surinvestissements d'une scène pulsionnelle ou plus fréquemment du plaisir d'organe, déni de la castration avec négation de l'autre) ». Pour Balier, les investigations portant sur la personnalité des auteurs d'agressions sexuelles et les recherches cliniques et métapsychologiques menées ces dernières années en France montrent que l'agression constitue un mécanisme de sauvegarde psychique et non un simple système de réponse à une excitation sexuelle (5).

6.3. Les femmes agresseuses sexuelles

La femme, pour de multiples raisons, notamment à cause de son statut de mère, est souvent considérée comme ne pouvant être que complice passive, alors que l'on découvre de plus en plus qu'elle peut être un auteur actif de cette criminalité (58). La revue de la littérature psychiatrique internationale, concernant la délinquance sexuelle féminine, permet de découvrir (2, 58) :

- qu'il n'existe aucune publication française d'ensemble sur les femmes agresseuses sexuelles ;
- en revanche, on relève de nombreuses publications américaines depuis les années 80, et des publications anglaises depuis les années 1985.

L'étude des femmes responsables d'abus sexuels était traditionnellement considérée comme non avenue compte tenu qu'il s'agissait selon les théoriciens d'un accident de parcours ou le fait d'une dynamique particulière du couple où le partenaire masculin était identifié comme le véritable abuseur. Depuis une quinzaine d'années, les études rapportent un nombre très limité de cas introduisant la difficulté à déterminer l'incidence des abus sexuels commis par des femmes. Selon certains auteurs, les femmes incarcérées responsables d'abus sexuels représentent 1 % de tous les cas incarcérés pour abus sexuels. De ce nombre, plusieurs

femmes ont abusé sexuellement des victimes adolescentes et adultes avec le conjoint. Par ailleurs, certaines femmes abusent sexuellement plus souvent leurs jeunes enfants, elles engendreraient ainsi une situation plus ambiguë face à l'abus pour la victime (58, 84). La difficulté du dévoilement des abus sexuels commis par des femmes serait inhérente à plusieurs facteurs. Ainsi, le processus du dévoilement serait moins souvent initié lorsque la victime est un garçon en raison d'un contexte social qui donnerait un sens différent à l'abus sexuel telles une initiation ou une expression affective inadéquate. De plus, les rôles sociaux dévolus à la femme favorisent davantage la proximité avec l'enfant, ce qui peut engendrer une résistance accrue à reconnaître l'inceste mère-enfant (51). Finalement lorsqu'un dévoilement est effectué, le traitement de la plainte a tendance à emprunter plus souvent la voie médicale que juridique, rendant ainsi le suivi statistique des cas aléatoire. Quelques études montrent que les attitudes et les prises de décision des professionnels tendent à recommander et initier des dispositions moins sévères lorsque l'agresseur sexuel est une femme plutôt qu'un homme, ce biais se retrouve de façon similaire pour l'ensemble des délits commis par des femmes (74). Les cas de femmes ayant abusé sexuellement leurs enfants sont moins souvent judiciairisés et font davantage l'objet de mesures d'encadrement supervisées par des intervenants rattachés à des organismes de protection de l'enfance. Elles apparaissent plus fragiles psychologiquement aux cliniciens qui produisent les rapports d'évaluation et elles sont plus fréquemment suivies en psychiatrie. Ces différentes considérations semblent viser à protéger une certaine conception du rôle maternel et relever d'un double tabou qui s'appuie sur la résistance à reconnaître tant les manifestations sexuelles que les conduites agressives chez la femme ou encore dans les cas d'une reconnaissance partielle à les associer à une problématique psychiatrique. Toutefois, le phénomène des abus sexuels commis par des femmes apparaît de moindre importance que chez les hommes indépendamment des complications inhérentes au dévoilement (1 cas de femmes pour 130 cas masculins, en moyenne) (140).

Les traits psychopathologiques principaux consistent en : une grande immaturité psycho-affective, une dépréciation de soi, une vie sexuelle chaotique avec une importante dynamique sado-masochiste, une grande dépendance vis-à-vis du conjoint, avec souvent une impossibilité de dire non aux comportements sexuels plus ou moins pervers de celui-ci, enfin une grande difficulté à se situer en tant que femme et mère, et à poser des limites ou des interdits (58).

6.4. Les adolescents agresseurs sexuels

Les adolescents sont impliqués dans la moitié des agressions sexuelles perpétrées sur des enfants et dans un tiers des viols des femmes adultes. La situation à haut risque étant la garde d'enfant, les agressions commises sont alors plus graves et plus violentes que celles commises par des adultes déviants. La moitié d'entre eux ont été abusés sexuellement ou initiés précocement à la sexualité. La moitié des abuseurs sexuels ont commencé leurs pratiques transgressives à l'adolescence en ayant un scénario masturbatoire précédant les passages à l'acte (25).

Des variables individuelles et familiales exercent leur influence étiologique : contrôle pulsionnel déficient, problèmes de comportement (sentiments d'être isolé et rejeté par autrui, image négative de soi-même, anxiété, inadaptation sociale), limitation des habiletés sociales, antécédents d'agressions sexuelles ou physiques, familles dysfonctionnelles, parents encourageants les comportements sexuels et agressifs chez les enfants, ayant des comportements sexuels coercitifs, manquant d'empathie ou négligeant leurs enfants (plan affectif ou physique) (25).

Nous distinguons d'une part les abus commis en réunion, dont le mécanisme renvoie à une identification en groupe derrière lequel l'adolescent se cache pour ne pas s'approprier son acte : « ce n'est pas moi, c'est nous... C'est eux. J'ai rien fait... » ; d'autre part, les abus commis individuellement qui laissent transparaître un scénario déviant de rencontre de l'autre, « c'est rentrer en contact, faire connaissance ». Bien souvent, il s'agit de personnes immatures et inhibées (25).

Pour une majorité d'entre eux, les comportements sexuels abusifs ont été perpétrés à l'égard d'enfants plus jeunes (différence d'âge minimale de 3 ans). Il peut s'agir d'un événement unique ou d'abus sexuels se répétant sur plusieurs mois, voire des années. D'ailleurs, la plupart des adolescents connaissaient leur(s) victime(s). Il s'agissait alors d'un enfant de la fratrie, de l'enfant d'un nouveau conjoint du parent, d'un cousin, d'un voisin ou d'un enfant gardé par l'adolescent. Dans le cas d'un adolescent vivant sous le même toit que sa victime, les abus se poursuivent habituellement sur une plus longue période de temps. Cette

constatation semble reposer non seulement sur la plus grande disponibilité de la victime lors d'un abus intra-familial mais aussi sur l'ampleur des enjeux relatifs au dévoilement, par exemple la dislocation de la famille (79).

Un nombre élevé d'adolescents abuseurs sexuels surinvestissent la sphère de la sexualité au détriment des autres aspects de leur vie qui leur apportent peu de satisfaction. Le recours à la sexualité semble permettre de soulager l'angoisse, l'anxiété, de même que la frustration et la colère. Dans les publications scientifiques nord-américaines, il est reconnu que plusieurs adolescents agresseurs sexuels ont une fantasmagorie sexuelle déviante qui est récupérée lors d'activités masturbatoires. Les auteurs américains qui ont étudié le développement des intérêts pédophiles affirment que les préférences sexuelles pour les enfants peuvent apparaître aussi tôt qu'à l'âge de 10 ans lorsque l'attirance sexuelle est homosexuelle et à celui de 12 ans lorsque l'attirance est hétérosexuelle (79).

La question de la victimisation sexuelle des adolescents agresseurs sexuels constitue une préoccupation centrale pour de nombreux intervenants qui investiguent uniquement cette voie pour tenter d'expliquer les agissements sexuels commis par l'adolescent. A ce jour, les recherches quantitatives sur la question rapportent des résultats peu homogènes. La proportion d'adolescents agresseurs sexuels ayant eux-mêmes subi en bas âge un traumatisme sexuel varie selon les échantillons entre 0 % et 93 %. Les nombreuses études portant sur la victimisation sexuelle chez les adolescents agresseurs sexuels font ressortir toutefois qu'un enfant ayant été abusé sexuellement, séduit en bas âge ou éduqué dans un climat sexualisé présente un risque plus élevé de devenir abuseur. Certains auteurs avancent que les garçons victimisés peuvent devenir abuseurs afin de se libérer de leur propre histoire d'impuissance et pour se trouver en position de maîtrise et de pouvoir. La victimisation sexuelle n'est pas sans importance. Il s'agit d'un traumatisme à évaluer, particulièrement en fonction des séquelles laissées par cet abus dans la vie de l'adolescent. Plusieurs adolescents ont développé une méfiance relationnelle importante suite à leur victimisation. D'autres ont été bien isolés avec ce secret qu'ils n'ont confié à personne et ont présenté par la suite des comportements de plus en plus problématiques (57). Il est important d'explorer l'obtention des bénéfices secondaires obtenus à l'évocation d'avoir été abusé sexuellement. La tendance actuelle à ce sujet semble conclure très rapidement que l'abuseur a été abusé. Cependant, une évaluation plus fine de cette dimension semble indispensable. En effet, plusieurs adolescents ont confié avoir été victime d'abus sexuel seulement après avoir eux-mêmes commis des abus sexuels.

L'allégation d'une victimisation antérieure peut se révéler disculpatoire face à leurs comportements, et une tentative d'amoindrir la réaction de leur entourage (79).

Une caractéristique assez répandue chez ces adolescents est une difficulté marquée à établir, mais surtout, à maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes avec les pairs. Un grand nombre d'auteurs dépeignent les adolescents agresseurs sexuels comme étant isolés socialement ou présentant des relations conflictuelles avec les jeunes de leur âge. Cette difficulté majeure chez ces adolescents a généralement pris racine dans leur passé et découle souvent de liens perturbés avec les parents. Il s'agit souvent d'adolescents qui ont vécu un abandon parental précoce ou qui ont subi une rupture importante de leurs liens d'attachement. Ces jeunes sont alors aux prises avec non seulement une difficulté à établir mais surtout à maintenir des relations plus intimes avec les autres. D'autres ont grandi dans une famille où les relations se caractérisaient par d'importants conflits engendrant une communication difficile voir inexistante. Chez certains, les expériences relationnelles vécues avec les pairs durant la période de latence sont marquées par le rejet et le fait d'être humiliés, ridiculisés... A l'adolescence, plusieurs de ces garçons renversent alors l'enjeu relationnel en devenant agresseurs (79).

Un grand nombre de ces adolescents parvient difficilement à identifier et à exprimer les émotions qui surgissent puisqu'ils ont l'habitude de les nier, les rationaliser ou les fuir. Leur registre émotif est souvent étroit, se limitant à se sentir bien, mal ou en colère. La négation de toute agressivité est observée chez certains, même lors de situations où il serait légitime de ressentir de la colère. Cette négation perdure lors des passages à l'acte. Chez d'autres, il existe au contraire un débordement d'agressivité ; la moindre remise en question ou déception engendre une colère difficile à contenir. Les abus sexuels servent alors d'exutoire à la colère et à l'hostilité (79).

Par ailleurs, la comorbidité est un phénomène fréquent qui accentue et maintient la mésadaptation sociale des adolescents agresseurs sexuels. Une coexistence de certains types de pathologies se retrouve parmi les troubles de l'attention, l'hyperactivité, les désordres de la conduite, les troubles de l'apprentissage, les troubles oppositionnels, le syndrome de Gilles de la Tourette, (79)...

7. Hypothèses étiologiques

Les causes de la déviance sexuelle sont, de toute évidence, multifactorielles et éminemment complexes à appréhender (48). Elles s'inscrivent aujourd'hui dans un modèle bio-psycho-social. A ce titre, nous pouvons faire appel à des théories multiréférentielles comme des théories psychosociologiques, criminologiques, cognitivo-comportementales, psychanalytiques, neuro-endocrinologiques et génétiques (49, 65, 131).

7.1. Approche psychosociologique

L'évolution de la criminalité, notamment sexuelle, est tributaire de l'évolution de la société comme de la famille (65). Ce sont essentiellement les associations d'aides aux victimes et les féministes qui ont le plus puissamment contribué à populariser, à médiatiser la mise en accusation des abuseurs de toutes sortes et la défense des victimes, à quelque degré qu'elles puissent l'être. La société, via les médias, et le législateur se sont surtout souciés de la protection des personnes particulièrement vulnérables, tout particulièrement des enfants. Les caractéristiques réelles de ceux qui sont stigmatisés dans des rôles d'agresseurs sexuels n'ont pas semblé trop les intéresser dans une première approche (97, 131).

Ainsi, diverses théorisations sont proposées (112) :

- de nombreux facteurs sont mis en avant chez les spécialistes comme dans les médias, pour expliquer la majoration de la délinquance interpersonnelle et des violences intra-familiales ;
- la plupart des individus abuseurs est présentée avec une histoire comprenant des événements traumatiques (même si dans l'ensemble de la population, d'autres individus ayant souffert d'impacts équivalents n'ont pas évolué vers l'organisation de comportements abusifs) ;
- des variables éducatives, culturelles, conjoncturelles, des besoins sexuels, d'émulation, de pouvoir, de permissivité sont proposés comme ayant un rôle important dans le passage à l'acte ;

-le contexte familial en tant que matrice de l'identité est présenté comme jouant un rôle important dans la genèse du comportement abusif, dans la facilitation du passage à l'acte, dans la permissivité à l'égard des agissements de l'abuseur et dans la victimisation des enfants agressés ;

-le contexte social, bien qu'il soit important, ne paraît pas être déterminant dans le comportement des auteurs d'agressions sexuelles. Les politiques de prévention, information et sensibilisation ont créé une nouvelle culture de vigilance, mais les résultats restent à vérifier ;

-au niveau plus général, on signale l'importance de l'intériorisation de la loi en tant que régulateur du comportement social, par le contrôle du désir et de la force des sujets qu'elle leur signifie. Les défauts d'intériorisation peuvent être responsables de débordements abusifs, tant dans le cadre de la famille que de la collectivité.

Mais qu'il s'agisse de la démission parentale, de la dislocation de la famille ou de l'augmentation de l'intervention de l'Etat avec une sur-assistance des parents et des enfants, tous ces éléments doivent être discutés et critiqués avec la prudence qu'impliquent leurs éventuelles conséquences sur le plan socio-politique. Il faut noter que si, pour défendre leurs clients, auteurs d'agression sexuelle, les avocats d'assises ont mis régulièrement en avant les carences affectives subies par leur client au sein de leur famille, celles-ci sont devenues paradoxalement des facteurs de sur-pénalisation depuis une décennie, dans la mesure où elles sont assimilées à un risque accru de récidive (65, 131).

7.2. Approche criminologique

Il est possible d'affirmer que les comportements sexuels en cause obéissent à une intentionnalité consciente et rationnelle, et répondent à une logique plus réfléchie que pulsionnelle, particulièrement quand il s'agit d'abus qui ont duré longtemps (112).

L'imagerie populaire se représente l'agresseur sexuel comme un grand malade mental, pervers et sadique. La réalité nous montre que, le plus souvent, c'est un homme qui ne présente pas de troubles psychiatriques spécifiquement étiquetés. De plus, le plus grand nombre d'agressions sexuelles est le fait d'abus sexuels intra-familiaux (50 à 60 % chez les

mineurs). L'existence d'une véritable maladie mentale chez un agresseur sexuel est relativement peu fréquente (représente environ 10 % des cas connus par la justice). En effet, la plupart du temps, il s'agit d'une maladie relativement aspécifique. C'est ainsi que l'on rencontre un grand nombre de sujets débiles légers ou moyens. Le type d'agression sexuelle correspond en partie à leurs caractéristiques habituelles. Ils sont volontiers des complices ou des comparses, de par leur grande suggestibilité. Lorsqu'ils agissent seuls, c'est en raison de leurs troubles du jugement et de leur incapacité à dominer leurs pulsions. L'alcoolisme est également un grand pourvoyeur de passages à l'acte sexuel. Il est d'ailleurs souvent associé à la débilité. L'ivresse, on le sait, facilite le passage à l'acte et désinhibe les pulsions. En outre, l'alcoolisation chronique entraîne une diminution habituelle du sens éthique. L'alcool est très souvent en cause dans les viols incestueux (89, 112). Le troisième grand pourvoyeur de viols est la personnalité psychopathique (89). Il s'agit de personnes caractérisées par leur impulsivité, leur instabilité, leur intolérance à la frustration et le besoin de réalisation immédiate de leurs désirs, entre autres. Bien souvent, l'alcool ou la prise d'autres toxiques favorise encore le passage à l'acte, de même que l'insuffisance intellectuelle (89). A travers ces trois troubles qui ne sont pas réellement des maladies, on mesure déjà combien les caractéristiques mentales des agresseurs sexuels sont éloignées du stéréotype du « grand fou pervers » (82).

Certaines agressions sexuelles peuvent néanmoins être symptomatiques d'une maladie mentale très spécifique. Ce peut être le cas d'une manie. Dans cette pathologie, le sujet présente, entre autres, une grande excitation, non seulement intellectuelle et affective, mais parfois sexuelle. Il est très sûr de lui, beaucoup trop sûr, ayant l'impression qu'il peut tout se permettre. Il présente un très fort besoin d'activité. Ses capacités de jugement sont perturbées en proportion. Il est volontiers graveleux, arrive à développer un langage très sexualisé, et parfois, passe à l'acte. C'est le cas également de la schizophrénie. Dans cette maladie psychotique, le sujet vit une réalité intérieure soutenue en général par un délire, et a une appréhension très particulière du monde extérieur. De ce fait, dans certains cas, il peut commettre des passages à l'acte sexuel dont les caractéristiques sont : la sauvagerie, l'inadaptation, le côté impénétrable et incompréhensible, et parfois mais pas toujours, une explication complètement délirante de l'acte réalisé. C'est, enfin, le cas de la perversion, qui est le choix d'un moyen ou d'un objet inhabituels pour assouvir sa sexualité, avec en général séparation totale entre l'affectivité et la pulsion sexuelle. C'est ainsi que le sadique trouve son plaisir dans la souffrance de l'autre, le pédophile dans des relations avec les enfants, ou que le

gérontophile accède à la jouissance uniquement avec des sujets très âgés. Ces cas existent et sont en général assez faciles à diagnostiquer en raison de la répétition des actes, de l'absence de culpabilité, et d'un scénario que le sujet monte et enjolive jusqu'à ce qu'il lui donne pleine satisfaction. Dans d'autres situations, on peut retrouver des indices d'une maladie mentale dont le passage à l'acte sexuel n'est qu'un reflet très partiel. C'est ainsi que certaines personnalités névrotiques sont amenées au viol par des conduites d'échec. Il peut en être de même, mais rarement toutefois, pour des déprimés ainsi qu'au début de l'évolution démentielle d'une maladie d'Alzheimer (82).

Ainsi, tous les cliniciens s'accordent pour avancer que les agresseurs sexuels ne présentent en règle pas de pathologie psychiatrique au sens clinique du terme, en dehors bien entendu des passages à l'acte, mode d'entrée ou dans le cours évolutif des psychoses dissociatives ou dysthymiques et des comorbidités (notamment alcoolisme et toxicomanies) (82). C'est en ce sens que l'irresponsabilité de la plus grande part des agresseurs sexuels n'est pas retenue, quels que soient les droits pénaux dans les pays industrialisés et la définition par ceux-ci de l'irresponsabilité pénale (131).

Les agressions sexuelles intra-familiales doivent être reliées au problème de maltraitance des enfants qui reste un drame de nos sociétés : dans notre pays, près de 20 000 enfants sont maltraités ; parmi ceux-ci, les violences sexuelles représentent près de 5 000 victimes. Dans les pays industrialisés, les violences sexuelles représentent sensiblement une affaire de maltraitance sur 10. Contrairement à nombre d'idées reçues, il s'agit pour ces crimes et délits sexuels les plus fréquents, d'un abus sexuel intra-familial, le plus souvent commis dans des familles stables où les enfants sont légitimes et vivent avec leurs deux parents (131).

Dans une des études publiées par la direction de la recherche et des statistiques du service correctionnel du Canada en 1991, Gordon et Porporino posent le problème de la sélection des délinquants susceptibles de bénéficier des programmes de prise en charge. Pour eux, il est utile de séparer des délinquants sexuels ayant des profils criminels différents. Pour les programmes de prise en charge, ils opposent les pédophiles (définis comme ayant commis des infractions contre les enfants à l'extérieur de la cellule familiale qui ont pour eux des caractéristiques psycho-criminologiques sensiblement homogènes), les violeurs (définis comme des hommes ayant commis des infractions sexuelles exclusivement à l'égard d'adultes) et les délinquants incestueux (qui ont commis des infractions sexuelles

exclusivement à l'égard d'enfants de leur famille immédiate). Pour eux, cette séparation est aussi corrélée aux risques de récidive plus importants chez les pédophiles que chez les violeurs et encore plus que les pères incestueux (131).

7.3. Approche psychanalytique

La théorie psychanalytique a offert un modèle étiologique qui s'adresse aux perversions, mais elle explique peu la genèse spécifique de chaque perversion et le choix du type de perversion. En effet, la perversion est un terme ambigu qualifiant à la fois les personnes qui multiplient les comportements destinés à nuire à autrui et les troubles de la préférence sexuelle ou paraphilie. On devrait parler de « perversité » pour les premiers et de « perversion sexuelle » pour les seconds ; le pervers étant un sujet qui capte l'image de l'autre pour le réduire à un objet nécessaire à sa survie. Ainsi, la perversion n'est pas qu'une simple déviation de la pulsion sexuelle par rapport à son but ou à son objet, en réponse à une angoisse de castration trop forte. Il s'agirait davantage (selon les héritiers de Freud) d'une pathologie de la relation objectale que d'une anomalie de la pulsion sexuelle ; la perversion ferait également appel à des perturbations des phases plus primitives du développement, ainsi qu'aux pulsions agressives. Au fur et à mesure que les analystes étudient les patients pervers, ils constatent que la perversion renvoie à une variété de structures psychologiques plutôt qu'à une structure unique, comme cela avait été supposé initialement (142).

Cependant, l'existence d'abus sexuels réels, et non plus fantasmés comme dans la théorie freudienne, est retrouvée dans les antécédents infantiles d'environ 30 % des sujets pédophiles. Balier fait état, chez les auteurs d'agressions sexuelles, d'une carence d'élaboration psychique liée au fonctionnement symbolique et à l'alexithymie. Il relève l'importance d'un phénomène de trauma comme trop-plein d'excitation face à un stimulus absent ou présent. Il énonce d'ailleurs la notion de trauma froid lorsque l'excitation ne trouve pas à se représenter. Selon Balier, c'est précisément ce type de trauma que l'on retrouverait dans l'anamnèse de l'agresseur sexuel qui recherche inconsciemment, par l'acting, une position de toute-puissance lui permettant de revivre ce trauma qui marqua le défaut de son organisation psychique. La fuite dans la position de toute-puissance équivaut, par conséquent, à la négation

de l'altérité avec laquelle elle constitue une sorte de boucle du processus psychique et relationnel. Ce mécanisme de recherche inconsciente de la toute-puissance doit être rapproché de la notion de déni de la réalité énoncée par Freud, en même temps que de la notion d'alexithymie (109).

7.4. Approche comportementale et cognitive

Les modèles théoriques explicatifs des agressions sexuelles ont longtemps été établis sur l'hypothèse que les motifs du passage à l'acte étaient exclusivement sexuels ; il s'agissait donc sur le plan thérapeutique de modifier les préférences sexuelles déviantes (48). Par la suite, les recherches comportementales ont démontré l'existence de causes multiples incitant à des traitements comportant restructuration cognitive, développement des aptitudes sociales et maîtrise de la colère. Depuis, les traitements font appel à des modèles cognitivo-comportementaux. Ils ont cet avantage de faire la place à un travail socio-éducatif de prévention (131).

De nombreux travaux ont démontré qu'une partie des délinquants sexuels éprouvent de l'excitation face à des partenaires déplacés (enfants, personnes âgées...) ou face à des partenaires ayant des comportements d'opposition (absence de consentement, résistance de la victime...). Deux hypothèses ont fait l'objet de recherches (131) :

- celle selon laquelle les pédophiles ont une préférence pour les contacts sexuels avec des enfants pré-pubères, cela contrairement aux non-pédophiles ;
- celle que les violeurs ont une préférence sexuelle pour des actes sexuels violents avec une femme adulte qui ne consent pas.

Face à ces résultats de recherche, les thérapies cognitivo-comportementales proposent un travail thérapeutique ayant pour but de limiter les préférences sexuelles déviantes et favorisant l'excitation face à des stimuli appropriés. Pour ce faire, plusieurs méthodes sont proposées : déconditionnement ou thérapie par aversion, sensibilisation cachée, thérapie par la honte ou reconditionnement masturbatoire. La sensibilisation cachée a un intérêt pour ce qui concerne

l'exploration des hypothèses sur les causes de passage à l'acte. Elle vise à demander au sujet de déterminer l'enchaînement des situations et événements ayant précédé l'agression sexuelle. Dans la thérapie, une association est créée entre ces séquences et des images très négatives : condamnation, incarcération (131)...

Ces hypothèses fondées sur les préférences sexuelles sont remises en cause par les théories concurrentes de l'agression sexuelle selon lesquelles les agressions sont plus souvent motivées par le désir de puissance et non de libido. Cela a incité les équipes anglo-saxonnes à explorer les autres modèles (131).

Des déficits dans les aptitudes sociales ont été retrouvés chez nombre d'agresseurs sexuels : déficit dans les capacités à communiquer, incapacité à éprouver de l'empathie, défaut de maîtrise de la colère et des pulsions, impossibilité à investir durablement des relations sociales (66, 103). Deux hypothèses ont été explorées chez les agresseurs sexuels (131) :

- les pédophiles n'ont pas des aptitudes sociales adaptées pour avoir des relations affectives et sexuelles avec une femme adulte ;
- les auteurs de viols n'ont pas les aptitudes pour avoir des relations avec une partenaire qui consent.

Certaines études laissent penser que les violeurs ne se distinguent pas des délinquants non sexuels pour leurs habiletés sociales mais que les pédophiles seraient moins compétents socialement que les auteurs de viols. Nombre de travaux ont constaté le manque d'empathie, notamment vis-à-vis de la victime, en notant que l'excitation sexuelle déviante est en relation inverse avec l'empathie (131).

Les distorsions cognitives se retrouvent chez nombre d'agresseurs sexuels à la façon de croyances et d'attitudes inadaptées servant à légitimer le passage à l'acte. Ces distorsions sont souvent retrouvées dans la pratique quotidienne quand l'auteur est persuadé que c'est la victime, et en particulier l'enfant, qui a pris l'initiative de l'acte sexuel. Souvent aussi l'auteur minimise la gravité des attouchements ou considère que la séduction vestimentaire de la femme est un véritable appel au passage à l'acte. Les distorsions cognitives sont aussi soulignées chez les agresseurs d'enfants : distorsions cognitives dans la représentation de l'enfant et de sa soi-disant recherche de relation, manque d'empathie et déficit dans les

relations d'intimité (152). Nombre d'auteurs ont souligné l'importance de l'alexithymie telle qu'elle a été décrite par Sifneos marquée par l'incapacité à exprimer et reconnaître ses sensations, le recours à l'agir, la pauvreté de la vie imaginaire et le discours événementiel (131).

Un certain nombre de particularités, dans les facteurs cognitifs déclenchant l'excitation sexuelle, permet de différencier les pédophiles des autres sujets (y compris des pères incestueux). En effet, les pédophiles présentent des réponses pénienues plus fortes lors de la présentation de vidéos érotiques à caractère pédophilique, que lors de la présentation de stimuli érotiques représentant des adultes. Les pères incestueux et les sujets non pédophiles ont au contraire des réponses plus importantes lors de la présentation de stimuli érotiques représentant des femmes adultes (142).

Quant aux violeurs, les études testant l'hypothèse d'une préférence sexuelle pour les contacts sexuels violents avec une femme adulte non consentante comparativement aux non-violeurs, apportent des résultats contradictoires qui ne permettent pas de distinguer clairement les deux populations. Barbaree et al. proposent l'hypothèse d'un continuum entre le viol et le comportement sexuel normal. Une désinhibition sous l'emprise de toxiques, de vidéos pornographiques violentes par exemple, pourrait favoriser le passage à l'acte sexuel violent chez des sujets dits normaux, et a fortiori chez des sujets de faible niveau intellectuel, et ainsi rendre compte de comportements de viols commis occasionnellement par un sujet (seul ou en groupe) (142).

En ce qui concerne l'existence d'éventuelles distorsions cognitives pouvant favoriser les comportements sexuels déviants, à nouveau les sujets pédophiles, mais non les violeurs, se distinguent des autres sujets (délinquants non sexuels ou sujets normaux). Les pédophiles présentent des attitudes plus permissives à l'égard des enfants, sur-évaluent la responsabilité et l'intérêt des enfants à l'égard de leur propre sexualité et sous-évaluent, en revanche, leur responsabilité en tant qu'adulte dans ces contacts sexuels (142, 150).

Selon Lussier, lors d'une conférence donnée en 2001 à l'occasion du premier congrès international francophone sur l'agression sexuelle, le passage à l'acte se trouve précédé par l'enchaînement cyclique et immuable de conflits interpersonnels, d'une modification de l'humeur générale, d'une hausse des fantaisies sexuelles déviantes. Il note qu'il existe une

prévalence des troubles de la personnalité chez ces auteurs d'agressions sexuelles, de telle sorte qu'il serait possible de les répartir sur un vecteur bipolaire reliant la personnalité du narcissique à celle de l'évitant. Le narcissique se caractériserait ici par un besoin de pouvoir, la prédominance de l'humiliation et de la colère, la rationalisation des difficultés. Quant à l'évitant, on le reconnaîtrait à son hypersensibilité, au fait de sa solitude et de son anxiété (109).

Aubut et ses collaborateurs (*Annexe 6*) tout comme Pithers ont tenté de formuler la « chaîne de l'agression sexuelle » ou « chaîne délictuelle » par le biais d'un concept d'inspiration cognitivo-comportementale qui explicite la chaîne d'évènements, de pensées, d'affects et fantaisies représentant la partie visible et observable de la vie d'un agresseur sexuel (67, 113). Ils ont donc tenté de comprendre dans quelles circonstances internes et externes un agresseur sexuel peut être amené à passer à l'acte. En effet, à chacune des étapes de la chaîne d'agression sexuelle s'attachent des significations conscientes et inconscientes. Cette chaîne se veut un outil d'analyse et de compréhension de l'agir sexuel transgressif et de la psychopathologie du délinquant sexuel. Il dévoile en 6 étapes les processus psychiques et interpersonnels conduisant à l'agression sexuelle à partir des considérations suivantes (144) :

-un délit sexuel est une résultante d'un ensemble de facteurs cognitifs, affectifs, biologiques et sociaux.

-un délit sexuel peut être envisagé comme une réponse inadaptée à un ensemble de stimuli anxiogènes.

-un délit sexuel survient rarement dans un climat serein, sans signe précurseur ; bien souvent une chaîne d'évènements le précède.

7.5. Approche neuro-endocrinologique

Les processus neuro-endocriniens impliqués dans la sexualité font l'objet de recherches, éclairées par les récents progrès des neurosciences. Du point de vue endocrinologique, on connaît bien la boucle gonadotrope testostérono-dépendante et on commence à identifier l'effet de certains neuromédiateurs : ceux qui stimulent la sécrétion gonadotrope favorisent l'activité sexuelle et réciproquement.

Toutefois, les bases théoriques des hypothèses biologiques des agressions sexuelles sont toujours à discuter avec prudence du fait de biais souvent dénoncés dans la littérature. En effet, la neurobiologie de la violence n'est pas superposable à celle des agressions sexuelles, domaine qui reste un sujet d'étude difficile notamment du fait de problèmes éthiques et méthodologiques. Ainsi, nombre de travaux extrapolant la neurobiologie de la violence à celle des agressions sexuelles doivent être repris de façon critique. De plus, les études biologiques publiées ont souvent été réalisées chez l'animal et leurs résultats sont loin d'être transposables à l'homme (131).

7.5.1. Hypothèses hormonales

Sur le plan hormonal, les relations entre la testostérone et les comportements sexuels déviants demeurent mal connues. Deux aspects peuvent être identifiés :

- le rôle de la testostérone dans le comportement sexuel,
- le rôle de la testostérone dans l'agressivité.

95 % des androgènes sont sécrétés par les cellules de Leydig du testicule sous forme de testostérone, sous l'influence de la LH (hormone lutéinisante hypophysaire), dont la sécrétion est stimulée par la sécrétion pulsatile de GnRH (gonadotrophin releasing hormone) d'origine hypothalamique, libérée dans le système porte hypophysaire. La testostérone assure un rétro-

contrôle négatif de sa propre sécrétion au niveau de l'hypophyse et vraisemblablement de l'hypothalamus. La testostérone, hormone stéroïdienne synthétisée à partir du cholestérol, circule dans le sang sous forme libre ou liée, en particulier à la TeBG (testosterone binding globulin). La testostérone dosée comprend la forme libre, seule active (environ 2,2 %) et la forme liée. La testostérone peut exercer son action périphérique directement en se fixant sur ses récepteurs ou encore après avoir été transformée par la 5 α réductase en dihydrotestostérone (DHT). Au niveau du SNC (système nerveux central), la testostérone est transformée par l'aromatase en œstradiol. Les androgènes (testostérone, DHT) jouent un rôle dans la différenciation et la croissance de l'appareil reproducteur masculin, ainsi que dans le développement pubertaire des caractères sexuels secondaires, et enfin, un rôle anabolisant (141, 142, 143).

5 % des androgènes sont synthétisés par la cortico-surrénale sous forme de déhydroépiandrostérone ou d'androstérone sous l'influence de l'ACTH (adrenocorticotrophic hormone) hypophysaire. Le rôle physiologique des androgènes surrénaux est très faible chez l'homme. Cependant, ils peuvent jouer un rôle de neurostéroïdes au niveau du SNC (141, 142, 143).

Le rôle de la testostérone dans l'activité sexuelle est complexe. La comparaison de sujets hypogonadiques à des sujets contrôles a permis d'en préciser certains aspects. La testostérone intervient dans les érections spontanées nocturnes survenant au cours du sommeil paradoxal. En revanche, les érections provoquées par des stimuli érotiques visuels semblent indépendantes des androgènes, alors que cela est moins clair pour les érections provoquées par les stimuli érotiques auditifs, par les stimulations tactiles ou encore par les fantasmes du sujet. Les androgènes interviennent dans la production de liquide séminal et, consécutivement, sur l'éjaculation. Le rôle de la testostérone dans la libido est controversé. Une imprégnation adéquate par les stéroïdes sexuels est un pré-requis à l'obtention d'une activité sexuelle optimale chez l'homme. Cependant, lorsque le taux de testostérone est situé dans les valeurs de la normale, il n'y a pas de corrélation entre le taux de testostérone et les fantasmes, ni avec la fréquence ou la qualité des érections. Cependant, Monti et al. rapportent des taux de testostérone normaux, mais significativement plus élevés chez des volontaires sains dont l'activité masturbatoire est plus fréquente (141, 142, 143).

Les relations entre testostérone et agressivité sont controversées. Chez l'homme, en dépit de quelques données négatives, des taux de testostérone normaux mais significativement plus élevés ont été mesurés chez des sujets témoins dont l'agressivité, mesurée à l'aide d'échelles comportementales, est plus importante, ou encore chez des sujets délinquants ayant présenté des raptus violents. Certaines études plaident en faveur de l'existence d'une corrélation positive entre la violence du comportement du sujet délinquant (qu'il s'agisse ou non de délinquance sexuelle) et le taux de testostérone, qui demeure toutefois dans les limites de la normale (137, 141, 142, 143).

Il faut toutefois signaler que Gaffney et Berlin ont retrouvé une augmentation significativement plus importante de la LH après administration de GnRH chez les pédophiles, comparativement à des sujets atteints d'autres types de paraphilies et à un groupe témoin. Ces données pourraient suggérer un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-testiculaire chez les pédophiles (141, 142).

Chez la femme, les liens entre les hormones sexuelles et en particulier la testostérone, et l'agressivité, ainsi que la sexualité, demeurent obscurs (122, 142, 143).

Ainsi, le rôle de la testostérone n'est pas établi de manière linéaire dans l'activité sexuelle ou dans la violence masculine. Cependant, un certain nombre d'arguments permettent de supposer que des modifications du taux plasmatique de la testostérone influent sur l'agressivité ou le comportement sexuel (141, 142, 143).

7.5.2. Hypothèses biologiques

Sur le plan biologique, les peptides opioïdes endogènes sont les neuropeptides les plus impliqués, il s'agit de la bêta-endorphine et de l'enkephaline. Ils sont un maillon essentiel dans le rétrocontrôle négatif exercé par la testostérone sur l'axe gonadotrope. Tout comme les opiacés, ils dépriment la sécrétion de LH et de FSH en modulant celle de la LH-RH (45). Ce rôle est prouvé par l'hypoalgésie naloxone réversible de l'activité sexuelle. Il existe d'ailleurs quelques phénomènes analogues entre les effets cliniques d'une injection d'héroïne et les

sensations créées par l'activité sexuelle. Le « flash » a toujours été comparé à un orgasme par l'héroïnomane. Il est suivi d'une phase de détente, « la planète », qui aboutit à un demi-sommeil. Au cours de l'acte sexuel, il y a aussi cette sensation de mise à distance de toutes les préoccupations étrangères à l'acte ainsi qu'un effet hypnotique post-orgasme. Il est donc permis de penser qu'il existe sans doute un lien entre certains neuropeptides et l'hypersexualité masculine (46, 142).

Concernant les neuromédiateurs, ceux qui stimulent la sécrétion gonadotrope augmentent l'activité sexuelle et réciproquement. Ainsi, la dopamine et la noradrénaline apparaissent stimulantes alors que le gaba, la sérotonine ou l'acétylcholine sont déprimeurs. Mais l'interprétation des données expérimentales est fort complexe en raison du nombre de neurotransmetteurs impliqués, de leurs relations réciproques et parce que tel neurotransmetteur est capable d'actions contraires, en fonction du site d'action (hypothalamique ou spinal, par exemple) et du type de récepteur impliqués (46).

La sérotonine est de longue date impliquée dans les comportements agressifs. Une augmentation de l'activité sérotoninergique est en fait retrouvée dans l'impulsivité, la violence, les troubles limites de la personnalité, les personnalités antisociales, l'abus d'alcool ou de drogues ou encore les TOC... Ce ne sont là que des facteurs associés aux agressions sexuelles et il est bien entendu impossible en l'état actuel des recherches de faire une corrélation entre agressions sexuelles et activité sérotoninergique. Ainsi, ce n'est que de façon empirique que les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont employés chez les agresseurs sexuels ayant des troubles de l'humeur ou de la personnalité, ou présentant des traits d'impulsivité ou obsessionnels-compulsifs. Les différents ISRS semblent équivalents sur ces traits associés chez les auteurs d'infraction et les effets secondaires sexuels de ces antidépresseurs sont parfois empiriquement utilisés comme adjuvants dans le traitement (131, 141).

Certains médicaments à visée stimulante du système dopaminergique (L-dopa prescrite chez les parkinsoniens ; agonistes dopaminergiques utilisés chez les patients présentant un adénome à prolactine) peuvent être à l'origine d'une hypersexualité, voire de l'apparition d'un comportement déviant (exhibitionnisme, tentatives d'attouchements...) (142).

La consommation de substances toxiques (l'alcool, la cocaïne...) peut favoriser l'émergence de troubles du comportement sexuel en induisant une désinhibition. C'est ainsi que 50 à 70 % des viols seraient commis sous l'emprise de l'alcool (142).

7.5.3. Hypothèses neurologiques

L'existence de lésions cérébrales organiques (congénitales ou acquises) dans certaines régions comme la région frontale (en particulier cortex orbito-frontal) ou encore temporale peuvent s'accompagner de troubles du comportement sexuel (exhibitionnisme, hypersexualité, attouchements, voire pédophilie) (142).

Parmi les sujets pédophiles, environ 15 % d'entre eux présentent un retard mental dont les étiologies sont diverses (anomalie chromosomique, souffrance néonatale,...) (142).

Au cours du 3^{ème} colloque de la société française de neurosciences, une équipe de chercheurs a présenté les résultats préliminaires d'une étude dont l'objectif était d'identifier les régions cérébrales impliquées dans la phase appétitive du comportement sexuel chez des hommes en bonne santé. Grâce à la tomographie par émission de positons, trois régions ont été repérées comme étant activées lors de la présentation d'un film sexuellement explicite. Dans les mêmes conditions, un film documentaire de géographie et un film humoristique ont été présentés à titre comparatif. La phase appétitive du comportement sexuel correspond à un modèle d'activation à trois volets : une activation temporelle inférieure bilatérale dans une région correspondant aux aires associatives visuelles ; une activation d'une série de régions appartenant au cortex paralimbique (insula, gyrus cingulaire), le cortex paralimbique jouant probablement un rôle dans la coloration émotionnelle et hédonique de l'expérience vécue et la partie antérieure du gyrus cingulaire contrôlant de nombreuses fonctions endocriniennes, affectives et neurovégétatives. L'activation du gyrus frontal inférieur droit et de la tête du noyau caudé droit pourrait être en relation avec les aspects motivationnels de la perception du désir sexuel. Ainsi, il y aurait trois aspects différents dans l'excitation sexuelle chez l'homme : un aspect perceptivo-cognitif qui permet l'évaluation et l'interprétation du stimulus présenté, un aspect motivationnel préparant un éventuel « pattern » d'action moteur dirigé

vers le monde extérieur, et une réponse interne (émotionnelle, endocrinienne et neurovégétative) préparant l'organisme à une telle activité dirigée vers le monde extérieur (46).

7.6. Approche génétique

C'est en 1965 que la présence d'un chromosome Y surnuméraire fut rattachée à l'idée d'un comportement particulièrement agressif. Le raisonnement tenu à cette époque était simple : « les hommes normaux sont plus agressifs que les femmes normales ; les hommes normaux ont un chromosome Y, les femmes n'en ont pas ; donc, un homme porteur de deux chromosomes Y doit être deux fois plus agressif qu'un homme normal ». Faute d'une interprétation critique de ce résultat, on a lancé l'idée que la constitution XYY prédisposait à la criminalité. Le « chromosome du crime » était né. Néanmoins, la thèse d'une causalité entre chromosome Y surnuméraire et criminalité fut vite infirmée car en effet, la majorité des XYY n'a jamais été condamnée, leur intelligence est normale et si criminalité il y a, le crime de sang n'est pas plus fréquent que dans la population XY, à niveau intellectuel égal (91).

Toutefois, Melnyk et al. estiment que l'incidence de l'anomalie chromosomique XYY chez les délinquants sexuels de grande taille (> 1 m 80), et présentant une déficience intellectuelle, serait 8 fois supérieure à celle retrouvée dans une population d'hommes non délinquants atteints de retard mental. La nature des délits sexuels perpétrés par ces porteurs de l'anomalie chromosomique est variée. Des taux de testostérone plus élevés, associés à des antécédents criminels plus fréquents, ont également été décrits chez des sujets caryotype XYY (142).

Il existe également quelques rares cas de délinquance sexuelle chez les hommes présentant, à l'inverse, un chromosome X surnuméraire (XXY) et présentant un syndrome de Klinefelter (131, 142).

Les sujets porteurs de syndromes XYY ou XXY ont été décrits comme plus immatures, introvertis et présentant une instabilité caractérielle. Cependant, il ne faut pas perdre de vue

que l'immense majorité des sujets XYY ou XXY ne sont pas des délinquants sexuels (131, 142).

En outre, le retard mental, les perturbations de l'image corporelle associés à ces anomalies chromosomiques sont des caractéristiques communes à beaucoup de délinquants sexuels et qui peuvent contribuer à l'apparition d'un comportement déviant (142).

En fait, les aberrations chromosomiques ne représenteraient que 2 % de l'ensemble des délinquants selon Moor. Elle admet cependant que ces anomalies génétiques, puissent être à l'origine d'un terrain particulier comportant le plus souvent une débilité légère sur lequel maladies mentales et troubles du comportement se développent plus facilement que chez les sujets à caryotype normal (91).

8. Le problème de la récidive

La notion de récidive est une donnée initialement médicale. Elle apparaît dès 1560 dans le vocabulaire médical. Elle sera reprise dans le domaine juridique en 1593. L'étymologie du mot récidive vient du latin *recidivus* qui signifie « qui revient », « qui retombe ». Si l'on s'en tient à la notion juridique telle qu'elle est clairement définie dans le Nouveau Code Pénal français, il y a récidive « lorsqu'à la suite d'un acte judiciairisé (crime ou délit), on assiste à la réitération d'une judiciairisation pour un nouveau délit » (23). La probabilité de récidive est donc éminemment variable d'un sujet à l'autre (53, 148).

Actuellement, l'évitement du risque de récidive reste, du point de vue des cliniciens, un élément particulièrement difficile à repérer et à évaluer dans les analyses psychopathologiques qui précèdent l'affirmation de la nécessité de soins (128).

8.1. Facteurs de risque d'agression sexuelle

Facteurs de risque pouvant déclencher, activer voire susciter l'agression sexuelle :

-Lorsqu'il s'agit d'agressions intra-familiales, deux grands indicateurs sont identifiés : les difficultés relationnelles familiales (73 %) ainsi que les situations de séparation ou de divorce (43 %). Les indicateurs secondaires majorant la situation à risque étant la précarité (7 %) et l'alcoolisme (11 %). Un autre risque identifié est l'âge de la mère. Plus une jeune fille devient mère jeune et ce au-dessous de 18 ans, plus le risque d'agression sexuelle augmente. Plus classiquement, on retrouve aussi parmi les facteurs de risque une mère présentant une pathologie mentale. La maltraitance physique doit aussi fonctionner comme un indicateur pertinent d'une potentialité d'agression sexuelle dans la famille. Un dernier facteur de risque ne doit pas être négligé, c'est lorsqu'un des parents (ou les deux) fut lui-même victime d'une agression sexuelle dans l'enfance (37).

-Lorsqu'il s'agit d'agressions sexuelles sur adultes, trois grands indicateurs dominent le tableau. Tout d'abord l'agression sexuelle dans l'enfance. Elle augmente considérablement le risque du recours à l'acte d'agression sexuelle à l'âge adolescent ou adulte ; il en va de même, quoique dans une moindre mesure, de la maltraitance physique et de l'incestualité du climat familial. Cependant les enfants victimes d'inceste sont moins sujets aux récidives que ceux victimes d'un agresseur extra-familial. Ensuite, la prise de toxiques dont l'alcool est, de par l'effet désinhibiteur induit, susceptible de déclencher la conduite agressive sexuelle. Enfin vient la pathologie mentale. Certaines autres situations sociales peuvent participer à l'augmentation des risques ; il s'agit de certaines situations de déculturation-acculturation pour les migrants mais aussi des ruptures de conditions socio-économiques favorables ou une précarité établie provoquant une misère socio-culturelle. Ainsi, toute situation de désagrégation du tissu social d'un sujet augmente la potentialité du passage à l'acte sexuel (ce que l'on retrouve fréquemment chez les exhibitionnistes) (37).

-La diffusion de la pornographie semble être aussi un facteur facilitant l'agression sexuelle (notamment lorsqu'elle sert d'information sexuelle à certains jeunes) mais la complexité de la diffusion de ces images, dont une part de ces thèmes est largement reprise dans les médias, rend complexe l'étude de l'impact de ce phénomène (37).

8.2. Facteurs de risque de récidive

Une analyse quantitative et qualitative des récidives montre que la récidive sexuelle est un risque constant pour les agresseurs sexuels et occupe au moins la moitié des récidives, avec le fait que plus le nombre de récidives augmente, plus augmente le risque que la récidive soit sexuelle, mais plus augmente aussi l'éventualité de l'atteinte physique violente aux personnes (119).

Un des moyens valables d'évaluer le risque de récidive d'un délinquant consiste à supposer que la probabilité de récidive sera égale au taux de récidive observé dans des groupes délinquants similaires. Ainsi, d'après la moyenne des 61 études contenues dans la méta-analyse de Hanson et Bussière (1998), le taux de récidive sexuelle globale était de 13,4 %

(18,9 % pour les violeurs et 12,7 % pour les abuseurs d'enfants), le taux de récidive non sexuelle avec violence était de 12,2 % (9,9 % pour les agresseurs d'enfants et 22,1 % pour les violeurs) et le taux de récidive pour toute nouvelle infraction était de 36,3 % (36,9 % pour les abuseurs d'enfants et 46,2 % pour les violeurs). Toutefois, les taux moyens de la méta-analyse doivent être interprétés avec prudence, car ils sont issus d'échantillons et de critères de suivi qui ne sont pas uniformes (la période moyenne de suivi variait de 4 à 5 ans) (71, 72, 106).

Hanson et Thornton (2000) ont examiné les taux de récidive sexuelle et de récidive avec violence de trois échantillons (les agresseurs d'enfants incarcérés dans l'établissement de Millbrook au Canada, les délinquants sexuels de l'institut Philippe Pinel à Montréal, le service des prisons de sa majesté composé de tous les délinquants sexuels d'Angleterre et du Pays de Galles) parmi les délinquants sexuels remis en liberté. Les taux de récidive des trois échantillons étaient remarquablement semblables. Les taux moyens de récidive sexuelle étaient d'environ 15 % après 5 ans (103) et de 25 % après 15 ans. Le taux moyen de récidive pour toutes les infractions avec violence, y compris les infractions sexuelles, était de 25 % après 5 ans et de 35 % à 40 % après 15 ans (71).

Les études sur la récidive comportaient toutefois des limites dont la plus importante tient au fait que les infractions sexuelles ne sont pas toujours signalées. Dans l'ensemble, 10 à 15 % des délinquants sexuels commettent une nouvelle infraction sexuelle après une période de suivi de 4 à 5 ans. Les délinquants sexuels ne présentent pas tous le même risque de récidive (23, 71).

En règle générale, les facteurs qui servent à prévoir la récidive non sexuelle chez les délinquants sexuels sont très semblables à ceux qui servent à prévoir la récidive chez les délinquants non sexuels. Les prédicteurs les plus fiables sont les antécédents criminels, la délinquance juvénile, la personnalité antisociale, le jeune âge, l'appartenance à une minorité ethnique et la toxicomanie (65, 71, 89, 119).

Le principal prédicteur du récidivisme est le nombre et la gravité des antécédents criminels (la probabilité de récidive sexuelle augmente avec le nombre de délits sexuels antérieurs, d'antécédents de comportements violents et d'incarcérations) (25, 65, 106, 119).

Les analyses récentes de Doren (2004) ont identifié deux principales dimensions liées à la récidive sexuelle (59, 106) :

- l'une étant plus spécifiquement sexuelle à travers les préférences et les attitudes sexuelles déviantes ;
- l'autre, plus générale, est liée au style de vie antisocial et impulsif.

Le type de délinquance sexuelle est un facteur pronostique important de la récidive. En effet, les sujets pédophiles homosexuels présentent un haut risque (30 à 40 % de récidives), alors que le taux est plus faible chez les pères incestueux (9 %) et les exhibitionnistes (4 %).

Les facteurs pouvant favoriser l'émergence d'une activité fantasmatique sexuelle déviante ou d'une réaction coléreuse sexualisée chez les violeurs sont les situations de rejet ou de conflit avec les femmes, les déceptions face à un idéal de soi trop élevé, les problèmes liés à l'image corporelle. Les conflits avec des adultes perçus comme injustes ou menaçants, avec des personnes en situation d'autorité, ainsi que des situations de solitude et d'abandon joueraient ce même rôle chez les pédophiles. Au-delà de ces facteurs favorisant, une humeur générale négative apparaît comme étant la variable la plus fortement associée à l'émergence d'une activité imaginaire déviante. Les délinquants sexuels présentent souvent des déficits relationnels dans la confiance éprouvée envers les autres (20).

De plus, la comorbidité psychiatrique est importante à considérer dans le risque de récidive : existence d'un trouble anxieux ou de l'humeur, usage de substances psychoactives, présence d'une autre paraphilie, insuffisance du désir sexuel et de l'érection. On estime que 15 à 60 % des agresseurs non soignés récidivent sur une période de quelques années. Un traitement adapté est considéré comme pouvant faire diminuer de 20 à 30 % le risque de récidive et donc protéger les victimes potentielles. Il existe une sous-estimation du récidivisme réel, la plupart des études évaluant l'efficacité des programmes de traitement étant fondées sur la seule récidive légale (20).

Soulignons que la plupart des facteurs qui, selon Hanson et Bussière (1998), sont des prédicteurs du risque de récidive, sont des facteurs statiques, chronologiques, qui ne peuvent pas changer (par exemple, le nombre de délits sexuels passés) (65, 71, 106).

Ainsi, pour mesurer les changements du niveau de risque et concevoir des interventions susceptibles de réduire le risque de récidive, il faut donc connaître les facteurs de risque dynamiques, c'est-à-dire ceux qu'on peut changer. Des études de suivi récentes ont fait ressortir des facteurs de risque dynamiques qui présentent un grand intérêt. Ces facteurs comprennent la tolérance envers les agressions sexuelles, la proximité affective avec les enfants, les préoccupations sexuelles, le manque d'aptitudes pour la résolution des problèmes cognitifs, l'hostilité et les influences sociales négatives (71). Ce sont ces variables intra- ou inter-individuelles qui peuvent être sensibles aux interventions thérapeutiques (106).

Prédicteurs de dangerosité sexuelle potentielle (20) :

- Syndrome d'alcoolisme fœtal
- Antécédents de sévices sexuels dans l'enfance
- Jeunesse de l'agresseur
- Personnalité antisociale, sadisme
- Importance de la comorbidité psychiatrique
- Nombre et gravité des infractions sexuelles antérieures
- Antécédents de comportements violents et d'incarcérations
- Adhésion à des croyances sexuelles déviantes
- Alcoolisation avant les faits
- Agression sexuelle avec violence physique, viol
- Agression sexuelle extra-familiale
- Multiplicité des victimes
- Agression de fillettes avec coït
- Pédophilie primaire (d'élection ou chronique)
- Pédophilie homosexuelle
- Conduite exhibitionniste
- Usage de la pornographie
- Traitement absent ou incomplet d'un agresseur sexuel à risque élevé

8.3. Evaluation du risque de récidive

8.3.1. Par l'expert psychiatre

L'analyse de l'état dangereux post-délictuel ou l'expertise de pré-libération conditionnelle repose sur la comparaison de ce qu'il est au temps de l'examen et de ce qu'il était au moment de l'infraction, en reconstruisant les étapes du parcours de l'agresseur sexuel. Cette expertise ambitionne d'être une évaluation longitudinale à la fois clinique, psychodynamique et criminologique. Sa réalisation nécessite la mise à disposition du dossier pénal et des expertises antérieures. C'est dire que la qualité des premières expertises conditionne dans une large mesure la qualité de l'appréciation clinique ultérieure.

L'expert s'attachera à cerner l'incidence respective des facteurs situationnels, contextuels et propres à la personnalité du sujet, qui ont facilité la commission de l'infraction. La prépondérance du circonstanciel est souvent un élément favorable du pronostic.

L'enchaînement des séquences criminelles une fois analysé à l'aide du dossier pénal, des expertises initiales, des dires du sujet, l'expert évaluera la prise de conscience de l'intéressé : qu'a-t-il à dire aujourd'hui de son acte, avec le recul ? A-t-il pris la mesure de la gravité des faits commis ? Invoque-t-il de façon projective ou réductrice un facteur extrinsèque ? (« c'est l'alcool... la drogue... le chômage... ma femme... la déprime... le destin... ») Se maintient-il en position de victime de l'acte dont il a été l'auteur ? Entrevoit-il la complexité des processus ? Comment se situe-t-il désormais par rapport aux faits commis ? Par quelles étapes est-il passé ?

L'expert explorera de façon systématique la position subjective du condamné à l'égard de sa victime : regrets de façade ou processus plus authentique de culpabilité, de reconnaissance du préjudice qu'il a fait subir ? L'impact du procès, la perception de chacun de ses acteurs seront abordés.

L'expert s'attachera à reconstituer les étapes des processus de défense et d'adaptation à la situation carcérale. Un certain degré d'isolement, dans la première partie d'une longue peine, avec refus de toute remise en cause n'est pas en soi inquiétante, comme le montre l'expérience des soins en prison. C'est là une attitude fréquente. Mais comment réagit-il en fin de peine ? Y-a-t-il une recrudescence anxieuse ? Observe-t-on une résurgence symptomatique ? Exprime-t-il une crainte plus ou moins masquée de la libération ? Quel est le poids de la culpabilité inconsciente, du masochisme, de la répétition ?

Face au risque de récidive, exprime-t-il des propos conformistes, banalisateurs ou une inquiétude de meilleur aloi, en anticipant sur la réapparition possible des conditions qui ont facilité l'infraction et sur des stratégies possibles en réponse à ce risque ?

Quelle est sa position à l'égard du double registre judiciaire et thérapeutique ? Estime-t-il qu'il n'a de compte à rendre à personne ? (« ayant payé sa dette à l'égard de la société ») N'invoque-t-il les soins reçus que dans une visée utilitaire ? Tient-il un discours plaqué, faussement rassurant ? Quel est son degré de compliance au traitement ? Attribue-t-il l'absence de toute démarche thérapeutique à l'absence d'offre ou au défaut d'information ? Y-a-t-il un détournement pervers des soins ? Les échecs antérieurs sont-ils projectivement attribués à l'incompréhension ou à l'incompétence des soignants rencontrés ? Comment peut-il rendre compte du travail accompli individuellement ou en groupe, de l'effet des psychotropes éventuellement prescrits ? Comment imagine-t-il le suivi ultérieur ? Qu'en attend-il ?

L'expert s'attachera soigneusement à faire le bilan des liens relationnels maintenus durant l'incarcération, des visites familiales, des soutiens divers, des études réalisées, des projets entamés...

A l'issue de cet examen approfondi, qui va bien au-delà du repérage nosographique, l'expert sera en mesure d'aborder le pronostic. Dans la majorité des cas, si l'on met à part les évolutions très positives et les tableaux figés, à la dangerosité criminologique intacte, voire accrue, cette évaluation consistera à dégager les éléments favorables et les éléments défavorables du pronostic, en proposant les conditions du maintien des premiers et d'atténuation des seconds. Ces indications thérapeutiques et leurs conditions de réalisation

seront explicitées par l'expert afin d'éclairer la décision qui relève de la seule prérogative judiciaire (100, 153).

8.3.2. Par le thérapeute

Lorsqu'un patient est suivi dans un contexte carcéral, il est peu à risque de récidiver. Lorsque le même patient est suivi dans la communauté, il est clair que le risque de récidive est plus grand. Que faire alors lorsque le thérapeute se rend compte que son patient est sur la voie d'une récidive imminente ? La tradition de non-intervention et de respect absolu de la confidentialité doit-elle être maintenue à tout prix ? La confidentialité et le soi-disant maintien de la relation thérapeutique sont-elles des valeurs supérieures à l'intégrité physique et psychologique des victimes éventuelles ? A l'opposé, un dévoilement automatique et non discriminé de toutes les situations à risque relèguera la thérapie et les thérapeutes au statut délateur, risquant par le fait même d'empêcher les patients de faire des révélations significatives. Evidemment entre ces deux positions extrêmes, il y a le jugement clinique qui doit s'appuyer sur un certain nombre de balises : l'imminence du passage à l'acte, le degré de reconnaissance par le patient lui-même de son degré de dangerosité, l'anticipation des conséquences majeures d'une agression pour la victime mais aussi pour le patient, la possibilité ou non d'établir une alliance avec des tiers dans l'environnement immédiat du patient, des avenues clairement identifiées par le patient et le thérapeute pour éviter la récidive. Ces balises serviront à moduler l'intervention à faire par le thérapeute pour que son intervention fasse sens dans la situation à risque, afin de maintenir la relation thérapeutique malgré une action à l'extérieur du strict cadre de la dualité soignant-soigné. L'expérience clinique démontre par ailleurs que la qualité de l'alliance avec le patient n'est pas un bon critère, lorsqu'il s'agit de prévenir une récidive imminente. En effet, nombre de patients vont récidiver malgré le fait qu'ils avaient développé une bonne alliance thérapeutique. L'identification des facteurs précipitants, des situations à risque, des signes précurseurs et des alternatives au passage à l'acte se doit d'être connue et partagée tout au long du processus thérapeutique par le patient et le thérapeute et parfois avec des tiers (8).

Soulignons que dans le cadre d'une injonction de soins, le médecin traitant a la possibilité de faire part de l'évolution du patient au médecin coordonnateur. Il ne s'agit pas de révéler le verbatim des rencontres, mais de faire état des grands mouvements de la thérapie, des avancées et des résistances. La règle essentielle à respecter par ailleurs est d'en informer le patient, dès le début de la thérapie, de préciser les règles du jeu et d'obtenir son consentement (8). De plus, le sujet peut être solennellement averti dès le début des soins que la fonction du secret médical dans la relation psychothérapique est de faciliter la verbalisation et non de couvrir des passages à l'acte. Lorsqu'un danger impose d'agir en urgence, l'article 226-14 permet au médecin de rompre le secret, chaque fois qu'il a connaissance de sévices touchant des mineurs ou des personnes incapables de se protéger en raison de leur état physique ou psychique. De même l'article 223-6 dispose que quiconque s'abstient d'empêcher un crime ou un délit qu'il aurait pu éviter par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, est passible de poursuites pénales (*Annexe 7*) (9, 38, 61, 62, 65).

Un aspect primordial à explorer est le risque de passage à l'acte. L'appréciation de ce risque repose sur plusieurs facteurs. Tout d'abord, vérifier la présence ou non de fantasmes déviants, leur fréquence et la capacité de l'agresseur à les contrôler. Il est aussi important de vérifier s'il y a une victime potentielle dans l'entourage et s'il y a une élaboration d'un scénario précis visant à actualiser ses fantasmes déviants. Il faudra aussi s'informer sur les moyens que le sujet utilise pour contrôler ses pulsions déviantes et parfois lui en proposer certains comme, par exemple, d'éviter de se retrouver seul en présence d'enfants dans le cas d'un pédophile. La sphère occupationnelle est importante à investiguer car l'individu qui demeure oisif, sans travail ni loisir, sera beaucoup plus à risque d'être envahi par une fantasmagorie déviante. L'intervenant doit aussi vérifier si l'individu dispose d'un minimum de ressources au plan relationnel, car l'isolement est un autre facteur qui augmente les risques de passage à l'acte. La présence de sources de stress, telles la perte d'un emploi ou des problèmes conjugaux, peut intensifier la fantasmagorie déviante et diminuer la capacité de l'individu à se contrôler. Un autre élément qui aura sensiblement le même impact est la consommation d'alcool et de drogue. Il est nécessaire de questionner l'individu sur ses habitudes de consommation et il s'avère opportun de le conseiller afin qu'il soit en meilleur contrôle, car cela peut avoir une influence directe sur les risques de commettre une agression sexuelle. Enfin, il demeure pertinent de vérifier la présence d'antécédents relatifs à des infractions sexuelles. En effet, en ce qui concerne la récidive sexuelle, il s'agit là d'un facteur de risque essentiel à considérer. Il est important d'identifier le niveau de reconnaissance de l'individu (les faits, sa

responsabilité, intérêt sexuel déviant, problèmes dans sa vie, besoin de traitement,...) que nous recevons en consultation ainsi que les résistances (victimisation, superficialité des échanges, évitement de la problématique sexuelle, passivité et conformisme, vulnérabilité narcissique,...) auxquelles nous sommes confrontés. En effet, l'agresseur sexuel a souvent tendance à minimiser sa responsabilité dans l'agir déviant, par exemple, en décrivant longuement les attitudes sollicitantes de la victime ou en insistant sur le fait qu'il avait consommé de l'alcool ou de la drogue au moment des délits (50).

9. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle

Nous avons affaire à une pathologie réputée rebelle à tout traitement et ne manifestant pas de demande.

En 1997, une recherche sous la responsabilité du docteur C. Balier auprès de 176 agresseurs sexuels incarcérés a montré qu'après avoir répondu aux questions de l'investigateur, la moitié des sujets a demandé à bénéficier tout de suite d'un traitement tandis que 35 % ont demandé à réfléchir. Seulement 15 % ont refusé de parler du délit, se disant innocents. Il y a donc peut-être un bénéfice d'une démarche active de la part du psychiatre (10).

De plus, le simple suivi sur le mode de la consultation psychiatrique traditionnelle ou même simplement par un éducateur, donc basé sur une relation d'étayage, d'aide au Moi, a montré en maints endroits sa valeur pour empêcher la répétition de la récidive après une intervention judiciaire (10). Penser, nommer est en soi un acte thérapeutique car il permet d'amorcer le processus de mentalisation, de « conscientisation », condition sine qua non à un réaménagement psycho-sexuel (25). Ciavaldini avance que le travail de parole, c'est confronter le sujet à une violence qu'il n'a pu traiter et qui a engendré l'acte. C'est par l'acte de répondre aux questions posées que l'autre devient sujet, et c'est par la mise en représentation de son acte que le sujet peut le percevoir et penser différemment son histoire (73).

Toutefois, le soin suppose un sujet souffrant, suffisamment conscient de cette souffrance pour pouvoir adresser une demande. Dans ces conditions, on doit fixer comme première étape à la démarche de soins la différenciation entre sujet à soigner et sujet souffrant, afin que progressivement celui-ci s'approprie une part de sa souffrance et imagine pouvoir en être soulagé (77).

L'évaluation clinique doit donc être la plus rigoureuse possible car de celle-ci dépend la stratégie thérapeutique à mettre en place. Le choix de cette stratégie est lui-même fonction du type de paraphilie, du risque de passage à l'acte, et des capacités psychologiques du patient (142).

Compte-tenu de la grande diversité des personnalités et des profils cliniques des auteurs d'agressions sexuelles, il serait simpliste d'envisager des thérapies propres et en réponse au seul symptôme qu'est le passage à l'acte criminel. Les personnalités des auteurs d'infractions à caractère sexuel sont évidemment diverses et demandent des modes d'abord variés (5, 12).

Il importe de distinguer une prise en charge non spécifique et une prise en charge spécifique à thème unique polarisée sur l'infraction-symptôme particulière que représente l'agression sexuelle. Dans les deux cas, il ne s'agit pas d'une clinique de l'acte, d'une thérapeutique de l'acte, mais bien de celles d'une personne (5, 65, 148).

Dans ce type de prises en charge, l'efficacité des soins sera directement proportionnelle à l'adhésion du sujet pour la démarche de soins qui lui est proposée (55). Sans investissement de sa part, quelle que soit la compétence du thérapeute, les soins peuvent demeurer de pure forme. Evaluer l'efficacité des soins, c'est donc avant tout évaluer l'engagement du sujet dans les soins. S'agit-il pour le délinquant d'une authentique remise en question ou bien seulement d'une démarche de pure forme destinée à satisfaire en surface les exigences de la justice tandis que, par le jeu de son opposition passive, il met à mal les volontés soignantes les plus déterminées (62) ?

En définitive, les indications thérapeutiques ne peuvent être portées qu'à partir de la réalité du fonctionnement psychique du sujet et non à partir du seul délit (101).

9.1. Evaluation clinique

Les objectifs du bilan clinique consistent à évaluer le sujet atteint de paraphilie et à donner un sens à l'acte déviant en le situant dans la trajectoire du sujet. Cette rencontre approfondie peut occuper plusieurs entretiens (142).

On s'enquiert des antécédents criminels personnels et familiaux, des antécédents médicaux (traumatisme crânien, souffrance néonatale...) et psychiatriques, à la fois personnels et familiaux, d'une consommation abusive de toxiques. On fait préciser le délit, les critères de

choix de la victime et le lieu du délit, les facteurs déclenchants éventuels, le caractère impulsif ou au contraire prémédité du délit, les circonstances de l'arrestation si elle a eu lieu, l'utilisation éventuelle d'images pornographiques, la compréhension que le sujet manifeste à l'égard du délit et la conscience qu'il a de sa responsabilité personnelle dans celui-ci ; on fait également préciser le développement psychomoteur et sexuel du sujet, ses relations avec ses parents, son parcours scolaire et son insertion socioprofessionnelle ; on recherche des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance (142).

La qualité surmoïque (indifférence apparente, vague malaise, honte, culpabilité), le rapport à la loi (défi, banalisation, acceptation, reconnaissance) et la capacité à prendre conscience du retentissement psychologique possible pour les victimes (dénier, minimisation, reconnaissance) sont des repères parlants du fonctionnement psychique du sujet (54).

Le niveau de reconnaissance (ou de négation) du passage à l'acte est variable suivant les sujets. Schématiquement, on peut distinguer différents fonctionnements chez les auteurs d'agression sexuelle face aux faits reprochés (54) :

- une reconnaissance totale ;
- une reconnaissance partielle ;
- une reconnaissance indirecte ou implicite (« je m'en souviens pas, mais si elle le dit, c'est vrai ») ;
- une négation banalisante (le sujet se contente de nier, sans autre commentaire)
- une négation sthénique, souvent accompagnée de la mise en exergue d'une persécution supposée, assez caractéristique des personnalités paranoïaques ;
- une négation perverse, s'accompagnant d'un défi parfois quelque peu ludique.

Les trois premières positions peuvent relever d'emblée d'un suivi médico-psychologique, par contre les trois autres nécessitent des évolutions dans le positionnement du sujet avant d'initier une prise en charge.

On fait le bilan des paraphilies présentes chez le sujet et on recherche un trouble de la personnalité ou une pathologie psychiatrique sous-jacente (on peut s'aider des tests psychométriques pour mettre en relief certaines caractéristiques de la personnalité d'un individu ou l'existence éventuelle d'un retard mental). On fait préciser les fantasmes sexuels,

déviant ou non, et l'activité sexuelle du sujet, déviante ou non (nombre de masturbations, nombre de rapports sexuels) (142).

Soulignons que la seule réponse physiologique qui soit spécifique de l'excitation sexuelle chez l'homme est la réponse pénienne. Une mesure objective de l'érection pénienne peut être obtenue par pléthysmographie, lorsque les stimuli sexuels, déviants et non déviants, sont présentés au sujet sous forme de vidéos ou de cassettes audio. Cette méthode fournit une évaluation plus objective du comportement sexuel et des préférences du sujet que celle obtenue par l'interrogatoire, mais n'a pas de valeur diagnostique ni pronostique. Ainsi, à la différence de ce qui est observé chez les violeurs, la présence de préférences sexuelles déviantes chez les pédophiles semble établie (65, 142).

Si un traitement anti-androgène est prévu, il faut également réaliser un examen clinique complet et un bilan hormonal afin de s'assurer de l'absence d'anomalies endocriniennes et, chez l'adolescent, de l'achèvement de la puberté (détermination de l'âge osseux indispensable). On fait un bilan hépatique afin de s'assurer de l'absence d'anomalies qui pourraient contre-indiquer le traitement (142).

Notons que dans le cadre de l'évaluation clinique d'un agresseur sexuel, certains thérapeutes s'aident du QICPAAS (questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles) créé en 1997 par Balier, Ciavaldini et Girard-Khayat. Le QICPASS est un guide d'entretien semi-structuré permettant l'investigation de l'organisation psychique du sujet. Il initie un espace thérapeutique. Cette promotion est fondée sur le pragmatisme de mentalisation susceptible d'ébaucher un travail de représentation mentale. Il permet de se confronter au travers du langage à la conscientisation de la violence du passage à l'acte (73). Placer le criminel dans les conditions de devoir nommer, c'est le confronter à une violence qu'il n'a pu traiter et qui a enclenché le passage à l'acte. Le reproche fait couramment au QICPAAS est son ancrage dans la théorie psychanalytique, sa longueur de passation (en moyenne 2h30) et son absence de grille de cotation et d'interprétation. Toutefois, la qualité de la rencontre lors de la passation du QICPAAS permettra au thérapeute d'évaluer les possibilités de mobilisation psychique et d'inscription dans un dispositif thérapeutique spécifique (23).

A l'issue de l'évaluation clinique, une stratégie thérapeutique peut être proposée en tenant compte des capacités psychologiques et du niveau d'élaboration du patient ainsi que sa motivation (démarche personnelle ou injonction de soins) (133, 142).

9.2. Objectifs de la prise en charge

Les objectifs sont ceux de tout soin. L'horreur de l'acte commis ne doit pas nous empêcher de revendiquer notre position de thérapeute, même s'il importe de redire que notre action participe à la protection des victimes potentielles (5).

L'absence de demande implicite du patient ou une demande biaisée et situationnelle rendent nécessaire une adaptation des stratégies thérapeutiques qui doivent s'orienter initialement vers un travail pré-thérapeutique d'éveil de la demande (55, 133).

Pour le médecin, selon B. Cordier, l'objectif n'est pas de normaliser les conduites sexuelles. Il est de soulager le sujet de la souffrance qu'induisent chez lui son comportement sexuel pathologique et/ou les troubles de la personnalité sous-jacents à celui-ci. Il doit aussi évaluer et prendre en compte le risque potentiel pour autrui, comme il le fait par exemple pour un alcoolique violent. Rappelons que tout soignant est autorisé et même incité à dénoncer un crime dont il serait possible de prévenir ou limiter les effets. Il est donc conseillé au thérapeute de prévenir son patient dès la première consultation qu'il agira de la sorte dans de telles circonstances (44, 45, 47).

Dans le cadre d'une obligation de soin, il appartiendra au thérapeute, d'emblée lors de la première rencontre, de préciser ce que supposera l'obligation pour le sujet. A priori cette information aura été effectuée et par le juge de l'application des peines et par le médecin coordonnateur ayant en charge le probationnaire. Cependant, le thérapeute étant seul garant de son cadre d'exercice, il convient de reprendre, non dans les détails techniques mais dans sa réalité thérapeutique, les deux grandes incidences de l'obligation de soin. La première est l'obligation de venir. Une fois définie quelles formes de technique, de dispositif et de rythme conviendraient le mieux au sujet, il devra se présenter régulièrement aux séances, faute de

quoi le thérapeute est tenu d'en informer les instances judiciaires. Cela supposera que toute absence devra au moins être prévenue, au mieux être convenue. La seconde incidence, corollaire de la première, est la rédaction à intervalle régulier (en général mensuel) d'un certificat de présence (et non de participation) à la thérapie destinée à la justice (38).

Dans ce type de soins, la relation médecin-malade est bien différente selon la motivation du patient : démarche personnelle ou obligation. Dans ce dernier cas, le patient subit une pression familiale, sociale ou judiciaire, et bien souvent ne reconnaît pas son comportement sexuel comme pathologique ou du moins il n'en souffre pas directement. Tout au plus admet-il qu'en l'exposant à la répression sociale, sa sexualité lui pose un problème (44, 47). De plus, l'abuseur sexuel s'appuiera habilement sur la qualification pénale retenue, non pour reconnaître son acte mais pour le voiler car il aura bien perçu que c'était un contenant sans contenu véritable (25).

L'objectif du thérapeute doit être aussi celui du patient dans le cadre d'une alliance thérapeutique. Cet objectif peut être seulement comportemental, en l'occurrence la prévention de la récurrence avec, selon les cas, soit un renforcement des interdits, soit une amélioration du contrôle de soi, soit une véritable réorientation sexuelle. L'objectif le plus ambitieux est évidemment celui d'un réaménagement de la personnalité supposant la prise de conscience de la fonction défensive du comportement répréhensible (45).

Les premières interventions sont donc capitales et servent à initier une amorce thérapeutique (95). Elles permettent d'évaluer le niveau de reconnaissance de l'agresseur sexuel (les faits, sa responsabilité, intérêt sexuel déviant, problèmes dans sa vie, besoin de traitement,...), d'identifier les résistances (victimisation, superficialité des échanges, évitement de la problématique sexuelle, passivité et conformisme, vulnérabilité narcissique,...), d'intervenir sur les résistances (il s'agit d'un travail à long terme), de se centrer sur la compréhension de l'agir (exploration du vécu, des difficultés dans sa vie), de confronter de façon non directe et progressive, de susciter une ouverture pour parler, se dévoiler et d'être conscient de ses réactions contre-transférentielles.

Quelques principes généraux de la prise en charge peuvent être rappelés (45) :

-La reconnaissance par le sujet des faits qui lui sont reprochés, même si elle n'est que partielle ou implicite, est une condition préalable au traitement. Les faits doivent pouvoir être abordés au cours des entretiens sans y revenir de manière lancinante, mais ils ne doivent pas non plus être scotomisés (nécessité de confronter le patient avec le passage à l'acte délictueux ou criminel).

-Le traitement ne remplace pas la sanction, celle-ci pouvant même avoir des vertus thérapeutiques (la prison peut jouer un rôle favorable, voire nécessaire de contenant et de figuration de la loi).

-Lorsque les troubles sexuels sont l'expression directe de troubles névrotiques ou psychotiques ou lorsqu'ils sont en relation avec une addiction (alcoolisme, toxicomanie), ils relèvent d'un traitement spécifique de l'affection sous-jacente.

Le traitement des paraphilies s'articule donc autour de deux objectifs fondamentaux (95, 142) :

-empêcher la récurrence ;

-améliorer la qualité de vie du déviant sexuel et atténuer sa souffrance.

Afin de réaliser ces deux objectifs fondamentaux, les buts thérapeutiques et socio-éducatifs à atteindre sont donc (95, 144) :

-l'analyse des distorsions cognitives

-la reconnaissance de l'altérité (capacité d'identification, empathie, conscience des traumatismes infligés, désir de réparation)

-le développement de l'empathie

-la prise de conscience des conséquences traumatiques de la violence exercée sur la victime (l'« ignorance » de la victime dans sa souffrance individuelle vient redoubler le déni d'altérité de l'abuseur) (25)

-la compréhension des processus internes et externes à l'origine du passage à l'acte transgressif

-la levée du déni

-l'acquisition ou le développement des habiletés sociales relationnelles qui permet de lutter contre l'isolement social (effectif ou ressenti), d'accroître sa capacité à partager ses émotions et de faciliter les relations interpersonnelles

-la gestion des conflits

-le contrôle des pulsions

-la maîtrise de la sexualité déviante

9.3. Moyens thérapeutiques

9.3.1. La psychothérapie

Le modèle de référence du traitement de fond demeure la psychothérapie. L'essai de définition de la psychothérapie proposé par Balier, Parayre et Parpillon et le groupe de travail santé/justice est le suivant : le suivi psychothérapique repose sur des entretiens rapprochés définis de façon précise et faisant l'objet d'un contrat entre thérapeute et patient : il s'agit d'un contrat volontaire entre un ou plusieurs patients et un ou plusieurs thérapeutes définis comme tels et dûment formés à cet effet ; il s'agit d'une technique comportant un protocole relativement précis avec des impératifs et des limites ; la méthode repose sur des bases théoriques relatives au développement initial de la personne, aux facteurs pathogènes, aux mécanismes mis en œuvre par le traitement ; la thérapie utilise des médiateurs comme la parole mais aussi l'expression gestuelle ou scénique ou corporelle ou encore le groupe ou la musique ou la vidéo ; la thérapie suppose un parcours évolutif qui va de quelques jours (thérapies brèves) à quelques années ; elle suppose des indications qui doivent être posées avec prudence et des contre-indications qui doivent être effectuées par des professionnels en mesure d'apprécier les dangers ; elle doit avoir comme finalités exclusives, d'une part le soulagement des troubles, d'autre part le développement personnel, mais aussi l'autonomisation de la personne, son indépendance à terme par rapport au thérapeute (5).

L'étiologie de la déviance sexuelle dépend de divers facteurs internes et externes, circulaires et enchevêtrés ; selon le cadre théorique auquel on se réfère, les explications étiologiques de

la délinquance sexuelle et les praxis thérapeutiques varient. Ces réflexions ont abouti à l'adoption de solutions psychothérapeutiques variées d'où des différentes modalités de traitement se dégagent (12).

9.3.1.1. Thérapie psycho-pédagogique

L'éducation sexuelle est considérée outre-atlantique comme une modalité thérapeutique utile aux délinquants sexuels, même s'il ne s'agit pas d'un traitement en soi. L'expérience confirme les études qui ont révélé la fréquence des méconnaissances sexuelles ou des distorsions cognitives sur la sexualité chez ces sujets (45).

Pour notre part, nous estimons que cette approche peut s'inscrire dans la reconstitution de la biographie psycho-sexuelle du sujet à laquelle seront consacrés les premiers entretiens. Il ne s'agit pas seulement d'une enquête anamnétique et les questions à poser font souvent appel à des souvenirs intimes dont l'abord contribue à nouer une relation thérapeutique. La vertu pédagogique de cette enquête est de révéler des quiproquos, des contresens ou des convictions tout à fait erronées sur la vie sexuelle (45).

Seront abordés successivement (45) :

-Les évènements sexuels pré-pubertaires : les souvenirs des évènements les plus anciens ou les plus choquants sont théoriquement refoulés mais on constate qu'il persiste souvent quelques traces mnésiques à connotation sexuelle et leur ténacité permet de penser qu'elles correspondent à une expérience marquante : souvenirs de jeux sexuels entre enfants dont la remémoration et le récit sont sans doute plus instructifs que la réalité des faits ; souvenirs d'avoir surpris une conversation, une scène, un geste de la vie sexuelle de l'entourage ; souvenirs d'avoir été sollicité sexuellement par un adulte ; souvenirs d'une agression sexuelle dont il a été victime (en sachant que l'impact et les séquelles d'un tel traumatisme varient en fonction de l'âge, du lien avec l'agresseur, de la durée et du caractère isolé ou répétitif de l'agression). Une évaluation d'un tel antécédent est d'autant plus utile que 30 % environ des pédophiles l'invoquent.

-Les évènements sexuels juvéniles : l'événement que constituent les premières masturbations mérite une attention particulière mais le climat de l'entretien conditionne totalement cette évocation. Non plus facile est l'expression des fantasmes associés à cette pratique. Le récit des premiers flirts sera inclus dans cette enquête même si la connotation de ces expériences est souvent plus sentimentale que sexuelle. Les premières caresses hétérosexuelles, timides ou maladroitement, sont l'apprentissage de la prise en compte du désir de l'autre et leur réalisation peut être à l'origine d'une timidité ou d'un « mal entendu » durables avec le sexe opposé. Le souvenir du premier véritable rapport sexuel (homo ou hétéro) peut être riche d'enseignement. Il est reconnu que le sentiment d'échec, d'insatisfaction, voire de dégoût qu'il a pu induire n'est pas toujours surmonté ultérieurement. Il a même été décrit des déviations sexuelles en relation avec une première expérience traumatisante. On évaluera ensuite la fréquence et l'évolution des relations sexuelles depuis l'adolescence jusqu'à l'âge adulte.

-Les évènements sexuels adultes : on notera la réalisation progressive de fantasmes de plus en plus élaborés ou, au contraire, leur appauvrissement ou encore leur orientation univoque significative. Cette enquête sera complétée par la recherche de facteurs circonstanciels des troubles de la sexualité que peuvent être certains évènements de la vie, notamment ceux qui modifient l'équilibre du couple : relations extra-conjugales, séparations prolongées, naissances, inversions des rôles dans le couple...

9.3.1.2. Thérapie psychodynamique

Il s'agit surtout des psychothérapies individuelles d'inspiration analytique qui permettent d'aborder l'ensemble des conflits en utilisant la relation transférentielle. Cette psychothérapie s'adresse aux agresseurs sexuels qui présentent une reconnaissance minimale de leur paraphilie et qui sont capables d'identifier certains dysfonctionnements dans leur vie (142). Le but de la thérapie d'orientation psychodynamique est d'aider le sujet à découvrir la fonction et le sens qu'a pour lui l'acte sexuel déviant dans son économie psychique. Il faut travailler avec le clivage. Tous les auteurs soulignent la nécessité d'une démarche active de la part du thérapeute. Le thérapeute ne va pas se limiter à une écoute simple (11, 80). C. Balier souligne l'importance de l'accès à la partie clivée dans la démarche thérapeutique. Ces

thérapies sont difficiles, elles comportent des risques de rupture du contrat thérapeutique en raison de passages à l'acte, c'est-à-dire de récurrences survenant avant le délai d'action, souvent très long, de ce type de traitement. Certains thérapeutes recommandent une technique thérapeutique souple dans un cadre très structuré ; l'objectif étant de permettre au patient d'accéder à la symbolisation via la contention des affects, l'interprétation et l'évolution du transfert et du contre-transfert. C. Balier estime qu'il ne faut pas s'attacher à la technique, mais au processus thérapeutique, qui doit reposer sur la conviction que les passages à l'acte sont en réalité un mécanisme de défense et que le trouble fondamental est, en dernière analyse, un effondrement narcissique. En effet, il pense qu'en raison de la précarité des processus d'intériorisation et de la fragilité de l'espace psychique, le travail sur les représentations est à mettre au second plan. C'est souligner l'importance de la relation thérapeutique au-delà de la technique. C. Balier insiste sur cette fonction du thérapeute qui doit incarner un surmoi acceptable, indépendamment de sa méthode thérapeutique. Il doit se prêter à une identification de la part du patient, en se montrant compréhensif, tout en étant intraitable par rapport au respect de la loi (45).

9.3.1.3. Thérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies comportementales utilisent soit la désensibilisation réciproque, soit l'aversion. La première méthode consiste à soumettre le sujet aux stimuli provoquant l'anxiété et l'inhibition, sous relaxation. L'exhibitionnisme en est une indication. La technique d'aversion est souvent associée à l'image très négative illustrée par le film « Orange Mécanique ». Elle consiste à associer le trouble psycho-sexuel à une épreuve pénible, vomissements ou choc électrique. Utilisée dans le fétichisme, le transvestisme et la pédophilie, elle ne peut se concevoir qu'avec le consentement du patient. Cette technique est critiquée en France, sur le fond comme sur la forme. Ses résultats sont d'ailleurs discutables (45).

Les thérapies cognitives ont plus d'adeptes. Elles reposent sur la découverte de distorsions cognitives dans l'appréhension de la sexualité chez les sujets atteints de paraphilie (45). Ces distorsions entretiennent les déviations sexuelles, même si elles n'en constituent pas des facteurs étiologiques spécifiques (142). Ainsi, 95 % de ces programmes comportent un

module thérapeutique d'empathie pour la victime, 92 % un module d'entraînement à la gestion de la colère, 91 % un module thérapeutique consacré aux distorsions cognitives et 88 % un module de prévention de la récidive (93, 152).

Il s'agit notamment d'aider l'auteur d'agressions sexuelles à (65, 85, 115, 152) :

- acquérir les compétences cognitives et affectives nécessaires à l'établissement et au maintien de relations satisfaisantes avec des adultes ;
- développer ses aptitudes à maîtriser son excitation sexuelle déviante ;
- corriger les déficits des connaissances dans le domaine de la sexualité ainsi que les distorsions cognitives sexuelles ;
- identifier les situations et les séquences cognitivo-affectives favorisant le passage à l'acte, pour les éviter, s'en échapper ou y mettre fin.

Ces thérapies sont très utilisées en Amérique du Nord dans la prise en charge des exhibitionnistes et de certaines paraphilies avec un risque peu important de passage à l'acte (85, 142).

Compte-tenu des nombreux déficits relationnels identifiés chez les délinquants sexuels, l'entraînement aux habiletés sociales s'avère une modalité thérapeutique fort importante (66). Par le biais de cette modalité, les délinquants sexuels peuvent sortir de leur isolement, nouer des relations plus satisfaisantes et surtout trouver des moyens de faire face à leurs malaises et solutionner leurs conflits interpersonnels en diminuant le recours aux fantaisies sexuelles déviantes. Sommairement, les habiletés sociales de base permettent d'entrer en contact avec l'autre, d'échanger, de partager ses intérêts, de connaître ceux de l'autre et ce, dans le but de constituer un réseau social. Une fois la relation établie, il est important de pouvoir y partager ses sentiments (120). L'affirmation de soi est nécessaire pour tenir compte des besoins, des désirs et des limites personnelles, augmenter la satisfaction et prévenir aussi l'accumulation de frustrations ou d'insatisfactions. La qualité des relations interpersonnelles dépend enfin de l'empathie (103).

9.3.1.4. Thérapie de groupe

Les thérapies de groupe avec médiation sont un support utile, notamment pour la reconnaissance des faits (11). Elles doivent réunir des sujets souffrant de troubles similaires et leur permettre de trouver une résonance dans l'expérience des participants. Elles sont indiquées en première intention lorsque la relation duelle est trop anxiogène pour le sujet. Elles permettent de contourner des facteurs de résistance et d'aborder non seulement la problématique sexuelle, mais aussi les problèmes de relations interpersonnelles (45, 114). L'abord groupal est facilitant pour ces personnalités. Le groupe constitué de pédophiles sera un cadre plus rassurant pour commencer à exister. La menace d'intrusion sera moindre et les résistances moins importantes. Les thérapeutes seront moins dans une place persécutoire ou toute-puissante. L'utilisation de médiation sera très utile : médiation par un support créatif (dessin), par une écoute musicale avec partage des émotions, support vidéo (les témoignages de victimes issus d'enregistrements télévisés permettent d'évaluer la capacité d'empathie, de reconnaissance de l'altérité et secondairement de les faire émerger) avec groupe de paroles. L'utilisation de médiation permet la confrontation au déni des faits. En effet, il est plus facile pour un pédophile d'entendre les propos d'un autre pédophile que la parole d'un soignant. Ces autres, dans la même situation que lui, vont être des premiers autres supportables. Par exemple, le groupe peut être confronté à un support vidéo faisant partie du domaine public. Le travail consistera à faire exister peu à peu la victime, celle de la vidéo puis peu à peu les leurs. La reconnaissance des conséquences de leur conduite fait partie de ce travail indispensable. Elle révèle souvent une position de victime non reconnue socialement, non évoquée le jour du procès (11, 139).

Le groupe, par son fondement même, constitue un tiers entre l'individu et l'autre quel que soit celui-ci (soignant ou soigné), il est donc en soi une médiation aux relations. Il permet ainsi de surseoir à la relation directe à l'autre en s'instituant comme tiers : tiers comme protecteur du risque de fusion à l'autre d'une part et tiers comme favorisant un lien à l'autre d'autre part (127).

Le groupe permet à chacun de sortir de son isolement, de parler sur son histoire personnelle par le jeu de la libre association et de la libre expression. Chacun peut, à la fois, se retrouver

en l'autre et s'en différencier, chacun doit pouvoir être interpellé par la parole et l'histoire d'un autre par le biais de la ressemblance ou de la différence (36, 127).

Le groupe permet donc que la parole rebondisse et se maintienne vivante (et non échouée sur le seul thérapeute). La confrontation des histoires personnelles dans le cadre protecteur du groupe doit permettre de lever les secrets qui encombrant et de rompre un silence où chacun s'est enfermé. Cela risque aussi d'amener des déstabilisations par rapport à des certitudes personnelles, entraînant ainsi des remises en question et/ou des mises au travail individuelles (127).

Le groupe dans ses effets de miroir confronte le sujet à une prise de conscience de l'autre semblable et différent. La relation spéculaire permet les identifications, en particulier à la victime. Se voir dans les yeux d'un autre semblable permet au sujet de se voir, de se penser en tant que victime, ce qu'il a le plus souvent et à des niveaux divers, été lui-même. On ne naît pas agresseur sexuel, on le devient (36, 127).

Dans le cadre d'un groupe de paroles, les patients doivent s'engager à certaines règles comme l'assiduité, la participation active (fournir un travail de réflexion), le souci de confidentialité (chaque patient s'engage à taire hors du groupe ce qui a pu s'y échanger) ainsi que l'engagement à la transparence (le détenu autorise les thérapeutes à consulter son dossier pénal pour un meilleur repérage du déni, de la banalisation et de la déresponsabilisation) (36, 144).

Outre-Atlantique, de nombreux articles ont traité des avantages de la psychothérapie de groupe avec les déviants sexuels. Les avantages de la psychothérapie de groupe avec les abuseurs sexuels reposent sur l'efficacité de la modalité à contrer la faible motivation au traitement, l'incapacité à tolérer l'anxiété et la dimension syntone des symptômes sexuels. De façon privilégiée, cette modalité thérapeutique offre la possibilité de travailler les relations interpersonnelles (81, 139). En effet, à l'institut Pinel de Montréal, Aubut et al. insistent sur la difficulté qu'ont les délinquants sexuels à gérer leurs relations avec les autres adultes, et sur la manière dont les affects négatifs induits par ces problèmes relationnels peuvent favoriser l'émergence de fantasmes sexuels déviants agressifs (viols de femmes) ou régressifs (pédophilie) (142). Les buts thérapeutiques s'avèrent multiples et doivent cibler non seulement la problématique sexuelle, mais aussi les relations conflictuelles et les zones de

souffrance dans leur vie. Ainsi, pour exemple, à l'institut Philippe Pinel de Montréal, les principaux axes d'intervention et d'analyse de la thérapie de groupe concernent la sphère relationnelle (développer les liens affectifs, développer la capacité à tolérer l'autre dans ses différences, apprendre à se reconnaître dans l'autre et pouvoir lui témoigner de l'empathie), les enjeux de pouvoir et de contrôle au sein de la problématique sexuelle (apprentissage de la socialisation, développer la capacité à tolérer une certaine rivalité entre les pairs), ainsi que le travail clinique des symptômes sexuels déviants (favoriser la reconnaissance de la problématique sexuelle en augmentant notamment la capacité d'écoute). On note une réelle amélioration des assises de leur narcissisme, une importante baisse de l'angoisse face à leur pulsionnalité et un renforcement des limites de leur Moi ainsi qu'une capacité dépressive qui se déploie et qui évolue de pair avec leur capacité d'identification aux victimes et aux préjudices que leurs actes ont entraînés (139).

Au total, le but des groupes d'abuseurs est avant tout de permettre une certaine compréhension des conditions les ayant incités à commettre ces actes, ainsi que des composantes de ceux-ci, de leurs conséquences tant pour les autres, dont la victime, que pour soi-même ; un partage avec d'autres participants qui sont dans des situations plus ou moins semblables ; une certaine intériorisation des normes sociales et une intervention de relations plus satisfaisantes pour soi-même et pour autrui (21, 33).

9.3.2. Traitements chirurgicaux

La castration chirurgicale (ou orchidectomie, du grec *orchis*, testicule, et *ektomé*, excision, c'est-à-dire sur l'exérèse chirurgicale des testicules) est actuellement d'un intérêt un peu académique mais est importante en raison de ses relations au moins historiques avec les traitements anti-androgènes (110).

A partir du rôle supposé de la testostérone dans l'agressivité et dans le comportement sexuel, la castration chirurgicale a été proposée (voire imposée) aux délinquants sexuels. En effet, 95 % de la production totale de testostérone provient des testicules : la castration entraîne donc chez l'homme un effondrement de la testostéronémie plasmatique. Utilisée dès 1892 en

Suisse, la castration chirurgicale a été complètement abandonnée dans de nombreux pays depuis la seconde guerre mondiale et la période nazie (période durant laquelle environ 3000 orchidectomies forcées ont été réalisées) alors qu'elle perdure de façon anecdotique dans quelques pays d'Europe (Allemagne et République Tchèque), ou encore en Californie et au Texas. Dans les années 1930, les articles relatifs à cette approche thérapeutique vantaient les mérites de cette technique (taux de récurrence moyen d'environ 3 %, comparativement à 60 % en l'absence de castration) et considéraient les inconvénients comme mineurs. L'orchidectomie ne limitait le taux de récurrence que pour les infractions sexuelles. Environ 4 000 sujets recensés par des études auraient été ainsi castrés chirurgicalement en Allemagne, en Suisse et dans les pays nordiques jusqu'en 1975 et, plus récemment, en Tchécoslovaquie. En outre, ce traitement ne modifie pas l'orientation sexuelle ; il ne s'accompagne pas constamment d'une diminution importante de la libido et de l'activité sexuelle (dans 60 à 70 % des cas seulement chez les sujets jeunes) (151). Enfin, environ 30 % des sujets se plaignent d'effets indésirables (110, 142).

Actuellement, le fait, de surcroît, que cette intervention spectaculaire puisse être demandée par certains paraphiles assassins emprisonnés à de lourdes peines dans un but manipulateur, avec reprise ultérieure compensatrice d'hormones sexuelles (prise exogène d'hormone mâle) doit en pratique, et sauf exception, faire rejeter aujourd'hui cette intervention au bénéfice, chez certains patients motivés et présentant d'authentiques pathologies hypersexuelles, d'autres mesures thérapeutiques, en particulier les anti-androgènes (110, 151).

La neurochirurgie stéréotaxique (destruction du noyau ventro-médian droit parfois étendue à la partie médio-basale de l'aire pré-optique visant à diminuer la production de GnRH) a été complètement abandonnée (142, 143).

9.3.3. Les chimiothérapies

9.3.3.1. Les psychotropes

-Les neuroleptiques

Les neuroleptiques réputés inhibiteurs de la libido ont été utilisés, mais leur effet sédatif et l'altération de la vigilance qu'ils induisent aboutissent souvent à leur abandon précoce (43, 45). De plus, leur utilisation n'a pas permis d'obtenir des résultats convaincants dans le traitement des déviances sexuelles, si ce n'est dans les rares cas où le comportement sexuel déviant est secondaire à une psychose. En effet, chez les patients psychotiques présentant des troubles du comportement sexuel secondaires à une thématique délirante, les neuroleptiques conservent leur efficacité alors que, paradoxalement, les traitements hormonaux peuvent aggraver la psychose (141).

-Les antidépresseurs sérotoninergiques

Des arguments pré-cliniques et l'observation des effets indirects et négatifs sur la sexualité des antidépresseurs sérotoninergiques ont conduit à l'utilisation de ces derniers dans le traitement des déviances sexuelles (19). En effet, chez l'homme, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) induisent souvent des effets secondaires sexuels, tels qu'une diminution de la libido ou des perturbations de l'éjaculation. Nombreux sont les cas isolés ou les études en ouvert rapportant l'efficacité des ISRS dans le traitement des déviances sexuelles, aux doses habituellement utilisées dans le traitement des dépressions et avec un délai d'action de 1 à 3 mois (27, 69, 85). Cependant, les études contrôlées contre placebo seraient nécessaires pour confirmer ces résultats préliminaires encourageants et pour préciser les indications de ces médications en fonction des différents types de paraphilies, ainsi que la durée minimale de traitement. Ces traitements diminueraient davantage l'excitation sexuelle

induite par des stimuli classiques. Leur facilité de maniement, leur bonne tolérance à long terme, en font des traitements potentiellement intéressants chez les déviants sexuels, en particulier chez les adolescents (68). Actuellement, leurs indications sont limitées à l'exhibitionnisme et à certaines formes de pédophilie dont le risque de passage à l'acte paraît peu important (32). Leur efficacité soulève la question de la parenté entre certaines déviations sexuelles et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou encore les troubles dépressifs (43, 45, 136, 141, 142).

9.3.3.2. Les traitements hormonaux

C'est à partir de l'efficacité de la castration chirurgicale qu'ont été introduits les traitements hormonaux. Les premières tentatives de modifications du comportement sexuel à l'aide de traitements hormonaux datent des années 1950. Ces traitements présentent l'avantage considérable d'offrir une castration qui soit réversible à l'arrêt du traitement. L'œstrogénothérapie, initialement proposée, a été rapidement abandonnée à cause du risque de féminisation, parfois irréversible, et à cause du risque de cancer du sein. Ensuite, les progestatifs comme l'acétate de méthoxyprogestérone (MPA ou Dépo-provera[®]) ont été proposés dans les années 1960. Ce produit a été quasiment abandonné en Europe du fait de la survenue d'effets secondaires graves à type de thrombose veineuse, d'insuffisance surrénale ou de diabète. Il demeure très utilisé aux Etats-Unis, en partie en raison de son faible coût (31, 141, 142, 143).

a. Intérêt des anti-androgènes

En l'état actuel des connaissances, l'objectif n'est pas de corriger une anomalie biologique. L'intérêt principal de ces produits est d'agir rapidement sur le comportement en freinant le désir et l'activité sexuels. Cette prescription suppose une prise de conscience d'une anomalie par le patient. On peut admettre que cette prise de conscience soit en relation avec la crainte

de la répression sociale et qu'elle ait pu être inspirée par une pression familiale, sociale ou judiciaire (43, 45, 141).

L'hormonothérapie est surtout indiquée dans les comportements où « les fantaisies imaginatives » sexuelles s'imposent alors que, du fait de leur nature, de leur intensité et de leur fréquence, elles ne sont pas désirées (5, 43).

L'hormonothérapie peut aussi être prescrite dans d'autres tableaux cliniques : pédophilie homosexuelle ou hétérosexuelle, exhibitionnisme, inceste, tendance compulsive au viol de femme adulte, voyeurisme, sadisme sexuel, travestisme, frotteurisme, fétichisme, compulsions à des appels téléphoniques obscènes (5)...

D'une manière générale, ils sont indiqués lorsqu'un sujet affirme qu'il n'est pas capable de maîtriser ses pulsions et son comportement sexuel (141).

Leur intérêt est aussi de créer une situation favorable à l'impact d'une action psychologique qui doit impliquer le médecin prescripteur. Le nouvel état biologique créé par ces traitements entraîne incontestablement un apaisement propice à une approche psychothérapique, de quelque nature qu'elle soit. Compte tenu des longs délais d'action des techniques psychothérapiques, on a pu constater qu'avec les anti-androgènes elles étaient entreprises avec plus de sérénité et qu'elles n'étaient pas interrompues par la récurrence transgressive. Les anti-androgènes sont particulièrement indiqués chez les pédophiles profondément immatures ou déficients intellectuels, qui ont en quelque sorte l'âge mental de leur victime (115). Pour ceux qui ont été reconnus irresponsables, ce type de traitement évite un destin « asilaire » et favorise la réinsertion sociale (43, 45).

L'indication d'une chimiothérapie hormonale est posée selon des critères validés et dans le respect scrupuleux des recommandations du conseil national d'éthique. Actuellement, l'indication d'une hormonothérapie représente un pourcentage très restreint de cas (10 %), toujours en association avec un soutien médico-psychosocial. Ainsi, selon Cordier, cette indication ne peut en aucun cas reposer sur la seule réduction des aspects délictueux du comportement sexuel. Elle doit répondre à une souffrance du sujet pédophile en relation avec ses troubles psychosexuels qui peut se manifester psychiquement par des troubles anxieux ou dépressifs, par des préoccupations suicidaires actives ou des désordres somatiques. D'un point

de vue criminologique, ce traitement n'est pas indiqué si les facteurs situationnels ou occasionnels du passage à l'acte ont été déterminants. Il n'est pas non plus indiqué si le sujet est un « polydélinquant » occasionnellement délinquant sexuel. A l'inverse, s'il s'agit d'un sujet atteint de troubles psychosexuels tels qu'une déviation pédophile ou une hypersexualité contraignante l'amenant à commettre des actes pédophiles, et s'il ne présente aucun trouble psychiatrique majeur associé, le risque de récurrence avec ses conséquences pénales peut justifier que lui soit proposé ce traitement (5).

En définitive, l'hormonothérapie anti-androgène est un traitement symptomatique qui doit être prescrit en association avec d'autres méthodes thérapeutiques. La collaboration avec un endocrinologue est fortement souhaitée (46).

b. Molécules disponibles en France

-L'acétate de cyprotérone (Androcur®)

L'acétate de cyprotérone (ou CPA) est un anti-androgène spécifique qui bloque les récepteurs d'androgènes par inhibition compétitive de la 5α déhydroxytestostérone sur les sites récepteurs dans les organes cibles. Il bloque également la synthèse de la testostérone. Prescrit en 1966 contre les séborrhées et l'hirsutisme idiopathique, il avait entraîné une réduction nette de l'activité sexuelle, ce qui l'avait fait utiliser dès 1968-1969 chez les déviants sexuels (31, 65). Ce dérivé progestatif possède l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans plusieurs indications (comme l'hirsutisme majeur et le cancer de la prostate). Le 21 juillet 2005, une extension d'indication a été octroyée à la spécialité Androcur® 100 mg, comprimé sécable, dans la réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique (1, 5).

Plusieurs études ont montré que l'acétate de cyprotérone administré à la posologie moyenne de 200 mg par jour s'avérait efficace pour réduire chez l'homme désir et activités sexuelles (28, 29, 30, 41, 42). En effet, chez l'homme, le CPA empêche l'action des androgènes sécrétés par

les testicules et les corticosurrénales sur les organes cibles androgénodépendants tels que la prostate. Le CPA a un effet inhibiteur central. Cet effet anti-gonadotrope entraîne une réduction de la synthèse de la testostérone par les testicules et donc de la testostéronémie. Occasionnellement, on a pu observer une légère augmentation de la prolactinémie aux fortes doses (5).

Une décision pluridisciplinaire de mise sous traitement est nécessaire associant par exemple psychiatre, psychothérapeute et endocrinologue (1).

Les examens biologiques préalables à prévoir sont un bilan hépatique complet et un dosage de la testostéronémie. Les contre-indications sont les affections hépatiques graves, la tuberculose, le diabète sévère, les antécédents ou l'existence d'une affection thrombo-embolique et l'adolescent en cours de croissance en raison du risque de diminution de la densité osseuse (43, 46).

Après évaluation médicale, psychologique et biologique complète et attentive, le schéma thérapeutique recommandé prévoit de commencer le traitement avec 100 mg par jour de CPA. En fonction de l'effet sur la réduction des pulsions sexuelles, la dose peut être augmentée à 200 ou 300 mg par jour sur une courte période. La recherche de la dose minimale efficace, qui peut être de 50 mg par jour, sera effectuée dès que possible (1, 43).

L'efficacité du CPA est actuellement reconnue, mais inconstante (85). Son effet sur le désir et l'activité sexuels s'observe dans 60 % à 80 % des cas en 1 à 2 mois (65). En moyenne, le traitement par CPA, parallèlement à la diminution du taux de testostérone plasmatique, réduit le taux de récurrence du comportement déviant à environ 6 % comparé à 85 % avant la mise en route du traitement. La durée du traitement dépend tout d'abord des résultats symptomatiques obtenus. L'absence d'effet inhibiteur après 3 mois de prise effective d'au moins 150 mg par jour de CPA justifie l'arrêt du traitement. Si l'effet freinateur est obtenu, un compromis raisonnable serait une prescription d'une durée minimale de 2 ans à l'issue de laquelle pourrait être réévaluée la nécessité de la poursuite ou non du traitement (43, 46). Dans la plupart des cas, parallèlement à la disparition des comportements sexuels paraphiles, le comportement sexuel non paraphile, les fantasmes sexuels paraphiles et non paraphiles sont drastiquement réduits dans un délai de deux à quatre semaines. Les érections matinales, l'éjaculation et la spermatogenèse sont également réduites. L'efficacité du traitement est

maintenue durant toute la durée de prescription de celui-ci. Lorsque le traitement est interrompu, les effets biologiques et comportementaux du CPA disparaissent en un à deux mois après l'arrêt du traitement ; le taux de récurrence est compris entre 20 et 50 % dans les années qui suivent (141).

Parallèlement à la réduction ou à la disparition du comportement sexuel pathologique, on note l'amélioration des signes d'accompagnement tels que l'anxiété, l'irritabilité, la tension interne, la labilité thymique, les troubles du sommeil (5).

L'acétate de cyprotérone possède des effets secondaires dont certains peuvent être gravissimes (toxicité hépatique dose-dépendante), d'où la nécessité d'une surveillance régulière du taux des transaminases (5, 143).

Les effets secondaires de l'acétate de cyprotérone dépendent du taux de la testostérone plasmatique. Dans un bon nombre de cas, seules sont signalées une légère augmentation du poids et une fatigabilité accrue. Mais on peut observer un gain pondéral plus important (dans 30 % des cas), une augmentation de l'appétit, une asthénie, une léthargie, une augmentation et des perturbations du sommeil (cauchemars,...), des migraines et céphalées, des nausées, une gynécomastie (dans 20 % des cas), une douleur testiculaire post-coïtale, une diminution du volume des testicules, une perte de pilosité, une sécheresse des téguments, une irritabilité, des bouffées de chaleur, des sudations nocturnes profuses, des frissons, une hypertension artérielle, une phlébite, une dépression mentale (ce qui peut conduire à la co-prescription d'un antidépresseur)...Enfin, comme tout traitement anti-androgène, le CPA peut provoquer une déminéralisation osseuse à l'issue d'un an à deux ans de traitement (une surveillance est donc nécessaire et on peut être amené à traiter une déminéralisation éventuelle) (5, 46, 141, 143).

Il n'existe pas de marqueur biologique témoignant du suivi de traitement. L'acétate de cyprotérone induit une freination secondaire de la sécrétion testiculaire d'androgène. Mais l'abaissement du taux de testostérone plasmatique est inconstant : ce paramètre ne permet donc pas de s'assurer de la prise effective du médicament. Le dosage radio-immunologique de la molécule n'est pas utilisable en pratique courante (5, 43, 46).

Un certain nombre d'hommes traités continuent à présenter une activité hétérosexuelle qu'eux et leur partenaire ont qualifiée de normale, alors que le taux de testostérone plasmatique se situait près de zéro (5).

La réversibilité des effets est de règle, en quelques semaines, même après plusieurs années de traitement (1, 65).

Ce traitement est contre-indiqué chez les sujets non-consentants, chez des sujets non pubères et chez des sujets atteints d'épilepsie ou de psychose ; dans ce dernier cas il peut aggraver les symptômes psychotiques et favoriser l'apparition de comportements d'auto-mutilation (65). Lorsque le sujet présente une personnalité anti-sociale ou abuse de substances toxiques, ou encore lorsqu'il s'agit d'adolescents, l'efficacité de l'acétate de cyprotérone dans le contrôle du comportement sexuel déviant est plus limitée (142).

Ainsi, en dépit de son efficacité, l'acétate de cyprotérone présente un certain nombre de limites pour sa prescription (141) :

- ses effets secondaires gênants potentiels (gynécomastie dans 20 % des cas, cytolyse hépatique, risque ostéoporotique) ;
- son mode d'administration exclusivement oral qui constitue une limite à l'observance, d'autant qu'il n'existe pas de marqueur biologique de son efficacité (taux de testostérone très inconstamment abaissé) ;
- l'absence de remboursement de la sécurité sociale à la date d'août 2005 dans l'indication « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique ».

-Les analogues de la Gonadotrophin-Releasing Hormone (Gn-RH)

Les analogues de la Gn-RH ont été expérimentés en France dès 1989 et ont fait depuis l'objet de plusieurs études assez encourageantes (45, 121). Ils permettent d'obtenir une castration hormonale réversible en évitant les inconvénients inhérents à l'emploi de l'acétate de

cyprotérone (32, 85, 123). Ils sont représentés actuellement par la triptoréline (Décapeptyl[®]) ou la leuproréline (Enantone[®]) et habituellement utilisés dans le traitement de l'endométriose, du cancer de la prostate et de la puberté précoce (141, 142).

Ils inhibent indirectement la sécrétion testiculaire de testostérone par blocage de la sécrétion gonadotrope (LH et FSH). L'effet agoniste s'exprime initialement par une brève stimulation qui est efficacement contrôlée par l'association transitoire d'un anti-androgène. En effet, la désensibilisation gonadotrope n'intervient que 10 à 15 jours après le début du traitement, après une phase de stimulation initiale qu'il est nécessaire d'inhiber en associant de l'acétate de cyprotérone. Ils abaissent de façon constante le taux de testostérone plasmatique. Leurs effets secondaires se limitent à ceux de l'hypoandrogénie et à des bouffées de chaleur. Les contre-indications sont liées aux effets secondaires : allergie, hypertension artérielle, troubles endocriniens, maladies néoplasiques... Ils permettent une castration hormonale rapide, contrôlable et totalement réversible. L'efficacité est maximale à l'issue du deuxième ou troisième mois et se maintient tout au long du traitement (5, 142, 143).

Présenté sous forme de préparation à libération prolongée, le produit est efficace pendant quatre semaines après une injection intramusculaire (5, 85). Parallèlement à la diminution du taux de testostérone plasmatique, le comportement sexuel déviant disparaît pendant la durée du traitement dans cinq cas sur six, dès le deuxième mois (123, 141).

Ainsi, malgré l'absence d'AMM et de remboursement de la sécurité sociale dans l'indication réduction des pulsions sexuelles, la préférence va aux agonistes de la GnRH chez les patients présentant une forme sévère de paraphilie associée à un risque majeur de passage à l'acte ou encore à des antécédents de condamnation pénale (32, 85). En effet, le mode d'administration des analogues de la Gn-RH (intra-musculaire avec une injection tous les mois voire tous les 3 mois) et l'existence d'un témoin biologique de l'observance du traitement (testostéronémie basse) permettent d'éviter les interruptions occultes du traitement que l'on observe avec l'acétate de cyprotérone (43, 85, 142).

La durée pendant laquelle le traitement anti-androgène doit être poursuivi, ainsi que les modalités d'interruption de celui-ci, ne font pas l'objet d'un consensus. Une durée minimale de 3 à 5 ans semble nécessaire et une interruption progressive des anti-androgènes semble préférable à un arrêt brutal (141, 142).

c. Bilan initial et évaluation thérapeutique

L'action des anti-androgènes ne paraît pas spécifique mais s'inscrit dans le cadre plus général d'une diminution globale des fantasmes et de l'activité sexuelle, sans modification de l'orientation sexuelle dans la plupart des cas. Il s'agit davantage d'un traitement symptomatique de la déviance sexuelle (46).

Avant tout traitement hormonal, un bilan complet s'impose afin de ne pas méconnaître une perturbation mentale pouvant favoriser la paraphilie sexuelle ou contre-indiquer le traitement. Ce bilan inclut : testostéronémie, TeBG, FSH, LH, prolactinémie, œstradiol. Une évaluation extrêmement précise du type de paraphilie, de la nature et de l'intensité des fantasmes sexuels paraphiles, de l'activité sexuelle paraphile et non paraphile, de la consommation éventuelle d'alcool et de toxiques, de troubles psychiatriques ou de troubles de la personnalité associés sera effectuée (141).

Il est important d'évaluer systématiquement, à chaque consultation, les paramètres suivants : nature et fréquence du comportement sexuel, y compris la masturbation, nature et fréquence des « fantaisies imaginatives » déviantes, efficacité de la maîtrise du comportement sexuel et des fantaisies déviantes, modifications autres que purement sexuelles, effets secondaires psychologiques et physiques, qualité de l'interaction avec l'entourage, taux de testostérone et taux de LH une fois par mois en cas de traitement par un analogue de la Gn-RH (5).

d. Limites des anti-androgènes

En dehors des risques iatrogènes, il existe deux risques spécifiques dans la prescription d'anti-androgènes : prescrire sous pression judiciaire et limiter le traitement d'un auteur d'agression sexuelle à une telle prescription. Le médecin et lui seul doit avoir l'initiative et la responsabilité d'une prescription d'anti-androgènes. Il doit se référer à des critères strictement médicaux : d'une part les bases neurobiologiques du comportement sexuel et d'autre part des indications reposant sur des données cliniques (43, 45, 46).

Tout d'abord, les anti-androgènes n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de troubles du comportement sexuel en France sauf pour l'Androcur® 100mg depuis fin juillet 2005. Un médecin peut toujours prescrire « hors AMM » lorsqu'il estime qu'un médicament est nécessaire pour le traitement de son patient, mais il engage alors son entière responsabilité. Le comité consultatif national d'éthique a recommandé dans ce cas un consentement libre, éclairé, exprimé par écrit et renouvelé du patient à suivre un traitement anti-androgène. Il a même recommandé de ne prescrire ces médicaments dans cette indication que dans le cadre d'une expérimentation selon la loi Huriet (43, 45, 65, 141).

Il faut rappeler par ailleurs qu'en prescrivant des anti-androgènes on ne fait qu'antagoniser la testostérone au niveau de ses récepteurs (acétate de cyprotérone) ou baisser son taux sanguin (analogue de la Gn-RH), ce qui équivaut à une castration chirurgicale réversible. On ne modifie pas l'orientation sexuelle, et l'action thérapeutique est uniquement symptomatique. De plus, ce serait une erreur de croire que leur efficacité est garantie. Seul l'effet biologique des anti-androgènes peut être garanti. On a observé des récurrences sous anti-androgènes mais également après castration chirurgicale (43, 45).

Certains facteurs sont défavorables à la réussite de l'hormonothérapie : personnalité antisociale et déséquilibre psychopathique, abus d'alcool ou d'autres drogues, pédophilie pseudo-affective (les pédophiles « amoureux » d'un enfant), psychose avec délire érotomane, absence de motivation thérapeutique réelle (volonté de réhabilitation aux yeux de la justice) mais conviction que le comportement sexuel en question n'est pas en soi anormal, isolement social marqué, acte sexuel motivé par l'agressivité (5).

Enfin, il faut savoir qu'en prescrivant des anti-androgènes on adopte en fait une solution de facilité qui maintient le patient dans une position passive et qui lui évite d'aborder les conflits psychiques sous-jacents à son comportement répréhensible. On prend aussi le risque de lui offrir un alibi s'il est soupçonné de récurrence. On risque enfin, en cas de récurrence, de le déresponsabiliser en confondant récurrence et échec thérapeutique, avec un déplacement de la responsabilité vers le prescripteur. Ce risque existe en fait pour toute autre forme de traitement dont l'efficacité aurait été surestimée (43, 45, 141).

9.4. Stratégies thérapeutiques

Le traitement des délinquants sexuels peut se concevoir comme une association de différentes psychothérapies réalisées par une équipe multidisciplinaire. Ce besoin de diversité des soins répond au polymorphisme des troubles psychosexuels, à la grande variété des personnalités sous-jacentes et à l'hétérogénéité des capacités d'introspection et de verbalisation de toutes ces personnes (12, 45, 49, 124).

Ainsi, la prise en charge peut varier selon les patients et les soignants (cadre individuel ou groupal ou les deux) (124). Le cadre doit garantir au sujet la confidentialité et la sécurité où, petit à petit, la souffrance déniée et masquée pourra se montrer, avant de se parler, sans que cela soit menaçant pour l'intégrité psychique du patient. Ce sera un espace de travail centré sur le vécu intrasubjectif et intersubjectif. Le travail se basera sur l'émotion et le ressenti individuel ou groupal afin de favoriser la transformation d'un vécu chaotique destructeur en affects puis en expression d'une souffrance au sein d'une relation (77).

La tentation sera grande de postuler une proportionnalité entre, d'une part, la gravité de l'infraction et, d'autre part, l'intensité, le rythme, la durée et la lourdeur du traitement. Cette croyance, l'une des manifestations d'une confusion dans les esprits de la peine et du soin, ne repose sur aucune donnée scientifique et risque de gêner à la fois une saine application de la loi pénale et l'efficacité thérapeutique. L'un des préalables éthiques de la prise en charge se résume dans cette banale évidence : l'existence et le contenu du traitement dépendent des données cliniques, du diagnostic, des moyens thérapeutiques, des indications et contre-indications et non de la catégorie pénale. Plus précisément, les antécédents médico-psychologiques connus, les traits de personnalité, l'état mental actuel, l'évolution psychique au cours de la détention, la gravité et la structuration de la déviation sexuelle, la qualité des relations affectives, les circonstances dans lesquelles se sont produites les agressions sexuelles, le degré d'adhésion à la nécessité des changements comportementaux seront les indices les plus importants pour le choix des méthodes, objectifs et programmes thérapeutiques (5).

Indépendamment des préalables liés à chacune des prestations spécifiques, tous les traitements mis en œuvre requièrent de la part de la personne prise en charge la reconnaissance pleine et entière d'avoir réellement commis les actes délictueux ou criminels, la prise de conscience de leurs effets néfastes sur la victime, la volonté de contrôler le comportement sexuel déviant et d'éviter toute rechute et récidive, et donc une implication personnelle sérieuse dans la démarche thérapeutique (5).

Ainsi, au plan thérapeutique, l'existence de stratégies thérapeutiques variées est nécessaire.

De façon schématique, nous pouvons situer les indications des différentes techniques thérapeutiques (52) :

-En ce qui concerne la psychothérapie individuelle, les éléments suivants seront privilégiés : niveau intellectuel au moins moyen, capacité d'auto-analyse, capacité de symbolisation, capacité d'insight quant aux affects.

-Les indications de la psychothérapie de groupe seront notamment : ambivalence face au suivi, insuffisante lucidité quel que soit le niveau intellectuel, égocentrisme prévalent, inhibition sociale habituelle. L'objectif thérapeutique sera donc de limiter l'égocentrisme, de sociabiliser en développant l'apprentissage et l'affirmation de soi, enfin de favoriser l'insight par l'écoute d'autres sujets n'ayant pas tous les mêmes dynamiques défensives. On distinguera : les groupes dits psychodynamiques plus centrés sur le sens, l'affect, l'auto-analyse, l'aspect psycho-émotionnel dans la relation, et les groupes dits « de prévention de la récidive » plus centrés sur la réalité quotidienne, la gestion des fantasmes, le repérage des situations à risque (environnement externe mais aussi réalité intra-psychique).

-Par ailleurs, on pourra proposer des entretiens de couple quand la compagne en est d'accord. L'entretien avec tout sujet ayant un lien affectif apparaît comme éclairant, soit dans le cadre d'entretiens préliminaires, soit ponctuant le suivi. Le libre choix de la compagne est bien entendu de règle. Parfois une thérapie de couple devient l'axe central du processus thérapeutique (ou même des groupes thérapeutiques en couple). L'entretien de couple permet souvent de mieux situer la réalité psychosexuelle concrète ; amenant également le sujet à être plus authentique dans l'abord de sa sexualité.

-Des entretiens familiaux peuvent être indiqués dans les situations incestueuses avec le souci de la mise à plat de tout ce qui s'est joué dans la famille, suite au passage à l'acte incestueux.

-Les anti-androgènes sont une indication chez les sujets présentant une fantasmatique pédophilique vécue comme obsédante ou chez les sujets se déclarant incapables de réfréner une impulsion (même si un tel discours est souvent peu authentique, à visée auto-discupabilisante dans la subjectivité du sujet ; aspect qui sera travaillé ultérieurement dans le processus thérapeutique).

-Enfin, une chimiothérapie non spécifique peut être prescrite ; traitement symptomatique au cas par cas (bouffées anxieuses, composante sub-dépressive, troubles du sommeil). On signalera plus particulièrement l'utilisation d'antidépresseurs sérotoninergiques (avec une recherche d'action sur l'aspect obsédant de la fantasmatique), la pertinence de cette prescription d'antidépresseur étant discutée selon les auteurs (certains la jugeant équivalente à la prescription d'anti-androgènes, d'autres préférant la prescription spécifique d'anti-androgènes dans les indications précises). Rappelons bien évidemment que toute prescription médicamenteuse ne peut être faite qu'avec l'assentiment du sujet.

Chez les auteurs d'agression sexuelle, nous pouvons diagnostiquer des profils allant d'une tonalité névrotiforme à un axe pervers prévalent avec trois regroupements particuliers : immaturo-névrotique, immaturo-égocentrique et immaturo-pervers. Ces trois tonalités sont à situer comme des sensibilités dans la manière dont la personnalité réagit à l'interpellation sociale et permettent d'orienter vers des formes de prise en charge différentes. Ainsi, de façon schématique (52):

-les profils immaturo-névrotiques relèvent d'une psychothérapie classique (avec souvent une véritable demande).

-les profils immaturo-égocentriques traduisent l'impossibilité d'une demande spontanée, relevant donc d'une obligation de soins, souvent relativement bien acceptée par le sujet sur injonction. Le plus souvent, de tels profils sont de bonnes indications de groupes thérapeutiques, permettant de catalyser un travail de mise en mots souvent marqué par une insuffisante élaboration (tout se passant comme si la réalité psychique du sujet était stimulée par l'écoute d'autres sujets ayant la même problématique, contribuant à faire émerger un

matériau clinique plus riche, les rendant, le cas échéant, plus accessibles à une relation duelle plus personnalisée dans un second temps).

-les profils immaturo-pervers sont difficiles à prendre en charge, même une fois l'obligation des soins posée, relevant plutôt de ce que l'on pourrait nommer une évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu leur positionnement et finalement les rendre accessibles à une prise en charge thérapeutique stricto sensu. Le plus souvent ces profils suscitent une réaction contre-transférentielle faite d'irritabilité, de rejet ou simplement de vécu d'impuissance.

En 2001, Bradford a proposé un algorithme dans le traitement médicamenteux des paraphilies en fonction de leur gravité (légère à très grave) (27, 141) :

-pour les niveaux légers (exhibitionnistes, pédophilie s'inscrivant dans le cadre d'un TOC), il propose un traitement par inhibiteur de la recapture de la sérotonine à doses adéquates (proches de celles observées dans les TOC),

-pour les niveaux plus sévères (pédophilie par exemple), un traitement anti-androgène par l'acétate de cyprotérone (CPA) est suggéré, à des doses variant entre 50 et 300 mg par jour, en fonction de la sévérité du trouble, sous réserve d'une bonne fiabilité dans l'observance du traitement,

-dans les formes les plus graves (en particulier, pédophiles homosexuels ayant déjà commis des viols, ou en cas de mauvaise observance du traitement par CPA), un traitement par analogues de la Gn-RH devient le traitement de choix, à condition de l'associer initialement à une prescription de CPA.

Soulignons que la plupart des thérapeutes sont d'accord pour reconnaître la nécessité de suivre ces patients à deux ou en équipe, dès qu'on a affaire à une pathologie complexe (12, 55). En effet, le risque le plus grand encouru lors d'un suivi thérapeutique, est de mener une relation de complicité inconsciente avec le patient. Ce phénomène est porté par le contre-transfert. Dans certains cas, le thérapeute ne se positionne pas clairement par rapport à l'exercice et l'application de la loi. Sans s'en rendre compte, il impute les difficultés qu'il

rencontre au cours du traitement à une action indésirable ou maladroite des acteurs de la justice. Insidieusement, il aura tendance à protéger le patient (80).

Pour finir, il est important de reconnaître qu'aujourd'hui nous ignorons encore quels traitements sont les plus efficaces pour quels agresseurs, pour combien de temps et comment il est souhaitable de combiner les différents traitements possibles (notamment anti-androgènes) (70).

9.5. Particularités des soins en milieu carcéral

Le jugement est toujours une étape importante. Auparavant, le sujet mis en examen se trouve très vite contraint de limiter la portée de ses aveux : poids de la détention et sur-identification de la criminalité sexuelle par le groupe de détenus, défense ne se structurant que sur la minoration de la responsabilité, sentiment de honte générant une culpabilité de surface : le sujet revient souvent sur ses aveux face à l'équipe psychiatrique comme devant la Cour d'Assises. Une fois condamné, une approche plus globale du sujet est envisageable. Il n'y a plus cette menace externe que représente le jugement. Le jugement a eu lieu et peut être organisateur d'un processus psychique, et non plus un événement contre lequel il faut lutter. Sinon le jugement peut être vécu comme un événement de plus, témoin d'une incompréhension, d'une prise en compte partielle, contre lequel le mécanisme de défense risque d'être à nouveau la passivité et le clivage (11, 24).

Ainsi, c'est durant l'incarcération que les soins doivent pouvoir s'instaurer. Non pas de façon autoritaire puisqu'on n'impose pas des soins à un sujet privé de liberté, mais sous une forme contractuelle par le biais de mesures d'incitation qui peuvent constituer le ressort de futures demandes de soins (54, 61). L'incitation aux soins, c'est d'une certaine façon s'autoriser à aller à la rencontre de ces individus (rencontre avec leur individualité, leur passage à l'acte, leur fonctionnement psychique) (16). Rappelons que moins d'un auteur d'agression sexuelle sur deux perçoit un lien entre l'incarcération et les faits commis. La rencontre systématique des condamnés semble donc un moment privilégié pour débiter un traitement avec les agresseurs sexuels (17). La loi a été nommée, divers acteurs sociaux se sont exprimés, une

peine a été prononcée. Quel sens a-t-elle ? Pourquoi la société condamne ? Qu'a-t-il été dit sur la ou les victimes (15) ?

En prison, le thérapeute n'est pas confronté au risque d'un passage à l'acte sexuel sur un enfant, contrairement à l'intervention en milieu ouvert. C'est un élément de réalité important. Cependant le discours peut être tout aussi terrifiant : scènes très violentes décrites sans affect, sans but apparent, évoquant l'intimidation ; la peur mettant en cause la relation soignante, la testant dans ses limites de secret et de solidité. Le travail en équipe thérapeutique semble donc un cadre indispensable au thérapeute : cela permettra une reprise, la possibilité de prendre une distance plus qu'ailleurs nécessaire (11).

Pour les détenus agresseurs sexuels, entrer en relation avec un adulte est une première étape difficile. Leur fonctionnement solitaire laisse peu de place à la relation d'aide. Le cadre doit leur donner un minimum d'assurance pour leur permettre d'exister face à l'autre. Ce cadre peut être posé en termes de temps (rythme des consultations, disponibilité du thérapeute, garantie du devenir du contenu des consultations) et/ou en termes de lieux (11).

Les objectifs de la prise en charge des détenus sont les mêmes qu'en milieu ouvert c'est-à-dire de diminuer le recours au passage à l'acte agressif sexuel et d'améliorer la qualité de vie du patient. Les modalités sont d'analyser le passage à l'acte et de le replacer dans un fonctionnement global de l'individu afin que celui-ci puisse s'approprier sa conduite. L'analyse et la compréhension des relations objectales sont donc primordiales. La thérapie entreprise en prison devra se poursuivre à l'extérieur. Elle est un début, une mise en place d'un modèle relationnel, une première étape. La reconnaissance des faits et de leurs conséquences, la prise de conscience des processus violents sont des étapes plus faciles en prison. La vie en milieu libre les confrontera à d'autres modes relationnels, d'autres sources d'excitation vis-à-vis desquelles certains remparts auront pu être ébauchés (11).

L'objectif de la prise en charge n'est pas d'avoir une bonne note à l'expertise de libération conditionnelle. Ce regard extérieur de l'expert sera un premier regard, une évaluation, un élément de réalité interprété par le juge de l'application des peines. Quel que soit cet avis, concordant ou pas avec celui du thérapeute, il sera un moment dynamisant de la prise en charge (11).

En règle général, les traitements en milieu carcéral s'appuient sur la rencontre, le suivi individuel et le travail de groupe. Le comité national d'éthique n'autorise la prescription des traitements hormonaux qu'en préparation de sortie. En effet, les agresseurs sexuels sont souvent prêts à accepter une castration chimique : prendre un comprimé et ne pas entrer en relation, prendre le comprimé, ou le faire croire, pour maintenir de bonnes relations. L'indication devra donc être posée après une évaluation globale (11).

En définitive, débiter le traitement en milieu carcéral, avec une incitation et sans obligation légale, est un des moyens pour que l'obligation de soins, à la sortie de prison, s'adresse à un individu qui soit alors véritablement « sujet » de son suivi. Les modalités de rencontres thérapeutiques, à l'intérieur du champ carcéral, préfigureront en partie les soins possibles ensuite. Bien sûr, la partie la plus importante se jouera après l'incarcération, avec les équipes de soins du milieu libre (11, 15).

10. Légitimité des soins pénalement ordonnés

Depuis un demi-siècle en France, la pratique des soins pénalement ordonnés n'a cessé d'étendre son domaine d'application, tant avant le procès (injonction thérapeutique, obligation d'un contrôle judiciaire) qu'après, en milieu libre (obligation de soins d'un sursis probatoire ou d'un aménagement de peine) ou en détention (incitation dans le cadre d'une injonction de soins d'un suivi socio-judiciaire) (86, 130).

Toutefois, le désarroi social et l'horreur qu'inspire un acte le placent-ils ipso facto dans le champ de la psychiatrie ?

A l'époque de la monstrueuse affaire du célèbre pervers sadique Dutroux et sous la pression de l'opinion publique, le législateur s'est saisi du problème de la délinquance sexuelle avec la ferme intention de « faire quelque chose à tout prix ». Le texte de loi de 1998 a reposé sur l'idée, assez répandue, que les délinquants sexuels présentent des troubles mentaux. Opinion nourrie de bon sens populaire : « il faut être malade pour faire des choses comme ça » (75). En effet, la tentation a toujours été grande de postuler l'existence d'un concept psychiatrique unique pour chaque catégorie majeure de délits ou de crimes. La confusion de l'infraction et du symptôme, et donc de la peine et du soin même au risque de dénaturer ou de vider de leur sens l'une et l'autre offre l'illusion de concilier deux réactions communes bien compréhensibles mais contradictoires : « il faut être très malade pour faire des choses pareilles » et « nous devons punir très sévèrement de telles horreurs » (5). Or, pour un médecin, il est clair qu'un délit, si grave, si horrible soit-il, ne peut en lui-même constituer un symptôme et signer une maladie. Seuls clinique et diagnostic justifient les indications de soins. Confondre le registre de l'infraction et celui de la maladie, considérer l'acte criminel comme un fait psychopathologique, conduit assez naturellement à la notion de condamnation aux soins (75). De plus, pour Y. Boudart, « la délinquance peut être une manifestation de la souffrance du sujet, mais assimiler l'auteur à son acte est une aberration, ou pire, une erreur technique. Médicaliser le traitement des crimes (à connotation sexuelle ou non) est dangereux socialement parce qu'obérant la question du libre arbitre et de la liberté individuelle » (18).

Dans ce contexte, comment une expertise psychiatrique peut-elle à la fois conclure que le délinquant sexuel n'est pas malade et indiquer la nécessité d'un traitement ? En d'autres termes, comment un expert peut-il évoquer la nécessité de soins chez un délinquant sexuel alors qu'il n'y a pas de contre-indication à l'action judiciaire ? En effet, historiquement notre pays a été marqué par la dichotomie du soin et de la punition : on réprimait ou on soignait (130). Aujourd'hui cette tradition est en mutation. On dissocie le soin, alternatif à la sanction pénale des malades mentaux et l'aide thérapeutique conjointe à la sanction pénale des sujets présentant des troubles de la personnalité (quand ils en relèvent). Le soin ne se substitue pas à la punition, il s'y ajoute et pourra, dans un second temps et dans certains cas, permettre son aménagement (107). Actuellement, la justice et l'esprit de la loi sur la répression et la prévention des infractions sexuelles attendent de l'expert bien sûr qu'il élimine une maladie mentale mais aussi, une tâche plus délicate, qu'il éclaire la dimension psychodynamique du passage à l'acte et l'analyse fine de la personnalité afin d'aborder la délicate question du risque de récidive et enfin qu'il donne son avis sur l'opportunité d'une injonction thérapeutique. Un criminel qui récidive n'est pas un malade qui rechute, le délinquant sexuel demeure irréductiblement responsable de ses actes. C'est le couple expertise-thérapeutique qui doit donc être au cœur des nouvelles pratiques, et non l'expertise seule (153).

Avec l'introduction d'une injonction de soins post-sentencielle, à laquelle s'ajoute une incitation aux soins en milieu carcéral, la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a instauré un degré coercitif supplémentaire au sein des soins pénalement ordonnés : si leur territoire s'étend des limites des soins spontanément libres à celles des soins complètement contraints (initialement indifférents au consentement du patient), les soins enjoins, bien que formellement consentis semblent empreints d'une grande ambiguïté. En effet, que vaut le consentement d'un auteur d'infractions sexuelles lorsque son refus de s'engager dans une démarche thérapeutique peut, au mieux, lui faire perdre une réduction supplémentaire de peine, n'étant pas « considéré comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale », au pire, le condamner à l'exécution totale de la peine d'emprisonnement prononcée par la juridiction de jugement en cas de non-observation de ses obligations ; depuis la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, ce risque d'emprisonnement est lourd, pouvant atteindre trois ans lorsqu'il s'agit d'un délit sexuel et sept ans lorsqu'il s'agit d'un crime de ce type. Comme le remarquent les praticiens, l'injonction devient alors une menace. Et pour éviter cette menace, tous les stratagèmes sont possibles, à commencer par les thérapies

« vides » durant lesquelles le sujet vient confier à son pseudo-thérapeute des messages rassurants à l'intention du juge de l'application des peines (86). Or, les soins n'ont de chance d'aboutir que si le sujet s'y engage activement. C'est dire que ce ne sont pas les compétences du médecin traitant qu'il s'agit d'évaluer mais l'investissement du sujet dans les soins qui lui sont proposés. Dans ce domaine, l'illusion de soins serait plus grave que l'absence de soins. Aussi il est indispensable que le juge de l'application des peines puisse être informé de l'évolution clinique du condamné (61).

Cependant, l'obligation de soins en droit français, qui concerne le condamné au sursis avec mise à l'épreuve (alternative à l'emprisonnement) ou en liberté conditionnelle (après avoir été détenu) n'est pas le soin sans consentement. C'est une obligation juridique qui requiert du condamné qu'il accepte d'être remis en question et de contribuer par sa participation active à la résolution des causes du crime ou du délit qu'il a commis. Il ne s'agit pas de surcroît d'une obligation de résultat (une « obligation de guérison »), mais d'une obligation de moyens, par laquelle la personne condamnée démontre qu'elle est volontaire pour les soins prescrits afin que les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets (64).

Toutefois, la question de la légitimité des soins, de celle du thérapeute et même de celle du patient, demeure posée. En 1977, dans un autre contexte, l'association mondiale de psychiatrie avait estimé nécessaire de faire la recommandation suivante : « le psychiatre ne doit pas participer à un traitement psychiatrique imposé en l'absence d'une maladie psychiatrique » (44, 47). Dans un article, P. Salvage, professeur de droit, se livrant à une réflexion approfondie sur les soins obligatoires en matière pénale, a lui aussi estimé utile de rappeler que se soigner, c'est se soumettre à un traitement pour guérir d'une maladie, qu'elle soit organique ou fonctionnelle. Il a précisé qu'il s'agissait là de médecine curative et non de prophylaxie ou d'expérimentation. Qui dit soins, dit par conséquent maladie, or les critères permettant d'affirmer le caractère pathologique d'un comportement sexuel varient d'une culture, d'une époque ou d'une école à l'autre... Par ailleurs, tout délinquant sexuel ne souffre pas forcément d'anomalies psychosexuelles et réciproquement (45).

L'objectif avoué de l'injonction de soins pour l'instance judiciaire est l'obtention d'un retour à la normalité, ou tout du moins la cessation des manifestations pathologiques. Or, soigner c'est aussi prendre soin de l'autre, se préoccuper de lui, c'est une attitude qui s'adresse à un

sujet souffrant et qui en recueille la demande d'où la confusion entre la logique pénale et la logique de soin à l'origine du caractère ambigu de l'injonction de soins (18).

Les soins pénalement ordonnés sont donc une pratique limite à un double titre : d'une part, la décision judiciaire fondant la légitimité de tels soins constitue bien une limite, socialement rappelée au sujet délinquant (l'expérience montre que, fréquemment, la confrontation à la justice pour l'acte commis et prouvé est chose nécessaire pour lever le déni et contraindre le mis en cause à s'interroger sur son propre fonctionnement) ; d'autre part, cette pratique impose aux professionnels concernés de connaître et d'assumer les limites de leur propre exercice mais également celles de l'exercice des autres partenaires (86).

Reste la divergence de vues entre magistrats et thérapeutes sur la durée des traitements. Les premiers vont la déterminer en fonction de la durée de l'incarcération, c'est-à-dire en fonction de la gravité de l'infraction. La gravité de l'acte est sans doute un indice mais un acte pénalement bénin peut tout à fait, dans certaines organisations psychopathologiques, porter des risques potentiellement graves et nécessiter des soins très prolongés. Les thérapeutes auront sans doute à convaincre le sujet de l'éventuelle nécessité de poursuivre au-delà de l'injonction (75).

De plus, cette loi organise un transfert de responsabilité de la justice sur la médecine. Responsabilité des experts d'abord, qui devront déterminer l'accessibilité aux soins sans disposer de repères sûrs. Les organisations pathologiques décrites chez certains de ces délinquants sont complexes, composites. Jusqu'à présent les travaux publiés sur les critères prédictifs d'accessibilité aux soins n'ont pas apporté de preuves scientifiques bien établies et validées. Dans l'incertitude, les experts ne seront-ils pas tentés de répondre par l'affirmative à la question de l'accessibilité aux soins, car, à tout prendre, un soutien psychologique ne fait de mal à personne ? Certains pédophiles prédateurs, souvent très avisés, ne manqueront pas d'en tirer parti. Responsabilité ensuite du thérapeute et du coordonnateur, car c'est à eux que des comptes seront demandés en cas de récidive. La psychiatrie a jusqu'ici un peu échappé aux poursuites engagées en responsabilité civile ou pénale, mais, dans un domaine aussi sensible, l'opinion publique ne réclamera pas seulement des moyens (actuellement non définis au plan budgétaire et encore incertains dans le domaine thérapeutique) mais elle exigera aussi des résultats (75). En effet, accepter un suivi signifie s'engager à un résultat et ce résultat est, vis-à-vis de la société, une non récidive. Or, dans ce cas précis, si le juge pourrait peut-être

admettre et comprendre que nous ne puissions pas apporter autre chose que cette obligation de moyens, l'opinion publique elle, exigera, et probablement avec raison, des résultats. En définitive, la psychiatrie peut concourir à la lutte contre ce fléau mais elle n'est pas en mesure d'apporter de garanties en matière de résultats (94).

Ainsi, pour certains auteurs, les décisions judiciaires et le soin des délinquants sexuels auraient dû être clairement dissociés : la décision judiciaire répressive ne saurait être suspendue à la soumission au soin, le soin ne saurait être substitué à la peine. Pour autant que le sujet soit considéré comme responsable de ses actes et qu'il ne présente pas, pour lui-même ou pour autrui, de danger qui impose une mesure d'internement, la répression judiciaire des délits liés à des infractions de caractère sexuel devrait intervenir de façon tout à fait indépendante de l'injonction de soins. Le but d'un soin sous contrainte est de libérer un malade de son aliénation, non de lui infliger la sanction d'une peine (18).

Mais en l'absence de soins pénalement ordonnés, quelles sont les motivations qui peuvent pousser un condamné à s'engager dans un processus de soins qu'il n'avait jamais envisagé auparavant ? Cette motivation étant souvent mêlée de l'espoir implicite de bénéficier d'une plus prompt remise en liberté. C'est la perspective d'une remise de peine, d'une libération conditionnelle qui constitue le plus puissant ressort de cette fragile demande de soins (24). Faire disparaître cet espoir, prôner des peines incompressibles, refuser toute idée de libération conditionnelle c'est à coup sûr supprimer toute possibilité de voir émerger cette demande de soins (63). A terme, le condamné s'est forgé la certitude qu'il n'a plus de compte à rendre à la société puisqu'il a purgé sa peine (62, 125). Sur ce point les pouvoirs publics devront faire un choix entre une justice solennelle qui condamne et qui entend que ses sentences soient exécutées jusqu'à leur terme, et une justice de terrain qui suit le condamné après la sentence et qui sait combien il importe d'aménager la peine en fonction de son évolution. L'opinion publique est peu préparée à ce débat. Elle s'émeut, le plus souvent au travers des médias, lorsqu'un condamné n'exécute pas la totalité de sa peine privative de liberté (61).

Mais qu'est-ce qui est le plus inquiétant ? Que le condamné soit remis en liberté avant terme, ou bien qu'après avoir purgé la totalité de sa peine il quitte la prison dans les mêmes dispositions d'esprit qu'il y était entré (61) ? En matière de délinquance sexuelle, tous les médecins qui ont un jour travaillé en prison savent que ces longues périodes d'incarcération peuvent correspondre, après le tumulte des Assises, à un long tunnel de silence, dans un vide

carcéral parfois propice à la régression et au prolongement sans fin des fantasmes déviants (62, 63).

Il est indispensable que chaque citoyen sache ce qu'il attend de l'institution pénitentiaire (61) :

-la prison sert-elle uniquement à punir ? Dans ce cas, pour forcer le trait, point n'est besoin de psychiatre en prison ni de juge de l'application des peines. Il suffit que les sanctions soient proportionnelles à la gravité des crimes ; le condamné sort de prison quand il a purgé toute sa peine.

-la prison sert-elle à protéger la société, à mettre le condamné hors d'état de nuire ? Dans ce cas, qui nous dit qu'il sera moins dangereux au terme de sa peine qu'il ne l'était avant ?

-la prison ne doit-elle pas aussi donner au condamné le temps et les moyens de s'amender ?

Il importe alors de revenir à une conception dynamique de la peine qui développe et améliore le système des libérations conditionnelles, ou des aménagements de peine, seuls capables de placer le délinquant sexuel en face d'un choix : celui de subir sa détention jusqu'à son terme ou celui de s'engager activement dans des soins durant sa période de détention et, au-delà, en ambulatoire, puisque la peine pourra se prolonger après la sortie de prison par les mesures du suivi socio-judiciaire. Dans un tel système, les peines prononcées devant la juridiction de jugement définiront la période durant laquelle le condamné doit rendre des comptes à la société. Pour certains, les murs de la prison seront longtemps nécessaires pour protéger la société ; pour d'autres, les soins ambulatoires pourront prendre la suite des soins commencés en prison. Les soins doivent être régulièrement évalués par des expertises répétées. C'est à l'expert et non au thérapeute qu'il incombe de se prononcer sur un éventuel résultat positif des soins (61, 62).

Sans réflexion sur un système d'incitation aux soins et sans un puissant développement des moyens de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, le risque est donc grand de voir perdurer ces longues périodes d'incarcération muettes où s'engloutit la vie de ces délinquants, comme de longs tunnels de silence refermés sur les faits pour lesquels ils ont été condamnés, dans un vide carcéral propice à la régression et au prolongement sans fin de leurs fantasmes déviants (61, 62).

Conclusion

De ce travail, il ressort que l'agression sexuelle est aujourd'hui un problème qui préoccupe au plus haut point nos sociétés.

Si des divergences apparaissent sur la nature des moyens à mettre en œuvre, tout le monde s'accorde sur la nécessité d'une réflexion pluridisciplinaire judiciaire, médicale et sociale sur la prévention de la récidive et d'un partenariat accru entre les magistrats, les thérapeutes, la police et la société.

En créant une injonction de soins dans le cadre d'une peine de suivi socio-judiciaire, la loi du 17 juin 1998 a relevé le double défi d'inciter à se soigner des personnes qui, spontanément, n'en éprouvaient pas le besoin et d'impliquer le corps médical dans un domaine où il se sent encore mal à l'aise.

En effet, les soins aux délinquants sexuels ont la particularité de s'inscrire dans un contexte sociologique où se sont conjugués une campagne médiatique sans précédent sur les abus sexuels, une nette recrudescence des poursuites pour infraction sexuelle et des projets de loi successifs se durcissant et convoquant avec insistance le psychiatre dans deux domaines, l'évaluation de la dangerosité et la gestion des obligations de traitement pour asseoir la sécurité. Cette évaluation de la dangerosité et cette gestion des obligations de traitement, quoiqu'on en dise, engagent la responsabilité du thérapeute au-delà de sa simple obligation de moyens alors que celui-ci n'a pas reçu de formation spécifique lui permettant d'assumer de telles prises en charge. En outre, la dispensation de tels soins nécessite à chaque fois une réflexion préalable et notamment en avoir vérifié la légitimité, au-delà du texte de loi et s'être interrogé sur leur finalité, au-delà de l'objectif d'un traitement individuel.

Le principal problème à résoudre pour la psychiatrie est de faire admettre qu'il n'y a pas de solution miracle, ni de solution unique. Or, le phénomène de l'agression sexuelle est aujourd'hui sous haute surveillance médiatique, de sorte que tout échec thérapeutique risque d'échapper à la seule lecture clinique et se verra inévitablement réapproprié par la lecture

populaire, ce qui aura des impacts négatifs sur notre profession et sur la valeur des thérapies et des thérapeutes.

Il est donc essentiel qu'une évaluation clinique rigoureuse des sujets présentant un comportement sexuel déviant soit un préalable au choix d'une stratégie thérapeutique. Ce choix dépend notamment du type de paraphilie, du risque de passage à l'acte et des capacités psychologiques du sujet. La combinaison de différentes modalités thérapeutiques est donc souvent utile chez un même patient. De plus, il ne faut pas perdre de vue que l'indication d'un traitement demeure une décision médicale même si une pression judiciaire est exercée.

Enfin, en 2006, on doit souligner une insuffisance d'études cliniques contrôlées permettant d'évaluer l'efficacité des différentes méthodes thérapeutiques appliquées aux auteurs d'agression sexuelle. En effet, seuls les thérapies cognitivo-comportementales et les traitements pharmacologiques tels que les antidépresseurs sérotoninergiques (lorsque l'abus sexuel est associé à un trouble obsessionnel compulsif ou à une dépression) ou encore les traitements anti-androgènes (chez les sujets violeurs ou pédophiles pour lesquels le risque de passage à l'acte est important et sous réserve de l'obtention de leur consentement) plaident en faveur d'une efficacité scientifiquement démontrée. De plus, 8 ans après la création de la loi du 17 juin 1998 (loi de surveillance, d'assistance et d'injonction de soins), nous n'en connaissons pas encore ses retombées en termes de résultats afin de savoir si celle-ci permet réellement de lutter efficacement contre la récidive en matière de délinquance sexuelle lors du retour des sujets à la vie sociale.

Aujourd'hui, encore plus qu'hier, la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle oblige donc à avoir une évaluation régulière et rigoureuse de la pertinence des approches thérapeutiques proposées.



Bibliographie



- 1- AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)
Rapport public d'évaluation (avril 2005) : Androcur comprimé
Disponible sur : <<http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/rappe/data/androcur.pdf>> (consulté le 09.11.2005)

- 2- ALIX C.
La femme en tant que criminelle sexuelle
Forensic, 2005, 20, pp.41-47

- 3- ALIX C.
Le fichier des délinquants sexuels
Forensic, 2004, 19, pp.41-46

- 4- American Psychiatric Association
DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^e éd., texte révisé
Paris : Masson, 2003, 1120p.

- 5- ARCHER E.
Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention
L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.461-473

- 6- ARVEILLER J.
Pédophilie et psychiatrie. Repères historiques
L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.11-34

- 7- Assemblée Nationale
Proposition de loi adoptée avec modifications par l'assemblée nationale en deuxième lecture, relative au traitement de la récidive des infractions pénales (texte adopté n° 487 du 13 octobre 2005)
Disponible sur : <<http://www.assemblee-nationale.fr/12/ta/ta0487.asp>> (consulté le 25.11.2005)

- 8- AUBUT J.
Réflexion éthique autour de la prise en charge des agresseurs sexuels
Forensic, 1999, 21, pp.16-18

- 9- BALIER C.
Eléments pour la mise en forme des processus thérapeutiques
In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
Paris : Masson, 2000, pp.95-103

- 10- BALIER C.
De la délinquance sexuelle à la psychopathologie
L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.451-454

- 11- BALIER C., BARON LAFORET S.
 Traitement des pédophilies en milieu carcéral
 L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.69-81
- 12- BALIER C., PAREYRE C., PARPILLON C.
 Groupe de travail « traitement des auteurs de délits et crimes sexuels »
 Forensic, 1996, 13, p.37
- 13- BARBAREE H.E.
 Denial and minimization among sex offenders : assessment and treatment outcome
 Forum on Corrections Research, 1991, 3, pp.30-33
- 14- BARON LAFORET S.
 Quelles sont les catégories psychiatriques concernées : exhibitionnisme, pédophilie, sadisme sexuel, paraphilies ?
 In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
 Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.49-55
- 15- BARON LAFORET S.
 Pratiques thérapeutiques en milieu carcéral
 In : Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
 Paris : Masson, 2000, pp.119-129
- 16- BARON LAFORET S.
 Pédophilies, les traitements
 Forensic, 1997, 17, pp.10-11
- 17- BARON LAFORET S.
 L'expertise de pré-libération conditionnelle, le suivi médico-psychologique en milieu carcéral et ambulatoire (à propos des agresseurs sexuels)
 Forensic, 1996, 13, pp.23-24
- 18- BARTHELEMY C.
 Réflexions sur les rapports de la psychiatrie et de la justice à l'occasion de la loi concernant la délinquance sexuelle
 L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.485-492
- 19- BEECH A.R., MITCHELL I.J.
 A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems
 Clin. Psychol. Rev., 2005, 25, 2, pp.153-182
- 20- BENEZECH M., LE BIHAN P., BOURGEOIS M.L.
 Criminologie et psychiatrie
 Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 6-A-10, 2002, 15p.
- 21- BERAN C., DE VARGAS D.
 Chronique d'une session de groupe avec des auteurs d'abus sexuels : septembre à décembre 1997
 Forensic, 2002, 12, pp.3-8

- 22- BERNIER L.
Le travail des résistances auprès d'abuseurs sexuels intra-familiaux en milieu pénitentiaire
Forensic, 1999, 21, pp.10-12
- 23- BESSOLES P.
La criminalité sexuelle : dangerosité et prédiction de récurrence
Forensic, 2005, 20, pp.9-15
- 24- BODON-BRUZEL M.
Le traitement des délinquants sexuels dans les établissements pour peine : difficultés théoriques et pratiques
Forensic, 1996, 13, pp.27-28
- 25- BONNETAUD J.P., PETIBON C., TSIN B.
Suivi en milieu ouvert des adolescents abuseurs sexuels
In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
Paris : Masson, 2000, pp.39-45
- 26- BONNETAUD J.P.
Critique de l'argumentation pédophilique
L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.83-101
- 27- BRADFORD J.M.W.
The neurobiology, neuropharmacology, pharmacological treatment of paraphilias and compulsive sexual behaviour
Canadian Journal of Psychiatry, 2001, 46, pp.26-34
- 28- BRADFORD J.M.W., GREENBERG D.M.
Pharmacological treatment of deviant sexual behaviour
Annu. Rev. Sex. Behavior, 1996, 7, pp.283-306
- 29- BRADFORD J.M.W., PAWLAK A.
Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias
Archives of Sexual Behavior, 1993, 22, 6, pp.383-402
- 30- BRADFORD J.M.W., PAWLAK A.
Effects of cyproterone acetate on sexual arousal patterns of pedophiles
Archives of Sexual Behavior, 1993, 22, 6, pp.629-641
- 31- BRADFORD J.M.W.
Organic treatment for the male sexual offender
Annals New York Academy of Sciences, 1988, 528, pp.193-202
- 32- BRIKEN P., HILL A, BERNER W.
Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone : a systematic review
J. Clin. Psychiatry, 2003, 64, 8, pp.890-897

33- BRIQMANE B.

Présentation du travail d'un groupe de « prévention de la récidive » appliqué au CRASC Forensic, 1997, 17, p.12

34- BURGELIN J.P.

Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive
Paris : La documentation française, 2005, 196p.

35- CIAVALDINI A.

Vers une clinique de l'agir
Annales Médico-Psychologiques, 2004, 162, 8, pp.664-667

36- CIAVALDINI A., BOUCHARD M.

Evaluation psychodynamique de l'impact du psychodrame en groupe sur des sujets pédophiles judiciairisés
Forensic, 2004, 18, pp.12-15

37- CIAVALDINI A.

Les agressions sexuelles. Données épidémiologiques générales
In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.57-88

38- CIAVALDINI A.

Prise en charge thérapeutique du pédophile en milieu ouvert
In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
Paris : Masson, 2000, pp.149-164

39- CIAVALDINI A.

Psychopathologie des agresseurs sexuels
Paris : Masson, 1999, 288p.

40- CIAVALDINI A.

Résultats généraux de l'étude française sur les « agresseurs sexuels »
Psychiatrie Française, 1997, 4, pp.7-21

41- COOPER A.J., SANDHU S., LOSZTYN S., CERNOVSKY Z.

A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles
Canadian Journal of Psychiatry, 1992, 37, pp.687-693

42- COOPER A.J.

A placebo controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality
Comprehensive Psychiatry, 1981, 22, 5, pp.458-465

43- CORDIER B.

Traitements médicamenteux
In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
Paris : Masson, 2000, pp.167-171

- 44- CORDIER B.
Ethique et obligation de soins en matière de déviance sexuelle
L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.175-184
- 45- CORDIER B.
Soins aux délinquants sexuels
L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.455-460
- 46- CORDIER B., THIBAUT F., KUHN J.M.
Prescrire des anti-androgènes à un pédophile
Forensic, 1997, 17, pp.13-15
- 47- CORDIER B.
Obligation de soins et déontologie
Forensic, 1996, 13, pp.21-22
- 48- CORNET J.P., MORMONT C.
Représentations parentales et styles d'attachement dans une population de sujets délinquants sexuels
Forensic, 2005, 21, pp.6-24
- 49- CORNET J.P., MORMONT C., MICHEL A.
Quelques données sur les différentes prises en charge des délinquants sexuels dans les pays de l'Union européenne
Annales Médico-Psychologiques, 2001, 159, 9, pp.613-668
- 50- COTE M., PERRON N.
L'intervention de première ligne auprès des agresseurs sexuels
Forensic, 1999, 21, pp.4-6
- 51- COULBORN-FALLER K.
A clinical sample of women who have sexually abused children
Journal of Child Sexual Abuse, 1995, 4, 3, pp.13-30
- 52- COUTANCEAU R.
Délinquants sexuels : stratégies de prise en charge et association de techniques thérapeutiques
In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.307-313
- 53- COUTANCEAU R.
Prévenir la récidive : une politique de santé publique ? Du projet de loi Toubon/Guigou à son application
Forensic, 1997, 17, pp.1-2
- 54- COUTANCEAU R., MARTORELL A.
Traitement médico-psychologique ou suivi psycho-criminologique des pédophiles
Forensic, 1997, 17, pp.29-31

55- COUTANCEAU R.

Consultations ambulatoires spécialisées ou antennes de psychiatrie et psychologie légale
Forensic, 1996, 13, pp.29-30

56- COUV RAT P.

Quel est le cadre légal du traitement des auteurs d'infraction sexuelle en dehors de, et durant la judiciarisation ?

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle

Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.317-322

57- DARVES-BORNOZ J.M.

Dans le champ du traumatisme : paradigme et point singulier des violences sexuelles

In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire

Paris : Masson, 2000, pp.17-25

58- DESCHACHT J.M., GENUIT P.

Femmes agresseuses sexuelles en France

In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire

Paris : Masson, 2000, pp.47-57

59- DOREN D.

Toward a multidimensional model for sexual recidivism

Journal of Interpersonal Violence, 2004, 19, pp.835-856

60- DOUCET C.

L'étiologie de l'agression sexuelle : vers l'intégration de la composante neurobiologique

Forensic, 2004, numéro spécial, pp.37-42

61- DUBRET G., COUSIN F.R.

La peine et le soin. Nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels

L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.157-174

62- DUBRET G., COUSIN F.R.

Entre répression et réinsertion. Place des soins spécialisés pour les délinquants sexuels

L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.475-480

63- DUBRET G., DAHAN P.

Prises en charge ambulatoires des délinquants sexuels : projets et vicissitudes

Forensic, 1996, 13, pp.31-32

64- Du MESNIL Du BUISSON G.

Le condamné en détention : liberté, incitation, obligation de soins ?

L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.149-156

65- Fédération Française de Psychiatrie

Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Conférence de consensus 22-23 novembre 2001. Texte des recommandations élaborées par le jury

Pour la recherche, 2001, 31, 16p.

- 66- FISHER D., HOWELLS K.
Social relationships in sexual offenders
Sexual and Marital Therapy, 1993, 8, 2, pp.123-136
- 67- GRAVIER B., LEGOFF V., DEVAUD C.
Thérapies actives
In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
Paris : Masson, 2000, pp.219-228
- 68- GREENBERG D.M., BRADFORD J.M.W.
Treatment of the paraphilic disorders : a review of the role of the selective serotonin reuptake inhibitors
Sexual Abuse : a journal of research and treatment, 1997, 9, pp.349-360
- 69- GREENBERG D.M., BRADFORD J.M.W., CURRY S., O'ROURKE A.
A comparaison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors retrospective study
Bull. Am. Acad. Psychiatry Law, 1996, 24, pp.525-532
- 70- GROSSMAN L.S., MARTIS B, FICHTNER C.G.
Are sex offenders treatable ? A research overview
Psychiatr. Serv., 1999, 50, 3, pp.349-361
- 71- HANSON R.K.
Facteurs de risque de récidive sexuelle : caractéristiques des délinquants et réponse au traitement
In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.207-217
- 72- HANSON R.K., BUSSIÈRE M.T.
Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1998, 66, 2, pp.348-362
- 73- HARRATI S., VAVASSORI D., VILLERBU L.M.,
L'analyse criminelle sérielle appliquée aux agressions sexuelles féminines
Forensic, 2003, 16, pp.34-39
- 74- HETHERTON J., BEARDSALL L.
Decisions and attitudes concerning child sexual abuse : Does the gender of the perpetrator make a difference to child protection professionals ?
Child Abuse and Neglect, 1998, 22, 12, pp.1265-1283
- 75- HILTON N.Z.
Childhood sexual victimization and lack of empathy in child molesters : explanation or excuse ?
International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 1993, 37, 4, pp.287-296

76- HORASSIUS-JARRIE N.

Avant-propos : « en soigner certains... »

L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.445-449

77- HUGON C., HARRAULT A.

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles : une question clinique

Forensic, 2003, 16, pp.18-20

78- JACKSON C., THOMAS-PETER B.A.

Denial in sex offenders : workers' perceptions

Criminal Behavior and Mental Health, 1994, 4, pp.21-32

79- JACOB M., AUCLAIR N., QUENNEVILLE R.

Le traitement d'adolescents agresseurs sexuels en clinique externe

Forensic, 1999, 21, pp.19-22

80- JAFFARD C.

Relation d'étayage

In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire

Paris : Masson, 2000, pp.87-94

81- JENNINGS J.L., SAWYER S.

Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders

Sexual Abuse, 2003, 15, 4, pp.251-267

82- JONAS C.

Psychopathologie du violeur

In : Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur

Paris : Ellipses, 1994, pp.176-180

83- JUAN F., LACCOURREYE V., CHOCARD A.S.

Soins obligatoires imposés aux agresseurs sexuels : informations médicales échangées entre le service pénitentiaire d'insertion et de probation et les médecins (étude sur la population prise en charge par le SPIP de la ville d'Angers)

Forensic, 2003, 13, pp.33-37

84- KAPLAN M.S., GREEN A.

Incarcerated female sexual offenders : a comparaison of sexual histories with eleven female nonsexual offenders

Sexual Abuse : a journal of research and treatment, 1995, 7, 4, pp.287-300

85- KRUEGER R.B., KAPLAN M.S.

Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders

J. Psychiatr. Pract., 2002, 8, 1, pp.21-32

86- LAMEYRE X.

Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite

Annales Médico-Psychologiques, 2004, 162, 8, pp.657-661

87- LAMEYRE X.

L'incessant accroissement légal de la répression des infractions sexuelles
Forensic, 2004, 19, pp.13-18

88- LAMEYRE X.

Des infractions sexuelles : les mots du droit pénal français pour dire ces maux
In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.33-48

89- LANGSTROM N., SJOSTEDT G., GRANN M.

Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders
Sexual Abuse, 2004, 16, 2, pp.139-150

90- LANTERI-LAURA G.

Psychiatrie, justice et déviance sexuelle. Perspective historique
In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.3-15

91- LEANDRI C.

Anomalies chromosomiques et criminalité
Forensic, 1995, 8, pp.36-40

92- LECLERC B., PROULX J.

Les agresseurs sexuels qui travaillent avec des personnes d'âge mineur : gagner la confiance
et la coopération de la victime lors de la réalisation du délit
Forensic, 2005, numéro spécial, pp.35-38

93- MALETSKY B.M.

The cognitive treatment of sexual offender : the decline of behavior therapy
Sexual Abuse : a journal of research and treatment, 1996, 8, pp.261-266

94- MARCEL E., RICHOU H.

Le suivi post-pénal des agresseurs d'enfants, mythe, réalité ou fuite sociale ?
Actualités Psychiatriques, 1995, 25, 4, pp.2-4

95- MARSHALL W.L., WARD T., MANN R.E., MOULDEN H., FERNANDEZ Y.M.,
SERRAN G., MARSHALL L.E.

Working positively with sexual offenders : maximizing the effectiveness of treatment
Journal of Interpersonal Violence, 2005, 20, 9, pp.1096-1114

96- MARSHALL W.L.

Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders
Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 5, pp.559-564

97- MARTORELL A., COUTANCEAU R.

Des conduites pédophiliques. Considérations cliniques et sociales
L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.35-67

- 98- MARTORELL A., COUTANCEAU R.
Inceste pédophilique ? ou abus sexuel incestueux sur enfant(s) ?
L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.117-132
- 99- MARTORELL A., COUTANCEAU R.
Aspects des conduites pédophiliques
Forensic, 1997, 17, pp.5-9
- 100- MARTORELL A.
L'expertise de pré-libération conditionnelle des agresseurs sexuels (découlant de la loi du 1^{er} février 1994)
Forensic, 1996, 13, pp.15-16
- 101- MASSARDIER L., HUREIKI J.
Contributions des SMPR au traitement des auteurs d'agression sexuelle
Nervure, 2003, 15, 9, pp.29-31
- 102- MAYAUD Y.
Code pénal (Nouveau Code pénal, Ancien Code pénal), 97^e éd.
Paris : Dalloz, 2000, 2384p.
- 103- Mc KIBBEN A., GUAY J.P.
La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : problématique, cadre théorique et approche phénoménologique
Forensic, 2002, 12, pp.9-16
- 104- Mc KIBBEN A.
Le déni et la minimisation chez les agresseurs sexuels
Forensic, 1999, 21, pp.13-15
- 105- Mc KIBBEN A., PROULX J., LUSIGNAN R.
Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles
Behavior Research and Therapy, 1994, 32, 5, pp.571-575
- 106- MENGHINI M., DUCRO C., PHAM T.H.
Evaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone
Forensic, 2005, numéro spécial, pp.39-48
- 107- MICHAUD J.
Délinquance sexuelle. Point de vue éthico-juridique
L'Information Psychiatrique, 1998, 74, 5, pp.481-484
- 108- Ministère de la justice
Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales (J.O. n° 289 du 13 décembre 2005)
Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=JUSX0407878L>> (consulté le 05.01.2006)

109- MOTTE DIT FALISSE J.

Pulsion, intention, rythme et culture : la cohérence possible des modèles analytiques et socio-comportementalistes de compréhension de la délinquance sexuelle
Forensic, 2004, 18, pp.22-25

110- NORTIER E.

Castration des délinquants sexuels : danger de l'orchidectomie, intérêt des anti-androgènes
Forensic, 1997, 15, pp.18-29

111- Organisation Mondiale de la Santé

Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement

In : CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10^e éd.

Paris : Masson, 1993, 305p.

112- PERRONE R.

Quel est le rôle des pathologies mentales, de l'alcoolisme et du contexte familial et social chez les auteurs d'agression sexuelle ?

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle

Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.169-184

113- PITHERS W.D.

Relapse prevention with sexual aggressors : a method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision

In : Handbook of sexual assault : issues, theories and treatment of the offenders

New York : Plenum Press, 1990, pp. 343-362

114- PITTET M.

Auteurs d'agressions sexuelles et travail de groupe. Et si le groupe était le lieu d'inscription des affects en déshérence ?

Forensic, 2005, 21, pp.29-36

115- PLICHART P., DAUVER B., NICOLLE H.

Approche clinique des pédophilies

Forensic, 2001, 7-8, pp.43-46

116- POLGE C.

Psychiatrie, justice et déviance sexuelle. Perspective historique

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle

Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.399-402

117- PORTAL D.

La prévention et la répression des infractions sexuelles aux Etats-Unis

Forensic, 1998, 19, pp.23-27

118- PRADEL J.

Aperçu sur la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles

Forensic, 2000, numéro spéciale, pp.68-69

119- QUINSEY V.L., RICE M.E., HARRIS G.T.

Actuarial prediction of sexual recidivism

Journal of Interpersonal Violence, 1995, 10, pp.85-105

120- RAYMOND M.

L'entraînement aux habiletés sociales auprès des délinquants sexuels

Forensic, 1999, 21, pp.7-9

121- ROSLER A., WITZTUM E.

Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone

The New England Journal of Medicine, 1998, 338, 7, pp.416-422

122- RUBINOW D.R., SCHMIDT P.J.

Androgens, brain and behavior

American Journal of Psychiatry, 1996, 153, pp.974-984

123- SALEH F.M., NIEL T., FISHMAN M.J.

Treatment of paraphilia in young adults with leuprolide acetate : a preliminary case report series

J. Forensic Sci., 2004, 49, 6, pp.1343-1348

124- SALEH F.M., GUIDRY L.L.

Psychosocial and biological treatment considerations for the paraphilic and nonparaphilic sex offender

J. Am. Acad. Psychiatry Law, 2003, 31, 4, pp.486-493

125- SAMUEL D.

Le SMPR au CD de Val de Reuil

Forensic, 1996, 13, p.25

126- SAVIN B.

Sujets auteurs d'inceste

In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire

Paris : Masson, 2000, pp.27-37

127- SAVIN B.

Utilisation du groupe dans le traitement psychothérapeutique des auteurs d'agression sexuelle

In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire

Paris : Masson, 2000, pp.173-180

128- SCHWEITZER M.G., PUIG-VERGES N.

Injonction de soins et suivi socio-judiciaire : déterminer une indication aux soins pour les auteurs d'infractions sexuelles ?

L'Information Psychiatrique, 2005, 81, 7, pp.635-639

129- Sénat

Proposition de loi adoptée avec modification par le sénat en deuxième lecture, relative au traitement de la récidive des infractions pénales (texte adoptée n° 23 le 26 octobre 2005)

Disponible sur : <<http://www.senat.fr/leg/tas05-023.html>> (consulté le 25.11.2005)

130- SENON J.L.

Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité
Annales Médico-Psychologiques, 2004, 162, 8, pp.646-652

131- SENON J.L.

Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles ?

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle
Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.185-203

132- SENON J.L., PRADEL J.

Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications

In : Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire
Paris : Masson, 2000, pp.69-82

133- SENON J.L., MERY B., PATILLOT P.

Légitimité et limites du secteur de psychiatrie dans la pris en charge des agresseurs sexuels
Forensic, 1997, 17, pp.16-19

134- SMITH J., PETIBON C

Groupes de prévention de la récidive destinés à des pédophiles : adaptation française
L'Encéphale, 2005, 31, pp.552-558

135- SPURIUS C., FASSEUR P., PREVOST P.

Les agresseurs sexuels agressés pendant l'enfance
Forensic, 2003, 13, pp.44-48

136- STEIN D.J., HOLLANDER H., ANTONY D.T.

Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions and paraphilias
J. Clin. Psychiatry, 1992, 53, pp.267-271

137- STUDER L.H., AYLWIN A.S., REDDON J.R.

Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders
Sexual Abuse, 2005, 17, 2, pp.171-181

138- ST-YVES M., PELLERIN B.

Victimisation sexuelle et délinquance sexuelle : existe-t-il réellement un lien ?
Forensic, 1998, 20, pp.33-34

139- TARDIF M.

La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique et systémique
Forensic, 2004, numéro spécial, pp.10-14

140- TARDIF M., LAMOUREUX B.

Les femmes responsables d'abus sexuels : refus d'une certaine réalité
Forensic, 1999, 21, pp.26-28

141- THIBAUT F., CORDIER B.

Psychotropes et chimiothérapie hormonale des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés et limites

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle

Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.283-295

142- THIBAUT F.

Troubles des conduites sexuelles. Diagnostic et traitement

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-105-G-10, 2000, 9p.

143- THIBAUT F., KUHN J.M., CORDIER B., PETIT M.

Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle

L'Encéphale, 1998, 24, pp.132-137

144- TRINQUET S., FERRY D., BRUANT M., KAHN J.P.

La chaîne d'agression : outil d'analyse et de prévention du passage à l'acte sexuel. Groupes de parole à visée psychothérapique pour auteurs d'agression sexuelle incarcérés en centre de détention

Forensic, 2002, 9, pp.37-44

145- TYRODE Y., BOURCET S., SENON J.L., OLIE J.P.

Suivi sociojudiciaire : loi du 17 juin 1998

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-901-A-60, 2001, 5p.

146- TYRODE Y., CARRIERE P.

Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des auteurs d'exhibitionnisme et d'autres conduites d'agression sexuelle que pédophilie et viol ?

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle

Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.125-134

147- TYRODE Y., BOURCET S.

Conduites de transgression

Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-905-A-10, 2000, 12p.

148- VILLERBU L.M.

Les hommes du scandale, un savoir renouvelé. A propos de... « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ». Conférence de consensus 22-23 novembre 2001. Fédération française de psychiatrie.

L'Evolution Psychiatrique, 2003, 68, pp.464-470

149- VRIGNAUD D.

Inceste et justice... Pour un autre jeu de lois

L'Evolution Psychiatrique, 1998, 63, 1-2, pp.103-116

150- WARD T., HUDSON S.M., JOHNSTON L., MARSHALL W.L.

Cognitive distortions in sex offenders : an integrative review

Clin. Psychol. Rev., 1997, 17, pp.479-507

151- WEINBERGER L.E., SREENIVASAN S., GARRICK T., OSRAN H.

The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders

J. Am. Acad. Psychiatry Law, 2005, 33, 1, pp.37-41

152- YATES P.M.

Treatment of adult sexual offenders : a therapeutic cognitive-behavioural model of intervention

Journal of Child Sexual Abuse, 2003, 12, pp.195-232

153- ZAGURY D.

Place et évolution de la fonction de l'expertise psychiatrique

In : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle

Paris : John Libbey Eurotext, 2001, pp.17-31



ANNEXE 1



Quelques condamnations criminelles et correctionnelles (34)

Année	Homicides volontaires	Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	Viols et agressions sexuelles criminelles	Agressions sexuelles délictuelles
1984	361	224	562	1553
1985	593	243	618	1669
1986	619	243	618	1676
1987	595	263	574	1674
1988	606	240	624	1313
1989	576	254	677	1782
1990	600	247	729	1817
1991	535	241	913	1845
1992	580	216	892	2044
1993	544	243	1045	2165
1994	531	275	1061	2435
1995	583	270	1080	2919
1996	534	252	1237	3762
1997	526	270	1434	4726
1998	594	293	1719	5155
1999	618	345	1917	5161
2000	461	264	1623	5186
2001	483	276	1656	5033
2002	513	283	1581	5318
2003	504	280	1687	5438
Evolution 1984-2003	+ 39,6 %	+ 25 %	+ 200 %	+ 250 %

Source : casier judiciaire national – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

ANNEXE 2**Les condamnations à une peine de suivi socio-judiciaire (34)**

Année	Nombre de mesures prononcées	Evolution
2000	265	-
2001	421	+ 58,8 %
2002	642	+ 52,5 %
2003	795	+ 23,8 %
Total	2123	+ 200 %

Source : casier judiciaire national – Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

ANNEXE 3

Critères diagnostiques des différents troubles de la préférence sexuelle selon la CIM-10 (111)

Inclure : paraphilies

Exclure : problèmes associés à l'orientation sexuelle

F65.0 Fétichisme

Utilisation d'objets inanimés comme stimulus pour l'excitation et la satisfaction sexuelle. De nombreux fétiches sont des prolongements du corps, comme les vêtements ou les chaussures. Il s'agit également souvent d'une texture particulière comme le caoutchouc, le plastique ou le cuir. Les objets fétiches varient dans leur importance selon les individus. Dans certains cas, ils ne servent qu'à renforcer l'excitation sexuelle, atteinte par ailleurs dans les conditions normales (par exemple, le fait d'avoir un partenaire qui porte un vêtement particulier).

On ne doit porter un diagnostic de fétichisme que si le fétiche représente la source la plus importante de la stimulation sexuelle ou s'il est essentiel à l'obtention d'une réponse sexuelle satisfaisante.

Les fantaisies fétichistes sont courantes ; elles ne constituent pas en elles mêmes un trouble sauf quand elles conduisent à des rituels contraignants et inacceptables, perturbant les relations sexuelles et responsables d'une souffrance personnelle.

Le fétichisme concerne presque exclusivement les hommes.

F65.1 Transvestisme fétichiste

Port de vêtements du sexe opposé, principalement dans le but d'obtenir une excitation sexuelle.

Ce trouble doit être distingué du fétichisme simple dans la mesure où les vêtements et les accessoires fétichistes ne sont pas seulement portés, mais sont agencés pour créer l'apparence d'une personne du sexe opposé. Plusieurs articles vestimentaires sont habituellement portés ; il s'agit souvent d'un ensemble complet incluant perruque et maquillage. Le transvestisme fétichiste se distingue du transvestisme transsexuel par son association claire avec une excitation sexuelle et par le besoin de se débarrasser des vêtements une fois l'orgasme atteint et l'excitation sexuelle retombée. Des antécédents de transvestisme fétichiste sont habituellement rapportés par les transsexuels et constituent probablement, dans ces cas, une phase précoce du développement d'un transsexualisme.

F65.2 Exhibitionnisme

Tendance récurrente ou persistante à exposer ses organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact

plus étroit. Il y a habituellement, mais non constamment, une excitation sexuelle au moment de l'exhibition et l'acte est, en général, suivi d'une masturbation. Les manifestations de cette tendance peuvent se limiter à des moments de crise ou de stress émotionnel puis disparaître pendant des périodes prolongées.

L'exhibitionnisme ne concerne pratiquement que des hétérosexuels masculins s'exhibant dans certains endroits publics, à des adolescentes ou à des femmes adultes, tout en restant à une distance respectable. La vie sexuelle de certains d'entre eux se résume à l'exhibitionnisme. D'autres gardent cette habitude parallèlement à une vie sexuelle conjugale active ; le besoin exhibitionniste devient parfois plus pressant lors des conflits conjugaux. La plupart des exhibitionnistes ressentent leur besoin comme difficile à contrôler et étranger à eux-mêmes. Le fait que le témoin paraisse choqué, effrayé ou impressionné, accroît souvent l'excitation de l'exhibitionniste.

F65.3 Voyeurisme

Tendance récurrente ou persistante à observer des personnes lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles ou intimes comme le déshabillage. Cela survient à l'insu de la personne observée, et conduit généralement à une excitation sexuelle et à une masturbation.

F65.4 Pédophilie

Préférence sexuelle pour les enfants, généralement d'âge pré-pubère ou au début de la puberté. Certains pédophiles sont uniquement attirés par les filles, d'autres uniquement par les garçons, et d'autres encore par les deux sexes.

La pédophilie est rarement mise en évidence chez les femmes. Les contacts entre adultes et adolescents sexuellement matures sont socialement désapprouvés, en particulier si les participants sont du même sexe, mais ne sont pas nécessairement associés à la pédophilie. Un épisode isolé, notamment si c'est un adolescent lui-même qui a pris l'initiative, ne signe pas la présence d'une tendance persistante ou prédominante, qui est requise pour ce diagnostic. On inclut cependant dans cette catégorie les hommes qui, tout en gardant une préférence pour des partenaires sexuels adultes, se tournent habituellement vers les enfants comme substitut en raison d'une frustration chronique dans leur recherche de contacts appropriés. Les hommes agressant sexuellement leurs propres enfants peuvent agresser aussi d'autres enfants à l'occasion. Dans les deux cas, ce comportement s'apparente à la pédophilie.

F65.5 Sadomasochisme

Préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement. Si le sujet préfère être l'objet d'une telle stimulation, on parle de masochisme. S'il préfère en être l'exécutant, il s'agit de sadisme. Souvent, un individu parvient à une excitation sexuelle par des comportements à la fois sadiques et masochistes.

Un degré minime de stimulation sadomasochiste est souvent utilisé pour augmenter une activité sexuelle par ailleurs normale. Cette catégorie ne doit être utilisée que si l'activité

sadomasochiste est la source la plus importante de la stimulation ou si elle est nécessaire à l'obtention d'une satisfaction sexuelle.

Le sadisme sexuel est parfois difficile à distinguer soit de la cruauté dans des situations sexuelles, soit de la colère sans relation avec l'érotisme. Le diagnostic peut être clairement établi lorsque la violence est nécessaire pour atteindre un état d'excitation érotique.

F65.6 Troubles multiples de la préférence sexuelle

Parfois, une personne présente plusieurs anomalies de la préférence sexuelle sans qu'aucune d'entre elles ne soit au premier plan. L'association la plus fréquente regroupe le fétichisme, le transvestisme et le sadomasochisme.

F65.8 Autres troubles de la préférence sexuelle

Autres types de préférence et d'activité sexuelle, relativement rares, comme le fait de préférer des obscénités au téléphone, de se frotter à autrui dans des endroits publics bondés de monde à la recherche d'une stimulation sexuelle (frotteurisme), ou comme l'activité sexuelle avec un animal (bestialité), l'emploi de la strangulation ou de l'anoxie pour augmenter l'excitation sexuelle ou encore la préférence pour des partenaires ayant une anomalie anatomique particulière (par exemple, un membre amputé).

Ces pratiques érotiques sont trop variées et trop rares pour nombre d'entre elles pour justifier une désignation particulière pour chacune. Boire de l'urine, se barbouiller avec des excréments ou se transpercer le prépuce ou le bout des seins peut faire partie du répertoire comportemental du sadomasochisme. Des rituels masturbatoires de nature variée sont habituels mais des pratiques plus exceptionnelles comme l'introduction d'objets dans le rectum ou l'urètre ou une auto-strangulation partielle (lorsqu'elles remplacent les contacts sexuels habituels) relèvent de cette catégorie. La nécrophilie doit également être notée ici.

F65.9 Troubles de la préférence sexuelle, sans précision

ANNEXE 4

Critères diagnostiques des différentes paraphilies selon le DSM-IV-TR

-Les paraphilies sont caractérisées par (4) :

Critère A

des impulsions sexuelles, des fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, ou des comportements survenant de façon répétée et intense, qui impliquent :

- des objets inanimés,
- la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire,
- des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois.

Critère B

les comportements, les impulsions sexuelles, ou les fantasmes imaginatives sont à l'origine d'un désarroi cliniquement significatif ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

-Les paraphilies comprennent (4) :

l'exhibitionnisme

La focalisation paraphilique consiste à exposer ses organes génitaux à une personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement. Parfois, le sujet se masturbe tout en s'exhibant (ou en s'imaginant en train de s'exhiber). Le trouble débute généralement avant l'âge de 18 ans, bien qu'il puisse commencer à un âge plus avancé. Dans les groupes d'âge plus élevé, il y a peu d'arrestations, ce qui peut laisser penser que cet état devient moins sévère après 40 ans.

le fétichisme

La focalisation paraphilique implique l'utilisation d'objets inanimés (le « fétiche », comme par exemple des sous-vêtements féminins). La personne présentant un fétichisme se masturbe fréquemment tout en tenant à la main, frottant, ou sentant l'objet fétiche ou peut demander à son partenaire sexuel de porter l'objet au cours de leurs relations sexuelles. Habituellement, le fétiche est requis ou fortement préféré pour obtenir une excitation sexuelle, et en son absence, il peut y avoir une dysfonction érectile chez l'homme. Généralement cette paraphilie débute dans l'adolescence, bien que le fétiche ait pu avoir été doté d'une signification particulière

plus précocement dans l'enfance. Une fois installé, le fétichisme a tendance à devenir chronique.

le frotteurisme

La focalisation paraphilique implique l'acte de toucher et de se frotter contre une personne non consentante. Le comportement se manifeste habituellement dans des lieux très peuplés d'où le sujet peut plus facilement échapper à une arrestation (par exemples : sur des trottoirs où il y a foule ou dans des transports en public). Le sujet frotte ses organes génitaux contre les cuisses et les fesses de la victime ou caresse les organes génitaux ou la poitrine de la victime. Tout en faisant cela, il imagine habituellement une relation exclusive et affectueuse avec la victime. Habituellement, cette paraphilie débute dans l'adolescence ; la plupart des actes de frotteurisme se produisent quand le sujet a entre 15 et 25 ans ; au-delà, il y a un déclin graduel de leur fréquence.

la pédophilie

La focalisation paraphilique implique une activité sexuelle avec un enfant pré-pubère (généralement âgé de 13 ans ou plus jeune). Le sujet présentant une pédophilie doit avoir au moins 16 ans et avoir au moins 5 ans de plus que l'enfant. Pour les sujets en fin d'adolescence qui présentent une pédophilie, on ne spécifie pas de différence d'âge précise et on doit utiliser le jugement clinique ; on doit tenir compte à la fois de la maturité sexuelle de l'enfant et de la différence d'âge. Les individus présentant une pédophilie rapportent généralement une attirance pour des enfants d'un âge particulier. Certains sujets préfèrent les garçons, d'autres les filles, et certains sujets sont excités aussi bien par les garçons que par les filles. Ceux qui sont attirés par les filles préfèrent généralement celles qui ont entre 8 et 10 ans, alors que ceux qui sont attirés par les garçons préfèrent généralement des enfants légèrement plus âgés. La pédophilie dont sont victimes les filles est plus souvent signalée que la pédophilie dont sont victimes les garçons. Certains individus présentant une pédophilie sont attirés sexuellement uniquement par les enfants (type exclusif), alors que d'autres sont aussi attirés par des adultes (type non exclusif). Les individus présentant une pédophilie qui cèdent à leurs impulsions avec des enfants peuvent se limiter à déshabiller l'enfant et à le regarder, à s'exhiber eux-mêmes, à se masturber en présence de l'enfant, ou à toucher et caresser l'enfant avec douceur. D'autres, cependant, se livrent à la fellation ou au cunnilingus avec l'enfant ou pénètrent son vagin, sa bouche ou son anus avec leurs doigts, des objets ou leur pénis et recourent à diverses formes de contraintes pour y arriver.

Ces activités sont couramment expliquées par des excuses ou des rationalisations selon lesquelles elles ont une « valeur éducative » pour l'enfant, que l'enfant en retire du « plaisir sexuel » ou que l'enfant les a « provoqués sexuellement », thèmes qui sont également répandus dans la pornographie pédophile. En raison du caractère egosyntonique de la pédophilie, nombre d'individus ayant des fantaisies imaginatives, impulsions ou comportements pédophiles n'en éprouvent pas de désarroi significatif. Il importe de comprendre que le sentiment de désarroi lié aux fantaisies imaginatives, impulsions ou comportements n'est pas nécessaire au diagnostic de pédophilie. Le diagnostic de pédophilie s'applique aux individus qui ont un schéma d'excitation sexuelle pédophile et cèdent à leurs impulsions avec un enfant.

Les individus peuvent se limiter à exercer leurs activités sur leurs propres enfants (inceste), beaux-fils, belles-filles ou membres de la famille, ou peuvent s'en prendre à des enfants d'autres familles. Certains individus présentant une pédophilie menacent l'enfant pour l'empêcher de faire des révélations. D'autres, en particulier ceux qui s'en prennent souvent aux enfants, élaborent des techniques compliquées pour pouvoir accéder aux enfants, qui peuvent comporter le fait de gagner la confiance de la mère de l'enfant, d'épouser une femme par l'enfant de laquelle ils sont attirés, d'échanger des enfants avec d'autres individus présentant une pédophilie ou, dans de plus rares circonstances, d'adopter des enfants de pays en voie de développement ou de kidnapper les enfants d'autrui. A l'exception des cas où le trouble est associé à un sadisme sexuel, la personne peut être attentive aux besoins de l'enfant dans le but de gagner son affection, son intérêt et sa fidélité et pour éviter que l'enfant ne révèle l'activité sexuelle.

Le trouble débute habituellement dans l'adolescence, bien que certains individus présentant une pédophilie disent ne pas avoir été excités par les enfants avant d'avoir atteint l'âge mûr. La fréquence du comportement pédophilique fluctue souvent en fonction des stress psychosociaux. L'évolution est généralement chronique, en particulier chez les sujets qui sont attirés par les garçons. Le taux de récurrence des sujets présentant une pédophilie impliquant une préférence pour les garçons est à peu près le double de ce qu'il est pour ceux qui préfèrent les filles.

le masochisme

La focalisation paraphilique implique l'acte (réel, non simulé) d'être humilié, battu, attaché ou livré à la souffrance par d'autres moyens. Les fantaisies imaginatives masochistes impliquent habituellement le fait d'être violé tout en étant maintenu ou attaché par autrui de telle façon qu'il n'y ait pas de possibilité de s'échapper. D'autres mettent en acte leurs impulsions sexuelles masochistes sur eux-mêmes (en s'attachant aux-mêmes, en s'enfonçant eux-mêmes des aiguilles, en se choquant eux-mêmes à l'électricité, ou en se mutilant eux-mêmes...) ou avec un partenaire. Les actes masochistes qui peuvent être recherchés avec un partenaire comprennent le fait d'être entravé (contrainte physique), d'avoir les yeux bandés (contrainte sensorielle), d'être frappé avec une baguette, d'être fessé, fouetté, battu, de subir des chocs électriques, d'être coupé, d'être transpercé et épinglé (infibulation), et humilié (se faire uriner ou déféquer sur soi, être forcé de marcher à quatre pattes et d'aboyer comme un chien ou être soumis à des injures...). Le fait d'être forcé à revêtir des habits du sexe opposé peut être recherché pour ses connotations humiliantes. Le sujet peut désirer être traité comme un enfant sans défense et qu'on lui mette des couches (infantilisme). Une forme particulièrement dangereuse du masochisme sexuel appelée hypoxyphilie, implique une excitation sexuelle due à un manque d'oxygénation obtenu par divers moyens (compression de la poitrine, nœud coulant, ligature, sac en plastique, masque ou produit chimique comme un nitrite volatil). Les fantaisies imaginatives sexuelles masochistes étaient probablement déjà présentes dans l'enfance. L'âge à partir duquel les activités masochistes débutent pour la première fois avec des partenaires est variable, mais correspond couramment à l'âge adulte jeune. Le masochisme sexuel est habituellement chronique et la personne a tendance à répéter le même acte masochiste. Certains individus présentant un masochisme sexuel peuvent se livrer à des actes masochistes pendant plusieurs années, sans accroître la dangerosité potentielle de leurs actes. D'autres, cependant, accroissent la sévérité de leurs actes masochistes avec le temps ou au cours de périodes de stress, ce qui peut aboutir en définitive à des blessures ou même à la mort.

Le sadisme sexuel

La focalisation paraphilique implique des actes (réels, non simulés) dans lesquels le sujet retire une excitation sexuelle de la souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation). Certains individus présentant cette paraphilie sont importunés par leurs fantaisies imaginatives sadiques qui peuvent être évoquées au cours d'un acte sexuel, mais qui ne sont pas mises en acte d'une autre manière ; dans de tels cas, les fantaisies imaginatives sadiques impliquent habituellement le fait d'exercer un contrôle total de la victime, qui est terrifiée par anticipation de l'acte sadique imminent. D'autres mettent en acte leurs impulsions sexuelles sadiques avec un partenaire consentant (qui peut présenter un masochisme sexuel) qui endure volontiers douleur et humiliation. D'autres encore mettent en acte leurs impulsions sexuelles sadiques sur des victimes non consentantes. Dans tous les cas, c'est la souffrance de la victime qui est sexuellement excitante. Les fantaisies imaginatives ou les actes sadiques peuvent impliquer des activités qui indiquent une domination de la personne sur la victime (pour exemples, forcer la personne à marcher à quatre pattes ou l'enfermer dans une cage). Ils peuvent impliquer également une entrave, le bandage des yeux, le fait de frapper avec une baguette, de donner des fessées, de fouetter, de pincer, de battre, de brûler, d'administrer des chocs électriques, de violer, de couper, de donner des coups de couteau, d'étrangler, de torturer, de mutiler ou de tuer. Les fantaisies imaginatives sexuelles étaient probablement déjà présentes dans l'enfance. L'âge de début des activités sadiques est variable, mais correspond couramment à l'âge adulte jeune. Le sadisme sexuel est habituellement chronique. Quand le sadisme sexuel est pratiqué sur des partenaires non consentants, il est probable que l'activité se répétera jusqu'à ce que la personne présentant un sadisme sexuel soit appréhendée. Certains individus présentant un sadisme sexuel peuvent se livrer à des actes sadiques pendant plusieurs années sans avoir besoin d'accroître le potentiel de dangerosité et d'infliger des blessures physiques sévères. Cependant, habituellement, la sévérité des actes sadiques s'accroît avec le temps. Quand le sadisme sexuel est sévère, et en particulier quand il est associé à une personnalité antisociale, les individus présentant un sadisme sexuel peuvent blesser sérieusement ou même tuer leurs victimes.

le transvestisme fétichiste

La focalisation paraphilique implique un travestissement d'un sujet masculin par des vêtements féminins. Souvent ou dans la plupart des cas, l'excitation sexuelle est déclenchée par le fait de penser ou d'imaginer être une femme (ce qu'on appelle l'« autogynéphilie »). Ces représentations peuvent aller de l'imagination d'être une femme pourvue d'organes génitaux féminins à celle d'être complètement habillé en femme sans attacher d'importance particulière aux organes génitaux. Les accessoires féminins sont excitants principalement en tant que symboles de la féminité d'un individu et non en tant qu'objets fétiches détenant des propriétés spécifiques. Habituellement, le sujet masculin présentant un transvestisme fétichiste conserve une collection de vêtements féminins qu'il utilise de manière intermittente pour se travestir. En général, tout en étant travesti, il se masturbe, s'imaginant être, lui-même, à la fois l'homme et la femme de sa fantaisie sexuelle. Ce trouble n'a été décrit que chez des hommes hétérosexuels. Le trouble débute typiquement par un travestissement dans l'enfance ou au début de l'adolescence. Dans de nombreux cas, le travestissement n'est pas réalisé en public avant l'âge adulte.

le voyeurisme

La focalisation paraphilique implique l'acte d'observer des personnes qui ne s'en doutent pas, généralement des personnes étrangères, qui sont nues, en train de se déshabiller ou en train d'avoir des rapports sexuels. L'acte de regarder a pour but de déclencher une excitation sexuelle et, habituellement, le sujet ne cherche pas à avoir une activité sexuelle avec la personne observée. L'orgasme, généralement obtenu par la masturbation, peut se produire pendant l'activité voyeuriste ou ultérieurement, lors de l'évocation de ce que la personne a observé. Ces personnes ont souvent la fantaisie imaginative d'avoir une expérience sexuelle avec la personne observée, mais cela se produit rarement dans la réalité. Dans sa forme sévère, le « matage » représente une forme d'activité sexuelle exclusive. Le comportement voyeuriste débute généralement avant l'âge de 15 ans. L'évolution a tendance à être chronique.

la paraphilie non spécifiée

Cette catégorie résiduelle comprend d'autres paraphilies plus rarement rencontrées. Exemples non exhaustifs : la scatologie (utilisation ou écoute, parfois au téléphone, de propos scatologiques pour aboutir à une excitation sexuelle ; l'excitation sexuelle est alors déclenchée par la réaction de la victime à ce type de propos), la nécrophilie (il est nécessaire de contempler ou d'avoir des relations sexuelles avec un mort pour aboutir à une excitation), la zoophilie ou bestialité (impliquant des contacts sexuels avec des animaux), la coprophilie (défécation sur le partenaire), la clystérophilie (utilisation de lavements pour aboutir à une excitation sexuelle), l'urophilie (usage d'urine pour aboutir à une excitation sexuelle), la gérontophilie (relations avec des partenaires très âgés), la pictophilie (nécessité de contempler des images pornographiques pour aboutir à une excitation) et la pygmaliphilie (l'excitation sexuelle est induite préférentiellement par des statues ou des modèles nus).

On décrit également des préférences pour des partenaires ayant une anomalie anatomique ou une particularité (par exemple : membre amputé, transsexuels, sujets obèses, nains, handicapés physiques...).

Dans d'autres cas, enfin, l'excitation provient de l'introduction préférentielle d'objets dans le rectum ou l'urètre...

-Evolution des paraphilies (4) :

Certaines des fantaisies imaginatives et certains des comportements associés aux paraphilies peuvent débiter dans l'enfance ou au début de l'adolescence, mais elles se précisent et deviennent plus élaborées au cours de l'adolescence et chez l'adulte jeune. L'élaboration et le remaniement de fantaisies paraphiliques peut continuer pendant toute la vie du sujet. Par définition, les fantaisies imaginatives et les impulsions associées à ces troubles sont récurrentes. De nombreux individus rapportent que leurs fantaisies imaginatives sont toujours présentes, mais qu'il y a des périodes où la fréquence des fantaisies imaginatives et l'intensité des impulsions varient largement. Ces troubles ont tendance à devenir chroniques et à s'étendre sur toute la vie, mais les fantaisies imaginatives comme les comportements décroissent souvent au fur et à mesure que l'adulte avance en âge. Les comportements

peuvent s'accroître en réaction à des facteurs de stress psychosociaux, en relation avec d'autres troubles mentaux (retard mental, démence, modification de la personnalité due à une affection médicale générale, intoxication par une substance, épisode maniaque ou schizophrénie), ou en présence d'occasions plus nombreuses de s'engager dans une paraphilie.

ANNEXE 5

Les infractions sexuelles selon le Nouveau Code Pénal (en vigueur depuis le 1^{er} mars 1994) (102)

Au sein du chapitre II (« Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne ») se trouve la section 3 consacrée aux agressions sexuelles :

Article 222-22 : constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le paragraphe 1 est consacré au viol :

Article 222-23 : tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.
Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle.

Article 222-24 : le viol est puni de 20 ans de réclusion criminelle :

1. lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
2. lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ;
3. lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;
4. lorsqu'il est commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;
5. lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
6. lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
7. lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ;
8. lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunication.

Article 222-25 : le viol est puni de 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime.

Article 222-26 : le viol est puni de réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie.

Le paragraphe 2 est consacré aux autres agressions sexuelles :

Article 222-27 : les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Article 222-28 : l'infraction définie à l'article 222-27 est punie de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende :

1. lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;
2. lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;
3. lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
4. lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
5. lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme ;
6. lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications.

Article 222-29 : les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de 7 ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées :

1. à un mineur de quinze ans ;
2. lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur.

Article 222-30 : l'infraction définie à l'article 222-29 est punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende :

1. lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ;
2. lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;
3. lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
4. lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
5. lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme.

Article 222-31 : la tentative des délits prévus par les articles 222-27 à 222-30 est punie des mêmes peines.

Article 222-32 : l'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Le paragraphe 3 est consacré au harcèlement sexuel :

Article 222-33 : le fait de harceler autrui « en donnant des ordres, proférant des menaces, imposant des contraintes ou exerçant des pressions graves », dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle, par une personne abusant de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Au sein du chapitre VII (« Des atteintes aux mineurs et à la famille ») se trouve la section 5 consacrée à la mise en péril des mineurs :

Article 227-23 : le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. La tentative est punie des mêmes peines.

Le fait d'offrir ou de diffuser une telle image ou représentation, par quelque moyen que ce soit, de l'importer ou de l'exporter, de la faire importer ou de la faire exporter, est puni des mêmes peines.

Les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende lorsqu'il a été utilisé, pour la diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de télécommunications.

Le fait de détenir une telle image ou représentation est puni de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.

Les dispositions du présent article sont également applicables aux images pornographiques d'une personne dont l'aspect physique est celui d'un mineur, sauf s'il est établi que cette personne était âgée de dix-huit ans au jour de la fixation ou de l'enregistrement de son image.

Article 227-24 : le fait soit de fabriquer, de transporter, de diffuser par quelque moyen que ce soit et quel qu'en soit le support un message à caractère violent ou pornographique ou de nature à porter gravement atteinte à la dignité humaine, soit de faire commerce d'un tel message, est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque ce message est susceptible d'être vu ou perçu par un mineur.

Lorsque les infractions prévues au présent article sont soumises par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Article 227-25 : le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Article 227-26 : l'infraction définie à l'article 227-25 est punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende :

1. lorsqu'elle est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;
2. lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
3. lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
4. lorsqu'elle s'accompagne du versement d'une rémunération ;
5. lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications.

Article 227-27 : les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans et non émancipé par le mariage, sont punies de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende :

1. lorsqu'elles sont commises par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;
2. lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

ANNEXE 6

Tableau de la chaîne d'agression sexuelle (144)

Réalité : la chaîne d'agression sexuelle	Signification consciente	Signification inconsciente
Conflit mineur (frustration, manque de reconnaissance par le conjoint,...) ou majeur (séparation ou divorce, décès d'un proche, perte d'un emploi,...)	La responsabilité de ce conflit est projetée sur un tiers	Le conflit renvoie à une vulnérabilité narcissique, une angoisse d'abandon ou fusionnelle
↓	↓	↓
Sentiment de malaise	Malaise subjectif non expliqué ou attribué à autrui (du fait notamment d'une carence dans la capacité d'élaboration psychique)	Refoulement de la rage ou de la dépression (neutralisation partielle des pulsions agressives et libidinales car menaçant l'intégrité psychique)
↓	↓	↓
Recrudescence des fantasmes sexuelles déviantes	Distorsions cognitives (elles tendent à rendre la perception de la réalité du sujet conforme à ses désirs)	Maîtrise des objets de désir perçus comme menaçants sur un mode triomphaliste et dans une toute-puissance symbolique
↓	↓	↓
Choix apparemment anodins (par exemple, modification du trajet domicile-travail par le sujet pédophile, le conduisant à longer une école)	Rationalisations (elles diminuent l'angoisse du sujet et le rendent egosyntone à ses fantasmes)	Le choix anodin permet de neutraliser toute notion de culpabilité
↓	↓	↓
Situations à risque (par exemple, le sujet pédophile qui noue une relation avec une femme, mère d'enfants dont le sexe et le groupe d'âge correspondent à ses objets de fixation sexuelle)	Négation, hasard (l'intentionnalité est déniée au profit d'un concours de circonstances totalement extérieur au sujet)	Jeu pulsionnel associée à une ambivalence
↓	↓	↓
Passage à l'acte ou acte sexuel déviant	Soulagement temporaire résultant d'une diminution de la tension subjective	Maîtrise temporaire mais réelle de l'objet, assouvissement pulsionnel

Prenons un exemple pour expliciter la chaîne d'agression sexuelle (134) :

Un conflit survient dans la vie réelle du pédophile. Ce conflit peut être plus ou moins important, il peut s'agir par exemple d'une rupture amoureuse ou d'un deuil (événement). Ce conflit va générer un sentiment de malaise (émotion) qui, à son tour, va réactiver les fantasmes sexuels déviants. La recrudescence des fantasmes s'accompagne généralement de distorsions cognitives, c'est-à-dire de croyances erronées facilitant le passage à l'acte et en minimisant la gravité. La recrudescence de fantasmes va déboucher sur la prise de décisions apparemment anodines ; par exemple, un pédophile décidera de changer son parcours pour aller au travail, le nouveau parcours passant devant une école (comportement). Il résultera donc de ces choix apparemment anodins une situation à risque (par exemple la rencontre d'un enfant seul), qui rendra possible l'agression sexuelle.

Bien sûr, s'il s'agit ici d'une chaîne prototypique, chaque pédophile présente en réalité une chaîne délictuelle qui lui est propre.

Les conflits à l'origine de la chaîne délictuelle peuvent être d'une grande variété. Il peut s'agir d'événements classiquement considérés comme stressants, comme le mariage de l'un de ses enfants, le deuil de l'un de ses parents, un divorce, une surcharge de travail, la naissance d'un enfant, un déménagement... Il peut également s'agir d'événements apparemment plus anodins, mais qui viennent néanmoins réactiver des schèmes appris associés à de l'angoisse.

Les émotions problématiques générées par ces conflits sont généralement de l'ordre de la colère ou de la dépression, émotions que le sujet n'a pas apprises à gérer au cours de son développement, parfois faute de modèle dans son environnement familial. Les fantasmes sexuels déviants, habituellement maintenus à l'écart, sont davantage susceptibles d'être utilisés comme moyen de décharge d'émotions souvent mal identifiées, afin de diminuer la sensation diffuse de tension interne.

ANNEXE 7

De l'atteinte au secret professionnel selon le Nouveau Code Pénal (102)

Article 226-13 : la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 226-14 : l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1. à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives « de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles » dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
2. au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la république les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;
3. aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours selon le Nouveau Code Pénal (102)

Article 223-6 : Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Des entraves à la saisine de la justice selon le Nouveau Code Pénal (102)

Article 434-1 : Le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sont exceptés des dispositions qui précèdent, sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans :

1. les parents en ligne directe et leurs conjoints, ainsi que les frères et sœurs et leurs conjoints, de l'auteur ou du complice du crime ;
2. Le conjoint de l'auteur ou du complice du crime, ou la personne qui vit notoirement en situation maritale avec lui.

Sont également exceptées des dispositions du premier alinéa les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

Article 434-3 : Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.



VU

NANCY, le 27 mars 2006

Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le 13 avril 2006

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 4 mai 2006

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUMÉ DE LA THÈSE

Dans le cadre de la formation en psychiatrie, l'auteur a été amené à rencontrer des sujets ayant commis des agressions sexuelles. Il s'agit d'une mission complexe à laquelle il est difficile de se préparer. La singularité de la rencontre avec un délinquant sexuel avec les risques de contre-attitudes et contre-transfert négatifs soulèvent de nombreuses interrogations notamment sur la question du changement, de ses possibilités et de sa faisabilité au travers des traitements. C'est aussi se poser la question des récidives et de leur prévention, ainsi que s'interroger sur la délicate articulation entre le champ médical et le champ judiciaire. L'auteur a donc, dans un premier temps, essayé de caractériser au mieux les auteurs d'agression sexuelle ainsi que leurs infractions au travers de données statistiques, de l'histoire de la régulation sociale de la sexualité, des classifications pénales et psychiatriques, des caractéristiques cliniques des agresseurs et des théories actuelles concernant les facteurs impliqués dans les agressions sexuelles, afin de mieux en appréhender la complexité et éclairer la question de la prise en charge. Puis dans un second temps, il a détaillé les différentes méthodes thérapeutiques, leurs modalités, indications, objectifs et obstacles particuliers, leurs limites et leurs complémentarités, en tenant compte des aspects déontologiques, éthiques et juridiques actuels.

TITRE EN ANGLAIS

Management of sexual offenders : from the penal sanction to conjoint therapeutic aide

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2006

MOTS CLEFS : délinquants sexuels / épidémiologie / législation / classifications / infractions sexuelles / caractéristiques cliniques / hypothèses étiologiques / récidive / traitements / soins pénalement ordonnés

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
