

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

N°.....

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Rares Cosmin MESU

Né le 18 juillet 1982 à Braïla (Roumanie)

Présentée et soutenue publiquement le : 13 octobre 2011

***LES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES ET LEURS
REPRÉSENTATIONS DU SOIN EN PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE.
À partir de l'éprouvé de 26 sujets suivis au Centre Jean-Baptiste Pussin
du Centre de Santé Mentale Angevin.***

Président : Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRÉ

Directeur : Monsieur le Docteur Stéphane RICHARD-DEVANTOY

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROISIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
	AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
MM	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
	LEROLLE Nicolas	Réanimation médicale
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophtalmologie
Mme	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
M.	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean-Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie

	VERNY Christophe	Neurologie
MM	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion
<u>MAÎTRES DE CONFÉRENCES</u>		
M.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM	BOUYE Philippe	Physiologie
	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M.	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LIBOUBAN Héléne	Biologie cellulaire
	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	MESLIER Nicole	Physiologie
MM	MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
	NICOLAS Guillaume	Neurologie
	PAPON Xavier	Anatomie
Mmes	PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
	PELLIER Isabelle	Pédiatrie
	PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M.	PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme	PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M.	PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes	ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
	SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
MM	SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
	SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
	TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2011

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRÉ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Stéphane RICHARD-DEVANTOY

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER

Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRÉ

Monsieur le Docteur Jean-Paul LHUILLIER

Monsieur le Docteur Stéphane RICHARD-DEVANTOY

Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

REMERCIEMENTS

Aux Messieurs les Professeurs Jean-Bernard GARRÉ et Philippe DUVERGER, pour l'organisation de l'enseignement clinique au cours de mes quatre années d'internat à Angers.

À M. le Dr. Stéphane RICHARD-DEVANTOY pour sa disponibilité, sa rigueur scientifique et ses remarques constructives dans la supervision de mon travail.

À Mme la Pr. Clotilde ROUGE-MAILLART, à M. le Pr. Jean-Louis SENON, et à M. le Dr. Jean-Paul LHUILLIER pour avoir accepté de juger mon travail de thèse.

À Mme la Dr. Laurence GUILLAUME, médecin coordonnateur du Centre « Jean-Baptiste Pussin » au Centre de Santé Mentale Angevin, pour la relecture, sa collaboration et son esprit collégial.

À Mlle Cindy Chaillou, psychologue, et aux Messieurs Laurent Burin, Patrice Roy, Bertrand Sauloup, infirmiers au Centre « Jean-Baptiste Pussin », pour leur investissement, tant dans ce projet que dans le travail quotidien auprès des patients.

Liste des abréviations

AMM	Autorisation de mise sur le marché
AVS	Auteur(s) de violences sexuelles
CESAME	Centre de Santé Mentale Angevin
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, version 10
CJBP	Centre « Jean-Baptiste Pussin »
CP	Code Pénal
CPP	Code de Procédure Pénale
CRAVS	Centre Ressource pour aide à la prise en charge des Auteurs de Violence Sexuelle
CSP	Code de la Santé Publique
DADS	Déclaration Annuelle de Données Sociales
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version IV
ENVEFF	L'enquête sur les violences envers les femmes en France
GEM	Échelle psychométrique d'engagement au groupe
GES	Échelle psychométrique d'environnement de groupe
GLM	Modèle des vies saines (Good Lives Model)
GnRH	Hormone de libération des gonadotrophines
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ISRS	Inhibiteur Sélectif de Recapture de la Sérotonine
JT	Jurisprudence Thérapeutique
MPA	Acétate de médroxyprogestérone
OR	Odds Ratio
RBR	Principe de Risque-Besoin-Réceptivité
SD	Écart-type, ou déviation standard
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SPSS	Logiciel statistique: Statistical Package for the Social Sciences
SSJ	Suivi Socio-Judiciaire
SOTEP	Programme thérapeutique: Sex Offender Treatment and Evaluation Project
TCC	Thérapie Cognitive-Comportementale

Sommaire

I. Introduction.....	8
II. Rationnel: état de la question.....	10
III. Matériel et Méthode.....	26
IV. Résultats.....	32
V. Discussion.....	37
VI. Conclusion.....	67
VII. Bibliographie.....	69
VIII. Liste des figures.....	75
IX. Liste des tableaux.....	75
X. Table des matières.....	76
XI. Annexes	78

I. Introduction

La problématique complexe des infractions sexuelles se situe à la frontière des champs médical, criminologique, psychologique, moral, éthique et judiciaire. Des actes comme l'agression d'un enfant, souvent proche de l'auteur, ou l'exhibition devant des personnes inconnues peuvent être incompréhensibles au premier abord. Pourtant ces comportements n'arrivent jamais par hasard et la réponse de la société ne peut pas se résumer seulement à la punition selon la gravité des faits commis. La clé de leur prévention, s'il en existe une, se trouve dans la compréhension globale des auteurs : dimension psychopathologique, motivations, histoire personnelle de vie, nature du lien avec la victime, circonstances du passage à l'acte. Mais comment mieux connaître ces individus sans se laisser influencer par des préjugés?

Certes, l'histoire de chaque victime est troublante et pèse dans la conscience collective, mais la représentation de la population générale des auteurs de violences sexuelles est fortement influencée par le portrait médiatique de cas singuliers, alors que la réalité clinique est différente. Prenons l'exemple de la récidive : la plupart des auteurs de violences sexuelles ne récidive pas. Les soignants cherchent à s'opposer à cette stigmatisation et à promouvoir une prise en charge efficace, il est alors nécessaire de soutenir ces démarches avec des arguments pertinents. Le taux de récidive est l'indicateur le plus souvent utilisé, dans un souci évident de protéger la population dans son ensemble et de juger l'efficacité du nombre de potentielles victimes épargnées. Demander aux auteurs de violences sexuelles ce qu'ils éprouvent au cours de la psychothérapie est un aspect essentiel, voire fondamental de celle-ci, réintroduisant la subjectivité qui fait si souvent défaut dans le fonctionnement psychique de ces sujets.

La psychothérapie de groupe, fréquemment indiquée chez les auteurs de violences sexuelles, constitue un environnement particulier qui aide à former des aptitudes relationnelles, souvent déficitaires dans cette population. Cette forme de traitement sollicite également des habiletés spécifiques des thérapeutes, dont le rôle est essentiel pour le fonctionnement du groupe. Le thérapeute doit prendre en compte les attentes des patients. Aussi, les différents traitements, souvent appliqués avec l'appui des décisions judiciaires, interrogent la place du soin et le délicat équilibre entre liberté individuelle, angoisse collective et protection de la société. Le thérapeute doit répondre à la fois aux besoins de la population générale et assurer la qualité, la loyauté et l'individualisation des soins face à

chaque auteur de violence sexuelle, le tout dans un cadre judiciaire périodiquement réajusté.

Comment les auteurs de violences sexuelles vivent-ils les soins et, en particulier, la prise en charge de groupe ? Que ressentent-ils de bénéfique ou délétère dans la thérapie proposée ? Quels changements utiles souhaiteraient-ils dans leur prise en charge ? Que pensent-ils des traitements médicamenteux face à leurs troubles de la sexualité ? Quelles sont les différences de perception du soin entre agresseurs sexuels et thérapeutes ? Et quelles sont les significations de ces écarts ? Enfin, quelle est la fonction du psychiatre dans l'intriqué dispositif de répression et de soins des auteurs de violences sexuelles ?

L'auteur d'une infraction à caractère sexuel interpelle donc la société, le juge et le psychiatre dans une multitude de questions. Afin de répondre à ces questions, nous examinerons d'abord des informations à caractère général sur les violences sexuelles comme la terminologie utilisée, les données épidémiologiques, et nous présenterons succinctement les principales données existantes dans la littérature médicale au sujet des psychothérapies dans cette indication. À partir de l'éprouvé de 26 sujets suivis au Centre Jean-Baptiste Pussin du Centre de Santé Mentale Angevin, notre étude des auteurs de violences sexuelles et leurs représentations du soin en psychothérapie de groupe tentera d'éclairer notre réflexion sur l'éthique des soins proposés aux auteurs de violences sexuelles.

II. Rationnel: état de la question

II.1. Définitions et généralités sur la violence sexuelle

II.1.1. Terminologie

Le comportement sexuel humain dans son ensemble n'est pas encadré par la loi, mais certains actes sont interdits au vertu du respect d'autrui dans son intégrité physique et psychique. La sanction de ces actes repose sur des principes fondamentaux du droit comme la matérialité des faits, la culpabilité (existence d'une faute et d'un dommage imputable) et la légalité (acte répertorié dans un texte de loi). Sont punissables des actes à connotation sexuelle hétérogènes dans leur forme, par exemple : exhibitionnisme, harcèlement sexuel, viol.

Le terme d'« agression sexuelle », selon la définition du Code Pénal français¹, concerne « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » et ceci « quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage ».

En ce que concerne le langage médical français, des notions comme « *infraction sexuelle* », « *agression sexuelle* », « *délinquance sexuelles* » sont utilisés à sens équivalent pour décrire l'ensemble des actes répréhensibles par la loi. Mais c'est le terme de « *violence sexuelle* » qui est le plus souvent employé et nous le retiendrons avec la même signification dans le présent travail, bien qu'il ne corresponde pas à une entité médicale bien délimitée et que la violence ne soit pas systématiquement employée.

Alors que la justice se préoccupe des actes singuliers selon les principes déjà cités, la médecine, et en particulier la psychiatrie, reconnaît un comportement anormal dans son caractère diachronique selon les critères des classifications internationales (DSM-IV, CIM-10): récurrence et persistance des pensées ou comportements qui entraînent une souffrance dans un domaine important de la vie du sujet. Cette différence entre l'approche juridique et l'approche médicale est une possible source de confusion. Tout sujet paraphilique n'est pas un agresseur sexuel, et il y a des agresseurs sexuels qui ne souffrent pas de maladie psychique.

¹ Article 222-22 et suivants du CP, version en vigueur depuis le 11 juillet 2010.

II.1.2. Ampleur du phénomène

Afin d'appréhender la fréquence des violences sexuelles dans la population générale nous pouvons nous appuyer sur des études centrées sur les victimes (par exemple : estimation à partir des plaintes déposées ou des signalements effectués), ou sur des études centrées sur les auteurs, comme le nombre des AVS condamnés. Les statistiques disponibles sous-estiment très probablement la prévalence exacte², car une proportion importante des faits ne sont pas judiciarisés et le recours spontané aux soins est rare.

À titre d'exemple, aux États-Unis une femme sur huit subit un viol au cours de la vie et, au début des années 1990, 84 % de ces faits restaient inconnus de la police (Kilpatrick et al 1992, cité *in* English^{3,4} 1998, 2004). Dans la population générale française, une enquête téléphonique trouvait que 16 % des femmes et 5 % des hommes avaient subi des rapports sexuels forcés ou des telles tentatives au cours de leur vie (Bajos et al⁵ 2008). La moitié des victimes (46 % des femmes et 62 % des hommes) n'en avaient jamais parlé et dans la majorité des cas (59 % des femmes et 67 % des hommes), les faits avaient eu lieu avant l'âge de 18 ans.

La Conférence de Consensus⁶ au sujet de la psychopathologie et des traitements actuels des auteurs de violences sexuelles, précisait des chiffres similaires (prévalence vie entière de 11%) obtenus par une enquête de l'année 2000 dans la population féminine de 20-59 ans (L'enquête sur les violences envers les femmes en France, ENVEFF). Pour la moitié d'entre elles, il s'agissait de tentatives de rapport forcé et/ou d'attouchements ; la moitié des victimes avaient gardé le silence à ce sujet.

En 1998, la police et la gendarmerie ont enregistré en France 7 828 plaintes pour viols et 12 809 pour d'autres catégories d'agressions sexuelles ; 6 054 personnes étaient mises en cause pour viols et 7 010 pour d'autres agressions, mais seulement 10 563 avait donné lieu à une condamnation, dont 1 636 pour viol⁷. En 2009, on constatait une hausse à 1 738

² HAS. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. Paris: Juillet 2009, p 26.

³ English K. The containment approach to managing sex offenders. *Seton Hall Law Review* 2004;34:1255-1272.

⁴ English K. The containment approach : An aggressive strategy for the community management of adult sex offenders. *Psychology, Public Policy and Law* 1998;4:218-235.

⁵ Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Andro A, Ferrand M, Goulet V, et al. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Population & Sociétés* 2008;445:1-4

⁶ Fédération Française de Psychiatrie, Direction générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge: John Libbey Eurotext. 2002.

⁷ Conférence de consensus 2002. Ibid.

infractions prononcées pour viol (50,8% des crimes) et 13 110 pour délits sexuels⁸. Au 1^{er} janvier 2009, la France comptait 7 700 auteurs de violences sexuelles écroués, ce que représente environ 15 % de la population carcérale, proportion en baisse depuis 2001 quand elle se situait à 25 % (Kensey⁹ 2010).

II.1.3. Rôle du psychiatre

Face à l'ampleur de ce phénomène, les psychiatres sont sollicités par la justice pour expertiser, accompagner et prendre en charge les victimes ou les auteurs de violences sexuelles. La nécessité d'une approche globale et la possible existence des troubles psychiatriques caractérisés chez les auteurs de violences sexuelles requièrent l'intervention du psychiatre à plusieurs niveaux : prescription médicamenteuse, évaluation expertale du risque de récidive, diagnostic et traitement des comorbidités psychiatriques, intégration des informations et interface avec l'autorité judiciaire (exemple du médecin coordonnateur dans la loi française). Le développement de programmes thérapeutiques pour les délinquants sexuels a pris un essor dans plusieurs pays ces dernières décennies, à l'initiative des spécialistes du secteur médical et médico-social, mais aussi sous la pression de l'opinion publique qui est particulièrement critique vis-à-vis de ce type d'infraction. L'auteur de violence sexuelle et son image de personnage commun, invisible au sein de la collectivité, mais prêt à passer à l'acte de manière imprévisible, pousse la société à vivre dans la peur et à s'expliquer l'incompréhensible par la maladie : « *Comment ce crime horrible commis par quelqu'un à mon image pourrait-il être autre chose que le crime d'un fou ?* »¹⁰.

Les soins proposés aux auteurs de violences sexuelles ont plusieurs objectifs : limiter leur souffrance en relation avec leur comportement et/ou trouble mental associé, réduire des symptômes dont fait partie l'éventuel passage à l'acte et procurer une protection de la population générale. L'arsenal thérapeutique actuellement disponible inclut des traitements psychologiques, couramment appelés psychothérapies, ainsi que des traitements somatiques, tels la médication et la castration chirurgicale. La pharmacothérapie sera adressée plus loin (chapitre II.3).

⁸ Les condamnations en 2009. Ministère de la Justice et des Libertés. Paris: Février 2011, p10.

⁹ Kensey A. Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. Octobre 2010;35:1-10.

¹⁰ Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? Annales Médico-Psychologiques 2005;163:870-877.

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles ne doit pas se résumer à l'application d'un seul de ces moyens. Une stratégie plus pertinente est, à chaque fois que possible, d'en associer plusieurs de manière simultanée ou consécutive afin de potentialiser la réponse par effet synergique¹¹. Selon un des modèles le plus fréquemment utilisés, pour garantir le maximum d'efficacité, la thérapie adressée aux délinquants sexuels devrait être individualisée et respectée des principes de base sous la formule « RBR » (Bonta et Andrews¹² 2007):

- le principe du (1) Risque : la thérapie doit cibler les individus le plus à risque de récidiver et les moyens déployés doivent être adaptés au risque potentiel de chaque patient;
- le principe des (2) Besoins : il faut adresser les facteurs criminogènes, c'est à dire les éléments cliniques qui sont liées à la récurrence et qui décrivent le « besoin » du patient ;
- le principe de (3) Réceptivité qui est dichotomisé en :
 - (3.1) la réponse générale : utiliser un programme adapté et connu comme ayant des résultats positifs ; ceci se traduit par la recommandation à employer préférentiellement un programme d'inspiration cognitive-comportementale ;
 - (3.2) la réponse individuelle: il faut s'adapter aux aptitudes et aux motivations individuelles d'apprendre afin de maximiser la réponse obtenue.

Ce modèle cible donc principalement les facteurs individuels dynamiques afin de prévenir la récurrence. Il s'agit d'une thérapie centrée sur la victime. D'autres modèles existent, comme la jurisprudence thérapeutique (JT) ou le « *modèle des vies saines* », qui sont davantage centrés sur les auteurs mêmes de violences sexuelles. Elles seront discutées plus loin dans le chapitre dédié à la question de l'éthique des soins proposés aux AVS (chapitre V.6).

II.1.4. La thérapie psychologique des AVS

Le psychothérapie est définie, selon Laplanche et Pontalis¹³ par « *toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade* ». Plusieurs approches théoriques existent pour guider le thérapeute, dont nous pouvons énumérer le modèle psychanalytique, systémique (ou familial), cognitivo-comportemental, psychoéducatif, etc.

¹¹ Fédération Française de Psychiatrie, Direction générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge: John Libbey Eurotext 2002.

¹² Bonta J, Andrews DA (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.

¹³ Cités par Widlöcher D in : Guelfi JD, Rouillon F et al. Manuel de Psychiatrie. Paris: Masson, 2008 : p 555.

La complexité des situations peut nécessiter parfois une association de plusieurs modèles pour le même patient, par exemple la psychoéducation en entretien seul, mais une thérapie familiale lorsqu'on reçoit le patient avec son conjoint. Il s'agit alors d'un modèle intégratif, appelé également « éclectique ». En France, le modèle d'inspiration psychanalytique est le plus répandu dans la thérapie des AVS, notamment sous l'influence des travaux par C. Balier. Dans le monde, c'est le concept cognitivo-comportemental qui est le plus développé.

D'un point de vue transversal, toutes ces approches partagent une structure avec deux composantes principales : un contenant, c'est à dire les règles qui encadrent la thérapie (lieu, rythme et durée des consultations) et un contenu thérapeutique, qui recouvre la problématique abordée, les axes de discussion, les conseils communiqués au patient. Aussi, dans la pratique, la prise en charge peut se dérouler sous forme d'entretiens individuels ou de séances de groupe, les deux pouvant être associés pour un même patient.

II.1.5. Place de la psychothérapie de groupe

La thérapie de groupe constitue une modalité de prédilection pour les auteurs de violences sexuelles et ses intérêts sont multiples. La mise en lien avec des pairs, dans un milieu sécurisé et sous l'autorité du thérapeute, qui est garant du respect mutuel, offre la possibilité d'expression, d'échange, de confrontation et d'observation des problématiques similaires. Ce processus, inhibé dans d'autres conditions à cause des sentiments de honte, de jugement moral et de rejet, permet la constitution des expériences nouvelles, l'accès au soutien réciproque et le changement de perspective face à son propre comportement^{14,15}. Une autre caractéristique est l'entraînement aux habiletés sociales, naturellement inscrit dans la dynamique interactive du groupe et essentielle selon Yalom (1995, cité par Jennings et Sawyer¹⁶ 2003).

Du point de vue du thérapeute aussi, le groupe présente des avantages : facilité de gestion du contre-transfert, prise de distance par rapport aux mécanismes de clivage, d'emprise et de provocation. Enfin, d'un point de vue plus pragmatique, le gain de temps est non

¹⁴ Frost A, Connolly M. Reflexivity, reflection, and the change process in offender work. *Sex Abuse* 2004;16(4):365-380.

¹⁵ Jennings JL, Sawyer S. Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. *Sex Abuse* 2003;15(4):251-266.

¹⁶ Jennings et Sawyer 2003. Ibid.

négligeable puisqu'un plus grand nombre de patients peuvent être pris en charge simultanément¹⁷.

Malgré ses avantages, ce type de thérapie ne s'adresse pas à tous les auteurs de violences sexuelles. En effet, les mécanismes cités ci-dessus peuvent être utilisés par les participants à mauvais escient pour déployer des informations sur un mode d'exhibition ou réutiliser le contenu pour un renforcement positif de leur activité fantasmatique¹⁸. C'est une hypothèse avancée notamment pour les personnalités limite à expression psychopathique. Pour ce sous-groupe le résultat final, en terme de récurrence, pourrait même être aggravé par la thérapie dans certaines études (Doren et Yates¹⁹ 2008). Le groupe est aussi incompatible ou nécessite des aménagements pour certaines pathologies psychiatriques (psychose aiguë, dépression grave), ainsi que pour la déficience intellectuelle sévère.

II.1.6. Efficacité des traitements psychologiques des auteurs de violences sexuelles

Dans la plupart des cas la participation aux programmes de thérapie est le résultat d'une injonction ou une incitation aux soins, mais d'un point de vue strictement médical il est bien sûr important d'assurer la qualité du suivi, de respecter la confidentialité et d'évaluer l'efficacité des soins, au même titre que pour tout autre type de patient. Les victimes, les patients et la société en général demandent légitimement la preuve de l'efficacité des thérapeutiques proposées²⁰. À l'heure actuelle, l'optimisme est loin de faire l'unanimité pour ce type de prise en charge, et cela même parmi les thérapeutes. Aux États-Unis, 63 % des soignants interrogés pensent la guérison illusoire pour les agresseurs sexuels violents (« *prédateurs sexuels* »), et 88 % craignent une récurrence (Engle et al²¹ 2007). Pour Smith et al²² (2005), c'est l'absence d'un modèle évolutif favorable qui est à l'origine du scepticisme.

¹⁷ Smith J in Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010 : p48.

¹⁸ Tardif M (2004) cité in Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris: Juillet 2009: p141.

¹⁹ Doren DM, Yates PM. Effectiveness of sex offender treatment for psychopathic sexual offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol April 2008;52(2):234-245.

²⁰ Aubut J. In : Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010 : p330.

²¹ Engle MJ, McFalls JA, Gallagher BJ. The attitudes of members of the association for the treatment of sexual abusers towards treatment, release and recidivism of violent sex offenders: an exploratory study. Journal of Offender Rehabilitation 2007;44(4):17-24.

²² Smith J, Coutanceau R, Weyergans E. Quelle thérapie possible pour la pédophilie ? Pratiques psychologiques 2005;11:223-232.

L'attitude du thérapeute est pourtant capable d'influencer fortement le résultat du traitement, comme cela a été démontré pour la thérapie de groupe dans un programme d'orientation cognitivo-comportementale (Marshall²³ 2005). Une attitude ferme mais soutenante et de coopération favorisait un effet bénéfique par rapport à une confrontation hostile. Un deuxième set de caractéristiques (attitude directive, empathique, chaleureuse et offrant des récompenses) apportait un bénéfice quantifié entre 32 % et 61 % sur des indices de changement intra-thérapeutique comme l'acceptation de la responsabilité, la culpabilisation de la victime, le déni de la préméditation. Par exemple, la directivité aiderait le patient à trouver ses propres solutions par des suggestions ouvertes (« *Avez-vous pensé à essayer...* »), au lieu de fournir des réponses toutes faites qui déchargent le patient de ses responsabilités²⁴.

L'évaluation de l'efficacité des soins est une préoccupation récente et grandissante. Elle a soulevé des questions d'ordre méthodologique et a livré des conclusions controversées, car l'interprétation des résultats est sujette à débat. L'indicateur le plus utilisé pour juger de l'efficacité thérapeutique a été la récurrence de passage à l'acte et certains résultats étaient encourageants. La meta-analyse de Hanson et al²⁵ (2002) portait sur 43 études, publiées ou non. Les travaux inclus comparaient des auteurs de violences sexuelles traités principalement par méthodes psychologiques tels la psychothérapie de groupe, le reconditionnement d'aversion (n=5 078), à des délinquants non traités (n=4 376). Pour un suivi moyen de 46 mois la récurrence sexuelle, définie selon chaque étude prise en compte, était inférieure pour le groupe traité (12,3 % versus 16,8 %). Le résultat était similaire (27,9 % pour le groupe traité versus 39,2 % pour celui des non-traités) en ce que concerne la récurrence générale, c'est à dire survenue d'une infraction de quelle que nature que ce soit (sexuelle ou autre). Par ailleurs, Hanson et al²⁶ (2002) indiquent que ceux qui refusaient le traitement n'avaient pas un risque de récurrence supérieur à ceux qui acceptaient les soins. Pour 90 récurrences chez les personnes traitées il y aurait 100 récurrences chez les non-traités (OR=0,9), mais cette différence est non significative car l'intervalle de confiance (95 %) est 0,71-1,14. Le risque de récurrence serait toutefois constamment augmenté pour les auteurs de violences sexuelles qui arrêtent le traitement avant la fin prévue. Pour cette raison, les

²³ Marshall WL. Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sex Abuse* 2005;17(2):109-116.

²⁴ Marshall 2005 : Ibid.

²⁵ Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14(2):169-194.

²⁶ Hanson et al 2002. Ibid.

auteurs proposent que la catégorie « *abandon de soins* » soit exclue des études sur l'efficacité de la psychothérapie.

De manière proche, la méta-analyse de Schmucker et Lösel²⁷ (2008) ont retrouvé 11,1 % de récidive d'actes à caractère sexuel dans le groupe traité (n=9 512) contre 17,5 % dans le groupe non-traité (n=12 669). Toute intervention censée réduire le taux de récidive, qu'elle soit psychologique ou biologique avait été prise en compte, à l'exception de la castration chirurgicale en raison de l'absence d'un groupe de contrôles. Selon les auteurs, les traitements hormonaux étaient plus efficaces que les interventions psycho-sociales et, parmi ces dernières, seuls les programmes d'orientation cognitivo-comportementale diminuaient le taux de récidive²⁸.

Pour pallier aux problèmes méthodologiques déjà cités (l'abandon des soins), Hanson et al²⁹ proposaient la mise en route des études randomisées pour confirmer la supériorité du traitement psychologique. Marques et al³⁰ (2005) ont réalisé une telle étude rigoureuse (SOTEP pour *Sex Offender Treatment and Evaluation Project*), basée sur un programme de soins intensifs de groupes en psychothérapie cognitivo-comportementale : une séance de 90 minutes par semaine, pendant deux ans, puis un suivi pendant 6 ans. Le bilan final selon le taux de récidive (critère principal de jugement) ne retrouvait pas de bénéfice significatif pour le groupe traité (n=259) par rapport au groupe non traité (n=220).

Les études jugeant l'efficacité thérapeutique à partir du taux de récidive se heurtent à des biais méthodologiques, réduisant sa fiabilité (Walker et al³¹ 2004, Harkins et Beech³² 2007a): biais de recrutement, durée de suivi trop courte, taux de récidive globalement bas, dépistage et définitions hétérogènes de la récidive en fonction des auteurs (plus la définition est large, plus le nombre de faits pris en compte est grand et le taux de récidive augmente). Utilisant la définition de la récidive comme « *une perpétration de toute nouvelle*

²⁷ Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008;20(1):10-19.

²⁸ Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 2005;1:117-146.

²⁹ Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14(2):169-194.

³⁰ Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17(1):79-107.

³¹ Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE. Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse* 2004;13:281-293.

³² Harkins L, Beech AR. Measurement of the effectiveness of sex offender treatment. *Aggression and Violent Behavior* 2007;12(6):36-44.

infraction sexuelle signalée à la police, qui est plausible et suffisamment grave pour justifier une accusation ou une condamnation », le rapport canadien de Hanson et Harris³³ (2004) retrouvait, dans un échantillon de 4 724 agresseurs sexuels, 14 % de récidives à 5 ans, 20% à 10 ans et 24 % à 20 ans. Il identifiait aussi des groupes spécifiques à risque : les pédophiles dont la victime extrafamiliale est un garçon (35 % de récidive à 15 ans), l'antécédent de délit sexuel doublait le taux de récidive à 15 ans, de même que l'âge inférieur à 50 ans à la fin de l'emprisonnement.

De plus, le critère de la récidive, sexuelle ou autre, s'inscrit dans la mesure de l'efficacité justifiée auprès de la population générale, pour laquelle un taux de récidive en baisse traduit un « mieux être ». Il ignore le deuxième objectif cité, celui du vécu de la personne recevant les soins³⁴. Cette démarche phénoménologique s'inscrirait aussi dans le contexte d'évaluation des pratiques et, dans le cas particulier de la France, de l'autonomisation de ceux qui reçoivent les soins, dans le sens de la loi de 4 mars 2002.

Pour mieux cerner ce deuxième type d'efficacité thérapeutique des critères alternatifs et diachroniques ont été proposés: apprécier les changements du comportement évalués à l'aide de tests psychométriques pré- et post-thérapie³⁵; atteindre ou non des objectifs thérapeutiques (étapes) notamment pour les psychothérapies cognitivo-comportementales. En effet, le simple fait de traiter n'est pas suffisant, comme cela a été montré par Marques et al³⁶ : les patients qui accomplissaient avec succès les objectifs proposés étaient moins prédisposés à une récidive que ceux qui recevaient un traitement sans atteindre les objectifs.

II.2. Connaissances actuelles sur le vécu subjectif des psychothérapies de groupe des auteurs de violences sexuelles

Compte tenu de la fréquente utilisation de la thérapie de groupe pour les AVS, l'évaluation de son mode de fonctionnement était une conséquence logique. Généralement, pour déceler les mécanismes sous-jacents, les outils proposés sont des questionnaires qui

³³ Hanson RK, Harris AJR. La récidive sexuelle : d'une simplicité trompeuse. Rapport pour spécialistes, 2003-2004, Ottawa, Sécurité Publique et Protection Civile du Canada.

³⁴ Glaser B. Therapeutic jurisprudence: an ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review* 2003;4(2):143-154.

³⁵ Harkins L, Beech AR. Measurement of the effectiveness of sex offender treatment. *Aggression and Violent Behavior* 2007;12(6):36-44.

³⁶ Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17(1):79-107.

s'intéressent au point de vue du patient sur les bénéfices d'un travail de groupe, l'expérience tirée des suivis passés, les thèmes abordés. Sont adressés les principaux aspects positifs ou négatifs du traitement reçu, ainsi que des items plus spécifiques comme par exemple le choix précis de l'établissement où se soigner (Drapeau et al³⁷ 2005, voir aussi annexe 1).

Moos³⁸ (1986) a proposé une échelle d'environnement du groupe (GES pour *Group Environment Scale*) afin d'apprécier le climat dans lequel se déroule le thérapie, à partir de dix domaines (cohésion du groupe, support des leaders, expressivité, indépendance, tâches et décisions, auto-découverte, colère et agressivité, organisation, contrôle du cadre, innovation). Les auteurs du GES ont standardisé les items pour permettre la comparaison entre différents groupes : de travail, de récréation, de psychothérapie, etc. Cette échelle a été utilisée au Royaume-Uni pour caractériser les groupes dans lesquels la thérapie était la plus efficace parmi sept centres pour le traitement des délinquants sexuels (Beech et Fordham³⁹ 1997).

Marques⁴⁰ (1988) avait inclus un questionnaire à l'issue d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental d'une durée de deux ans, pour mesurer l'impact de celui-ci tel qu'il était perçu par les participants. La passation parallèle du même questionnaire par les thérapeutes et les participants est un moyen d'évaluation intéressant notamment pour déceler la divergence de point de vue entre les deux catégories (Beckett et al⁴¹ 1994, Beech et Fordham⁴² 1997).

II.2.1. Études précédentes

Parmi les travaux dédiés exclusivement aux enquêtes de type auto-évaluation, Garrett et al⁴³ (2003) ont étudié le retour subjectif de deux groupes d'auteurs de violences sexuelles pris en charge en ambulatoire (n=32). Ils ont utilisé un questionnaire spécifique conçu par

³⁷ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *J Child Sex Abuse* 2005;14(1):91-115.

³⁸ Moos RH. *Group environment scale manual* (2ème édition). Palo Alto, CA, États-Unis : Consulting Psychologists Press 1986.

³⁹ Beech A, Fordham AS. Therapeutic climate in sexual offender treatment programs. *Sex Abuse* 1997;9(3):219-237.

⁴⁰ Marques JK. The Sex Offender Treatment and Evaluation Project: California's New Outcome Study. *Ann N Y Acad Sci* 1988;528:235-243.

⁴¹ Beckett RC et al. *Community-based treatment for sex offenders. An evaluation of seven treatment programs*. Londres: Home Office Publications Unit, 1994.

⁴² Beech et Fordham 1997. *Ibid.*

les auteurs. Les résultats concernant le temps passé en groupe étaient encourageants avec des opinions favorables dans la grande majorité des cas : expérience qualifiée de « positive » ou « très positive » par 93,7 % des répondants. Parmi les différents contenus du travail psychothérapeutique, le domaine le plus contributif était la prise de conscience des conséquences des actes pour la victime (cité par 25 % des répondants). Les AVS auraient souhaité accorder davantage de temps pour certains thèmes : prévention de la récidive, compréhension de la motivation aboutissant au geste délictueux et empathie pour la victime. Le questionnaire proposé incitait aussi à donner des avis négatifs, mais plus de la moitié des répondants avaient laissé cet item blanc. Les objections concernaient principalement l'attitude et l'apport des thérapeutes ainsi que l'organisation des soins, notamment le fait de changer de thérapeute référent en cours du programme.

L'opinion des patients sur le cadre thérapeutique était la suivante : une préférence pour une prise groupale qu'individuelle et la réalisation de tâches cognitives entre les réunions de groupe, l'indifférence entre les thérapeutes hommes ou femmes, mais une grande importance attachée à la figure du thérapeute principal.

Beech et Hamilton-Giachritsis⁴⁴ (2005) se sont intéressés au lien qu'existe entre la qualité des processus interpersonnels et l'efficacité de la psychothérapie de groupe pour une centaine d'auteurs de violences sexuelles. L'efficacité était estimée selon le modèle proposé par Jacobson et al^{45,46} (1984, 1991). Il s'agit d'un modèle standardisé qui tient compte d'une caractéristique donnée (ici, le comportement sexuel) et de son écart entre une population discrète (ici, les AVS) et une large population considérée « normale » (par exemple la population générale). L'évolution de cet écart au cours du temps est étudiée pour mesurer son sens (amélioration ou détérioration) et sa signification statistique. Dans le travail de Beech et Hamilton-Giachritsis, le traitement était jugé efficace s'il induisait une amélioration, un « *changement cliniquement significatif* ».

Les auteurs ont ainsi identifié les composantes les plus importantes dans l'atmosphère de groupe : la cohésion et l'expressivité à elles seules pourraient apporter un gain d'efficacité

⁴³ Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-338.

⁴⁴ Beech AR, Hamilton-Giachritsis CE. Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sex Abuse* 2005;17(2):127-140.

⁴⁵ Jacobson NS, Follette WC, Ravenstorf D. Psychotherapy outcome research : methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior therapy* 1984;15:336-352.

⁴⁶ Jacobson NS, Traux P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59:12-19.

de 40 %, et les deux composantes sont sous-tendues par le soutien de la part du thérapeute. De plus, la qualité des interactions semble même plus importante que la durée de la thérapie : il n'y avait pas de différence significative entre un programme de 80 ou de 160 heures.

L'article québécois de Drapeau et al⁴⁷ (2005) s'est concentré sur l'étude qualitative d'une population carcérale de vingt-trois pédophiles hommes. Des entretiens réalisés après quatre mois de participation à la thérapie de groupe étaient menés par un investigateur indépendant, extérieur à la structure habituelle de soins ; il utilisait des interviews semi-structurés pour faciliter l'ouverture du discours.

La participation au travail de groupe était volontaire, mais cinq répondants soutenaient l'idée que l'obligation serait utile pour prendre conscience de l'aspect déviant de leur comportement. D'autre part, neuf répondants trouvaient que l'alliance thérapeutique était aussi importante afin de pouvoir bénéficier pleinement du suivi. La possibilité d'avoir un choix, même mineur, renforçait la motivation et augmentait la probabilité de rester dans le programme.

L'élément singulier identifié comme le plus important du suivi était le thérapeute⁴⁸. À l'image des opinions exprimées dans le travail de Garrett et al⁴⁹, il devrait être le même tout au long du programme et plusieurs de ses attributs étaient jugés essentiels: l'autorité, le respect, la disponibilité. La plupart des qualités énoncées composaient le portrait d'un substitut parental qui palliait à la défaillance ou à l'absence passée d'un modèle à suivre. Une minorité, trois participants, appréciait davantage un thérapeute femme qu'un homme. Une structure clairement établie et expliquée était la deuxième caractéristique la plus importante du programme. Celle-ci apportait des repères quotidiens, fixait des obligations et responsabilités, et de manière plus générale elle contribuait à offrir un cadre sécurisant de parole, un espace tiers.

Pour ce qui est du sujet de discussion lors des réunions de groupe, la difficulté la plus saillante était celle de parler des actes délictueux commis, suivie par la correction des

⁴⁷ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *J Child Sex Abuse* 2005;14(1):91-115.

⁴⁸ Drapeau et al 2005. Ibid.

⁴⁹ Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-338.

distorsions cognitives qui étaient souvent mal compris ou source de malentendu et de conflit. Une partie des avis défavorables exprimés par les participants sont à prendre en compte, comme la critique d'un trop grand nombre de participants lors des expériences précédentes (allant parfois jusqu'à 40 dans un groupe), tandis que d'autres critiques, comme la confiance accordée par les thérapeutes, jugée insuffisante, sont à examiner avec précaution en raison des mécanismes de clivage, de projection et idéalisation qu'on peut soupçonner lors de la prise en charge de ce type de patient.

Plus récemment encore, Levenson et Prescott⁵⁰ (2009) se sont orienté vers un centre fermé des États-Unis (*Sand Ridge Civil Commitment Center*, Wisconsin) destiné au traitement des auteurs de violences sexuelles à haut risque à l'aide d'un programme d'orientation cognitivo-comportementale. Quarante-quatre individus ont accepté de répondre au questionnaire à propos du traitement psychothérapeutique reçu.

La majorité se sentait à l'aise dans le groupe, même si un tiers ne faisait pas confiance aux autres membres du groupe et 70 % auraient aimé une prise en charge individuelle sans préférence entre un thérapeute homme ou femme. Un quart trouvait que le médiateur du groupe avait tendance à trop juger et un tiers des auteurs de violences sexuelles ne faisait pas confiance au thérapeute.

Parmi les points les plus négatifs, une nette majorité trouvait que le programme manquait de clarté (70 %) et d'objectivité (72 %) quand il s'agissait des critères de progression des étapes thérapeutiques. Plus de la moitié trouvaient qu'ils ne devraient pas faire partie du programme ; la confidentialité était insuffisante selon 31 % des répondants.

En ce qui est des thèmes abordés, les plus importants étaient l'acceptation de la responsabilité des faits, la prise de conscience des conséquences des actes sur la victime, la compréhension des facteurs individuels de risque et de déclenchement du passage à l'acte. La comparaison entre les attentes des intéressés et le degré de satisfaction suite au travail psychothérapeutique montrait que les résultats obtenus étaient constamment inférieurs à ceux attendus par les participants même.

Dans un autre travail américain, publiée en 2010, Levenson, Prescott et D'Amora⁵¹ ont étudié les réponses de 88 patients en injonction de soins, participant à un programme

⁵⁰ Levenson JS, Prescott DS. Treatment experiences of civilly committed sex offenders. *Sex Abuse* 2009;21(1):6-20.

⁵¹ Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010;54(3):307-326.

ambulatoire psychoéducatif avec des réunions hebdomadaires de groupe d'une durée de 90 minutes. Les auteurs ont examiné le lien entre l'engagement dans le travail de groupe (mesuré à l'échelle « *Group Engagement Measure* ») et la satisfaction de leur prise en charge. Les auteurs ont prouvé une robuste corrélation positive entre l'engagement dans les soins et la satisfaction de leur traitement.

Les thèmes considérés comme les plus importants étaient l'acceptation de la responsabilité de leurs actes, la conséquence de ceux-ci sur la victime et la compréhension du déclenchement du passage à l'acte. Les thèmes considérés les moins importants étaient l'éducation sexuelle et la gestion de la vie quotidienne. Concernant le cadre de soins, plus de la moitié préférerait une prise en charge individuelle aux groupes et la plupart (68 %) n'exprimait pas de préférence concernant la personne du thérapeute (homme ou femme).

II.2.2. Synthèse des données de la littérature

L'analyse de la littérature (voir aussi Annexe 1) montre des constantes dans le vécu des auteurs de violences sexuelles en psychothérapie de groupe: importance attachée à l'image du thérapeute principal et au cadre pré-établi, cohésion et soutien entre les membres, importance de l'attention prêtée aux conséquences sur la victime, à la reconnaissance de sa responsabilité et aux moyens d'éviter la récurrence. D'autres corrélations plus spécifiques existent, comme par exemple entre la satisfaction éprouvée et l'engagement thérapeutique individuel (Levenson, Prescott et D'Amora⁵² 2010).

II.3. La pharmacothérapie des auteurs de violences sexuelles

Le traitement médicamenteux est une modalité adjuvante à la psychothérapie, son usage étant prévu par le CSP⁵³: « *le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido* ». Les molécules qui ont fait l'objet d'études dans cette indication sont le plus souvent les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les traitements hormonaux (anti-androgènes et agonistes de la GnRH).

⁵² Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010;54(3):307-326.

⁵³ Article L3711-3 du Code de Santé Publique, version en vigueur à partir du 12 mars 2010.

L'efficacité de ces traitements est maintenant solidement documentée. Les indications sont de mieux en mieux codifiées (Thibaut⁵⁴ 2011), de même que la gestion de leurs effets indésirables. L'indication et l'opportunité de la prescription sont fortement liées à la motivation du patient (Thibaut et Cordier in Conférence de Consensus⁵⁵ 2002), tandis que l'observance est corrélée avec les effets indésirables (Fedoroff⁵⁶ 1995, Guay⁵⁷ 2009). Il est donc évident que, malgré l'efficacité objective de ces traitements, l'application clinique dépend en grande mesure de ce qu'en pensent les patients. Nous avons saisi l'opportunité d'investiguer le degré de connaissance et d'acceptation par les patients des traitements médicamenteux qui ont des effets sur la sexualité.

II.4. Choix de l'étude actuelle

La prévention de la récurrence des passages à l'acte de nature sexuelle repose, entre autre, sur des dispositifs de soins organisés autour des psychothérapies de groupe des délinquants sexuels. La prise en compte du vécu subjectif des participants et leur engagement dans le soin est peu étudiée. De plus, à notre connaissance il n'y a actuellement aucune étude française publiée à ce sujet.

Nous avons choisi d'étudier l'avis subjectif des participants à une prise en charge de groupe d'auteurs de violences sexuelles afin de vérifier l'adéquation entre la prise en charge proposée et les attentes des intéressés. Nous espérons ainsi pouvoir montrer, tant à la population générale qu'aux soignants les plus sceptiques, que la prise en charge est ressentie comme bénéfique et utile par le sujet. Enfin, nous souhaitons comparer les informations obtenues avec les données déjà publiées.

⁵⁴ Thibaut F. Traitement pharmacologique des délinquants sexuels. *Sexologies* 2011, en cours d'édition.

⁵⁵ Fédération Française de Psychiatrie, Direction générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge: John Libbey Eurotext. 2002.

⁵⁶ Fedoroff JP. Antiandrogens versus serotonergic medications in the treatment of sex offenders: a preliminary compliance study. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1995;4(2):111-122.

⁵⁷ Guay DRP. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutics* 2009;31(1):1-31.

III. Matériel et Méthode

III.1. Hypothèse

Nous formulons l'hypothèse que le cadre de soins actuellement proposé aux auteurs de violences sexuelles lors des groupes de parole correspond à leurs attentes, favorisant ainsi l'engagement des participants dans le travail psychothérapique. Le cadre de soins est défini par le cadre thérapeutique (le contenant), les interactions au sein du groupe et les thèmes abordées pendant les séances de psychothérapie (le contenu).

III.2. Objectifs

III.2.1. Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer l'appréciation par le patient du cadre de soins actuellement proposé aux auteurs de violences sexuelles lors des séances du groupe de parole.

III.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient :

- d'identifier le ou les domaine(s) les plus aidants dans le travail de groupe de parole ;
- d'estimer l'écart de perception entre les AVS et les soignants, sur des items spécifiques concernant la prise en charge ;
- d'étudier le degré de connaissances par les AVS des traitements pharmacologiques qui leur sont disponibles ;
- d'étudier l'acceptabilité du traitement hormonal par les AVS.

III.3. Critères de jugement

Le critère de jugement pour l'objectif principal était l'auto-évaluation des participants par une échelle psychométrique simple (de type Likert).

Pour les objectifs secondaires, les critères de jugement étaient :

- l'auto-évaluation confrontée à l'hétéro-évaluation par les thérapeutes ;

- les domaines « *les plus aidants* » sont définis, à partir des scores exprimés par les répondants, comme ceux au dessus d'un « *seuil d'indifférence* ». Cette valeur a été arbitrairement choisie égale à la moyenne confondue des cotations pour la partie correspondante du questionnaire.

III.4. Choix de l'échantillon

L'échantillon étudié provient d'une population d'auteurs de violences sexuelles suivis en milieu ambulatoire, hétérogène quant à la nature des faits, allant des infractions dites « *sans contact* » par exemple : création ou transmission d'images pédopornographiques, exhibitionnisme sexuel, et jusqu'aux faits « *avec contact* » tels des crimes sexuels (viol). Il s'agit des personnes qui font l'objet d'une procédure judiciaire ou qui sont en demande spontanée de soins et qui participent régulièrement à la prise en charge de groupe.

III.4.1. Critères d'inclusion

Nous avons recruté des personnes :

- âgées de 18 ans et plus ;
- de culture francophone ;
- sachant lire et écrire ;
- ayant participé à une prise en charge psychothérapique de groupe au Centre Jean-Baptiste Pussin du Centre de Santé Mentale Angevin, pendant au minimum trois mois ;
- capables de donner et signer un consentement éclairé de participation à l'étude.

Aucune rémunération n'a été offerte aux participants sélectionnés.

III.4.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- âge inférieur à 18 ans ;
- refus de participation ;
- impossibilité flagrante à remplir le questionnaire de façon autonome.

III.5. Lieu de l'étude

La méthodologie était inspirée des travaux anglo-saxons déjà cités, adaptée à la population prise en charge au Centre Jean-Baptiste Pussin, service de suivi spécialisé dans le traitement des délinquants sexuels. Il s'agit d'une structure intersectorielle rattachée au Centre de Santé Mentale Angevin de Saint-Gemmes sur Loire, à cinq kilomètres d'Angers, et faisant partie du réseau national des Centres Ressource pour l'aide à la prise en charge des Auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS). Le centre offre des soins exclusivement ambulatoires pour des personnes ayant commis des faits à caractère sexuel ou souffrantes de troubles qui constituent un risque d'un tel passage à l'acte. La plupart des patients était condamné ou en attente de jugement pour au moins une telle infraction. L'équipe soignante inclut un médecin psychiatre, deux infirmiers et une psychologue.

Depuis la création du Centre Jean-Baptiste Pussin en mars 2005, la file active n'a cessé d'augmenter: 73 patients en 2006, 89 en 2007, 96 en 2008, 108 en 2009 et, en 2010, 147 patients dont 61 participants à une prise en charge de groupe (voir Figure 1). Lors de la réalisation de notre étude, les groupes étaient ouverts exclusivement aux hommes ; seules trois femmes bénéficiaient du suivi par la structure.

Les groupes sont ouverts et d'effectif variable (cinq à onze personnes). La thérapie, menée selon un principe éclectique, associe un modèle psychodynamique à des éléments de soutien, psychoéducatifs et cognitivo-comportementaux (empathie aux victimes, facteurs de risque et de déclenchement du passage à l'acte, amélioration des compétences sociales, autobiographie, etc.). Différentes médiations sont employées : écriture, vidéo, mass-média écrite, jeux (« Qu'en dit-on ?»). Les rencontres sont encadrées par deux ou trois soignants et durent 60 minutes au rythme d'environ une séance toutes les trois semaines. Tous les membres de groupes consultent aussi individuellement avec le thérapeute principal.

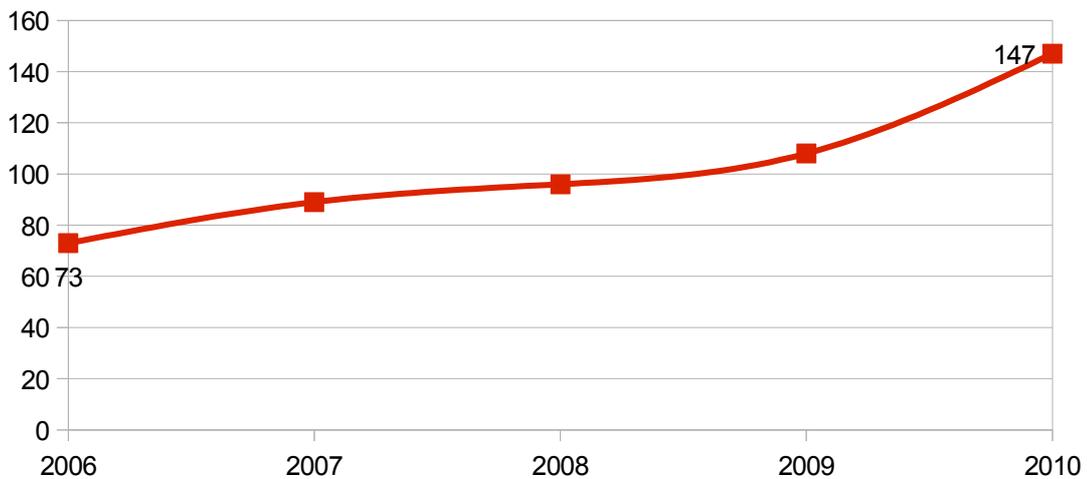


Figure 1: Évolution de la file active du Centre Jean-Baptiste Pussin (2006-2010).

Source : Département d'Information Médicale du CESAME.

III.6. Recueil des données

Pour cette étude observationnelle, la période de recrutement s'est étendue sur 10 mois, de juin 2010 à mars 2011. Aucune taille d'échantillon n'était choisie à l'avance, mais nous étions limités par l'effectif de la file active participant aux groupes de parole.

Un auto questionnaire destiné aux patients (questionnaire « P », voir annexe 2) conçu par les auteurs, à contenu mixte (choix unique, choix multiple, questions ouvertes et texte libre) est proposé à remplir sur place lors des séances du groupe ou lors d'un entretien individuel. La première partie contient une recherche de données socio-démographiques, et de circonstances d'arrivée dans les soins. La deuxième partie concerne l'expérience vécue par les participants, qui sont invités à donner leur opinion au sujet de :

- les principaux aspects positifs et négatifs, en réponses libres ;
- le cadre thérapeutique (opportunité de l'obligation des soins, horaire, rythme et durée des séances, durée totale du suivi, nombre de participants dans le groupe, règles de conduite et confidentialité) ;

- les interactions dans le groupe (intégration de nouveaux membres, jugement, soutien et confrontation de la part des autres participants, confiance dans les participants et thérapeutes, jugement, apport et attitude des thérapeutes) ;
- thématique de discussion (responsabilité des actes, empathie pour la victime, compréhension de la chaîne délictuelle et des facteurs de risque, facilité d'expression, liens sociaux et familiaux, distorsions cognitives, maîtrise du comportement sexuel déviant, prévention de la récurrence).

La troisième partie sollicite les patients à s'exprimer aux sujets divers regroupés sous le terme d'attentes personnelles : le type de suivi (individuel/de groupe), l'adhésion au soins, investissement du temps entre les séances de groupe, capacité d'éviter un passage à l'acte, existence d'un contrat de soins, usage de supports matériels en groupe, thème pour lesquels ils souhaiteraient passer plus de temps à discuter et, enfin, tout autre changement qu'ils jugent utile.

La dernière partie évalue le degré de connaissance sur les traitements potentiellement bénéfiques sur la sexualité, ainsi que l'acceptation vis-à-vis de ceux-ci.

Dans un deuxième temps, un questionnaire adapté (questionnaire « T », voir annexe 3) est proposé aux cinq thérapeutes (trois hommes et deux femmes): un psychiatre, un interne en psychiatrie, deux infirmiers psychiatriques et une psychologue. Pour un maximum d'objectivité, deux thérapeutes doivent se prononcer à propos de chaque patient sur les items sélectionnés, ainsi que sur le cadre général de soins, chaque thérapeute étant aveugle aux réponses de l'autre ainsi qu'aux réponses des participants. Cette deuxième étape a eu lieu en mars-avril 2011.

III.7. Analyse des données

Les caractéristiques cliniques des patients (âge, sexe, etc.) et les résultats pour chaque test ont été analysés par SPSS Statistics 15.0 (moyenne, médiane, mode, minimum, maximum, écart-type pour les variables quantitatives, effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives). Le p a été fixé a priori à 0,05.

La comparaison des performances entre les deux groupes (patients versus thérapeutes) a été réalisée par des tests statistiques non paramétriques, le Khi-deux de Pearson ou Test exact de Fisher pour les variables qualitatives et le test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives.

Afin d'établir un score global pour les interactions dans le groupe et d'harmoniser les cotations entre les items affirmatifs et négatifs, nous avons procédé à leur *normalisation*, c'est à dire que nous nous sommes intéressés uniquement à l'écart par rapport à la cotation neutre (de trois en valeur absolue).

IV. Résultats

IV.1. Échantillon

Nous avons identifié 30 personnes susceptibles de participer et toutes ont accepté. Après passation du questionnaire nous avons exclu quatre candidats : trois pour impossibilité de répondre aux questions de manière autonome et un patient pour qui le nombre de séances auxquelles il avait participé était jugé insuffisant, bien qu'il ait respecté la durée minimale de suivi.

IV.2. Données générales

IV.2.1. Les données socio-démographiques et judiciaires

Les 26 personnes retenues étaient des hommes âgés de 24 à 73 ans (moyenne de 44,5 ans). Le revenu moyen déclaré s'élevait à 16 020 euros par an (médiane à 14 500). Les données judiciaires sont résumées dans le tableau I, et les autres caractéristiques socio-démographiques dans le tableau II.

Tableau I: Données judiciaires des AVS dans l'échantillon étudié (N=26)

Item	Valeur (n) ^a	%
Nature des faits:	-	-
Agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans	7	26,9
Agression sexuelle sur mineur de 15 ans ou plus	6	23,1
Agression sexuelle sur majeur	2	7,7
Exhibition sexuelle	4	15,4
Corruption de mineur	3	11,5
Image(s) pornographique(s) de mineur(s)	5	19,2
Viol	1	3,8
	-	-
Récidivistes (condamnation antérieure)	4	15,4
Réitération (actes antérieurs non judiciairisés) *	1	4,0
	-	-
Mode d'entrée dans la thérapie :	-	-
Injonction ou obligation de soins	24	92,3
Demande hors ordonnance judiciaire	2	7,7

Notes : ^a un cas condamné pour trois chefs d'accusation ; * données pour 25 cas seulement

Tableau II: Données socio-démographiques des AVS dans l'échantillon étudié (N=26)

Donnée	Valeur (n)	%
Vit en milieu urbain	13	50,0
Vit seul	14 ^a	53,8
Études supérieures (post-BAC) *	8	32,0

Notes : ^a 10 célibataires et 4 divorcés

* données disponibles pour 25 cas seulement

IV.2.2. Expériences thérapeutiques passées

Dix sujets (38,5 %) n'avaient jamais bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique auparavant, tandis que 42,3 % de l'échantillon rapportait avoir déjà participé à une thérapie pendant l'incarcération : pour 4 participants en groupe et 7 autres en prise en charge individuelle. Trois personnes (11,5 %) déclaraient une prise en charge pour trouble psychiatrique avant la condamnation, deux autres (7,7 %) depuis la condamnation seulement. Une personne n'a pas donné d'information sur cet item. Les données déclarées n'ont pas pu être vérifiées, car les informations détaillées n'étaient pas disponibles dans le dossier médical pour la plupart des participants.

IV.3. Représentation comparative des soins

La représentation du soin, du point de vue du cadre thérapeutique, des interactions dans le groupe et l'importance des thèmes discutés sont détaillées dans les tableaux III-VIII.

Tableau III: Comparaison des points de vue sur le cadre thérapeutique, en cotation moyenne à l'échelle de Likert ^a

Item ^b	AVS N ₁ =26	Thérapeutes N ₂ =5	<i>p</i>
Obligation de participer est une bonne chose	4,23	4,12	0,259
Séances trop fréquentes (1/trois semaines)	2,80 *	1,60	0,055
Durée d'une heure trop courte	3,04 *	3,00	0,977
L'horaire doit être rigoureusement respecté	4,38	4,80	0,545
Durée totale du suivi trop longue	2,72 *	2,20	0,278
Nombre insuffisant de participants	2,58	2,00	0,314
Nécessité de renforcer les règles de conduite	3,15	2,20	0,230
Confidentialité respectée	4,65	5,00	0,242

Notes : ^a échelle entre 1 (je ne suis pas d'accord) et 5 (je suis tout à fait d'accord)

^b la ligne en gras indique une valeur de *p* proche du seuil de signification (0,05)

* données pour n₁=25 cas seulement

Tableau IV: Point de vue sur les interactions dans le groupe, en cotation moyenne sur l'échelle de type Likert ^a

Item ^b	AVS N ₁ =26	Thérapeutes N ₂ =5	<i>p</i>
Facilité d'intégration dans le groupe	4,15	4,40	0,953
Se sent à l'aise dans le groupe	3,85	3,65	0,417
Apprécie le partage des expériences	4,24 *	3,63	0,004
Déteste la confrontation aux opinions différentes	2,15	2,13	0,548
Se sent jugé par les membres du groupe	1,85	1,98	0,094
Confiance entre les membres du groupe	4,00	3,46	0,030
Soutien <i>insuffisant</i> entre les membres	2,27	2,20	0,823
Les thérapeutes sont bienveillants	4,38	non applicable	-
Se sent jugé par les thérapeutes	2,00	1,73	0,870
<i>Ne fait pas</i> confiance aux thérapeutes	1,58	1,63	0,374
Bonne réaction des thérapeutes en cas de conflit	4,24 *	4,40	0,763
Les thérapeutes devraient parler plus	2,35	3,00	0,222
Les conseils des thérapeutes sont bien formulés	4,29 **	4,20	0,753
Les conseils des thérapeutes ont été <i>inutiles</i>	2,54	2,21	0,742

Notes : ^a échelle entre 1 (je ne suis pas d'accord) et 5 (je suis tout à fait d'accord)

^b les lignes en gras indiquent un écart significatif ($p < 0,05$)

* données pour n₁=25 cas seulement

** données pour n₁=24 cas seulement

Tableau V: Bénéfice ressenti par les AVS en fonction du thème abordé lors des séances de groupe : classement décroissant en cotation moyenne à l'échelle de type Likert ^a

Thématique de discussion	Selon patient ^b (P) N ₁ =26	Selon thérapeute ^b (T) N ₂ =5	<i>p</i>
Conséquences sur la (les) victime(s)	4,58	3,50	<0,001
Éviter une récidive	4,50 **	3,60	<0,001
Accepter la responsabilité des actes	4,38	3,63	0,005
Maîtrise du comportement sexuel anormal	4,25 **	non applicable	-
Liens sociaux sains	4,13 **	2,98	<0,001
Faciliter l'expression des difficultés	4,12	3,42	0,009
Apprendre les facteurs de risque de récidive	4,09 ***	3,21	0,001
Lien entre le passé personnel et le passage à l'acte	3,88 *	3,12	0,008
Comprendre le(s) facteur(s) déclencheur(s)	3,69	3,08	0,013
Gestion des relations intra-familiales	3,54 **	2,88	0,014
Maîtriser les distorsions cognitives	3,12	3,02	0,688

Notes : ^a échelle entre 1 (bénéfice minimal) et 5 (bénéfice maximal)

^b les cotations en gras sont supérieures à la moyenne confondue (P=4,03 et T=3,24)

* données pour n₁=25 cas seulement

** données pour n₁=24 cas seulement

*** données pour n₁=23 cas seulement

Tableau VI: Utilité et obligation des soins, selon les patients et les thérapeutes

Item	AVS (N ₁ =26)	Thérapeutes (N ₂ =5)
Capacité de quelqu'un à haut risque d'empêcher un passage à l'acte en l'absence de soins et de contrainte judiciaire *	36,8 %	0,0 % ***
Le type de suivi devrait être imposé à tous les AVS	84,6 %	80,0 %
Compte poursuivre les soins au-delà de l'injonction **	48,0 %	non applicable

Notes : * données pour 19 cas seulement

** données pour 25 cas seulement

*** données pour 4 thérapeutes seulement

IV.4. Autres attentes des participants

Les deux tiers des répondants (65,4 %) ne trouvaient pas de différence de bénéfice entre la prise en charge de groupe et le suivi individuel. Le reste des avis était partagé: 19,2 % préféraient le groupe, 15,4 % les entretiens seuls.

S'ils avaient le choix entre un thérapeute référent homme ou femme, 73,1 % étaient indifférents et 23,1 % opteraient pour un interlocuteur femme. Un seul participant (3,8 %) choisirait un thérapeute homme.

Tableau VII: Préparation d'une séance de groupe (N=25)

Item	Nombre AVS	% ^a
Pense à ce qui était dit la précédente fois	13	52,0
Pense à ce qu'il voudrait dire la prochaine fois	4	16,0
Pense aux faits ayant amené au suivi	12	48,0
Compte le temps restant pour l'injonction de soins	2	8,0
Autres	2 *	8,0
Ne fait rien de particulier	6 **	24,0

Notes : ^a question à choix multiple, donc somme des lignes supérieure à 100 %

* « *Je dis ce que je pense* » et « *En fonction des questions des thérapeutes ou du groupe* »

** dont une réponse contradictoire, car les deux premiers items étaient également choisis

Tableau VIII: Opinion sur différents aspects pratiques de la prise en charge

Item	Patient (N ₁ =26)	Thérapeute (N ₂ =5)
Favorable à un contrat de soins écrit	23,1 %	20,0 %
Favorable à des tâches cognitives à réaliser entre deux séances	12,5 % *	20,0 %
Favorable à l'usage plus fréquent de supports matériels	47,8 % **	-

Notes : * données pour 24 cas seulement ; ** données pour 23 cas seulement

IV.5. Les traitements médicamenteux

Tableau IX: Information et acceptabilité du traitement médicamenteux (N=26)

Item	Nombre d'AVS	%
Connaît au moins un traitement médicamenteux utile pour la sexualité	0	0,0
Accepterait a priori de prendre un médicament pour mieux contrôler les pulsions sexuelles inappropriées *	10	41,7
Encouragent l'usage des traitements hormonaux chez les AVS **	11	50,0

Notes : * 24 réponses exprimées; ** 22 réponses exprimées

IV.6. Accord inter-juges

Tableau X: Signification de l'écart entre les réponses des thérapeutes pour les items individualisés (N₁=26, N₂=26)

Item	p *
Obligation de participer	0,464
Se sent à l'aise dans le groupe	0,798
Apprécie le partage des expériences	0,602
Déteste la confrontation aux opinions différentes	0,714
Se sent jugé par les membres du groupe	0,129
Confiance entre les membres du groupe	0,875
Se sent jugé par les thérapeutes	0,101
Ne fait pas confiance aux thérapeutes	0,559
Les conseils des thérapeutes ont été inutiles	0,101
Accepter la responsabilité des actes	0,392
Conséquences sur la (les) victime(s)	0,249
Comprendre le(s) facteur(s) déclencheur(s)	0,092
Apprendre les facteurs de risque de récidive	0,667
Gestion des relations intra-familiales	0,914
Lien entre le passé personnel et le passage à l'acte	0,507
Faciliter l'expression des difficultés	0,379
Maîtriser les distorsions cognitives	0,077
Liens sociaux sains	0,748
Éviter une récidive	0,687

Note : * aucune valeur inférieure au seuil de signification (<0,05)

V. Discussion

V.1. Synthèse des résultats

Au total, le cadre de soins proposé au Centre Jean-Baptiste Pussin correspond aux attentes des participants, même si quelques améliorations demeurent possibles (renforcement des règles de conduite, approfondissement de la réflexion et meilleure diversité des sujets de discussion, éventuellement avec des supports matériels : articles, images, reportages). De leur côté, les thérapeutes préconisent des séances plus fréquentes, pour une durée totale plus longue et avec des groupes moins nombreux. Les avis des thérapeutes se montrent cohérents, avec une bonne concordance inter-juges.

Les auteurs de violences sexuelles apprécient surtout les interactions et le soutien réciproque avec les autres patients. Ces processus sont ressentis comme plus bénéfiques que ne l'estiment les thérapeutes. Accepter la responsabilité des actes transgressifs et comprendre leurs effets sur la victime sont les thèmes reconnus les plus aidants. Mais le bénéfice dans ces domaines est constamment surestimé par les participants. Ces résultats sont analogues aux travaux précédents de la littérature de spécialité.

Devant l'incapacité admise de maîtriser un comportement transgressif par simple effort de volonté, l'obligation de soins semble nécessaire et utile pour la majorité des participants. Il va de même pour la complémentarité des deux types de suivi : individuel et travail de groupe. Toutefois, il existe des différences significatives de profil pour une minorité de patients qui préfèrent une des deux modalités de prise en charge. Cet aspect pourrait faire l'objet de recherches plus approfondies pour affiner l'indication de ces moyens thérapeutiques.

Les traitements médicamenteux étaient largement méconnus dans notre échantillon. Néanmoins, la proportion de répondants qui accepteraient ou encouragerait une telle thérapie, y compris le traitement hormonal, justifie une amélioration de l'information médicale à ce sujet.

V.2. Données générales

V.2.1. Représentativité de l'échantillon

Notre étude n'est pas représentative de l'ensemble des auteurs de violences sexuelles en France. Elle inclut peu d'affaires criminelles: seulement 3,8 % auteurs de viol, alors que ceux-ci représentent 13,1 % des AVS condamnés en 2009 pour des affaires de mœurs⁵⁸. En revanche, notre échantillon est plus représentatif des AVS condamnés à un SSJ en matière délictuelle. Le taux de récidive déclaré dans notre étude (15,4 %) est proche des 16,8 % constatés au niveau national en 2007 (Carrasco et Timbart⁵⁹ 2010). La répartition selon la nature de l'infraction est similaire aux chiffres de 2004⁶⁰ (Figure 2), sauf les condamnations pour pédo-pornographie et corruption de mineur qui sont modérément surreprésentés dans notre étude, ainsi que des infractions sexuelles « autres », sous-représentées de moitié: nous ne retrouvons que deux cas d'agression sur majeur. La récidive hors judiciarisation avouée est faible, mais ce chiffre est susceptible de sous-déclaration car biaisé par la désirabilité sociale et le déni souvent rencontré chez les AVS.

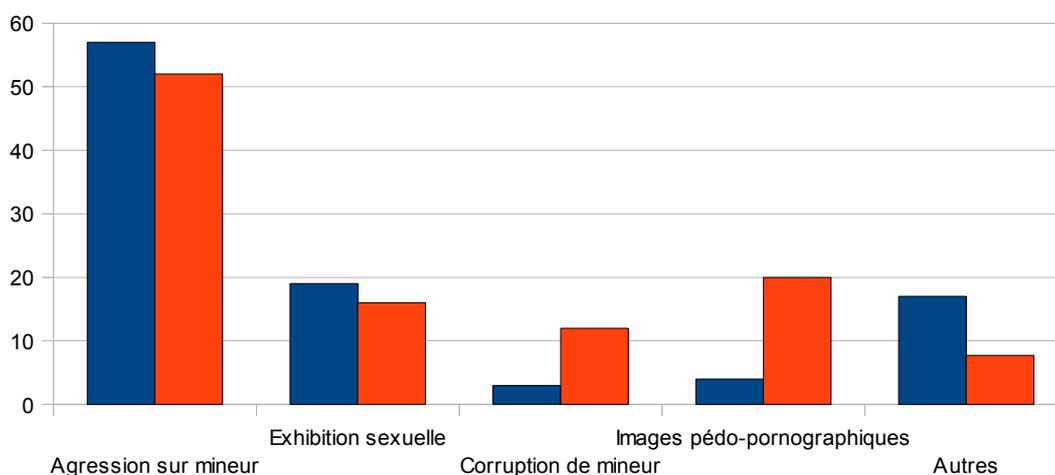


Figure 2: Comparaison selon la nature de l'infraction entre la population globale condamnée à un SSJ pour délit sexuel en 2004 (bleu, Carrasco 2007) et l'échantillon étudié (rouge), en pourcentages

⁵⁸ Selon le Casier Judiciaire National, hors proxénétisme. Les condamnations en 2009. Ministère de la Justice et des Libertés. Paris: Février 2011 (256 p.).

⁵⁹ Carrasco V, Timbart O. Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération. Bulletin de Infostat Justice Septembre 2010;108:1-6.

⁶⁰ Carrasco V. Le suivi socio-judiciaire : bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998. Bulletin de Infostat Justice Mai 2007;94:1-4.

V.2.2. Données socio-démographiques

Le niveau éducatif de notre échantillon est plus élevé que la moyenne nationale: un tiers auraient fait des études supérieures au baccalauréat, contre 22,7 % dans la population masculine de la France métropolitaine (INSEE⁶¹). Ce résultat est concordant avec le profil des AVS en général (Lamanda⁶² 2008). Pourtant les ressources financières moyennes déclarées de 16 020 euros par an et par personne, sont inférieures à la moyenne française de 18 800 euros en 2008 (INSEE⁶³). Ceci pourrait s'expliquer par une désinsertion professionnelle plus fréquente que dans la population générale.

V.2.3. Antécédents psychiatriques

Dans notre étude, plus de la moitié des sujets avaient déjà bénéficié d'une prise en charge spécialisée avant l'arrivée au Centre Jean-Baptiste Pussin (57,7 %) et cette valeur se rapproche des 78 % rapportés par Levenson et Prescott⁶⁴ (2009). Seulement 19,2 % de notre échantillon déclarait avoir nécessité une prise en charge psychiatrique. Pourtant ce chiffre est basé uniquement sur la déclaration des participants et ne permet pas de connaître la nature exacte de l'indication, ni même de distinguer entre le diagnostic de troubles caractérisés (axe I) et les autres axes. Dans la littérature médicale, la prévalence des troubles psychiatriques de l'axe I chez les AVS varie dans des limites larges (voir Tableau XI).

Tableau XI: Prévalence des troubles psychiatriques de l'axe I chez les auteurs de violences sexuelles selon les études⁶⁵

Étude : auteur, année (pays)	N	%	Remarques
Balier, 1995 (France)	454	24,0 %	Âge moyen = 32 ans
Marshall, 2007 (Suède)	8596	24,1 %	-
Langtröm et al, 2004 (Suède)	1215	11,1 %	Âge moyen = 40,2 ans
Fazel et al, 2002 (Royaume-Uni)	101	41,6 %	Âge moyen = 65,9 ans
Raymond et al, 1999 (États-Unis)	45	93,0 %	Substances illicites = 60 %
Kafka et al, 1998 (États-Unis)	30	86,7 %	Dépression pour 53,3 %
Kanyanya et al, 2007 (Kenya)	76	19,7 %	Substances psychoactives dans 71,1 % des cas

⁶¹ Recensement de la population, 2007.

⁶² Lamanda V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République. 30 mai 2008 : p19.

⁶³ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATSEF04143 (consulté le 30 juillet 2011)

⁶⁴ Levenson JS, Prescott DS. Treatment experiences of civilly committed sex offenders. Sex Abuse 2009;21(1):6-20.

⁶⁵ Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris: Juillet 2009: pp 42-46.

V.3. Point de vue des participants et des thérapeutes sur la thérapie de groupe

Dès le début nous avons constaté quelques difficultés liées à la passation des questionnaires en particulier à cause de la formulation des items, essentielle pour la compréhension par les répondants ainsi que pour l'interprétation des avis exprimés. Nous avons choisi l'usage à la fois d'affirmations et de négations, ainsi que de doubles négations. À notre avis, cette approche présente l'avantage d'encourager la réflexion et d'éviter les réponses « automatiques », au prix d'une compréhension partielle du sens de certaines questions, et la nécessité d'un temps supplémentaire pour trouver la réponse convenable. Les particularités de chaque question sont discutées ci-après.

V.3.1. Le cadre thérapeutique

Le cadre thérapeutique actuellement proposé convient globalement aux attentes des participants. Les répondants étaient d'accord avec les items affirmatifs simples : nécessité de l'obligation de soins, renforcement du respect des horaires et bon maintien de la confidentialité. Pour l'obligation de soins deux personnes seulement (7,7 %) n'étaient pas d'accord, dont une qui continuait à nier obstinément les faits malgré la condamnation et plusieurs mois de thérapie. Fait intéressant, les deux participants en demande spontanée avaient répondu respectivement « *plutôt d'accord* » et « *tout à fait d'accord* » au sujet d'une obligation extérieure. Dans l'un des cas il s'agissait d'une démarche sous la pression de l'environnement familial et, dans l'autre cas, des insistances de la part du psychiatre de secteur et de la famille. Ces réponses, bien qu'en nombre très faible, laissent penser qu'une motivation d'entrer dans les soins est possible même en dehors des mesures judiciaires.

Les items extrêmes (contenant le mot « *trop* ») ont reçu de la part des auteurs de violences sexuelles des cotations proches de la moyenne, ce que nous interprétons comme une attitude qui n'incite pas au changement. Ces résultats pourraient aussi être le fruit d'un biais de tendance centrale, les participants refusant les réponses tranchantes. Cette hypothèse est plausible pour les questions « *durée des séances* » et « *durée totale du suivi* », puisqu'un nombre important (aux alentours de 40 %) avaient choisi la réponse neutre (cotation à 3), mais pour le reste des items la variance est plus évidente et le choix des extrêmes est plus fréquent. Par rapport à la cotation neutre, l'écart le plus important observé dans cette catégorie d'items (cotation moyenne à 2,58) suggère que les participants aux séances sont

légèrement trop nombreux. Drapeau et al⁶⁶ (2005) avaient déjà constaté l'effet délétère d'un grand nombre de participants, qui serait au détriment de l'investissement individuel.

Du point de vue des thérapeutes, l'accord se maintient pour les trois items affirmatifs simples et pour la durée des séances de soixante minutes, qui semble optimale. Pour les autres éléments les réponses s'éloignent de la neutralité indiquant ainsi que, selon les thérapeutes, des améliorations du cadre thérapeutique sont possibles: des séances plus fréquentes, pour une durée totale plus longue et avec des groupes moins nombreux. On note également un désaccord modéré concernant les règles de conduite : les participants s'attendraient à voir davantage de rigueur dans leur application que les soignants. Tous ces écarts sont non significatifs. La divergence la plus saillante, avec un p très proche du seuil de signification, concerne la rythme des séances : une fois toutes les trois semaines convient aux participants, tandis que pour les soignants ça serait trop espacé dans le temps. En pratique, l'effectif du personnel soignant n'autorise pas actuellement la multiplication et le rapprochement des rencontres de groupe.

Dans la majorité des cas les groupes et les entretiens individuels procuraient des bénéfices complémentaires et similaires. La proportion des AVS favorables à la prise en charge de groupe dans notre échantillon (19,2 %) reste nettement inférieure par rapport à d'autres études: 46,8 % pour Garrett et al⁶⁷ (2003), 49 % dans Levenson et al⁶⁸ (2009) et 44 % pour Levenson et al⁶⁹ (2010). Toutefois, dans les travaux cités la question portait sur le choix spontané plutôt que sur l'efficacité ressentie et, pour Levenson et al⁷⁰ (2010), c'est le coût supplémentaire qui limitait le recours aux entretiens individuels (deux tiers des cas). Garrett et al⁷¹ (2003) ont souligné que la plupart des AVS n'avaient connu que de prise en charge de groupe, ce qui pourrait expliquer son taux de préférence plus élevé.

Des nuances sont décelables pour les sous-groupes minoritaires. Les quatre participants qui affirmaient une meilleure efficacité des entretiens individuels partageaient aussi d'autres

⁶⁶ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *J Child Sex Abuse* 2005;14(1):91-115.

⁶⁷ Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-338.

⁶⁸ Levenson JS, Macgowan MJ, Morin JW, Cotter LP. Perceptions of sex offenders about treatment. *Sex Abuse* 2009;21(1):35-56.

⁶⁹ Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010;54(3):307-326.

⁷⁰ Levenson et al 2010. Ibid.

⁷¹ Garrett et al 2003. Ibid.

traits communs : niveau éducatif supérieur au Baccalauréat, antécédent de prise en charge individuelle exclusive pendant l'incarcération (trois quarts d'entre eux) et préférence d'un thérapeute femme (75 % contre 10 % dans le reste de l'échantillon étudié), dont ils avaient une meilleure image que la moyenne en terme de bienveillance ressentie. Ce sous-groupe était aussi plus âgé que la moyenne de l'échantillon : 56 ans versus 44,5 ans. La préférence pour le groupe appartenait à cinq individus avec les caractéristiques suivantes: niveau éducatif égal ou inférieur au Baccalauréat dans 80 % des cas, aucune prise en charge psychothérapique précédente pour 60 % d'entre eux et 20 % seulement optaient pour un thérapeute femme, alors que le reste des 80 % n'émettait pas de préférence. Ce sous-groupe était légèrement plus jeune (41 ans) que la moyenne de l'échantillon (44,5 ans).

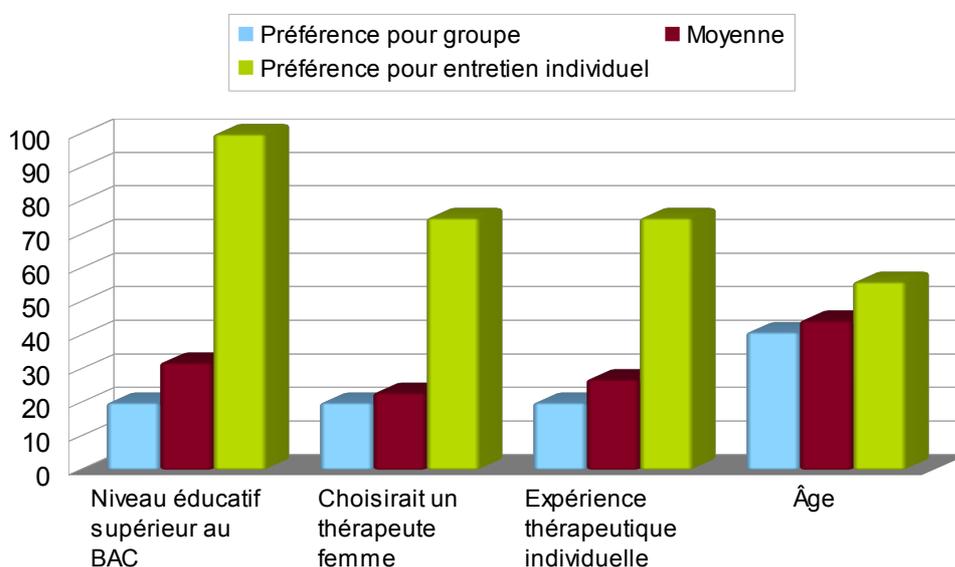


Figure 3: Caractéristiques des sous-populations ayant exprimé une préférence pour le type de prise en charge (individuel ou de groupe) et comparaison avec la moyenne de l'échantillon entier: les valeurs sont des pourcentages, sauf pour l'âge (ans)

Cette analyse montre le rôle important de la toute première modalité de prise en charge pour le vécu ultérieur de la thérapie. Elle isole un sous-groupe qui affirme une meilleure efficacité de la prise en charge individuelle. Il conviendrait de mieux dresser le portrait de cette population avec d'autres études, car il est difficile de le généraliser à partir de notre effectif restreint. Ces aspects nous paraissent importants pour préciser les indications et optimiser la prise en charge selon le principe de réceptivité dans le modèle RBR de Bonta

et Andrews⁷² (2007), en l'absence de conclusion tranchante sur l'efficacité comparative entre le suivi en groupe et individuel^{73,74}.

Comme d'autres auteurs (Garrett et al⁷⁵ 2003, Beech et Hamilton-Giachritsis⁷⁶ 2005, Drapeau et al⁷⁷ 2005), nous avons constaté l'importance pour les auteurs de violences sexuelles de la représentation du thérapeute principal : une femme qui apporte de l'aide sans porter de jugement est pour ce sous-groupe un gage d'efficacité. Cette image pourrait renvoyer au modèle d'un substitut maternel.

En effet, parmi les moyens thérapeutiques adressés aux AVS, C. Balier⁷⁸ préconise ce qu'il appelle la « *relation d'étayage* » : une relation thérapeutique dans laquelle le soignant est investi en tant que substitut parental. Les interventions de ce dernier servent à renforcer le Moi du patient, d'harmoniser ses pulsions avec les contraintes de la loi et avec le respect de l'intégrité de l'autre. Or, il est probable que cette « *relation d'étayage* » soit mieux synthétisée par le suivi individuel que par la thérapie de groupe et que, du moins pour une minorité d'AVS, elle soit plus importante, plus « *nécessaire* ». Nous pouvons donc expliquer ainsi la préférence pour une thérapie individuelle et l'opposition au changement d'interlocuteur référent au cours de la thérapie, équivalent de perte d'un parent symbolique.

⁷² Bonta J, Andrews DA (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.

⁷³ Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris: Juillet 2009, p142.

⁷⁴ Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. Int J Offender Ther Comp Criminol 2010;54(3):307-326.

⁷⁵ Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. Sex Abuse 2003;15(4):323-338.

⁷⁶ Beech AR, Hamilton-Giachritsis CE. Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. Sex Abuse 2005;17(2):127-140.

⁷⁷ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. J Child Sex Abuse 2005;14(1):91-115.

⁷⁸ Balier C. Le traitement des délinquants sexuels. In : Albernhé T (sous la direction de). Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses,1997: p717.

V.3.2. Interactions dans le groupe

Dans notre étude, l'atmosphère de travail à l'intérieur du groupe est ressentie comme sensiblement favorable par les participants (cotation moyenne normalisée à 3,77 sur 5) et encore plus par les thérapeutes (cotation moyenne normalisée à 3,91 sur 5). Cette différence d'optimisme est un résultat fréquent dans d'autres travaux du même profil, les soignants ayant tendance à sur-appréécier la façon dont ils encadrent les groupes (Moos⁷⁹ 1986, Beckett et al⁸⁰ 1994, Beech et Fordham⁸¹ 1997).

Dans les groupes du Centre « Jean-Baptiste Pussin » les interactions sont globalement d'une qualité satisfaisante, tant entre les membres qu'avec les soignants. De plus, la « *confiance entre les participants* » et le « *partage des expériences* » sont significativement mieux appréciés que ne le pensent les thérapeutes. Ce fait qui n'est pas surprenant puisque, pour la plupart des auteurs de violences sexuelles, le groupe représente le seul moyen d'échanger avec des pairs, ainsi qu'un environnement sécurisé qui favorise le transfert en réseau parmi les participants (Marshall et al⁸² 2008, Levenson et al⁸³ 2009). Ces deux caractéristiques du groupe s'adressent particulièrement au vécu subjectif. Comme nous verrons plus loin dans le sous-chapitre « thématique de discussions », elles constituent un domaine investi par les auteurs de violences sexuelles mieux que par les thérapeutes. Ces derniers se concentrent plus sur le contenu de la thérapie que sur l'aspect relationnel.

Les conseils des thérapeutes sont considérés, tant par les auteurs de violences sexuelles que par les soignants, comme adaptés dans leur forme, mais d'une utilité modeste. L'item « *les conseils m'ont été inutiles* » est à analyser avec précaution car le détail de distribution des

⁷⁹ Moos RH. Group environment scale manual (2ème édition). Palo Alto, CA, États-Unis : Consulting Psychologists Press 1986.

⁸⁰ Beckett RC et al. Community-based treatment for sex offenders. An evaluation of seven treatment programs. Londres: Home Office Publications Unit, 1994.

⁸¹ Beech A, Fordham AS. Therapeutic climate in sexual offender treatment programs. Sex Abuse 1997;9(3):219-237.

⁸² Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Sexual offender treatment: a positive approach. Psychiatr Clin N Am 2008;31(4):681-696.

⁸³ Levenson JS, Macgowan MJ, Morin JW, Cotter LP. Perceptions of sex offenders about treatment. Sex Abuse 2009;21(1):35-56.

réponses est différent entre les deux catégories. Une homogénéité existe pour les thérapeutes (SD=0,94 contre une moyenne de 1,26 pour cette partie du questionnaire), alors qu'une grande dispersion est constatée pour les patients (SD=1,63 contre 1,16 en moyenne pour cette partie du questionnaire). Nous concluons à une possible erreur d'interprétation par les répondants dans la lecture de l'item, à cause de la formulation avec double négation (« *je ne suis pas d'accord que les conseils m'étaient inutiles* »), et qui met en cause la fiabilité du résultat.

V.3.3. Thématique de discussion

Dans le passé, une tendance à surévaluer le bénéfice et l'importance du contenu de la thérapie a été constatée (Levenson et al⁸⁴ 2009). Pour éviter ce biais, Levenson et al⁸⁵ (2010) avaient proposé de remplacer la cotation simple avec un classement par rang d'importance. Cette procédure est plus lourde lors de la passation, en conséquence nous avons adopté une solution de compromis en effectuant un classement *à posteriori* tel qu'il apparaît dans le Tableau V. Nous avons arbitrairement retenu comme « *les plus bénéfiques* » uniquement les thèmes avec cotation supérieure à la moyenne confondue (en gras dans le tableau).

Comme attendu, le bénéfice retiré est systématiquement moins important selon l'avis des thérapeutes : différence significative pour tous les items sauf pour les distorsions cognitives. Toutefois les rangs de classement entre les deux catégories de répondants se rapprochent de façon remarquable. Les thèmes « *les plus bénéfiques* » sont les mêmes, avec une seule discrédance flagrante : l'item « *apprendre à entretenir des liens sociaux sains* », classé avant-dernier (sur 10) par les thérapeutes mais cinquième (sur 11) pour les patients. Cette dernière valeur est compatible avec le résultat de Levenson et al⁸⁶ (2009) où les participants accordaient une importance de 10 sur 23. L'écart que nous constatons entre les deux points de vue est concordant avec la discussion du paragraphe précédent, V.2.2. (items « *confiance entre les participants* » et « *partage des expériences* »). Il peut s'expliquer par l'importance qu'attachent les auteurs de violences sexuelles à leurs relations interpersonnelles, souvent déficitaires, ainsi que par le rôle catalyseur du groupe pour les

⁸⁴ Levenson JS, Macgowan MJ, Morin JW, Cotter LP. Perceptions of sex offenders about treatment. *Sex Abuse* 2009;21(1):35-56.

⁸⁵ Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010;54(3):307-326.

⁸⁶ Levenson et al 2009. *Ibid.*

apprentissages dans ce domaine (Yalom 1995 cité en Jennings et Sawyer⁸⁷ 2003). Une autre explication possible se trouve dans la nature même de la question, car il s'agit d'un domaine de vie plus difficilement interprétable par hétéro-évaluation. C'est la même raison pour laquelle nous avons exclu l'item « *maîtrise du comportement sexuel déviant* » du questionnaire adressé aux thérapeutes.

En cotation absolue, les auteurs de violences sexuelles et leur soignants sont d'accord sur un seul thème : l'efficacité sur la correction des distorsions cognitives. Elle est ressentie comme modérée, mais inférieure par rapport au reste des items. Il serait donc recommandé d'avoir un plus grand investissement de ce sujet dans notre centre, d'autant plus qu'il est mieux classée dans des travaux précédents : importance 7^{ème}/18 et bénéfice 5^{ème}/18 (Levenson et Prescott⁸⁸ 2009) ; importance 4^{ème}/18 et le bénéfice ressenti à 8^{ème}/18 (Levenson et al⁸⁹ 2010).

Comme pour d'autres auteurs (Day⁹⁰ 1999, Levenson et Prescott⁹¹ 2009, Garrett et al⁹² 2003, Marques et al⁹³ 2005), la responsabilité des faits et l'empathie pour la victime sont des thèmes très appréciés, ainsi que le bénéfice déclaré sur la prévention de la récidive. Ce dernier aspect, peu surprenant et probablement toujours sur-apprécié (Levenson et al⁹⁴ 2009), n'a qu'une utilité limitée, surtout quand nous constatons que les facteurs de risque d'une récidive, pris séparément, sont moins bien assimilés. Aussi, cette réponse favorable au travail sur la récidive peut correspondre à ce que voudraient entendre les thérapeutes et la société en général, ou bien à une tentative de construire une auto-conviction par les auteurs de violences sexuelles eux-mêmes.

⁸⁷ Jennings JL, Sawyer S. Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. *Sex Abuse* 2003;15(4):251-266.

⁸⁸ Levenson JS, Prescott DS. Treatment experiences of civilly committed sex offenders. *Sex Abuse* 2009;21(1):6-20.

⁸⁹ Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010;54(3):307-326.

⁹⁰ Day A. Sexual offender views about treatment: a client survey. *J Child Sex Abuse* 1999;8(2):93-103.

⁹¹ Levenson et Prescott 2009. *Ibid.*

⁹² Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-338.

⁹³ Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17(1):79-107.

⁹⁴ Levenson JS, Macgowan MJ, Morin JW, Cotter LP. Perceptions of sex offenders about treatment. *Sex Abuse* 2009;21(1):35-56.

Le classement observé correspond partiellement avec les thèmes qui, selon les réponses libres des patients, devraient être approfondis. Il s'agit des sujets qui avaient apporté moins de bénéfice dans le passé. Dans notre étude, le taux de réponse à cette question est faible (12 patients, soit 46,1 % de l'échantillon), mais le choix assez homogène nous permet de le généraliser. Deux items étaient essentiellement énoncés : « *le déclenchement du passage à l'acte* » (7 participants) et le « *rôle du passé personnel* » dans les faits reprochés (4 participants). Dans notre étude, ces deux thèmes se trouvent en dessous du seuil arbitraire « *d'indifférence* » en terme de bénéfice ressenti. Leur contenu est proche de la « *motivation de passer à l'acte (quel intérêt y avait-il ?)* », le premier item sur lequel les AVS voulaient insister dans l'étude de Garrett et al⁹⁵ (2003).

Nous retenons qu'il est, en effet, plus pertinent de demander l'avis des patients selon un classement plutôt qu'une cotation simple des items pour le contenu de la thérapie. Cela offre l'avantage de rendre facultative la discussion sur la fiabilité d'une valeur absolue et permet une comparaison qualitative entre populations différentes, à condition que les items regroupés dans une même catégorie ne varient pas amplement d'une étude à l'autre. Nous ajoutons que l'ordre ainsi obtenu devrait toujours être comparé avec un classement effectué par les thérapeutes, afin de vérifier sa cohérence. Toute discussion est réduite sinon au seul sujet des biais dans les réponses des auteurs de violences sexuelles. Ce doute serait écarté au moins pour les items au rang concordant avec l'avis des soignants.

V.3.4. Accord des thérapeutes

Les thérapeutes ont soumis des cotations individualisées au sujet de 19 items sur les 33 contenus dans la partie « B » de notre questionnaire, soit 988 cotations au total. Puisque

⁹⁵ Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-338.

deux thérapeutes se sont prononcés pour chacun des 26 patients pris à part, nous avons pu vérifier ainsi la sensibilité inter-juges : aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les deux avis. Ceci est rassurant pour la qualité, l'objectivité et la cohérence de l'hétéro-évaluation par les thérapeutes : ils partagent globalement le même point de vue.

V.3.5. Réponses libres

Puisque nous croyons que la thérapie offerte au Centre Jean-Baptiste Pussin est perfectible, nous avons incité les participants à exprimer aussi des aspects négatifs au sujet de leur prise en charge de groupe.

La première question à réponse libre demandait de réitérer les nouvelles informations ou compétences acquises. La responsabilisation des actes et la conscience des effets sur la victime étaient chacune citée par 4 participants, mais la plupart des répondants se sont contentés d'écrire les caractéristiques globales de la prise en charge les plus appréciées : l'opportunité d'échanger avec des pairs (11 avis) exprimée sous la forme : « *savoir écouter, échanger* », « *dire et se libérer* », la présence du soutien et l'absence de jugement (2 avis).

Les critiques se concentraient sur un travail ressenti comme trop superficiel : « *discours déconnecté du réel* », « *intellectualisation stérile* », ainsi que la difficulté de raconter les faits plusieurs fois, occasion associée à de la honte et de l'anxiété (5 avis). Cette dernière situation est rencontrée lorsqu'un membre s'ajoute au groupe, et à cette occasion les auteurs de violences sexuelles anticipent souvent un contre-transfert hostile de la part des autres interlocuteurs. Cette difficulté peut probablement être combattue si les groupes restent fermés, mais dans la littérature elle est reconnue comme une nécessité et une étape-clé dans la prise en charge (Drapeau et al⁹⁶ 2005, Hays et al⁹⁷ 2007). D'ailleurs, les bonnes cotations exprimées au sujet de l'intégration dans le groupe (4,15/5), la confiance entre les membres (4/5) et l'absence de jugement (normalisée à 4,15/5) prouvent que la solution à cette anxiété se trouve dans le fonctionnement même du groupe, chaque participant étant probablement conscient « *d'être, lui aussi, passé par là* ».

⁹⁶ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *J Child Sex Abuse* 2005;14(1):91-115.

⁹⁷ Hays SJ, Murphy GH, Langdon PE, Rose D, Reed T. Group treatment for men with intellectual disability and sexually abusive behaviour: service user views. *J Intellect Dev Disabil* 2007 Jun;32(2):106-116.

Un patient soulignait la difficulté à échanger entre auteurs de violences sexuelles ayant commis des faits de nature différente. Cette remarque est probablement pertinente pour une partie des AVS, notamment pour les auteurs d'infractions moins graves et à faible risque de récidive, qui trouveront des arguments pour minimiser leur culpabilité et auront le sentiment de ne pas se sentir concernés par l'histoire des autres participants⁹⁸. De plus, les difficultés d'identification peuvent entraver le processus interpersonnel qui est fondamental dans le groupe⁹⁹. Nous sommes en principe d'accord avec ces considérations, mais la présumée différence d'environnement et d'efficacité entre les groupes homogènes et hétérogènes n'ont pas été documentées (Beech et Hamilton-Giachritsis¹⁰⁰ 2005, Harkins et Beech¹⁰¹ 2007b). L'identification entre les membres du groupe peut aussi avoir un effet délétère si elle favorise le déni et les autres attitudes défensives par renforcement mutuel¹⁰², et il est bien connu qu'un même agresseur sexuel peut être auteur de plusieurs faits de nature différente. À notre avis le critère d'homogénéité a son importance mais il n'est pas primordial dans la constitution des groupes. Il est plus nécessaire de former des collectifs équilibrés en termes d'investissement des participants : certains patients sont connus pour prendre l'initiative au cours de leur suivi individuel et constituent alors des bons leaders pour leurs pairs. Des critères pratiques sont aussi parfois un obstacle : le regroupement des agresseurs sexuels selon la nature des faits n'est pas systématiquement effectué dans notre centre car les effectifs sont insuffisants dans certaines catégories. Des aménagements existent néanmoins au CJBP pour des groupes spécifiques : déficients intellectuels et mineurs.

Un autre participant faisait remarquer que les groupes ne sont pas adaptés pour les malentendants. Parmi les réponses nous avons trouvé aussi quelques unes difficile à interpréter

⁹⁸ Smith J *in* Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010 : p56.

⁹⁹ Jennings JL, Sawyer S. Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. *Sex Abuse* 2003;15(4):251-266.

¹⁰⁰ Beech AR, Hamilton-Giachritsis CE. Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sex Abuse* 2005;17(2):127-140.

¹⁰¹ Harkins L, Beech AR. A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity. *Aggression and Violent Behavior* 2007;12(6):615-627.

¹⁰² Harkins et Beech 2007b. *Ibid.*

à cause de leur ambiguïté ou absence de rapport évident avec la question posée. Par exemple : « *il y a des personnes non sorties de cette maladie et d'autres qui ont peur* », ou encore : « *nier, silence* ».

V.4. Attentes personnelles et perspectives d'amélioration

V.4.1. Point de vue des participants sur l'investissement des soins

Une nette majorité des participants étaient moyennement ou tout à fait d'accord avec une obligation de se soigner et 84,6 % aimeraient voir cette obligation étendue à l'ensemble des AVS, chiffres concordants avec l'avis des thérapeutes. La contrainte extérieure semble nécessaire car les participants se montraient peu optimistes quant à la capacité de maîtriser un passage à l'acte sans aide thérapeutique et sans intervention judiciaire: les deux tiers des patients pensaient cela impossible, tandis que les thérapeutes le pensent à l'unanimité. Ces points de vue semblent donner raison au législateur et au dispositif de la loi de 1998 qui a implémenté l'injonction de soins¹⁰³. Mais l'application de cette loi ne permet pas encore l'entrée en thérapie pour un grand nombre d'auteurs de violences sexuelles : en pratique environ 900 mesures de SSJ sont prononcées chaque année pour infractions à caractère sexuel, soit seulement 10,5 % des condamnés qui pourraient en bénéficier. Cette proportion est mieux représentée en matière criminelle: un tiers des cas (Carrasco¹⁰⁴ 2007). Drapeau et al¹⁰⁵ (2005) rapportaient des participants soucieux de préserver une certaine capacité de prendre des décisions, même limitées, concernant leurs propres soins. Cette autonomie serait particulièrement importante au début de la prise en charge, car elle aiderait à attribuer au patient les bénéfices ultérieurs de la thérapie (Lambert et Bergin¹⁰⁶ 1994 cité par Drapeau et al¹⁰⁷ 2005). Cependant, un cadre extérieur fiable est requis pour poursuivre les soins au long cours, car la prise de conscience de la nécessité d'un traitement est relative et fluctuante. Dans notre étude plus de la moitié des agresseurs sexuels (52 %)

¹⁰³ 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.

¹⁰⁴ Carrasco V. Le suivi socio-judiciaire : bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998. Bulletin de Infostat Justice Mai 2007;94:1-4.

¹⁰⁵ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. J Child Sex Abuse 2005;14(1):91-115.

¹⁰⁶ Lambert M, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York : Wiley 1994. p143-189.

¹⁰⁷ Drapeau et al 2005. Ibid.

comptait ne plus se soigner au delà de l'injonction de soins. Plus intéressant encore, parmi les 28 participants placés sous main de justice et recrutés initialement, aucun n'était participant volontaire après la fin de leur soins imposés.

Nous observons donc une discordance entre la nécessité déclarée de la prise en charge, admise et argumentée par les auteurs de violences sexuelles, et l'initiative de participer spontanément au delà d'une durée obligatoire. Plusieurs explications sont possibles pour ce déficit d'adhésion volontaire:

- la confiance que le risque de passage à l'acte est devenu trop bas pour justifier une prolongation de la prise en charge, telle que Day¹⁰⁸ (1999) la constatait pour un tiers de son échantillon ;
- au contraire, la conviction que les soins sont inefficaces et que, là non plus, il n'y a pas intérêt à les prolonger ;
- le sentiment d'avoir accompli son devoir vis-à-vis de la société, puisqu'il s'agit en premier lieu d'une mesure décidée par la justice et non pas d'une réelle demande émanant du sujet ;
- enfin, simple biais de désirabilité sociale dans les réponses : les auteurs de violences sexuelles approuvent une obligation initiale de soins, alors que la conviction personnelle est réellement opposée.

Il serait utile de confronter cette constatation avec la situation d'autres centres, pour vérifier s'il s'agit d'un résultat isolé et pour tester les différentes hypothèses énoncées ci-dessus.

Nous avons remarqué aussi dans cette partie que l'item « *capacité de maîtriser un passage à l'acte* » a reçu un taux de réponse de seulement 73,1 %, soit le plus faible sur l'ensemble des questions à choix forcé. L'absence de réponse traduit probablement l'impossibilité de se positionner entre affirmation et négation, alors que la réponse indécise (« *je ne sais pas* ») n'était pas disponible.

¹⁰⁸ Day A. Sexual offender views about treatment: a client survey. J Child Sex Abuse 1999;8(2):93-103.

V.4.2. Point de vue sur l'investissement du temps en dehors des séances

Une des finalités de la psychothérapie est d'améliorer au quotidien la vie des auteurs de violences sexuelles, ainsi que de renforcer le contrôle du comportement sexuel en dehors du groupe. En revanche, le temps entre deux séances peut potentialiser la psychothérapie par une continuité et une réflexion à distance des émotions et enjeux mis en route devant les pairs (Frost et Connolly¹⁰⁹ 2004). Les situations difficiles survenues pendant le groupe, comme par exemple un conflit ou l'arrivée d'un nouveau membre, seront analysées avec plus de sérénité « à froid ». Si l'engagement thérapeutique est sincère et si le participant possède une curiosité pour sa problématique personnelle, il sera tenté d'appliquer ailleurs les choses qu'il a apprises du groupe.

Nous avons retenu comme critère d'engagement individuel la manière dont les participants préparent les séances de groupe. Une continuité globale semble exister dans notre échantillon après les rencontres, puisque seulement un quart des répondants désinvestissent totalement ce temps-là tandis que la moitié continuent à y penser. Un apport personnel actif vers la séance d'après n'est, toutefois, que rarement envisagé : peu de participants élaborent des sujets de discussion à l'avance et beaucoup s'opposent à l'idée d'avoir de tels sujets fixés d'une fois sur la suivante, avis partagé par les 80 % des soignants. Dans d'autres programmes thérapeutiques pour les auteurs de violences sexuelles, notamment d'orientation cognitive-comportementale où l'usage de tâches cognitives entre deux séances est plus répandu, leur acceptabilité est plutôt bonne : 75 % des intéressés pour Garrett et al¹¹⁰ (2003) et 72 % pour Levenson et al¹¹¹ (2009) s'en disent contents.

V.5. Information et acceptabilité du traitement pharmacologique

V.5.1. Connaissance des chimiothérapies pour les auteurs de violences sexuelles

¹⁰⁹ Frost A, Connolly M. Reflexivity, reflection, and the change process in offender work. *Sex Abuse* 2004;16(4):365-380.

¹¹⁰ Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-338.

¹¹¹ Levenson JS, Macgowan MJ, Morin JW, Cotter LP. Perceptions of sex offenders about treatment. *Sex Abuse* 2009;21(1):35-56.

La totalité des participants a déclaré ne connaître aucun médicament utile pour une sexualité troublée. Cette réponse sans équivoque est d'autant plus surprenante que certains patients avaient bénéficié d'une médication par des psychotropes, comme par exemple des ISRS dans une indication principale de trouble anxieux ou de l'humeur. Nous ne pouvons pas formuler d'explication définitive à ce résultat, mais nous nous contenterons de quelques interprétations possibles.

Cette méconnaissance, si elle est véritable et non seulement déclarée, interroge sur la qualité de l'information médicale donnée aux patients au moment de la prescription, pour ceux déjà sous traitement. Ont-ils été informés des effets potentiellement favorables contre l'impulsivité (ISRS) ou pour la réduction de la libido (neuroleptiques) ? Une réponse négative à cette question peut s'expliquer par le fait que ces types de molécule n'ont pas d'AMM dans l'indication des paraphilies. Donc leur usage et les informations associées ne tombent pas sous l'incidence de l'obligation de moyens opposable au médecin.

Une autre explication est le défaut de rétention d'une information correctement donnée : le patient ne lui a pas attaché d'importance, il ne s'est pas senti concerné.

Mais il est également nécessaire d'interroger la représentation qu'ont les auteurs de violences sexuelles de ce que c'est qu'un médicament « *utile pour une sexualité troublée* ». S'attendent-ils à des molécules destinées spécifiquement à la sexualité et ont-ils de difficultés à identifier l'intérêt d'un médicament dans une indication mixte ? S'attendent-ils à un produit qui puisse enlever sans effort de leur part toute pulsion excessive, toute pensée déviante et améliorer leur qualités relationnelles du jour au lendemain ?

Notre étude n'a pas été en mesure de répondre à ces interrogations. Il conviendrait peut-être de reformuler la question dans des termes encore plus généraux, par exemple de demander : « *Quels effets attendriez-vous de ce traitement pharmacologique ?* », avant de demander aux AVS s'ils connaissent des médicaments avec l'effet attendu.

V.5.2. Acceptabilité d'un traitement spécifique

L'acceptabilité avant la mise en route d'un traitement médicamenteux spécifique pour les auteurs de violences sexuelles est peu étudiée dans la littérature spécialisée. Dans notre

échantillon, une proportion importante (41,7 %) s'est dite prête à suivre un traitement pharmacologique. Nous devons pourtant interroger la fiabilité de ce taux d'acceptabilité compte tenu des réponses à la question précédente: en l'absence d'information suffisante, nous ne pouvons pas retenir une authentique adhésion au traitement médicamenteux, mais seulement l'attente d'une aide extérieure par ce moyen.

Notre résultat est proche des 52 % des patients qui acceptèrent une pharmacothérapie dans le travail canadien de Fedoroff¹¹² (1995, N=100). Dans son échantillon, l'auteur retrouvait une indication chez 59 % des cas, les autres ne déclaraient pas de symptôme paraphilique. Parmi ceux qui avaient l'indication, 12 % la refusèrent, 86 % ont accepté un traitement par ISRS et une seule personne a opté pour un traitement hormonal (acétate de médroxyprogestérone, MPA).

Pourtant, ces résultats sont difficilement comparables avec notre travail car nous n'avons pas pratiqué de sélection selon la présence ou l'absence d'indication médicamenteuse.

V.5.3. Acceptabilité du traitement hormonal

Afin d'éviter le biais d'information et obtenir des réponses éclairées, pour la question qui traite de l'acceptabilité du traitement hormonal nous avons ajouté dans l'énoncé des informations générales concernant l'administration et les effets indésirables prévisibles. Les réponses sont partagées: une moitié encouragerait ce type de prise en charge, tandis que l'autre non. Cette proportion favorable est à analyser avec précaution, car la formulation de la question laisse une marge importante d'interprétation. Elle est hypothétique, elle ne s'adresse pas à un individu en particulier. Trois participants ont remarqué cela en ajoutant du texte libre: « *sur personne dangereuse* », « *si vraiment nécessaire* », « *pour les cas les plus graves* ». En pratique, la mise en œuvre est assez restreinte: B.Cordier estimait entre 10 et 15 % la proportion des auteurs de violences sexuelles traités par anti-androgènes (*in* Coutanceau et al¹¹³ 2010), tandis que Hill et al¹¹⁴ (2003) rapportaient 12% qui recevaient un traitement hormonal en Allemagne.

¹¹² Fedoroff JP. Antiandrogens versus serotonergic medications in the treatment of sex offenders: a preliminary compliance study. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1995;4(2):111-122.

¹¹³ Coutanceau R, Smith J et coll. *La violence sexuelle*. Paris: Dunod, 2010 : p42.

¹¹⁴ Hill A, Briken P, Kraus C, Strohm K, Berner W. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003 Aug;47(4):407-421.

V.6. Limites de l'étude

Notre étude présente l'avantage d'être effectuée dans un contexte clinique réel : les observations sont faites en parallèle à la prise en charge telle qu'elle est délivrée habituellement et les hétéroévaluations sont pratiquées par les thérapeutes qui connaissent le mieux chaque patient. La subjectivité d'un auto-questionnaire, surtout dans ce type de population, est critiquable. Pourtant cette subjectivité constitue la spécificité même de l'étude et nous estimons que la comparaison avec l'avis des thérapeutes est un bon moyen de vérifier la cohérence des réponses exprimées.

La source d'erreurs la plus importante est le questionnaire utilisé. Comme pour la plupart des études de santé mentale, la fiabilité de nos résultats est intimement liée à la qualité de l'instrument psychométrique à disposition. Nous nous sommes inspirés d'autres travaux similaires, principalement anglo-saxons, et nous avons librement traduit certains items. Mais la cohérence interne et la validité de notre adaptation n'ont pas été vérifiées indépendamment. En ce que concerne le contenu, nous avons choisi une formulation mixte des questions (double négation, mélange thématique, questions ouvertes et à choix forcé, etc.) afin d'éviter la tendance des biais d'acquiescement et aussi pour encourager la réflexion des participants. Dans ce sens, la passation du questionnaire peut avoir un effet thérapeutique intrinsèque.

Un risque de biais différentiel existe car le mode de passation n'était pas uniforme pour l'échantillon entier : la plupart des patients avaient rempli le questionnaire à la fin d'une séance de groupe, tandis qu'une partie l'avait fait après un entretien individuel. Ces derniers participants étaient susceptibles de donner de réponses plus favorables à la thérapie reçue que s'ils étaient en groupe ou si un thérapeute n'était pas présent.

Avec l'expérience accumulée dans ce travail, nous sommes en mesure d'apporter des améliorations possibles pour cet outil et sa passation :

- rendre le questionnaire anonyme pourrait favoriser une plus grande sincérité dans les réponses ;
- passation indépendante du questionnaire, par exemple dans la salle d'attente avant la séance de groupe, et remise du document dans une boîte prévue à cet effet ;

- offrir une échelle à choix forcé (sans option de neutralité) pour éliminer la tendance centrale : par exemple de réponses possibles à l'échelle de Likert sur six niveaux au lieu de cinq ;
- proscrire l'usage d'items à double négation, qui prédisposent à des erreurs d'interprétation ;
- ajouter une question sur l'espoir de pouvoir changer, et demander à chaque participant s'il trouve le temps de s'exprimer autant qu'il le souhaite ;
- supprimer la question concernant les passages à l'acte non judiciarisés, qui peut être interprétée comme une incitation à l'auto-dénonciation et risque de détériorer la confiance des répondants ;
- pour les AVS qui ne comptent pas prolonger la prise en charge au-delà d'une durée imposée, leur demander de motiver leur choix ;
- modifier la formulation des items hypothétiques pour les individualiser : par exemple dans la question suivante « *Pour quelqu'un à haut risque est-il possible d'empêcher un passage à l'acte avant toute prise en charge thérapeutique et avant toute condamnation judiciaire?* », remplacer « *Pour quelqu'un à haut risque* » avec « *Selon vous* ».

La description et interprétation de certaines données nous a posé des difficultés, notamment pour la catégorie « *nature des actes à l'origine de l'entrée dans les soins* ». Cet item ne prend en compte que les faits récents, alors que la psychothérapie s'adresse à toute l'histoire personnelle. Par exemple, un de nos deux patients considérés en demande spontanée s'est orienté vers notre service avec la crainte d'une inculpation pour usage d'images pédopornographiques. Ce n'est que plus tard qu'il a admis être, trente ans

auparavant, auteur de viols sur ses enfants, mais qui n'avaient donné lieu à aucune suite judiciaire.

L'absence de standardisation de la forme du dossier médical était un obstacle supplémentaire dans le recueil des données détaillées comme les antécédents psychiatriques et judiciaires, l'historique des traitements médicamenteux. Les données les plus fiables concernant les circonstances récentes étaient les courriers adressés par le SPIP à l'entrée dans les soins.

Notre travail se heurte aussi à d'autres inconvénients qui réduisent la possibilité de généraliser les résultats. Nous n'avons pas bénéficié d'un groupe contrôle, par exemple, une population constituée des AVS qui suivent uniquement une thérapie individuelle. Une telle comparaison pourrait mieux cerner les spécificités de la prise en charge de groupe.

La sélection des participants a abouti à un effectif relativement réduit. Il aurait été aussi intéressant d'avoir une meilleure représentativité des auteurs de crimes à caractère sexuel, leur proportion étant discrète dans notre étude. Par contre, le biais d'auto-sélection est négligeable, puisque tous les candidats ont accepté de participer.

V.7. Considérations éthiques sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

V.7.1. Le rôle du psychiatre

Inévitablement, tout soignant qui prend en charge des délinquants sexuels sera confronté à un conflit d'ordre éthique. S'opposent, d'un côté le devoir de soigner et la loyauté envers le patient (éthique kantienne, dans le respect de l'individu et des droits de l'homme), et de l'autre côté les exigences de la société qui veut se protéger d'une éventuelle récurrence (éthique utilitaire, pour le bénéfice primordial du plus grand nombre de personnes que possible). En France, le Code de Déontologie Médicale consacre cette double mission « *au service de l'individu et de la santé publique* »¹¹⁵.

Classiquement, les psychiatres sont donc censés s'occuper du bien être du patient selon le principe *primum non nocere*, et doivent peser chacune de leurs interventions avec la balance bénéfice-risque. Seulement voilà, les auteurs de violences sexuelles ne sont pas des patients tout à fait comme les autres, nous nous trouvons dans un cas bien particulier. La honte, le déni, le repli sur soi, la peur (justifiée) de sanctions, sont autant d'éléments qui

¹¹⁵ Article R.4127-2 du Code de la Santé Publique.

font partie de la clinique des auteurs de violences sexuelles et qui entravent inévitablement la démarche d'une demande de soins ainsi que le travail psychothérapeutique proprement-dit. La situation d'entrée dans le soins est atypique aussi : la triangulation avec la justice ou un autre tiers (famille, médecin traitant), est quasi-systématique et remplace la dualité qui lie traditionnellement le patient à son thérapeute¹¹⁶.

Ces particularités sont non sans conséquences. Les AVS verront que leurs droits passent au second plan « *pour le bien de la communauté* »¹¹⁷. Du point de vue judiciaire déjà, des mesures comme le fichage automatique, l'interdiction de résider à certains endroits (proximité d'établissements scolaires, d'églises) et de paraître dans des lieux spécialement désignés, la notification d'arrivée dans la communauté d'un nouveau délinquant sexuel, sont implémentés sous certaines législations sans certitude scientifique quant à leur efficacité de prévenir la récidive (Appelbaum¹¹⁸ 2008, Birgden et Cucolo¹¹⁹ 2011). Ces mesures dissuasives peuvent être considérées comme injustes vis-à-vis des AVS qui ne récidiveront pas, c'est à dire la majorité d'entre eux. Elles sont en plus stigmatisantes et pourraient même être contre-productives, car elles réduisent la capacité de réinsertion socioprofessionnelle (qui est un facteur de protection) et elles renforcent l'idée qu'aucun changement n'est possible¹²⁰. Par exemple, la notification communautaire ne réduirait pas le taux de récidive (Zgoba et al 2008, cité par Birgden et Cucolo¹²¹ 2011) et, dans le cas d'une agression intra-familiale, elle a le potentiel de stigmatiser la famille entière, dont même la victime qui était censée être protégée¹²². Ce type de mesure peut avoir donc un effet paradoxal de dissuader les victimes à porter plainte.

À leur tour, les psychiatres prenant en charge des auteurs de violences sexuelles se trouvent dans une position ambiguë. Le cadre de l'injonction de soins fait partie intégrante d'une peine¹²³ (le SSJ), d'autant plus que l'article 131-36-7 du CP stipule: « *en matière*

¹¹⁶ Aubut J. *In* : Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010: p325.

¹¹⁷ Glaser B. Treaters or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs. *Aggression and Violent Behaviour* 2009;14:248–255.

¹¹⁸ Appelbaum PS. Sex offenders in the community : are current approaches counterproductive ? *Psychiatr Serv* 2008;59(4):352-354.

¹¹⁹ Birgden A, Cucolo H. The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sex Abuse* 2011; 23(3): 295-313.

¹²⁰ Smith J. *In* : Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010: p333.

¹²¹ Birgden et Cucolo 2011. *Ibid*.

¹²² English K. The containment approach to managing sex offenders. *Seton Hall Law Review* 2004;34:1255-1272.

¹²³ Article 131-36-4 du CP : « *sauf décision contraire, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins* » (version en vigueur au 1^{er} mars 2008)

correctionnelle, le suivi socio-judiciaire peut être ordonné comme peine principale ». Le consentement est toujours requis pour l'entrée dans le soin, mais sa valeur clinique est réduite par les conséquences encourues en cas de refus¹²⁴ : « *en cas d'inobservation [...] de l'injonction de soins, le juge de l'application des peines peut [...] ordonner, par décision motivée, la mise à exécution de l'emprisonnement prononcé par la juridiction de jugement* ». Et même si le patient préfère l'emprisonnement à l'option thérapeutique, « *l'accomplissement de l'emprisonnement pour inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire ne dispense pas le condamné de l'exécution du suivi socio-judiciaire* »¹²⁵. Autrement dit, le sujet a juridiquement le choix, mais il est *de facto* obligé de se soigner (Senon et Pradel¹²⁶ 2000).

Certes, ce dispositif est dirigé vers l'aide à la réinsertion et la prévention de la récidive. D'ailleurs, les AVS participant à notre étude étaient plutôt d'accord avec ce type de mesure (voir Tableaux III et VI). Pourtant, bon nombre de psychiatres ont du mal à assumer un rôle dans un dispositif qui, au moins dans sa forme, vise la rétribution et la régulation sociale.

Si le psychiatre accepte de franchir cette première étape (l'entrée dans les soins), il se verra ensuite confronté à d'autres dilemmes, non moins épineux. Une objection fréquente concerne les AVS qui n'ont pas de maladie mentale caractérisée. Car si une partie des AVS souffrent de troubles psychiatriques (voir Tableau XI, chapitre V.1.3), c'est loin d'être le cas de tous¹²⁷. La plupart des AVS conservent la responsabilité de leurs actes¹²⁸. Ils restent tout à fait autonomes, capables de comprendre et d'accepter ou de s'opposer aux soins. S'ils s'opposent, il faut plutôt analyser les raisons subjectives du refus que de le mettre automatiquement sur le compte d'une « maladie ».

Se pose alors la question de comment traiter quelqu'un qui n'est pas malade au sens des classifications internationales, mais qui dérange du fait de son comportement immoral, antisocial ? La clé se trouve possiblement dans la capacité du thérapeute à éveiller une demande de la part du sujet, car même s'ils ne souffrent pas d'une pathologie psychiatrique patente, les auteurs de violences sexuelles sont susceptibles de vouloir changer leur propre

¹²⁴ Article 763-5 du Code de Procédure Pénale. (version en vigueur au 12 mars 2010)

¹²⁵ Article 763-5 du Code de Procédure Pénale. Ibid.

¹²⁶ Senon J-L, Pradel J. Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications. In: Ciavaldini A., Balier C: Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Masson, 2000 (250 p).

¹²⁷ Senon et Pradel 2000. Ibid.

¹²⁸ Senon et Pradel 2000. Ibid.

comportement¹²⁹. Ce principe est dans l'esprit du « *modèle des vies saines* » (voir plus loin la fin du chapitre).

Des concessions éthiques seront nécessaires pour pouvoir collaborer avec l'autorité judiciaire ou même pour donner substance au contenu de la psychothérapie. L'AVS doit régulièrement accepter des transgressions concernant la confidentialité de sa thérapie, même si en France l'introduction du médecin coordonnateur dans le dispositif de suivi a permis une évolution de cet inconvénient. La preuve d'une assiduité de la thérapie, la dénonciation des actes délictueux passés, en cours ou imminents, sont des situations dans lesquelles le médecin peut être dans l'obligation de divulguer des informations issues de la thérapie.

La dénonciation des crimes les plus graves est un devoir pour tout citoyen¹³⁰. Mais du fait de la nature de leur travail, les médecins sont souvent en première ligne. Encore faut-il savoir de manière certaine si les actes invoqués sont réels ou fantasmés et l'évaluation du danger réel pour la potentielle victime n'est pas toujours aisée : un jeune adolescent peut invoquer des actes malveillants par bravade, sans authentique intention de passer à l'acte. Une analyse clinique la plus complète possible peut orienter le praticien, mais la décision de signaler ou non dépend aussi d'autres facteurs : la prise en compte de l'attente de la société qui demande une plus grande implication de la profession dans la prévention, et des conséquences possibles en cas de dénonciation infondée¹³¹.

Pour Levenson et D'Amora¹³² (2005) les brèches de la confidentialité dans ce contexte médico-légal ne seraient pas un obstacle, tant qu'une conduite à tenir devant des informations sensibles est codifiée dès l'entrée dans les soins.

Un certain degré de paternalisme existe, puisque le choix du traitement reste largement à la discrétion du médecin. Le refus du patient risque d'être interprété comme une résistance et peut avoir des conséquences juridiques¹³³. Un exemple frappant est la législation dans l'état de Louisiane : l'agresseur sexuel récidivant ou le violeur d'un mineur de moins de 13 ans est obligé d'accepter un traitement médicamenteux ou chirurgical (castration) visant la

¹²⁹ Levenson J, D'Amora D. An ethical paradigm for sex offender treatment: Response to Glaser. *Western Criminology Review* 2005;6(1):145-153.

¹³⁰ Articles 223-6, 226-13, 226-14 et 434-1 et suivants du Code Pénal français.

¹³¹ Aubut J. *In* : Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010: p326.

¹³² Levenson et D'Amora 2005. *Ibid*.

¹³³ Glaser B. Therapeutic jurisprudence: an ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review* 2003;4(2):143-154.

réduction des pulsions sexuelles. Le refus aboutit à l'annulation de l'aménagement de peine et possible retour en incarcération. Le médecin doit simplement informer le sujet sur les modalités de mise en œuvre du traitement et les effets indésirables prévisibles, et le « *consentement* » du patient se résume à la confirmation écrite d'avoir reçu l'information¹³⁴.

Des atteintes à l'intégrité physiques et psychiques des patients sont parfois proposées. En Europe, la pléthysmographie pénienne est nettement moins acceptable qu'outre-Atlantique, bien qu'elle puisse constituer un indicateur plus fidèle de la réalité psychique des AVS. Ce moyen de mesure de la réponse aux stimuli sensoriels (visuels, auditifs) est considéré comme trop intrusif dans l'intimité du sujet. La méthode d'évaluation par polygraphie (« *détecteur de mensonges* ») se trouve encore à un stade précoce. Sa fiabilité et son application soulèvent des débats, tant dans le contexte clinique et médico-légal que celui de la recherche.

La castration chirurgicale, proposée parfois comme unique modalité de traitement biologique (le cas de l'état de Texas aux États-Unis) peut paraître barbare depuis que les traitements anti-androgènes et hormonaux sont devenus disponibles.

De manière générale, le compromis touche à toute modalité qui est normalement interdite par l'éthique professionnelle mais qui, dans le cas des AVS, deviendrait justifiée uniquement par le dessein de réduire le risque de nouveaux passages à l'acte.

¹³⁴ Scott CL, Holmberg T. Castration of sex offenders : prisoners' rights versus public safety. J Am Acad Psychiatry Law 2003;31(4):502-509.

Des tels réaménagements des normes professionnelles amènent les psychiatres à travailler dans ce que Glaser¹³⁵ (2003) appelait « *un vide éthique* ». Elles sont non seulement acceptés mais même encouragés, cautionnés par des réglementations spécifiques. À titre d'exemple : aux États-Unis, la Géorgie, la Louisiane et le Texas fournissent une immunité civile et pénale pour les médecins (sauf si négligence dans l'accomplissement de l'acte)¹³⁶, bien que les actes prodigués peuvent ne pas être dans le meilleur intérêt du patient. En France, le médecin traitant est autorisé « *à informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation* » si un auteur de violences sexuelles soumis à une injonction de soins interrompt unilatéralement son traitement, ainsi que de « *toute difficultés survenues dans l'exécution du traitement* », sans que puissent lui être opposées les dispositions concernant le secret médical¹³⁷.

Si le psychiatre n'est pas d'accord avec des telles procédures il peut, du moins en théorie, invoquer la clause de conscience prévue par l'article 47 du Code français de Déontologie Médicale¹³⁸ : « *un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles [...] celles-ci lui étant strictement personnelles, et pouvant relever d'une clause de conscience [...]* ». Encore faut-il que le refus soit pratiqué en dehors du contexte d'urgence, et que la continuité des soins soit assurée en orientant le patient vers un autre médecin.

Cette clause est applicable en pratique pour les actes médicaux non thérapeutiques (pour lesquels il n'y a pas d'obligation de moyens à fournir), non urgents et qui peuvent porter atteinte à l'intégrité ou la dignité humaine. Des telles situations sont rarement reconnues explicitement dans les textes de loi français. C'est le cas notamment de l'interruption volontaire de grossesse et de la stérilisation volontaire.

L'applicabilité de ce principe dans le champ de la violence sexuelle est limitée par deux facteurs : souvent il n'existe pas à proximité une autre équipe qui puisse assurer la prise en charge (la continuité des soins) et les interventions sont reconnues comme thérapeutiques (leur efficacité le prouve^{139,140}). Ce dernier élément est, d'ailleurs, la raison même pour

¹³⁵ Glaser B. Therapeutic jurisprudence: an ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review* 2003;4(2):143–154.

¹³⁶ Scott et Holmberg 2003. *Ibid.*

¹³⁷ Article L3711-3 du Code de la Santé Publique (version en vigueur à partir de 10 mars 2010).

¹³⁸ Article R.4127-47 du Code de la Santé Publique.

laquelle il est actuellement difficile d'envisager des études randomisées pour les auteurs de violences sexuelles : le groupe contrôle serait exposé à une inacceptable perte de chance.

En pratique, le psychiatre accepte implicitement le cadre législatif et toutes les concessions éventuelles dès lors qu'il s'engage à soigner des auteurs de violences sexuelles.

La plupart des programmes thérapeutiques, sous l'impulsion législative, sont centrés sur la protection des victimes, passées ou potentielles^{141, 142}. Des théories alternatives ont été formulées pour offrir un traitement basé sur une véritable réhabilitation plutôt que sur la gestion du risque. Admettant que la prise en charge médicale n'est pas omnipotente devant la dangerosité potentielle de certains criminels, la Jurisprudence Thérapeutique (JT) propose un rôle thérapeutique à l'autorité judiciaire et une meilleure articulation avec les acteurs des soins¹⁴³. Le jugement, à condition qu'il ne soit pas réduit à une simple confrontation, serait un moment fécond, une occasion de changer le regard sur son propre comportement et de s'engager pour un traitement. Le fait de plaider coupable devrait être motivé par l'accusé même, afin de donner du sens à son choix de défense et faciliter la thérapie ultérieure par une reconnaissance explicite des faits. La prononciation de la condamnation détaillerait les raisons de la décision. Elle aiderait ainsi à maintenir la motivation de changer, à admettre l'autonomie et les efforts du sujet. La durée de la peine serait également mieux fructifiée avec un suivi individualisé et tenant compte des choix du sujet, avec une continuité dans les soins et l'implication d'acteurs de différents domaines, non seulement médical et psychologique (criminologues, éducateurs, etc.). En France, c'est dans ce même sens que vont les recommandations n° 5 à 7 du rapport Lamanda¹⁴⁴ visant à inscrire la prévention de la récidive parmi les missions de l'administration pénitentiaire et du SPIP.

¹³⁹ Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14(2):169-194.

¹⁴⁰ Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 2005;1:117-146.

¹⁴¹ English K. The containment approach : An aggressive strategy for the community management of adult sex offenders. *Psychology, Public Policy and Law* 1998;4:218-235.

¹⁴² English K. The containment approach to managing sex offenders. *Seton Hall Law Review* 2004;34:1255-1272.

¹⁴³ Birgden A. Therapeutic jurisprudence and sex offenders: a psycho-legal approach to protection. *Sex Abuse* 2004;16(4):351-364.

¹⁴⁴ Lamanda V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République. 30 mai 2008 : pp19-20.

Le modèle des vies saines (*Good Lives Model* proposé par Ward et ses collaborateurs), met aussi l'accent sur le rôle actif que les auteurs de violences sexuelles peuvent avoir dans leur propre soin^{145,146,147}. Cette fois-ci la clé de voûte serait la tendance innée, commune à toute être humain, de se donner des objectifs et d'organiser son comportement pour les atteindre. Pour les délinquants sexuels, leurs besoins seraient à la fois détournés, employés sur un mode anti-social. Ils constituent aussi le substrat matériel sur lequel la thérapie peut agir, en s'appuyant sur les aptitudes et ressources personnelles. Par exemple, il ne suffirait pas d'expliquer aux patients comment éviter des situations à risque : il faut inscrire ces conseils dans la perspective de leur environnement habituel de vie, dans la manière dont ces moyens peuvent contribueront à façonner une identité (autre que celle d'agresseur sexuel). Le fait de fixer des buts adaptés et individualisés permettra aussi d'obtenir des résultats désirables socialement¹⁴⁸.

La fin ultime de ces deux modèles n'est pas de renverser la balance en offrant aux AVS une toute-puissance au nom de l'autodétermination, mais seulement de l'équilibrer, de trouver un accord plus fin entre les droits de la société et les droits des auteurs de violences sexuelles.

¹⁴⁵ Birgden A, Cucolo H. The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sex Abuse* 2011; 23(3): 295-313.

¹⁴⁶ Birgden 2004. Ibid.

¹⁴⁷ Glaser B. Therapeutic jurisprudence: an ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review* 2003;4(2):143-154.

¹⁴⁸ Birgden A, Cucolo H. The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sex Abuse* 2011; 23(3): 295-313.

V.7.2. Les enquêtes adressés aux auteurs de violence sexuelle et à leur vécu subjectif des soins

Pourquoi s'intéresser au point de vue des auteurs de violences sexuelles, surtout si leur avis est susceptible d'être fortement influencé par des biais comme la désirabilité sociale et les distorsions cognitives très fréquentes ? Devant la crainte collective de la récidive et les éventuelles restrictions de leurs libertés, les auteurs de violences sexuelles ont intérêt à dire que les programmes thérapeutiques fonctionnent (Belcher¹⁴⁹ 2008). D'ailleurs, parmi les 23 AVS dans l'étude de Drapeau et al¹⁵⁰ (2005), dix participants (soit 43 %) affirmaient que le meilleur moyen d'éviter les difficultés était de dire ce que les thérapeutes voulaient entendre.

Certes, ces considérations doivent être prises en compte dans l'analyse de la manière dont les AVS répondent à un questionnaire de satisfaction, mais elle ne devrait pas contre-indiquer une telle étude. Connaissant les tendances des AVS à trouver des excuses, à se réfugier derrière un déni, à manipuler les interlocuteurs, nous ne devrions pas céder à une peur irrationnelle de ne pas pouvoir leur faire face¹⁵¹.

Les auteurs de violences sexuelles ont la particularité d'être à la fois « *détenteurs de droits* » dans le sens des droits de l'homme, et « *transgresseurs de droits* » vu les actes qu'ils ont commis (Ward et al¹⁵² 2007, Birgden et Cucolo¹⁵³ 2011). Mais dans cette balance les soignants se sont préoccupé des droits des auteurs de violences sexuelles beaucoup moins que de leurs obligations : dans une des principales revues médicales au sujet des sévices sexuels (*Sexual Abuse : A journal of research and treatment*), une analyse des travaux parus entre 1995 et 2010 n'a retrouvé que six articles concernant l'autonomie ou les droits de l'homme appliqués aux auteurs de violences sexuelles¹⁵⁴.

¹⁴⁹ Belcher L. A critical evaluation of sex offender treatment programmes used in prisons. *Internet Journal of Criminology*. 2008;1-29.

¹⁵⁰ Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *J Child Sex Abuse* 2005;14(1):91-115.

¹⁵¹ Glaser B. Therapeutic jurisprudence: an ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review* 2003;4(2):143-154.

¹⁵² Ward T, Gannon TA, Birgden A. Human Rights and the Treatment of Sex Offenders. *Sex Abuse* 2007;19:195-216.

¹⁵³ Birgden A, Cucolo H. The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sex Abuse* 2011; 23(3): 295-313.

¹⁵⁴ Birgden et Cucolo 2011. *Ibid*.

Selon C. Balier¹⁵⁵, « *l'essentiel du traitement [des auteurs de violences sexuelles] va porter sur la restauration du patient en tant que sujet* ». C'est précisément le sens dans lequel va une enquête de satisfaction : valoriser l'individu et son vécu, l'associer activement à la prise en charge, le responsabiliser vis-à-vis du résultat de sa propre thérapie. Si le noyau central de la psychologie des AVS est le déni de l'altérité, ou du moins un trouble de sa représentation¹⁵⁶, les soignants ne devraient pas être pris dans le piège et se retrouver dans une position « en miroir » : c'est à dire que les auteurs de violences sexuelles soient, à leur tour, dépourvus de leur identité, de leur autonomie. Cela risquerait de saper la crédibilité des programmes de soins : ils inciteraient les patients à renoncer à une façon de faire que les thérapeutes emploient eux-mêmes (Glaser¹⁵⁷ 2009).

V.8. Recommandations pour la pratique

Après avoir analysé la délicate question éthique de la mission désignée au psychiatre par la justice et la société, il nous incombe de réfléchir à d'éventuelles recommandations pour la pratique. L'étude présentée n'a eu lieu que dans un seul centre de prise en charge, et donc les considérations suivantes s'appliquent principalement à celui-ci. Bien sûr, elles peuvent orienter aussi d'autres équipes. Toutefois, il serait probablement plus utile d'avoir une propre évaluation dans les centres-ressource intéressés, avec éventuelle adaptation du questionnaire en fonction des spécificités locales.

Du point de vue de l'organisation pratique, une limite supérieure serait bienvenue pour le nombre de membres d'un groupe et, malgré l'avis des participants, un rythme plus fréquent des séances est recommandé par les thérapeutes.

Le travail de groupe devrait se concentrer davantage sur la dimension relationnelle que sur le contenu : veiller au respect réciproque, s'assurer que tout le monde peut prendre la parole et demander périodiquement si les participants ont eu suffisamment l'occasion de s'exprimer, lutter contre la monopolisation de la séance par un seul participant. Le thérapeute devrait adresser plus souvent des questions au groupe entier plutôt qu'à un

¹⁵⁵ Balier C. Le traitement des délinquants sexuels. In : Albernhe T (sous la direction de). Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses, 1997: p716.

¹⁵⁶ Ciavaldini A. In : Senon J-L et al. Psycho-criminologie. Clinique, prise en charge, expertise. Paris: Dunod, 2008 : p67.

¹⁵⁷ Glaser B. Treaters or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs. Aggression and Violent Behaviour 2009;14:248–255.

participant en particulier, et l'auteur de violences sexuelles devraient s'adresser plutôt à ses pairs qu'au thérapeute.

Parmi les thèmes qui nécessiteraient un approfondissement nous pouvons proposer le sujet des distorsions cognitives : le rappel des normes sociales et légales, cultivant l'auto-critique et l'avis comparatif des autres AVS. Ce dernier levier peut constituer un véritable appareil d'auto-régulation par le groupe même. Le passé personnel et son lien avec le passage à l'acte, ainsi que la chaîne qui aboutit au déclenchement du comportement transgressif sont d'autres pistes de réflexion : identifier des similarités entre des histoires individuelles différentes donnera une lumière nouvelle à son propre comportement.

L'indication de la thérapie de groupe devrait être réexaminée pour une minorité des patients qui affirment un moindre bénéfice de ce type de prise en charge. Leur profil, d'âge plus avancé que la moyenne, antécédent de première thérapie en suivi individuel, niveau supérieur d'études et préférence pour un thérapeute femme, devrait aussi faire l'objet d'une étude sur un plus grand échantillon et dans différents lieux de soins pour vérifier la reproductibilité des résultats.

Compte tenu des difficultés que nous avons eu dans le recueil des informations, nous ne pouvons qu'encourager une optimisation du dossier médical dans sa forme (rubriques ou feuilles dédiées) et son contenu (recueil systématique de l'historique des traitements médicamenteux et de psychothérapie, leurs indications, etc.). La visibilité de ces informations est dans l'intérêt du patient et des soignants, elle servira à orienter les indications thérapeutiques ultérieures et à favoriser le lien avec les intervenants extérieurs du service (médecin coordonnateur, psychiatre traitant, chercheurs).

Un autre domaine important est la possibilité d'améliorer la qualité de l'information sur les moyens thérapeutiques médicamenteux. Certains auteurs de violences sexuelles risquent de ne pas en bénéficier simplement parce qu'ils ne les connaissent pas, malgré des attentes dans ce sens.

Enfin, nous préconisons d'inscrire ce type d'autoévaluation dans une périodicité (par exemple une fois par an), afin de surprendre une éventuelle dynamique du ressenti et de renforcer la position des AVS en tant que acteurs de leurs soins.

VI. Conclusion

Les auteurs de violences sexuelles représentent un enjeu majeur pour la société. Mais l'ignominie de leurs actes ne suffit pas pour les définir en tant que sujets et, surtout pour le psychiatre qui les prend en charge, l'auteur de violences sexuelles reste avant tout un être humain.

L'accumulation de données scientifiques permet d'améliorer les connaissances des caractéristiques criminologiques et cliniques des auteurs de violences sexuelles. Le traitement appliqué évolue aussi et autorise un certain optimisme quant à ses résultats, même si une solution idéale et universelle de prise en charge n'existe pas pour l'instant et, peut être, n'existera jamais. Une synergie thérapeutique est à rechercher en associant plusieurs moyens, dont la psychothérapie de groupe, qui occupe une place privilégiée.

Le taux de récurrence est l'indicateur le plus souvent utilisé pour juger l'efficacité des traitements pour les auteurs de violences sexuelles, mais une préoccupation grandissante existe pour des critères alternatifs, dont le vécu subjectif des patients. Cette méthode a l'avantage d'offrir un regard sur la prise en charge telle qu'elle est délivrée dans un contexte clinique et de revaloriser l'autonomie des auteurs de violences sexuelles, dont les droits sont souvent rétrogradés au deuxième plan devant le besoin général de protection de la société. L'avis des patients est aussi important pour évaluer la motivation et l'adhésion aux psychothérapies et aux traitements médicamenteux. Il s'agit de deux facteurs dont dépend l'efficacité de ces types de prises en charge. Nous avons étudié les auteurs de violences sexuelles et leurs représentations du soin en psychothérapie de groupe. L'éprouvé de 26 sujets suivis au centre Jean-Baptiste Pussin a été confronté au point de vue des thérapeutes.

Questionner l'auteur de violences sexuelles sur la psychothérapie proposée encourage sa réflexion, l'aide à se responsabiliser et à l'impliquer davantage dans leur propre soin. Ce n'est qu'en admettant leur autonomie et en confirmant leur capacité de décision que nous pouvons les encourager à reconnaître l'altérité, chemin obligatoire pour la prise en charge thérapeutique des auteurs de violences sexuelles. Du point de vue du thérapeute, il est utile de dépister les différences entre leur propre représentation des soins qu'ils prodiguent et le vécu de patients. Des défaillances peuvent être ainsi dépistées et corrigées, contribuant à

l'amélioration de la qualité de la thérapie et, d'un point de vue général, au bien être de l'individu et de la société dans laquelle il vit.

L'importance d'une telle étude va au-delà du son contenu et des résultats de chaque item. Il s'agit de réintroduire de la subjectivité dans l'actuelle politique sécuritaire et de faire évoluer une approche de type « *gestion de la violence sexuelle* » vers une authentique réhabilitation des sujets auteurs de violences sexuelles dans les années à venir.

VII. Bibliographie

1. Appelbaum PS. Sex offenders in the community : are current approaches counterproductive ? *Psychiatr Serv* 2008; 59(4): 352-354.
2. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Andro A, Ferrand M, Goulet V, et al. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Population et Sociétés* 2008; 445: 1-4.
3. Balier C. Le traitement des délinquants sexuels. *In* : Albernhe T (sous la direction de). *Criminologie et psychiatrie*. Paris : Ellipses, 1997 : 749p.
4. Beckett RC et al. Community-based treatment for sex offenders. An evaluation of seven treatment programs. Londres: Home Office Publications Unit, 1994.
5. Beech A, Fordham AS. Therapeutic climate in sexual offender treatment programs. *Sex Abuse* 1997; 9(3): 219-237.
6. Beech AR, Hamilton-Giachritsis CE. Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sex Abuse* 2005; 17(2): 127-140.
7. Belcher L. A critical evaluation of sex offender treatment programmes used in prisons. *Internet Journal of Criminology*. 2008: 1-29.
8. Birgden A. Therapeutic jurisprudence and sex offenders: a psycho-legal approach to protection. *Sex Abuse* 2004; 16(4): 351-364.
9. Birgden A, Cucolo H. The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sex Abuse* 2011; 23(3): 295-313.
10. Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada, 2007.
11. Carrasco V. Le suivi socio-judiciaire : bilan de l'application de la loi du 17 juin 1998. *Bulletin de Infostat Justice* Mai 2007; 94: 1-4.

12. Carrasco V, Timbart O. Les condamnés de 2007 en état de récidive ou de réitération. Bulletin de Infostat Justice Septembre 2010; 108: 1-6.
13. Coutanceau R, Smith J et coll. La violence sexuelle. Paris: Dunod, 2010 : 386 p.
14. Day A. Sexual offender views about treatment: a client survey. J Child Sex Abuse 1999; 8(2): 93-103.
15. Doren DM, Yates PM. Effectiveness of sex offender treatment for psychopathic sexual offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol 2008; 52(2): 234-245.
16. Drapeau M, Korner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. J Child Sex Abuse 2005; 14(1): 91-115.
17. Engle MJ, McFalls JA, Gallagher BJ. The attitudes of members of the association for the treatment of sexual abusers towards treatment, release and recidivism of violent sex offenders: an exploratory study. Journal of Offender Rehabilitation 2007; 44(4): 17-24.
18. English K. The containment approach : An aggressive strategy for the community management of adult sex offenders. Psychology, Public Policy and Law 1998; 4: 218-235.
19. English K. The containment approach to managing sex offenders. Seton Hall Law Review 2004; 34: 1255-1272.
20. Fédération Française de Psychiatrie, Direction générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge: John Libbey Eurotext, 2002.
21. Fedoroff JP. Antiandrogens versus serotonergic medications in the treatment of sex offenders: a preliminary compliance study. The Canadian Journal of Human Sexuality 1995; 4(2): 111-122.
22. Frost A, Connolly M. Reflexivity, reflection, and the change process in offender work. Sex Abuse 2004; 16(4): 365-380.
23. Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. Sex Abuse 2003; 15(4): 323-338.

24. Glaser B. Therapeutic jurisprudence: an ethical paradigm for therapists in sex offender treatment programs. *Western Criminology Review* 2003; 4(2): 143-154.
25. Glaser B. Treaters or punishers? The ethical role of mental health clinicians in sex offender programs. *Aggression and Violent Behaviour* 2009; 14: 248-255.
26. Guay DRP. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutics* 2009; 31(1): 1-31.
27. Guelfi JD, Rouillon F et al. *Manuel de Psychiatrie*. Paris: Masson, 2008 : 777 p.
28. *Guide de l'injonction de soin*. Ministère de la Santé et des Sports. Paris, 2009 : 67 p.
29. Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, Seto MC. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002; 14(2): 169-194.
30. Hanson RK, Harris AJR. *La récidive sexuelle: d'une simplicité trompeuse*. Rapport pour spécialistes, 2003-2004, Ottawa, Sécurité Publique et Protection Civile du Canada.
31. Harkins L, Beech AR. Measurement of the effectiveness of sex offender treatment. *Aggression and Violent Behavior* 2007; 12(6): 36-44.
32. Harkins L, Beech AR. A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity. *Aggression and Violent Behavior* 2007; 12(6): 615-627.
33. Haute Autorité de Santé. *Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Recommandations de bonne pratique*. Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris, Juillet 2009: 257 p.
34. Hays SJ, Murphy GH, Langdon PE, Rose D, Reed T. Group treatment for men with intellectual disability and sexually abusive behaviour: service user views. *J Intellect Dev Disabil* 2007; 32(2): 106-116.
35. Hill A, Briken P, Kraus C, Strohm K, Berner W. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003; 47(4): 407-421.

36. Jennings JL, Sawyer S. Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. *Sex Abuse* 2003; 15(4): 251-266.
37. Kensey A. Dix ans d'évolution du nombre de personnes écrouées de 2000 à 2010. *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*. Octobre 2010; 35: 1-10.
38. Lamanda V. Amoindrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République. 30 mai 2008 (70 p). <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000332/0000.pdf>, consulté le 2 juillet 2011.
39. Lambert M, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In : Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York , Wiley 1994 : 143-189.
40. Les condamnations en 2009. Ministère de la Justice et des Libertés. Paris, 2011 : 256 p.
41. Levenson JS, Macgowan MJ, Morin JW, Cotter LP. Perceptions of sex offenders about treatment. *Sex Abuse* 2009; 21(1): 35-56.
42. Levenson JS, Prescott DS. Treatment experiences of civilly committed sex offenders. *Sex Abuse* 2009; 21(1): 6-20.
43. Levenson JS, Prescott DS, D'Amora D. Sex offender treatment, consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2010; 54(3): 307-326.
44. Levenson J, D'Amora D. An ethical paradigm for sex offender treatment: Response to Glaser. *Western Criminology Review* 2005; 6(1): 145-153.
45. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 2005; 1: 117-146.
46. Marques JK. The sex offender treatment and evaluation project: California's new outcome study. *Ann N Y Acad Sci* 1988; 528: 235-243.
47. Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, Van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005; 17(1): 79-107.

48. Marshall WL. Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sex Abuse* 2005; 17(2): 109-116.
49. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, O'Brien MD. Sexual offender treatment: a positive approach. *Psychiatr Clin N Am* 2008; 31(4): 681-696.
50. Marshall WL, Ward T, Mann RE, Moulden H, Fernandez YM, Serran G, et al. Working positively with sexual offenders: maximizing the effectiveness of treatment. *J Interpers Violence* 2005; 20(9): 1096-1114.
51. Moos RH. Group environment scale manual (2ème édition). Palo Alto, CA, États-Unis : Consulting Psychologists Press, 1986.
52. Pellerin B, Proulx J, Ouimet M, Paradis Y, McKibben A, Aubut J. Étude de la récidive post-traitement chez des agresseurs sexuels judiciarisés. *Criminologie* 1996; 29(1): 85-108.
53. Pham TH et al. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Sprimont (Belgique): Mardaga, 2006 : 238 p.
54. Rapport médicalisé d'activité d'établissement 2010. Département d'Information Médicale du Centre de Santé Mentale Angevin. Sainte-Gemmes sur Loire, 2011.
55. Rice ME, Harris GT. The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 989: 428-440.
56. Schmucker M, Lösel F. Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008; 20(1): 10-19.
57. Scott CL, Holmberg T. Castration of sex offenders : prisoners' rights versus public safety. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003; 31(4): 502-509.
58. Senon J-L et al. Psycho-criminologie. Clinique, prise en charge, expertise. Paris: Dunod, 2008 : 445 p.
59. Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? *Annales Médico Psychologiques* 2005; 163: 870-877.

60. Senon J-L, Pradel J. Entre répression, prévention et soins : la loi du 17 juin 1998 et ses applications. In: Ciavaldini A., Balier C.: Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Masson, 2000 : 250 p.
61. Smith J, Coutanceau R, Weyergans E. Quelle thérapie possible pour la pédophilie ? *Pratiques psychologiques* 2005; 11: 223-232.
62. Smith J, Petibon C. Groupes de prévention de la récurrence destinés à des pédophiles: adaptation française. *L'Encéphale* 2005; 31: 552-558.
63. Thibaut F. Traitement pharmacologique des délinquants sexuels. *Sexologies* 2011 : In press.
64. Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE. Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse* 2004; 13: 281-293.
65. Ward T, Gannon TA, Birgden A. Human Rights and the Treatment of Sex Offenders. *Sex Abuse* 2007; 19: 195–216.

VIII. Liste des figures

Figure 1: Évolution de la file active du Centre Jean-Baptiste Pussin (2006-2010)..	29
Figure 2: Comparaison selon la nature de l'infraction entre la population globale condamnée à un SSJ pour délit sexuel en 2004 et l'échantillon étudié, en pourcentages.....	38
Figure 3: Caractéristiques des sous-populations ayant exprimé une préférence pour le type de prise en charge (individuel ou de groupe) et comparaison avec la moyenne de l'échantillon entier.....	42

IX. Liste des tableaux

Tableau I: Données judiciaires des AVS dans l'échantillon étudié.....	32
Tableau II: Données socio-démographiques des AVS dans l'échantillon étudié	33
Tableau III: Comparaison des points de vue sur le cadre thérapeutique, en cotation moyenne à l'échelle de Likert.....	33
Tableau IV: Point de vue sur les interactions dans le groupe, en cotation moyenne sur l'échelle de type Likert.....	34
Tableau V: Bénéfice ressenti par les AVS en fonction du thème abordé lors des séances de groupe : classement décroissant en cotation moyenne à l'échelle de type Likert.....	34
Tableau VI: Utilité et obligation des soins, selon les patients et les thérapeutes	35
Tableau VII: Préparation d'une séance de groupe.....	35
Tableau VIII: Opinion sur différents aspects pratiques de la prise en charge.....	35
Tableau IX: Information et acceptabilité du traitement médicamenteux.....	36
Tableau X: Signification de l'écart entre les réponses des thérapeutes pour les items individualisés.....	36
Tableau XI: Prévalence des troubles psychiatriques de l'axe I chez les auteurs de violences sexuelles selon les études.....	39

X. Table des matières

I. Introduction.....	9
II. Rationnel: état de la question.....	11
II.1. Définitions et généralités sur la violence sexuelle.....	11
II.1.1. Terminologie.....	11
II.1.2. Ampleur du phénomène.....	12
II.1.3. Rôle du psychiatre	13
II.1.4. La thérapie psychologique des AVS	14
II.1.5. Place de la psychothérapie de groupe.....	15
II.1.6. Efficacité des traitements psychologiques des auteurs de violences sexuelles	16
II.2. Connaissances actuelles sur le vécu subjectif des psychothérapies de groupe des auteurs de violences sexuelles.....	19
II.2.1. Études précédentes.....	20
II.2.2. Synthèse des données de la littérature.....	24
II.3. La pharmacothérapie des auteurs de violences sexuelles.....	25
II.4. Choix de l'étude actuelle.....	25
III. Matériel et Méthode.....	26
III.1. Hypothèse.....	26
III.2. Objectifs.....	26
III.2.1. Objectif principal.....	26
III.2.2. Objectifs secondaires.....	26
III.3. Critères de jugement.....	27
III.4. Choix de l'échantillon.....	27
III.4.1. Critères d'inclusion	27
III.4.2. Critères d'exclusion.....	28
III.5. Lieu de l'étude.....	28
III.6. Recueil des données.....	29
III.7. Analyse des données.....	30
IV. Résultats.....	32
IV.1. Échantillon.....	32
IV.2. Données générales.....	32
IV.2.1. Les données socio-démographiques et judiciaires.....	32
IV.2.2. Expériences thérapeutiques passées.....	33
IV.3. Représentation comparative des soins.....	33
IV.4. Autres attentes des participants.....	35
IV.5. Les traitements médicamenteux.....	36
IV.6. Accord inter-juges.....	36
V. Discussion.....	37
V.1. Synthèse des résultats.....	37
V.2. Données générales.....	38
V.2.1. Représentativité de l'échantillon	38
V.2.2. Données socio-démographiques	39
V.2.3. Antécédents psychiatriques.....	39
V.3. Point de vue des participants et des thérapeutes sur la thérapie de groupe.....	40
V.3.1. Le cadre thérapeutique.....	40
V.3.2. Interactions dans le groupe.....	43
V.3.3. Thématique de discussion.....	45
V.3.4. Accord des thérapeutes.....	47

V.3.5. Réponses libres.....	47
V.4. Attentes personnelles et perspectives d'amélioration.....	49
V.4.1. Point de vue des participants sur l'investissement des soins.....	49
V.4.2. Point de vue sur l'investissement du temps en dehors des séances.....	51
V.5. Information et acceptabilité du traitement pharmacologique.....	52
V.5.1. Connaissance des chimiothérapies pour les auteurs de violences sexuelles. .	52
V.5.2. Acceptabilité d'un traitement spécifique	53
V.5.3. Acceptabilité du traitement hormonal.....	53
V.6. Limites de l'étude.....	54
V.7. Considérations éthiques sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles	
.....	56
V.7.1. Le rôle du psychiatre.....	56
V.7.2. Les enquêtes adressés aux auteurs de violence sexuelle et à leur vécu	
subjectif des soins.....	63
V.8. Recommandations pour la pratique.....	64
VI. Conclusion.....	67
VII. Bibliographie.....	69
VIII. Liste des figures.....	75
IX. Liste des tableaux.....	75
X. Table des matières.....	76
XI. Annexes	78
XI.1. Annexe 1 : Caractéristiques et résultats des principales études concernant le vécu	
subjectif des auteurs de violences sexuelles en thérapie de groupe.....	78
XI.2. Annexe 2 : Modèle de questionnaire adressé au patient.....	80
XI.3. Annexe 3 : Modèle de questionnaire adressé au thérapeute.....	86

XI. Annexes

XI.1. Annexe 1 : Caractéristiques et résultats des principales études concernant le vécu subjectif des auteurs de violences sexuelles en thérapie de groupe

Étude (auteurs, année, pays)	Type échantillon	Taille échant.	Recueil des informations	Principales conclusions positives	Principales conclusions négatives
Beech et Scott Fordham 1997 Royaume-Uni	Milieu fermé et ambulatoire, hétérogène	n=75	Questionnaire validé (GES)	Importance de l'atmosphère de travail. Un groupe efficace aurait une bonne organisation, bonne cohésion des membres, il serait bien mené par les thérapeutes et induirait de l'espoir chez les participants.	Point de vue des thérapeutes plus optimiste que les participants. Renforcer la formation au style thérapeutique plutôt qu'au contenu.
Day 1999 Australie	Ambulatoire, Hétérogène,	n=40	Questionnaire non-validé	Aspects importants : surtout processus interpersonnels (p.ex : partage des expériences similaires) et impact des actes sur la victime.	Structure « répétitive » et « désorganisée », difficultés entre les membres (confrontation, manque de confiance).
Garrett et al 2003 Royaume-Uni	Ambulatoire, Hétérogène	n=32	Questionnaire non-validé	Expérience globale positive, efficacité sur la compréhension des actes et sur le risque de récidive.	Comportement de certains membres. Problématique des thérapeutes : changement de référent, leur attitude.
Beech et Hamilton-Giachritsis 2005 Royaume-Uni	Milieu fermé Hétérogène, majorité de pédophiles	n=100	Plusieurs échelles validées dont GES	Effet positif de la cohésion du groupe sur l'efficacité. Rôle bénéfique de l'expression émotionnelle, y compris de la part du thérapeute.	Écart significatif entre l'avis des membres et des thérapeutes. Écart entre les caractéristiques des différents groupes.
Hudson 2005 Royaume-Uni	Milieu fermé et ambulatoire, Hétérogène (22 pédophiles, 8 violeurs, 2 autres)	n=32	Entretiens	Importance attachée à la compréhension de la chaîne délictuelle et le rôle du passé dans la genèse des distorsions cognitives.	Importance secondaire attribuée au sujet de la sexualité déviante.
Marques et al 2005 États-Unis	Milieu fermé et ambulatoire, pédophiles et violeurs uniquement	n=167	Entretiens structurés	Forte conviction initiale dans l'efficacité sur la récidive, mais satisfaction modérée avec le traitement reçu. Contenu le plus important : prévention de la récidive.	Nécessité d'améliorer les relations interpersonnelles et l'attitude des thérapeutes.
Drapeau et al 2005 Canada	Milieu fermé, Pédophiles	n=23	Entretien semi-structuré, réponses libres	Utilité de l'obligation de soins. Rôle primordial de l'image du thérapeute. Difficulté la plus saillante : discuter les faits reprochés.	Application du concept de « distorsion cognitive » et refus des thérapeutes d'admettre leurs torts.
Hays et al 2007 Royaume-Uni	Hétérogène, AVS avec déficit	n=16	Entretiens	Valeur de l'échange et le soutien entre les participants.	Expérience utile mais difficile, surtout pour raconter les faits.

	intellectuel			Thèmes importants: éducation sexuelle, légalité du comportement.	
Levenson et Prescott 2009 États-Unis	Milieu fermé, Hétérogène	n=44	Questionnaire non-validé	Thèmes importants : responsabilité des actes, empathie pour la victime.	Écart significatif entre les attentes et la satisfaction avec la thérapie reçue.
Levenson et al 2009 États-Unis	Ambulatoire, Hétérogène	N=338	Questionnaire non-validé	Thérapie ressentie comme bénéfique pour prévenir la récidive. Nécessité de reconnaître la responsabilité.	
		n=88	Questionnaire validé (GEM)		
Levenson et al 2010 États-Unis	Ambulatoire, Hétérogène	n=88	Questionnaire non-validé et questionnaire validé (GEM)	Thèmes importants: responsabilité des actes, empathie pour la victime, constitution du passage à l'acte. Rôle du soutien entre les participants. Engagement corrélé positivement à la satisfaction avec la thérapie.	Thèmes les moins importants: l'éducation sexuelle et la gestion de la vie quotidienne.

XI.2. Annexe 2 : Modèle de questionnaire adressé au patient

A) Données générales

A1. Votre âge: _____ ans

A2. Votre domicile (cochez une seule case): Urbain - Angers Loire Métropole

Urbain autre

Rural

A3. Statut marital: Célibataire

Marié

Nombre d'enfants: _____

Concubinage

Divorcé

Veuf

A4. Plus haut niveau d'études atteint (par exemple, BAC+2): _____

A5. Revenu annuel approximatif en euros (par exemple, 20.000): _____

A6. Fait(s) ayant entraîné le suivi au Centre Jean-Baptiste Pussin
(plusieurs choix possibles):

Agression sur mineur de moins de 15 ans

Viol

Tentative de viol

Exhibitionnisme

Autre (préciser) _____

A7. S'agit-il d'une récidive, c'est à dire y a-t-il eu auparavant d'autres passages à l'acte avec condamnation?

Oui Non

Si oui, préciser combien tels actes: _____

et quel type: _____

A8. Y a-t-il eu d'autres passages à l'acte **SANS** poursuites judiciaires?

Oui Non

Si oui, préciser combien tels actes: _____

et quel type: _____

B2. Interactions à l'intérieur du groupe

- B2-1. Les nouveaux arrivants sont facilement intégrés dans le groupe 1 2 3 4 5
- B2-2. Je me sens à l'aise avec les autres membres du groupe 1 2 3 4 5
- B2-3. J'apprécie d'écouter et de pouvoir parler avec des gens qui ont eu des expériences similaires à la mienne 1 2 3 4 5
- B2-4. Je déteste d'être confronté à des opinions autres que les miennes 1 2 3 4 5
- B2-5. En général, je me suis senti jugé par les autres membres du groupe 1 2 3 4 5
- B2-6. J'ai confiance dans les autres membres du groupe 1 2 3 4 5
- B2-7. Il n'y a pas assez de soutien de la part des autres membres 1 2 3 4 5
- B2-8. Les thérapeutes ont été bienveillants avec moi 1 2 3 4 5
- B2-9. En général, je me suis senti jugé par les thérapeutes 1 2 3 4 5
- B2-10. Je n'ai pas de confiance dans les thérapeutes 1 2 3 4 5
- B2-11. Dans les situations conflictuelles, les thérapeutes ont bien réagi 1 2 3 4 5
- B2-12. Les thérapeutes devraient parler plus qu'ils ne le font actuellement 1 2 3 4 5
- B2-13. Les conseils donnés par les thérapeutes ont été bien formulés 1 2 3 4 5
- B2-14. Leur conseils m'ont été **inutiles** 1 2 3 4 5

B3. Importance des thèmes abordés

Noter de 1 (minimum) à 5 (maximum) le bénéfice que vous avez tiré des rencontres avec le groupe, pour chacun des items suivants:

- B3-1. Accepter la responsabilité pour les actes posés 1 2 3 4 5
- B3-2. Comprendre les conséquences de mes actes sur la(les) victime(s) 1 2 3 4 5
- B3-3. Comprendre ce qui a déclenché ce que j'ai fait 1 2 3 4 5
- B3-4. Apprendre quels sont les facteurs de risque d'une récidive 1 2 3 4 5

B3-5. Gestion des relations au sein de ma famille	1	2	3	4	5
B3-6. Comprendre le rôle de mon passé dans le passage à l'acte	1	2	3	4	5
B3-7. Parler de mes propres difficultés plus facilement	1	2	3	4	5
B3-8. Maîtriser ma tendance à interpréter, nier ou trouver des excuses pour ce qui s'est passé	1	2	3	4	5
B3-9. Apprendre à entretenir des liens sociaux sains	1	2	3	4	5
B3-10. Maîtriser le comportement sexuel anormal	1	2	3	4	5
B3-11. Éviter une récidive	1	2	3	4	5

C) Vos attentes personnelles vis-à-vis du traitement et perspectives d'amélioration

C1. Quel type de prise en charge vous a aidé le plus ?

- Individuelle En groupe Les deux

C2. Comptez-vous continuer à participer au groupe de parole une fois que la période d'obligation de soins soit finie ?

- Oui Non

C3. Comment préparez-vous les séances avec le groupe ? (plusieurs choix possibles)

- Je pense à ce qui était dit la fois passée
 Je pense à ce que j'ai envie de dire la fois prochaine
 Je pense aux faits qui m'ont amené à avoir ce suivi
 Je compte le temps qui me reste jusqu'à la fin du suivi
 Autre (préciser) : _____
 Je ne fais rien de particulier

C4. Si vous aviez à choisir, vous préféreriez avoir comme thérapeute référent :

- Un homme Une femme Peu importe

C5. Pensez-vous que avoir des tâches (« devoirs ») spécifiques à faire entre deux séances pourrait être utile pour le résultat global de la prise en charge ?

- Oui Non

Si vous avez répondu oui, donnez au moins un exemple de tel devoir:

C6. A votre avis, pour quelqu'un à haut risque est-il possible d'empêcher un passage à l'acte tout seul avant toute prise en charge thérapeutique et avant toute condamnation judiciaire?

Oui Non

C7. Le type de suivi dont vous avez bénéficié devrait-il être obligatoire pour tous les auteurs d'agression sexuelle ?

Oui Non

C8. Faut-il utiliser davantage de supports matériels pour faciliter la parole lors des rencontres avec le groupe?

Oui Non

C8-1. Si vous avez répondu oui, précisez à quel type de matériel vous avez pensé: _____

C9. Serait-il utile d'avoir un contrat de soins écrit, à signer par chaque participant à son entrée dans le groupe, pour garantir le respect des règles et des obligations?

Oui Non

Pour quels thèmes souhaiteriez vous passer plus du temps à discuter? (pour répondre, vous pouvez aussi vous référer à la section **B3**)

Quels autres changements souhaiteriez vous voir au travail en groupe?

D) Les traitements médicamenteux

D1. Connaissez-vous des médicaments qui peuvent être utiles pour les personnes avec une sexualité troublée?

Oui Non

D1-1. Si vous avez répondu « Oui », nommez au moins un tel médicament : _____

D2. Serez-vous a priori d'accord avec l'idée de prendre un traitement médicamenteux si cela peut vous aider à mieux contrôler les pulsions sexuelles inappropriées ?

Oui Non

En effet, il existe plusieurs molécules qui ont prouvé une efficacité dans ce sens. Parmi eux, les traitements dits « hormonaux » sont particulièrement efficaces, notamment pour les agresseurs les plus dangereux. Ils sont administrés au long cours (plusieurs mois ou années) et agissent en réduisant l'activité sexuelle inappropriée, mais aussi la sexualité globale. Les principaux effets indésirables associés à ces traitements sont : le développement des glandes mammaires chez l'homme (environ 1 cas sur 5) qui est REVERSIBLE à l'arrêt du traitement ; une toxicité du foie et une majoration de la coagulabilité, ce qui impose une surveillance régulière des analyses de sang ; une perte de la quantité des minéraux osseux avec fragilité consécutive (cf. recommandations de la Haute Autorité de Santé 2009).

D3. Dans les conditions citées ci-dessus pensez-vous que l'usage de ces médicaments devrait être encouragé davantage?

Oui Non

E) Commentaires libres :

Ajoutez ici d'autres choses que vous voudriez faire savoir à l'équipe de soins:

XI.3. Annexe 3 : Modèle de questionnaire adressé au thérapeute

1ère partie) Items à remplir pour chaque patient concerné

Nom du thérapeute: _____

Groupe et patient concerné: _____

Lisez **attentivement** les items suivants et entourez le chiffre qui correspond à votre avis.

L'échelle va de 1 (je NE suis PAS d'accord) à 5 (je suis tout à fait d'accord)

B1. Le cadre thérapeutique

B1-1. Pour le participant, le fait d'être *obligé* de participer est une bonne chose
1 2 3 4 5

B2. Interactions à l'intérieur du groupe

B2-2. Le participant se sent à l'aise avec les autres membres du groupe
1 2 3 4 5

B2-3. Il apprécie d'écouter et de pouvoir parler avec des gens qui ont eu des expériences similaires à la sienne
1 2 3 4 5

B2-4. Il déteste d'être confronté à des opinions autres que les siennes
1 2 3 4 5

B2-5. En général, il se sent jugé par les autres membres du groupe
1 2 3 4 5

B2-6. Il fait confiance aux autres membres du groupe
1 2 3 4 5

B2-9. En général, il se sent jugé par les thérapeutes
1 2 3 4 5

B2-10. Il n'a pas de confiance dans les thérapeutes
1 2 3 4 5

B2-14. Les conseils des thérapeutes lui ont été **inutiles**
1 2 3 4 5

B3. Importance des thèmes abordés

Pour chacun des items suivants et selon votre avis, noter de 1 (minimum) à 5 (maximum) le bénéfice que le participant a tiré des rencontres avec le groupe:

B3-1. Accepter la responsabilité pour les actes posés
1 2 3 4 5

B3-2. Comprendre les conséquences de ses actes sur la(les) victime(s)
1 2 3 4 5

B3-3. Comprendre ce qui a déclenché ce qu'il a fait	1	2	3	4	5
B3-4. Apprendre quels sont les facteurs de risque d'une récidive	1	2	3	4	5
B3-5. Gestion des relations au sein de sa famille	1	2	3	4	5
B3-6. Comprendre le rôle de son passé dans le passage à l'acte	1	2	3	4	5
B3-7. Parler de ses propres difficultés plus facilement	1	2	3	4	5
B3-8. Maîtriser la tendance à interpréter, nier ou trouver des excuses pour ce qui s'est passé	1	2	3	4	5
B3-9. Apprendre à entretenir des liens sociaux sains	1	2	3	4	5
B3-11. Éviter une récidive	1	2	3	4	5

2ème partie) Items à remplir une seule fois pour l'ensemble de participants et de groupes (si vous le remplissez une fois, pas besoin de le refaire sur d'autres questionnaires):

Lisez **attentivement** les items suivants et entourez le chiffre qui correspond à votre avis.

L'échelle va de 1 (je NE suis PAS d'accord) à 5 (je suis tout à fait d'accord)

B1. Le cadre thérapeutique

B1-2. Les rencontres au groupe de parole ont lieu trop souvent	1	2	3	4	5
B1-3. La durée des rencontres au groupe de parole (1 heure) est trop courte	1	2	3	4	5
B1-4. L'horaire des rencontres doit être rigoureusement respecté	1	2	3	4	5
B1-5. La durée totale imposée pour le suivi est trop longue	1	2	3	4	5
B1-6. Habituellement, les participants ne sont pas assez nombreux	1	2	3	4	5
B1-7. Un respect plus rigoureux des règles de conduite est nécessaire	1	2	3	4	5
B1-8. La confidentialité est bien préservée par les intervenants	1	2	3	4	5

B2. Interactions à l'intérieur du groupe

B2-1. Les nouveaux arrivants sont facilement intégrés dans le groupe	1	2	3	4	5
B2-7. Il n'y a pas assez de soutien entre les membres des groupes					

1 2 3 4 5

B2-11. Dans les situations conflictuelles, les thérapeutes ont bien réagi

1 2 3 4 5

B2-12. Les thérapeutes devraient parler plus qu'ils ne le font actuellement

1 2 3 4 5

B2-13. Les conseils donnés par les thérapeutes ont été bien formulés

1 2 3 4 5

C) Attentes personnelles vis-à-vis du traitement et perspectives d'amélioration

C5. Pensez-vous que avoir des tâches (« devoirs ») spécifiques à faire entre deux séances pourrait être utile pour le résultat global de la prise en charge ?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, donnez au moins un exemple de tel devoir:

C6. A votre avis, pour quelqu'un à haut risque est-il possible d'empêcher un passage à l'acte tout seul avant toute prise en charge thérapeutique et avant toute condamnation judiciaire?

Oui Non

C7. Le suivi devrait-il être obligatoire pour tous les auteurs d'agression sexuelle ?

Oui Non

C9. Serait-il utile d'avoir un contrat de soins écrit, à signer par chaque participant à son entrée dans le groupe, pour garantir le respect des règles et des obligations?

Oui Non