

# Quelle approche pour les auteurs de violences sexuelles ?

Jean-Marie Delarue<sup>1</sup>  
Charles Alezrah<sup>2</sup>  
Sabine Mouchet-Mages<sup>3</sup>  
Mathieu Lacambre<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Conseiller d'État honoraire,  
1, place du Palais-Royal  
75100 Paris cedex 01

<sup>2</sup> Psychiatre, centre hospitalier  
de Thuir 66300

<sup>3</sup> Psychiatre, Responsable médical régional  
du Criavs Rhône-Alpes,  
CH le Vinatier 69678 Bron

<sup>4</sup> Psychiatre, Responsable filière psychiatrie  
légale, CHU Montpellier 34295

**Résumé.** L'année 2018 marquait le vingtième anniversaire de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs qui instaurait le suivi sociojudiciaire et l'injonction de soin. La Fédération française des centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS) a souhaité revenir sur les modalités de prise en charge des auteurs pour s'interroger sur le dispositif de prévention et de soin existant en organisant une audition publique les 14 et 15 juin 2018 avec le concours et la méthodologie de la Haute Autorité de santé. Les auteurs proposent de revenir sur certains points soulevés plus particulièrement dans le rapport de la commission d'audition, en termes d'état des lieux, de mesures de prévention, d'évaluation et de traitement des AVS.

**Mots clés :** auteur de violence sexuelle, prise en charge, prévention, évaluation, injonction de soin, suivi sociojudiciaire, rapport officiel

**Abstract. How should we approach the perpetrators of sexual violence?.**

The year 2018 marked the twentieth anniversary of the French law of June 17, 1998, which aimed at preventing instances of sexual abuse, introducing sentences for perpetrators, and protecting minors. The law established socio-judiciary supervision and the injunction of care.

In the time since the introduction of the law, societal but also technological changes have redefined some of the contours of delinquency and pathology, scientists have highlighted and invested in new fields of study, and new approaches in terms of health policy and security have been developed.

This is why the French Federation of Resource Centers for Professionals Working with Sex Offenders (FFCRIAVS) wanted to reconsider how we approach perpetrators, to question the existing methods of prevention and care, by organizing a public hearing on June 14 and 15 2018, with the assistance of the French National Authority for Health. The authors of this paper consider some of the points raised in the report of the hearing committee, concerning the prevention, evaluation, and treatment of sex offenders.

**Key words:** perpetrator of sexual violence, care, prevention, evaluation, injunction of care, socio-judiciary supervision, official report

**Resumen. ¿ Qué tipo de enfoque para los autores de violencias sexuales?.**

El año 2018 marcaba el 20° aniversario de la ley n° 98-468 del 17 de junio de 1998 relativa a la prevención y la represión de las infracciones sexuales así como a la protección de los menores que instauraba el seguimiento socio-judicial y la obligación de cuidados. La Federación Francesa de los Centros de Recursos para los intervinientes en el caso de Autores de Violencias Sexuales (FFCRIAVS) ha deseado volver sobre las modalidades de atención a los autores con el fin de interrogarse sobre el dispositivo de prevención y atención vigente organizando un acto público los 14 y 15 de junio 2018 con la participación y la metodología de la Alta Autoridad de Salud. Los autores proponen volver sobre ciertos puntos planteados más particularmente en el informe de la comisión de auditoría, en cuanto a estado de lugar, medidas de prevención, de evaluación y de tratamiento de los AVS.

**Palabras claves:** autor de violencia sexual, atención, prevención, evaluación, obligación de cuidados, seguimiento socio-judicial, informe oficial

## Quelle approche pour les auteurs de violences sexuelles ?

Les violences sexuelles sont dans notre société un fait à la fois fréquemment abordé par les médias et complètement sous-estimé dans son ampleur. La mesure la plus approchée qu'on peut en avoir n'est pas celle

des plaintes (14 130 pour viol en 2016), encore moins celle des condamnations pénales (1003 pour viol en 2016), mais celle qui résulte des enquêtes de victimation. D'après celle dont les résultats sont publiés par l'ONDRP [1]<sup>1</sup>, 466 000 personnes ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles hors de leur ménage durant les deux années précédant l'enquête (2015-2016)

**Correspondance :** C. Alezrah  
<charles.alezrah@wanadoo.fr>

<sup>1</sup> Les données sont issues de l'enquête « Cadre de vie et sécurité » conduite par l'Insee depuis 2007 portant sur 15 500 ménages.

et 700 000 ont fait de même pour des violences de même nature dans leur ménage. Encore ces nombres sont-ils minorés, puisqu'ils s'appliquent à une période de temps courte et à des adultes (18-76 ans) : on sait que beaucoup d'agressions portent atteinte dans les familles aux jeunes enfants, filles et aussi garçons ; la grande majorité des victimes adultes étant des femmes. L'enquête montre aussi que moins de 10 % des victimes déposent plainte, le motif le plus souvent allégué étant que « ça ne sert à rien ».

Bien entendu, ces déclarations peuvent varier quant à la définition donnée aux violences sexuelles [2, 3]. De nombreuses disciplines ont donné les leurs, mettant en cause de nombreux facteurs d'ordre juridique, médical, psychologique ou social. On les retrouve dans les approches synthétiques conduites depuis quinze ans, notamment la conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » (22-23 novembre 2001) [4], la recommandation de bonne pratique « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de quinze ans » de la Haute Autorité de santé (juillet 2009) [5] et la conférence de consensus « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récidive » (20 janvier 2013) [6].

En outre, par nature, ces enquêtes ne disent rien des auteurs (on serait tenté d'indiquer qu'elles en disent le moins possible). Ni quant à leur nombre – dont on peut supposer néanmoins qu'il est, au moins dans les cas de violences hors ménage, à peu près aussi élevé que celui des victimes, ni dans leurs caractères. La répression pénale – et des affaires récentes qu'a mises à jour le mouvement *#MeToo* et ses suites –, établit néanmoins la variété des situations, des âges et des milieux. Le rapport entre les condamnations et le nombre (même approché) d'auteurs montre d'évidence l'abîme qui sépare encore le volume d'auteurs de violences sexuelles pris en charge et celui du nombre réel des auteurs.

Pour le vingtième anniversaire de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 [7] relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, il paraissait légitime de s'interroger sur les apports de cette loi qui a profondément innové, dans les sanctions applicables aux auteurs de certaines infractions, en instituant la possibilité de les condamner à un « suivi sociojudiciaire », lequel, selon les termes de l'article 131-36-1 du code pénal, « comporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre... à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive ». La personne ainsi condamnée doit en principe se soumettre, notamment, à une « injonction de soins », à laquelle elle doit donner son consentement, si un expert psychiatre a estimé qu'elle pouvait faire l'objet d'un traitement. La loi précise enfin les modalités de l'injonction de soins, selon des dispositions qui figurent aux articles L. 3711-1 à L. 3711-5 du code de la santé publique.

La FFCRIAVS a souhaité revenir sur les modalités de prise en charge des auteurs pour s'interroger sur le dispositif de prévention et de soin existant sous la forme d'une audition publique, selon les principes et avec le soutien méthodologique de la Haute Autorité de santé, et organisée avec le concours de quinze associations ou personnes publiques intéressées à cette réflexion<sup>2</sup>. Le travail a donc revêtu trois formes :

- un inventaire de la littérature française et anglo-saxonne sur le sujet, publiée de 1998 à 2017 ;
- la mobilisation de plus de trente experts français et étrangers qui ont, dans leur domaine de compétences, écrit des analyses dont ils ont présenté une brève synthèse lors de l'audition publique des 14 et 15 juin 2018 ;
- la réunion d'une commission d'audition qui a assisté à l'audition puis, à huis-clos, a élaboré un rapport le 17 juin 2018, remis depuis lors aux différentes autorités intéressées (gouvernement et parlement) et dont les lignes qui suivent retracent l'essentiel [9].

L'évolution de la réalité depuis 1998 fait apparaître trois éléments :

- En premier lieu, la mesure des violences sexuelles, déjà approchée par les premières enquêtes de victimation, fait l'objet désormais de perspectives de long terme rétrospectif qui confirme l'ampleur de ces violences, et donc du nombre d'auteurs. Les mouvements publics qui se sont produits depuis octobre 2017 en ont révélé quelques aspects dans des milieux professionnels déterminés, avec d'ailleurs des résultats inégaux.
- En deuxième lieu, depuis 1998, l'usage des outils numériques, notamment de l'Internet (y compris du dark net), s'est massivement développé, et avec lui une diffusion aisée de messages et de mises en relation de nature sexuelle.
- Enfin, en troisième lieu, si l'image du criminel est restée dans les années 1995-2005 associée au « prédateur sexuel », notamment d'enfants, le terrorisme des années 2000 a relégué cette représentation au second plan. Ainsi s'explique que l'injonction de soins, réservée à une exception près en 1998 aux auteurs d'infractions sexuelles, a été étendue à d'autres infractions de nature tout à fait distincte. Corollairement, le suivi sociojudiciaire lui-même a été redoublé par d'autres dispositifs d'orientation moins préventive que répressive, destinés

<sup>2</sup> Association française de criminologie (AFC). Association française de psychiatrie biologique et neuropharmacologique (AFPBN). Association française pour le traitement des violences sexuelles (AFTVS). Association interdisciplinaire post-universitaire de sexologie (AIUS). Association nationales des juges de l'application des peines (Anjap). Association nationale des psychiatres experts judiciaires (Anpej). Association des psychiatres de secteur infanto-juvéniles (API). Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle (Artaas). Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP). Direction générale de la santé (DGS). Direction générale de l'offre de soin (DGOS). Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (FFCRIAVS). Fédération française de Psychiatrie (FFP). Santé publique France. Société française de psychologie.

à des publics identiques : surveillance judiciaire, surveillance électronique mobile, surveillance de sûreté ; ce faisant, la prévention de la récidive a pris à nouveau des aspects coercitifs affaiblissant d'autant la portée du dispositif imaginé en 1998. Enfin, l'article 706-47-1 du code de procédure pénale a étendu, en 2010, la possibilité de l'injonction de soins à ces nouvelles mesures de surveillance.

Ces modifications, pour importantes qu'elles soient, n'altèrent pas le bien-fondé du mécanisme du suivi sociojudiciaire. L'avènement du numérique ne modifie pas l'évaluation qu'on peut faire des passages à l'acte violents ; les alternatives de contrainte au suivi sociojudiciaire ne privent pas ce dernier d'intérêt.

Dans ce contexte, les experts entendus les 14 et 15 juin 2018 et le rapport de la commission d'audition ont pris pour fondement de leur réflexion le principe de la santé sexuelle établi par l'Organisation mondiale de la santé dès 1974 et introduit en France, outre la loi du 17 juin 1998, par les plans psychiatrie-santé mentale [10], la circulaire du 13 avril 2006 instituant les Criavs [11], plus récemment, par la loi du 26 janvier 2016 [12] qui a introduit dans le code de la santé publique un article L. 1111-5-1 mentionnant la sauvegarde de « la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure », enfin par la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 lancée en mars 2017 [13]. Ils ont mis l'accent sur quelques éléments qui leur sont apparus décisifs.

### *Il convient d'engager une action résolue de prévention des violences sexuelles*

La prévention primaire vise à prévenir le passage à l'acte.

Elle doit se focaliser moins sur la prévention « des dangers et des problèmes » (dépistage des maladies sexuellement transmissibles, grossesses non désirées...) comme c'est le cas aujourd'hui que reposer sur l'idée d'épanouissement de la santé sexuelle, impliquant le corps, les émotions. La notion de consentement doit être mise au cœur des réflexions. La prévention des violences sexuelles ne peut manquer d'être associée à la prévention des violences en général, et aussi à celle des addictions.

Elle doit se préoccuper de la santé sexuelle de la personne faisant l'objet de la prévention mais aussi à l'attitude face aux violences, y compris comme témoin (*bystander*).

Elle doit s'intéresser, sous des formes diversifiées et renouvelées tout au long du cursus scolaire, aux enfants mais aussi à leur environnement social, en particulier aux familles. L'école, avec la participation des professionnels de la santé et du social, et d'associations dont certaines ont déjà réalisé des actions dignes d'intérêt, doit être au centre de ces actions.

Certains enfants ou adolescents méritent une attention particulière :

- c'est le cas des enfants déscolarisés : à la différence d'autres formes de violence, la précarité et la déscolarisation ne sont pas reconnues comme des facteurs de risque. Il convient d'en mesurer plus précisément l'importance afin de promouvoir éventuellement des campagnes de prévention spécifiques ;

- les mineurs étrangers relevant des services de la protection de l'enfance ; des actions spécifiques doivent s'y intéresser ;

- les enfants handicapés, pour lesquels il convient de mettre l'accent sur le développement des facultés psychosociales et de la vie affective et prendre en compte la santé sexuelle, en lien étroit avec les familles ;

- enfin ceux des enfants jeunes (moins de douze ans) qui manifestent des « comportements sexuels problématiques » (CSP) que l'école ne sait guère gérer et sont une source d'inquiétude dans le milieu scolaire : ils doivent faire l'objet d'outils particuliers de prévention.

Il existe peu de programmes de prévention soigneusement évalués dans leurs effets. Des évaluations ont été faites principalement sur des programmes américains destinés aux étudiants. Il est donc nécessaire de développer la recherche et l'évaluation permettant de construire à l'avenir des programmes de prévention efficaces et d'y intégrer des recherches sur les facteurs protecteurs.

La modification des représentations sociales doit également concerner les auteurs de violences sexuelles. Un vocabulaire adapté doit être trouvé : ainsi le terme de « castration chimique » pourrait être heureusement remplacé par un terme simple et non stigmatisant (par exemple « traitement anti-hormonal »).

Enfin, tous ceux qui agissent dans le champ de la prévention doivent avoir un accès simple et aisé à des lieux ressources, services ou associations susceptibles de leur faciliter la tâche (téléphone, sites numériques, permanences...).

La prévention secondaire entend intervenir après les violences.

Elle se préoccupe d'abord évidemment des victimes mais doit aussi s'intéresser aux auteurs, en particulier dans le cas des violences sexuelles intrafamiliales. Les révélations, fragilisent la victime, mais peuvent avoir le même impact sur l'auteur, avec un risque suicidaire réel, notamment s'il s'agit d'un mineur.

La commission d'audition propose dans le cadre de la prévention secondaire :

- l'évaluation et le développement des réseaux d'écoute au niveau national en vue de proposer un numéro d'appel unique ;

- un aspect particulier de la prévention secondaire concerne les violences sexuelles commises sur les adultes avec une nette majorité de violences faites aux femmes, notamment dans le cadre des violences conjugales. Dans ces cas, l'ordonnance de protection de la victime qui s'applique à l'auteur lui impose un certain nombre d'obligations et d'interdictions. Les victimes par l'intermédiaire des avocats, des associations et des

médecins doivent être mieux informées de l'existence de cette ordonnance. Les dispositifs d'aide aux victimes ont un rôle central à jouer dans cette meilleure information.

La visibilité et le nombre des structures prenant en charge les mineurs auteurs doivent être sensiblement accrus.

Les Criavs ont mis en œuvre un Réseau écoute orientation (REO) [14]. Il a pour vocation de faciliter le recours aux soins de première ligne pour les personnes souffrant de paraphilies. Des Criavs volontaires ont mis en place ce maillage national pour accueillir les questions et préoccupations des professionnels et du grand public concernant les fantasmes et/ou comportements sexuels problématiques. Des professionnels formés assurent au cours des heures ouvrées l'accueil téléphonique de toute personne (patient, famille, professionnels, tiers aidants...). En fonction de la gravité et de l'urgence, une orientation est proposée vers les services *ad hoc* (service d'accueil d'urgence, unité médico-judiciaire, équipe de soins psychiatriques, services sociaux, maison de la justice et du droit, services de police ou gendarmerie...).

Enfin, la prévention tertiaire a pour but d'aider les victimes et d'empêcher les auteurs de récidiver.

Des recherches doivent être menées afin d'identifier les critères sur lesquels se fonde un agresseur pour identifier la vulnérabilité de sa victime ainsi que sur les mécanismes d'emprise.

Les propositions suivantes ont été retenues par la commission d'audition :

– Il convient de développer les recherches sur les facteurs de protection des auteurs et sur les facteurs qui sont de nature à limiter le risque de récidive.

– La lutte contre la récidive se traduit depuis la loi du 17 juin 1998 par le dispositif de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Lors de l'audition publique, il a été relevé le risque de « psychologisation » excessive des prises en charge au détriment de la satisfaction des besoins socioéconomiques essentiels comme l'obtention d'un emploi et d'un logement stable. Il convient, par conséquent, de renforcer l'accompagnement social et socio-éducatif dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

– Il serait utile de conduire des recherches-action sur les dispositifs de rencontre auteurs-victimes, afin d'en mesurer la pertinence, et d'en organiser le déploiement en opportunité.

### *Il est nécessaire d'améliorer sensiblement l'évaluation des auteurs de violences sexuelles et des dispositifs de prise en charge*

*Il existe aujourd'hui de nombreux outils d'évaluation des auteurs de violences sexuelles qui ont plusieurs fins :*

– évaluer l'état de santé (par exemple, de manière banale, sa compatibilité avec une garde à vue) ;

– évaluer le potentiel suicidaire, en particulier à l'entrée en détention ;

– évaluer le parcours pénal pour aider le juge à déterminer les modalités de l'exécution de la peine, notamment un éventuel aménagement.

L'administration pénitentiaire à qui il revient, en vertu de la loi, d'évaluer la personnalité et la dangerosité des personnes détenues [15], met en œuvre différents instruments à cette fin, dont les Centres nationaux d'évaluation (de Fresnes, Réau...).

La mission d'évaluation du psychiatre, quant à elle, a des finalités distinctes selon qu'elle est pré-sentencielle ou post-sentencielle.

Dans le premier cas, elle est obligatoire pour un ensemble de crimes ou délits [16] pour déterminer l'intérêt d'une injonction de soins ; elle est également nécessaire lorsqu'un suivi sociojudiciaire peut être ordonné par le juge, afin d'indiquer si le prévenu est accessible à un traitement. Il s'agit alors d'une analyse rétrospective qui doit déterminer si le discernement du prévenu était altéré ou aboli lors des faits, examiner l'état mental lors de l'examen et indiquer si une éventuelle pathologie psychique a évolué depuis la commission de l'infraction. Elle doit prendre en considération la vie « affectivo-sexuelle » de la personne, ainsi que le rappelait R. Coutanceau lors de l'audition publique [17].

Dans le second cas, la perspective est toute différente : il s'agit d'évaluer les risques de récidive. Or les marqueurs tenant au positionnement du sujet par rapport aux actes commis, à la reconnaissance des faits, à sa motivation à s'inscrire dans une démarche de soins ne sont pas à prendre en compte dans l'évaluation du risque de récidive car leur validité prédictive est nulle [18]. L'approche a été enrichie d'échelles et outils standardisés venus notamment du Canada. Ces instruments n'évaluent que le risque statistique d'un sujet qui aurait le même profil psychopathologique environnemental que le sujet expertisé. Il apparaît néanmoins pertinent d'en enrichir l'expertise. Des précautions sont toutefois nécessaires. La commission d'audition en suggère trois :

– confier l'expertise à une collégialité d'experts ou à une unité spécialisée de psychiatrie légale, et notamment pour les expertises nécessitant une évaluation précise de la dangerosité ;

– donner une formation criminologique complémentaire aux outils d'évaluation aux experts psychiatres réalisant ce type d'expertise spécifique ;

– proposer une sensibilisation à la méthodologie et aux limites de ces outils d'évaluation lors de la formation initiale de tout psychiatre.

Toutefois, la distinction entre pré-sentenciel et post-sentenciel perd de sa vigueur lorsqu'il s'agit pour l'expert d'évaluer une personne susceptible par exemple de bénéficier d'un aménagement de peine. Les soins ont dans cette perspective un double objectif : le premier est thérapeutique et ne se distingue pas d'une prise en charge psychiatrique classique ; le second est de contribuer à la diminution du risque de récidive. Ce second objectif ne doit pas être oublié par

les thérapeutes prenant en charge le sujet. Il est donc souhaitable d'évaluer l'évolution du sujet dans ces deux dimensions : celle de son équilibre psychique et celle du risque. Dans ce contexte de soin pénalement ordonné, ou dans un contexte de soin en milieu carcéral, l'action thérapeutique peut être évaluée avec les outils cliniques habituels et peut être facilitée par l'utilisation d'instruments comme le QICPAAS (questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle) (réservé aux adultes) ou sa version spécifique pour adolescents. L'effet de la prise en charge en matière de risque de récidive peut être mesuré avec la même méthodologie et les mêmes outils que lors de l'expertise d'évaluation du risque.

*Dans d'autres domaines, l'évaluation doit être introduite ou améliorée.*

En premier lieu, le juge peut ordonner des « obligations de soins » au titre de « l'obligation de faire » de l'article 131-10 du code pénal [19], sans que cette obligation doive être précédée d'un avis d'expert.

La commission d'audition propose que la loi soit modifiée de telle sorte qu'un expert se prononce, dans les cas où des soins apparaîtraient nécessaires, sur la question de savoir s'ils sont possibles et utiles au cas d'espèce, d'une part, et, dans l'affirmative, si une injonction ou une obligation est la mieux à même de répondre à cette utilité.

En deuxième lieu se pose la question de la double contrainte du partage d'informations, d'une part, et du secret médical, d'autre part. L'un comme l'autre ne peut être ignoré.

En effet, la prise en charge des auteurs de violences sexuelles relève de l'interaction des champs soignant, judiciaire et social et donc de l'intervention de plusieurs acteurs en des lieux ou à des moments distincts [20]. Existe-t-il des éléments d'évaluation partageables entre les différents acteurs ? Si oui, lesquels, et comment peut-on les partager ? Il est nécessaire de promouvoir des lieux et temps de rencontre formalisés entre les différents intervenants en charge du condamné : des expériences réussies en ce sens ont été présentées lors de l'audition publique des 14-15 juin 2018.

Cependant, l'obligation du secret médical ne peut être ignorée pour autant. On peut rappeler à cet égard que, dans le cadre de l'injonction de soins, le Conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcé contre le partage du secret médical entre médecin traitant et médecin coordonnateur, décision qui s'explique par le fait que le médecin coordonnateur n'est pas considéré comme un soignant dans le dispositif de l'injonction de soin. Dans le cas des auteurs de violences sexuelles incarcérés, l'administration pénitentiaire consigne de nombreuses informations ou observations, de source variée, dans sa mémoire numérique (le logiciel Genesis<sup>3</sup>). Cette

mémoire est proposée aux professionnels de santé travaillant en milieu pénitentiaire. La commission d'audition est d'avis que, pour maintenir la confiance du sujet, le secret médical doit continuer de s'appliquer rigoureusement et aucune information couverte par ce secret ne saurait figurer dans le logiciel. En revanche, les informations qui y sont contenues doivent pouvoir faire l'objet d'échanges, si elles sont utiles aux soins et dès lors qu'elles ne relèvent d'aucun secret : l'administration pénitentiaire ne saurait les retenir pour son seul usage.

*Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?*

L'évolution des modèles de traitement spécifiques aux AVS, depuis les modèles explicatifs du passage à l'acte jusqu'aux modèles de réhabilitation, suscite des débats sur la manière de les traiter efficacement [21]. Des méta-analyses à grande échelle [22] impliquant plus de 20 000 participants, ont rapporté des résultats relatifs aux taux de récidive et à leur évolution ; ceux-ci suggèrent un effet significatif du traitement sur la récidive des AVS afin d'orienter les professionnels dans le choix de leurs cibles thérapeutiques. Il existe des principes reconnus dans le traitement sous contrainte pénale permettant de réduire le risque futur de récidive auprès des délinquants en général dont ceux du risque-besoin-réceptivité. Une évaluation de l'efficacité thérapeutique des programmes pourrait inclure une évaluation du risque de récidive dynamique – clinique et criminologique des AVS à différents moments de la prise en charge, en fin de prise en charge, voire même après la prise en charge. Toutefois, à ce jour il n'existe pas de référentiel professionnel consensuel permettant de guider avec précision l'expert au sujet de l'opportunité ou non de la poursuite des soins dans le cadre d'une mission ordonnée par le juge d'application des peines.

Il devrait être possible de lever plus facilement l'injonction de soins lorsque l'évaluation du risque de dangerosité du sujet expertisé (et le traitement associé), est identique ou proche de celle d'un sujet de la population générale. Cette approche conduit à dissocier éventuellement, dès le prononcé de la mesure (notamment devant les cours d'assises qui doivent désormais motiver leurs arrêts), la durée du suivi sociojudiciaire et celle de l'injonction de soins. Il faudrait donc modifier le code pénal sur ce point afin de permettre la fin des soins lorsqu'ils ne sont plus indiqués. Le médical ne saurait tenir le pénal en l'état.

### *La prise en charge des auteurs de violences sexuelles*

Il convient tout à la fois d'en améliorer les conditions pratiques de fonctionnement et le fond des thérapeutiques.

#### *La continuité et les conditions des soins*

Elle est, de fait, mal assurée aux sortants de prison, compte tenu des conditions de la sortie (malaisément

<sup>3</sup> Pour « gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi individualisé et la sécurité ».

prévisible au jour près) et du fonctionnement des CMP, notamment dans les grandes villes.

C'est pourquoi la commission d'audition propose que soit offerte aux auteurs de violences sexuelles sortant de prison, pour garantir l'accès aux soins et leur continuité, la possibilité de consultations ambulatoires assurées par les thérapeutes exerçant en détention.

En outre, au regard de la complexité de certains patients ou des difficultés rencontrées par les auteurs de violence sexuelle lors de leur remise en liberté comportant une injonction de soin, il est nécessaire de donner la possibilité aux Criavs de développer une offre de soin spécialisée en complément de l'offre de droit commun proposée notamment par les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Corollairement, celle-ci doit pouvoir mettre en œuvre des soins spécialisés intersectoriels.

De même, la loi du 17 juin 1998 (*i.e.* les articles 131-36-1 et suivants du code pénal) devrait être modifiée pour mieux parvenir aux objectifs suivants :

- définir des critères aussi objectifs que possible justifiant la mise en œuvre d'une injonction de soins ;
- réaffirmer le principe d'individualisation de la peine dans une telle hypothèse (entière liberté d'appréciation de l'expert comme du juge) ;
- comme indiqué ci-dessus, découpler la durée de l'injonction de soins de celle du suivi sociojudiciaire.

Sur le plan administratif, il serait utile de :

- actualiser le *Guide de l'injonction* publié par les deux ministères de la Santé et de la Justice [23] ;
- envisager de modéliser les expériences locales de maillage réussi entre « santé », « justice » et « social » pour le renforcer et garantir le champ d'intervention de chacun des acteurs du dispositif d'injonction de soins ;
- restaurer la place et l'importance de l'insertion sociale de la personne, souvent négligée, au sein du dispositif global de prise en charge de l'auteur de violences sexuelles.

Enfin, dès lors que ces mécanismes tendent à voir le jour en France, après d'autres pays, il est opportun d'évaluer la faisabilité et la pertinence de procédés de justice restaurative ainsi que de leurs éventuelles applications à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

#### *L'approche thérapeutique*

L'audition publique et le rapport subséquent de la commission font apparaître l'intérêt du recours, dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, à des techniques relevant d'approches différentes, psychodynamiques, cognitivo-comportementales et systémiques, en insistant sur la prise en charge d'éventuels psychotraumas (thérapie des cycles de vie (IVC), *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) ...). Pour en déterminer la proportion, l'intérêt de la personne prise en charge doit toujours primer. L'objectif de la thérapie psychodynamique est d'aider le sujet à cheminer entre confrontation à la loi et rencontre avec sa propre

souffrance pour lui permettre d'appréhender ses vulnérabilités traumatiques, la finalité étant de pallier les effets désorganisateur et destructeur qu'elles engendrent [24].

De plus, des efforts ont été réalisés par les psychodynamiciens [25, 26] afin de structurer leur modèle de prise en charge par étapes successives, en ciblant les stratégies thérapeutiques sur des dimensions pertinentes pour le soin des auteurs de violence sexuelle. La commission d'audition recommande de renforcer la formation initiale des psychologues aux échelles standardisées et aux méthodes de jugement clinique structuré.

Enfin, les recherches réalisées sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont démontré l'efficacité des approches TCC pour diminuer la récurrence [27-29]. Ceci doit être considéré comme une avancée majeure pour la société. En France, la plupart des professionnels de la santé formés aux TCC « classiques » ne sont cependant pas formés aux approches psychocriminologiques. Ainsi, sur le terrain, les soignants de référentiel TCC sont sollicités afin de prendre en charge des populations AVS pour lesquelles ils n'ont pas reçu de formation spécifique. Sur la base de ces observations, la commission d'audition publique recommande un renforcement des dispositifs de formation continue sur des modules de psychocriminologie clinique afin de favoriser la montée en compétence des professionnels de santé tout au long de leur parcours professionnel.

Dans les soins mis en œuvre au bénéfice des auteurs de violences sexuelles, la question de la famille doit toujours être présente. Elle peut être abordée selon trois modalités :

- les consultations familiales ;
- l'accompagnement des familles d'auteurs après révélation des faits ;
- les thérapies familiales systémiques.

Les réseaux de PMI existant de soutien à la parentalité sont des lieux de recours auprès des familles impactées par les violences sexuelles. Ils doivent être développés afin de prévenir précocement les effets des violences sexuelles à long terme.

S'agissant des traitements médicamenteux, l'utilisation des antidépresseurs de type IRS (inhibiteur de la « recapture » de la sérotonine) a été considérée comme positive dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte et à forte tonalité compulsive ou en cas de dépression associée. Toutefois ces molécules ne disposent pas d'indication en France dans le traitement des paraphilies, et sont donc prescrites hors autorisation de mise sur le marché. En ce qui concerne les traitements antihormonaux, il faut tout d'abord rappeler que la présence de testostérone est une condition nécessaire mais non suffisante au maintien d'un niveau constant d'intérêt et d'excitation sexuels. Il est maintenant établi qu'ils réduisent significativement l'intensité et la fréquence du désir sexuel

déviant de façon réversible et ils ont montré une réelle efficacité dans la prise en charge des paraphilies les plus sévères avec un délai d'action sur la libido plus bref que toute autre forme de traitement. Ils ne peuvent être prescrits qu'après consentement écrit et éclairé du patient. Ce peut être l'acétate de cyprotérone (CPA) dont l'action est l'inhibition compétitive des récepteurs de la testostérone. L'autre traitement anti-hormonal est un analogue de la GnRH, la triptoréline, qui agit sur les récepteurs hypophysaires de celle-ci, disponible sous forme injectable mensuelle ou trimestrielle. Ces traitements doivent être systématiquement associés à une prise en charge psychothérapeutique. Il est nécessaire de tenir compte des contre-indications et d'effectuer une surveillance somatique durant leur prescription. Ces traitements médicamenteux ont été intégrés dans un algorithme du traitement pharmacologique des paraphilies comprenant six niveaux, proposés en 2009 en France puis sur le plan international [30].

Un modèle de prise en charge pour l'élaboration d'un guide des bonnes pratiques en matière d'accompagnement thérapeutique des auteurs de violences sexuelles peut être proposé. Ce modèle se fonde sur trois axes constituant le socle commun de pratiques partageables quelles que soient les approches épistémiques sous-jacentes :

- une approche clinique structurée par phases de traitement avec une graduation du soin. Afin de replacer le patient au cœur de la prise en charge thérapeutique, les techniques de soin sont déterminées en fonction des ressources du patient et des besoins évalués ;

- des techniques de soins clairement identifiées : entretiens semi-structurés non directifs ; maniement spécifique de la parole où le silence est proscrit ; interventions thérapeutiques par binômes, notamment dans les espaces thérapeutiques de groupe ; recours aux outils de médiation ; conception modulaire du dispositif thérapeutique articulant de l'individuel, du groupe et des entretiens familiaux ; mise en place d'ateliers psychomoteurs et psychosensoriels ;

- des stratégies thérapeutiques orientées sur des dimensions psychologiques discriminantes dans le traitement des AVS : prévention de la récurrence ; renforcement des compétences sociales et des habiletés relationnelles ; amélioration des mécanismes de régulation émotionnelle ; optimisation des niveaux de conscience de soi afin de renforcer l'empathie et aider l'AVS à identifier les conséquences de ses actes ; réduire l'anxiété d'attachement pour permettre au patient de vivre une intimité plus sûre.

L'acte de violence sexuelle chez les mineurs, nécessite un accompagnement judiciaire, social et psychologique qui soit adapté et proportionné. En milieu libre, l'AVS mineur rencontrera généralement les mêmes structures de soins que les adolescents tout venant, s'il y est accepté. Comme pour les adultes, trop peu de professionnels de ces services sont formés et il n'existe

que très peu de services spécialisés. À la lumière de ces constats, lutter efficacement contre les violences sexuelles nécessiterait d'étendre l'offre de soins territoriale, notamment à l'endroit des mineurs auteurs.

## Conclusion

Un effort original, sans équivalent ailleurs, a été consenti avec la loi du 17 juin 1998. Cet effort doit être poursuivi et amplifié, les données quantitatives sur les violences sexuelles comme les réactions des victimes l'imposent. La répression à elle seule ne suffira pas : c'est pourquoi un effort réfléchi et très important de prévention est nécessaire. En même temps, l'injonction de soins doit être découplée du suivi sociojudiciaire, améliorée dans son fonctionnement. L'expertise doit s'ouvrir, avec la prudence et les compétences nécessaires, au double aspect du soin et du risque. De nouvelles possibilités de prise en charge, avec les techniques rappelées ci-dessus, doivent enfin être ouvertes, en particulier pour les enfants auteurs, à la condition que l'insertion sociale des auteurs ne soit pas omise et que la famille y soit d'une manière ou d'une autre associée lorsque c'est possible. Telles sont les conclusions du rapport issu de l'audition publique des 14 au 15 juin 2018, lequel rappelle, *in fine*, que « la psychiatrie est une discipline médicale centrée sur les soins aux personnes présentant des troubles mentaux. Elle ne doit en aucun cas être utilisée à des fins de contrôle social. »

**Liens d'intérêt** l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt avec cet article.

## Références

1. Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales. *Victimation 2016, décembre 2017*. Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice. [https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp\\_files/publications/pdf/2017\\_RA\\_victimation\\_0.pdf](https://inhesj.fr/sites/default/files/ondrp_files/publications/pdf/2017_RA_victimation_0.pdf) (consulté le 8 avril 2019).
2. Zauberman R. Les enquêtes de victimation. Une brève histoire, quelques usages. *Idées économiques et sociales* 2015 ; 181 : 8-21.
3. Miceli L, Névanen S, Robert P, Zauberman R. De l'instantané au long métrage. L'enquête Cadre de vie et sécurité dans la série des données sur la victimation. *Economie et statistique* 2009 ; 426 : 3-28.
4. *Conférence de consensus. « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle »*. 22 et 23 novembre 2001. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2002.
5. *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans : Argumentaire*. Saint-Denis la Plaine : Haute Autorité de Santé, 2009. juill [cité 27 juin 2018] p. 257. (Recommandations de bonne pratique). Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_argumentaire.pdf) (consulté le 27 juin 2018).
6. *Conférence de consensus. « Pour une nouvelle politique publique de prévention de la récurrence », 20 janvier 2013. Principes d'action et méthodes*. Rapport du jury de consensus remis au Premier ministre. Paris : Ministère de la Justice, 2013.
7. France. *Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs*. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000556901>.

8. Langlade A, Vanier C, Biamba LP. État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins. Grand Angle 2018 ; 49.(ONDRP-INHESJ, 34 p.).
9. Alezrah C, Mouchet-Mages S, *et al.* *Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge*. Rapport de la Commission d'audition du 17 juin 2018. Paris : Audition Publique,;1; 14 au 15 juin 2018. <https://www.fccriavs.org/la-federation/audition-publique/>.
10. France. *Plan psychiatrie et santé mentale*. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf) (consulté le 9 avril 2019).
11. France. *Circulaire DHOS/DGS/02/6C n° 2006/168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles et à la création de centres de ressources interrégionaux*. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=16120>.
12. France. *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art 7. Article L1111-5-1*. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031917409&dateTexte=&categorieLien=cid>.(consulté le 9 avril 2019).
13. *Stratégie nationale de santé sexuelle : agenda 2017-2030*. Paris : ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017. p. 74. [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf). (consulté le 28 juin 2018).
14. *Réseau Écoute Orientation* [Internet]. FFCRIAVS.org. <http://www.fccriavs.org/la-federation/reseau-ecoute-orientation/>.(consulté le 28 juin 2018).
15. *Article 717-1 du code de procédure pénale modifié en dernier lieu par la loi du 27 mars 2012*. [cité 8 avril 2019]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006577680&dateTexte=&categorieLien=cid>.
16. *Article 706-47 du code de procédure pénale*. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006577680&dateTexte=&categorieLien=cid>. (consulté le 8 avril 2018).
17. Coutanceau R. *Expertise psychiatrique, psychologique, psychocriminologique, et psycho-sexologique d'un auteur d'agression sexuelle*. Paris : Audition Publique, 14 au 15 juin 2018.
18. Hanson RK, Bussière MT. *Les prédicteurs de la récidive sexuelle : une méta-analyse* [internet]. Ottawa : Solliciteur général Canada,;1; Secrétariat du Ministère ; 1996. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-fr.aspx>.(consulté le 6 juin 2018).
19. *Article 131-10 du Code Pénal*. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417248&dateTexte=&categorieLien=cid>.(consulté le 8 avril 2019).
20. Vanderstukken O, Garay D, Benbouriche M, Moustache B. Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage. *L'Information Psychiatrique* 2015 ; 8 : 676-86.
21. Ducro C, Pham T, Cortoni F. L'efficacité du traitement des agresseurs sexuels adultes. *Rev Francoph Clin Comport Cogn* 2017 ; 22 : 25-33.
22. Lölse F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders : A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol* 2005 ; 1 : 117-46.
23. *Guide de l'injonction de soins*. Paris : ministère de la santé et des sports, ministère de la justice, 2009. 66 p.
24. Ciavaldini A. « Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont les rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? ». In : *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*. Paris : Audition Publique, 14 au 15 juin 2018.
25. Verschoot O. « Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? ». In : *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*. Paris : Audition Publique, 14 au 15 juin 2018.
26. Ciavaldini A. Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violences sexuelles. *L'Information Psychiatrique* 2007 ; 1 : 13-21.
27. Vanderstukken O. Soins aux AVS en France : l'avènement des thérapies cognitivo-comportementales, des interventions cognitivo-comportementales et des accompagnements cognitivo-comportementaux. In : *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*. Paris : Audition Publique, 14 au 15 juin 2018.
28. Gautron V. Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soin ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? In : *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*. Paris : Audition Publique, 14 au 15 juin 2018.
29. Pham T. Quels critères d'évaluation proposer pour mesurer l'efficacité de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? In : *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018.
30. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW. WFSBP Task Force on Sexual Disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias ». *World J Biol Psychiatry* 2010 ; 11 : 604-55.