

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 217

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN
MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : D.E.S de PSYCHIATRIE

PAR

BALTYDE Kathleen Jeanne Christiane

Née le 19 NOVEMBRE 1993 à Epinay-Sur-Seine(93)

—————
TITRE DE LA THESE

ENFANCE ET AGRESSIVITE

—————
Président de thèse : **VIDAILHET Pierre** , Professeur
Directeur de thèse : **ROHMER Jean Georges** , Praticien Hospitalier

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMJUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François PO216	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu PO208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence P0202	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 NCS	• Pôle Hépatologie-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRP6 NCS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU 	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre 	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC 	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC 	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC 	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

MO142E

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.01 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0128		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.01 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.04 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.02 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.01 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	ORL / 01.09.10is (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Version proposée en 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins)

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

A mon Jury,

Tout d'abord merci au Professeur **VIDAILHET Pierre** d'avoir accepté de présider mon Jury de thèse. Merci pour la qualité de formation que vous nous offrez, internes, en tant que coordonnateur de D.E.S de psychiatrie et responsable des internes de psychiatrie de Strasbourg.

Merci à vous, mon directeur de thèse, **Dr Jean-Georges ROHMER** de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail de thèse. Merci pour tous vos précieux conseils : chaque échange avec vous fut instructif, riche et je m'en souviendrai assurément pour ma future carrière.

Merci au **Dr Romain COUTELLE** d'avoir également accepté de faire partie de mon jury de thèse. Chaque discussion avec vous fut un réel plaisir.

Merci au **Dr Alexandra DEHERBAY** pour m'avoir prise sous ton aile et pour m'avoir formée à l'expertise psychiatrique. Merci pour ta gentillesse, ton sourire, ta bonne humeur mais également pour tous tes précieux conseils.

Merci au **Dr Adrien ROHMER** d'être si patient et pédagogue. Je crois que tu n'as jamais prononcé un mot plus haut qu'un autre concernant le travail d'un interne, tu essaies toujours de nous tirer vers le haut. Tu es l'un des chefs les plus encadrants et les plus formateurs que je connaisse : je te souhaite une très longue et belle carrière professionnelle.

A mes collègues de Strasbourg,

Dr SCHORR Benoit, tu as été mon chef et aujourd'hui tu es un ami. Les mots me manquent.... Venir au service, quand tu étais mon C.C.A a toujours été un réel plaisir. Tu as vite su me faire confiance dans la prise en charge des patients tout en m'épaulant et en me rassurant quand il était nécessaire de le faire. Merci pour ton amitié !

Professeur BERNA Fabrice, vous avez été un réel soutien au cours de notre semestre. J'ai pris un réel plaisir à passer dans votre service. Merci pour votre formation, merci de votre écoute, merci de votre soutien.

A mes deux co-internes, **Marsuchka** et **Nina**, mes collègues qui sont aujourd'hui de formidables amies. Je vous souhaite une longue carrière et tout plein de bonnes choses.

A ma super promo, à tous mes co-internes, surtout le groupe « **pas de pipo** », Maryne, Hélène, Lucile, Astrid, Théo vous avez été de réels compagnons de route au cours de cette longue aventure d'internat. En venant à Strasbourg, je ne pensais pas rencontrer des personnes aussi formidables que vous. Grâce à vous, les années d'internat furent les années les plus belles de ma vie. Merci !

Ma **Marynette**, ma compagne de salle de sport, ma collègue, mon amie, je te souhaite particulièrement une belle carrière professionnelle et tout le bonheur que tu mérites.

A toutes ces personnes formidables que j'ai rencontré au cours de mon internat, à mes collègues de la médecine légale, je vous souhaite un beau parcours professionnel.

A mes Guadeloupéens,

A mes collègues de Guadeloupe, MEDIK WEST INDIES, Ma **Mellody d'amour**, mes Gwada Strasbourgeois, je vous souhaite de belles années de collaboration, au service de notre île chérie.

A mes frères et sœurs de Poitiers, d'ICC Strasbourg

A mes amies,

Mention spéciale pour le **MOA** : mes amies/sœurs depuis tellement d'années. Elles m'ont vue évoluer et grandir, et m'ont soutenue à chaque instant de ma vie. Aujourd'hui elles sont de merveilleuses mères de famille, des femmes accomplies dans chaque domaine respectif de leur vie. Je suis si fière d'elles ... Je vous souhaite tellement de belles années d'amitié à vivre encore. « *l'ami aime en tout temps et dans le malheur il se montre un frère* »

A mes deux couples de mariés préférés, **Médrick et Emmanuelle, Florian et Sarah** ... comme vous le savez, *la corde à trois fils ne se rompt point, qu'aucun homme ne sépare ce que Dieu a uni*. Je vous aime !

A mon **Malickounet**, mon binôme. Notre rencontre fut si spéciale et atypique qui est à graver dans les annales et notre amitié toute aussi belle. Ça valait le coup d'affronter mes craintes et de venir t'aborder. Je vous souhaite encore de très belles années de sincère amitié. Juste, merci d'avoir été là mon neurochirurgien préféré ... !

A ma famille,

A **mes parents** qui m'ont portée, soutenue, et accompagnée à chaque moment de ma vie, sans jamais faillir. A mes parents qui ont tout donné pour ma réussite. Je suis si reconnaissante d'avoir des parents tels que vous !

A **ma sœur**, ma moitié, ma force, mon amie, ma sœur au carré, tu es l'essentiel de ma vie, je bénis le ciel d'avoir une sœur comme toi.

A ma **Soupounette**, mon chat ... Comme je vous aime !

A mes grands-mères, j'espère que vous êtes fières de moi de là-haut ... je vous avais fait cette promesse, que j'ai respecté !

A mes oncles et tantes et surtout à toi ma **Marraine**, merci d'avoir cru en moi !

A mes cousins et cousines et petit cousins et cousines.

A **Mon chéri**, mon homme fort et solide, merci de m'avoir soutenue et supportée durant cette période de préparation. Merci de toujours croire en moi, me poussant à toujours me surpasser ... « *Il n'est pas bon que l'homme soit seul, je lui ferai une aide semblable* » Je t'aime **Mio** !

Et enfin, « **Mèsi bondyé pou tou sa ou fè en lavi mwen ! Tout' Glwa pou Jézi !** »

ABRÉVIATIONS

ACE : ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES

A.S : AGRESSION SEXUELLE

C.P : CODE PÉNAL

C.P.P : CODE DE PROCEDURE PENALE

C.R.A.V.S : CENTRE DE RESSOURCES RÉGIONAUX DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

C.R.I.A.V.S : CENTRE DE RESSOURCES POUR LES INTERVENANTS AUPRÈS DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

D.R.O.M : DÉPARTEMENTS ET REGIONS D'OUTRE-MER

D.S.M 5 : MANUEL DIAGNOSTIC ET STATISTIQUES DES TROUBLES MENTAUX 5

F.B.I : BUREAU FEDERAL D'INVESTIGATION

F.I.J.A.I.S.V : FICHER JUDICIAIRE AUTOMATISE DES AUTEURS D'INFRACTION SEXUELLE OU VIOLENTE

I.C.S : INFRACTION A CARACTERE SEXUEL

IS : INJONCTION DE SOINS

O.M.S : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

S.S.J : SUIVI SOCIO JUDICIAIRE

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS.....	13
LISTE DES TABLEAUX.....	20
LISTE DES FIGURES	21
INTRODUCTION	22
I. CADRE LEGISLATIF FRANÇAIS.....	25
1. La loi n° 98-468 du 17 Juin 1998 : la peine de Suivi Socio-Judiciaire.....	25
2. La loi 2007-1198 du 10Août 2007 : la mesure d'injonction de soins.....	26
3. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 Avril 2006 : formation des CRIAVS 28	
4. Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 08 Août 2008 : formation des CRAVS.....	28
II. DÉFINITIONS.....	30
1. La violence.....	30
2. L'agressivité sexuelle	30
A. Agression sexuelle : dimension médicale et juridique.....	30
B. Le viol : dimension psychiatrique et juridique.....	32
C. L'inceste et les violences sexuelles intrafamiliales : dimension psychiatrique et juridique.....	35
D. La pédophilie : dimension psychiatrique et juridique.	37
E. Le meurtre sexuel : dimension psychiatrique et juridique	40
3. La loi n°2021-478 du 21 Avril 2022 : nouvelle réforme visant à protéger les mineurs et les mineures des crimes des délits et de l'inceste	42
A. La création de nouvelles infractions réprimant les violences sexuelles sur mineurs et mineures : clause Roméo et Juliette	42
B. Le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV).	43
4. La théorie de l'attachement.....	44
A. Attachement de l'enfant et implications sur le développement psychoaffectif	44
B. Attachement de l'adulte, fonctionnement interpersonnel et sexualité	46
5. La psychopathie	48
A. Historique.....	48

B.	Trouble de la personnalité psychopathique selon le DSM-5 et la CIM-10	51
C.	Trouble de la personnalité état limite à expression psychopathique	52
III.	LA RÉALITÉ DU TERRAIN.....	54
1.	Des faits de violences sexuelles en augmentation sur le territoire français.	54
2.	Conséquences de la victimisation sexuelle à court et long terme sur les victimes de violences sexuelles.....	58
A.	Victimisation sexuelle et conséquences psychiatriques	58
B.	Victimisations sexuelles et troubles de la sexualité	58
C.	Conséquences de la victimisation sexuelle sur la future parentalité.....	59
	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	61
	LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE	62
	LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	63
	LA SELECTION DU MATERIEL.....	64
	RESULATS.....	67
I.	TRANSMISSION INTERGENERATIONNELLE DE LA VIOLENCE : LE CYCLE DE LA VIOLENCE.....	68
1.	Discussion.....	77
II.	MODELE DU CYCLE ABUS : L'ETUDE DU CYCLE ABUSEUR-ABUSÉ.....	80
1.	Les auteurs de violences sexuelles non pédophiles et non meurtriers sexuels	81
A.	Agresseurs sexuels violents vs agresseurs sexuels non violents	81
B.	Agresseurs sexuels violents vs non agresseurs sexuels.....	83
C.	Voleurs victimisés sexuellement vs voleurs non victimisés sexuellement.....	84
2.	Auteur de violence sexuelles d'enfants et auteurs pédophiles	85
A.	Agresseurs sexuels adultes vs agresseurs sexuels d'enfants.....	85
B.	Les agresseurs sexuels d'enfants et les pédophiles.....	85
C.	Agresseurs d'enfants pédophiles vs agresseurs d'enfants non pédophiles	86
D.	Agresseurs d'enfants pédophiles vs agresseurs sexuels adultes	88
3.	Les meurtriers sexuels.....	91
A.	Meurtriers sexuels vs meurtriers.....	91
4.	La récidive sexuelle	91
5.	Discussion.....	93

III. HYPOTHÈSE 1 : IL EXISTE UNE PRÉDISPOSITION À AGRESSIVITÉ SEXUELLE PARTICULIÈRE EN FONCTION DU TYPE D'ATTACHEMENT	96
1. Non auteurs de violences sexuelles.....	96
2. Auteurs de violences sexuelles non pédophiles vs non agresseurs sexuels	97
3. Agresseurs sexuels d'adulte vs agresseurs sexuels d'enfant pedophiles	98
4. Agresseurs sexuels d'enfant.....	99
5. Discussion.....	100
IV. HYPOTHÈSE 2 : L'EXISTENCE D'UN TROUBLE DE LA PERSONNLITÉ PSYCHOPATHIQUE CHEZ UN INDIVIDU AGRESSIF SUR UN PLAN SEXUEL EST UN FACTEUR PREDICTIF DE LA RÉCIDIVE ET DE LA DANGÉROSITÉ SEXUELLE.	102
1. Les auteurs de violences sexuelles non pédophiles et non meurtriers sexuels	102
2. Les agresseurs sexuels d'enfants et les pédophiles	105
3. Les meurtriers sexuels.....	106
4. Discussion.....	108
V. DISCUSSION GÉNÉRALE.....	109
VI. LIMITES.....	112
VII. QUELLES IMPLICATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE ?.....	114
ANNEXE	118
I. Description sommaire des articles de la revue de la littérature.....	119
BIBLIOGRAPHIE.....	129

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : POURCENTAGE D'ARRESTATION EN FONCTION DU PROFIL VICTIMAIRE	71
TABLEAU 2 : FREQUENCE ET NOMBRE DE CRIME SELON LES VICTIMISATIONS.....	72
TABLEAU 3 : LIEN ENTRE VICTIMISATION ET VIOLENCE	74
TABLEAU 4 : COMPARAISON DU PROFIL VICTIMAIRE SELON LES TROIS GROUPES D'ETUDE	82
TABLEAU 5 : COMPARAISON DES VICTIMISATIONS ENTRE TROIS DIFFERENTS GROUPES D'AGRESSEURS SEXUELS D'ENFANTS ET PEDOPHILES.....	87
TABLEAU 6 : PROFIL DES VICTIMISATIONS ET DE LA SEXUALITE DEVIANTE CHEZ LES AGRESSEURS SEXUELS D'ENFANTS ET LES VIOLEURS	89
TABLEAU 7 : TABLEAU COMPARATIF DES VICTIMIES-RESILIENTES ET LES VICTIMES-AGRESSEURS	93
TABLEAU 9 : TABLEAU COMPARATIF ENTRE LES MEURTRIERS SEXUELS ET LES MEURTRIERS NON SEXUELS.....	107

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : LES PRINCIPAUX ACTEURS DE L'INJONCTION DE SOINS.....	27
FIGURE 2 : MODELE DE GROTH.....	33
FIGURE 3 : CLASSIFICATION DES AGRESSEURS SEXUELS SELON COUTEANCEAU.....	34
FIGURE 4 : PROFILS DE PEDOPHILES SELON LE MODELE DE KNIGHT ET PRENTKY.....	39
FIGURE 5 : MODELE THEORIQUE DE L'ATTACHEMENT.....	45
FIGURE 6 : MODELE D'ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE EN LIEN AVEC LES RELATIONS INTERPERSONNELLES ET LA SEXUALITE.....	47
FIGURE 7 : NOMBRE DE FAITS CONSTATES EN 2021 ET TAUX D'EVOLUTION ANNUELLE.....	54
FIGURE 8 : CUMUL TRIMESTRIEL DES VIOLENCES SEXUELLES ENREGISTREES EN FRANCE.....	55
FIGURE 9 : LES VIOLENCES SEXUELLES ENREGISTREES DANS LES REGIONS DE FRANCE EN 2021	56
FIGURE 10 : TYPES D'INFRACTIONS MENANT A UNE INJONCTION DE SOINS EN 2017.....	57

INTRODUCTION

La loi du 17 Juin 1998 marque un tournant majeur dans l'histoire de la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (ICS) en France. Cette loi introduit la notion de soins psychiatriques pénalement obligés après un passage à l'acte sexuel déviant et amorce la mesure judiciaire d'injonction de soins. L'injonction de soins correspond à une mesure de soin attachée à la peine de suivi socio-judiciaire.

Ces mesures judiciaires ont été votées à des fins de protection des mineurs et de prévention de la récidive sexuelle. En continuum avec cette problématique de prévention et de sécurité sociétale lancée par le gouvernement Français depuis 1998, des centres de ressources de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été créés depuis la circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 Avril 2006 (21). Il s'agit des centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) auxquels sont confiées des missions de prévention, d'information santé et de développement de la recherche concernant les violences sexuelles. Les CRAVS, créés en 2008, ont en outre un rôle de prise en charge thérapeutique.

Quelle que soit la nature juridique de l'infraction sexuelle commise sur une tierce personne, crime ou délit, les violences sexuelles portent atteintes aux droits fondamentaux de la victime mais également à son intégrité physique sexuelle et psychique. Tout comme l'agressologie, la victimologie possède un vaste champ exploratoire en matière de sciences criminelles. C'est une discipline, récente, émergente depuis la seconde guerre mondiale au regard des crimes et violences commises.

La victimologie en matière d'ICS a connu son essor en France à l'apogée des mouvements féministes vers les années 1970-1980 (105). Depuis, on assiste à une augmentation croissante et progressive des dépôts de plaintes de plaignants et plaignantes pour ces faits et ainsi des interpellations et incarcérations des présumés auteurs ou auteures de ces faits. Les expertises

psychiatriques des gardés à vue mais aussi des individus incarcérés étant devenues obligatoires dans ces cas de figure, le médecin psychiatre est de plus en plus susceptible d'intervenir dans le parcours juridique mais aussi de soigner ces individus agressifs sur un plan sexuel à différents stades d'une procédure judiciaire (41).

Par ailleurs, l'abolition du discernement n'étant prononcée par les psychiatres que dans 1%-2% des cas, on assiste également à une augmentation des incarcérations pour ces faits et également à une augmentation de la décision de peine de suivi socio-judiciaire et d'injonction de soins (41).

Les auteurs qui se sont intéressés à la problématique de l'agressivité sexuelle ont observé une grande hétérogénéité en ce qui concerne les modus operandis, les profils de personnalité et de criminalité des auteurs de violences sexuelles : pourtant la compréhension de ces facteurs est indispensable pour le soin de ces sujets et dans la prise en charge de la récidive.

L'enjeu de ce travail est d'étudier l'existence d'un probable lien entre les adversités subies pendant l'enfance d'un sujet et l'émergence de comportements agressifs à l'âge adulte.

Dans un premier temps, nous aborderons l'aspect législatif français concernant l'agressivité sexuelle puis en second lieu les définitions et les modèles théoriques explicatifs de certaines formes d'agressivité sexuelle. En troisième partie nous dresserons un état des lieux de la criminalité sexuelle sur le territoire Français et les conséquences sur les victimes de violences sexuelles avant de détailler la recherche bibliographique et les résultats.

CONTEXTE

I. CADRE LEGISLATIF FRANÇAIS

1. La loi n° 98-468 du 17 Juin 1998 : la peine de Suivi Socio-Judiciaire

La loi du 17 Juin 1998 est une réponse de l'état et de la législation face à l'augmentation des dépôts de plaintes de victimes d'infractions sexuelles sur le territoire français. Jusque-là taboue, la violence sexuelle est venue s'installer au centre d'un déferlement et de scandales médiatisés au moment même où les mouvements féministes ont commencé à se développer en France.

La loi n° 98-468 du 17 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions à caractère sexuel a été votée à des fins de protection des mineurs. Cette loi introduit la notion de suivi socio-judiciaire (SSJ) pour les auteurs de violences sexuelles condamnés.

Le suivi socio-judiciaire constituant une peine complémentaire aux peines privatives de liberté, oblige le condamné à s'astreindre à des mesures d'assistance et de surveillance destinées à la prévention de la récidive, selon l'article 131-36-1 alinéa 2 du code pénal (CP).

Initialement, la peine de SSJ était réservée aux individus condamnés pour des faits de meurtre et d'assassinat d'un mineur précédé et accompagné d'un viol (art 221-9-1-CP), dans les cas de viols et agressions sexuelles hors harcèlement sexuel (art 222-48-1 CP), dans les cas d'atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et face à la diffusion de contenus à caractère pédopornographique (art 227-31 CP) (103).

Depuis la loi du 12 Décembre 2005, elle s'est vue élargie aux crimes d'atteinte volontaire à la personne (art 221-1 à 221-5-3 du CP), au crime d'enlèvement et de séquestration (art 224-1 à 224-5-2 du CP), au crime de torture et d'acte de barbarie (art 222-48-1 du CP) puis aux crimes de dégradation de biens par substances explosives (art 322-6 à 322-11 du CP).

Depuis la loi relative à la prévention de la délinquance du 05 Mars 2007, son champ s'est étendu aux violences intrafamiliales, conjugales (art-48-1 du CP) et faits de maltraitances sur personne mineure (art 222-48-1 du CP) ainsi qu'aux délits de proposition sexuelle par voie électronique à une personne mineure de moins de quinze ans (art 227-22-1 du CP à 227-31 du CP).

Le sujet astreint à une peine de SSJ peut se voir ajouter des obligations en plus de celles prévues pour un probationnaire, consistant en, l'interdiction d'apparaître dans des lieux accueillant les mineurs, l'interdiction d'exercer dans l'enseignement ou d'occuper des postes permettant d'être en rapport ou en lien étroit avec des personnes mineures. A ces mesures, peut s'ajouter une peine d'injonction de soins c'est-à-dire une obligation de soins pénalement ordonnée (48).

2. La loi 2007-1198 du 10Août 2007 : la mesure d'injonction de soins

L'injonction de soins (IJ) est une mesure de soin attachée à la peine de SSJ selon l'article 131-36-4 du CP et dépend aussi du champ de l'application d'une peine, c'est-à-dire qu'elle concerne uniquement les individus condamnés. Cette mesure a d'abord été votée en suivant cette dynamique sociétale de prévention de la récidive sexuelle, puis s'est élargie à des individus agressifs sur un autre plan qu'un plan sexuel. (48)

La mesure d'IJ nécessite une étroite collaboration entre justice et santé (figure 1) dès lors qu'elle implique la présence d'un médecin coordonnateur, interface entre le médecin traitant et le juge d'application des peines. La particularité de cette mesure, est qu'elle est prononcée sous la couverture d'une expertise psychiatrique permettant d'affirmer que l'état psychologique ou psychiatrique du sujet nécessite des soins rentrant dans le champ de la prévention du risque de récidive.

En conséquence, des centres de ressources d'information et de formation du personnel intervenant auprès de ces individus ont été créés, permettant d'envisager une augmentation de l'efficacité de la prise en charge de ces sujets.

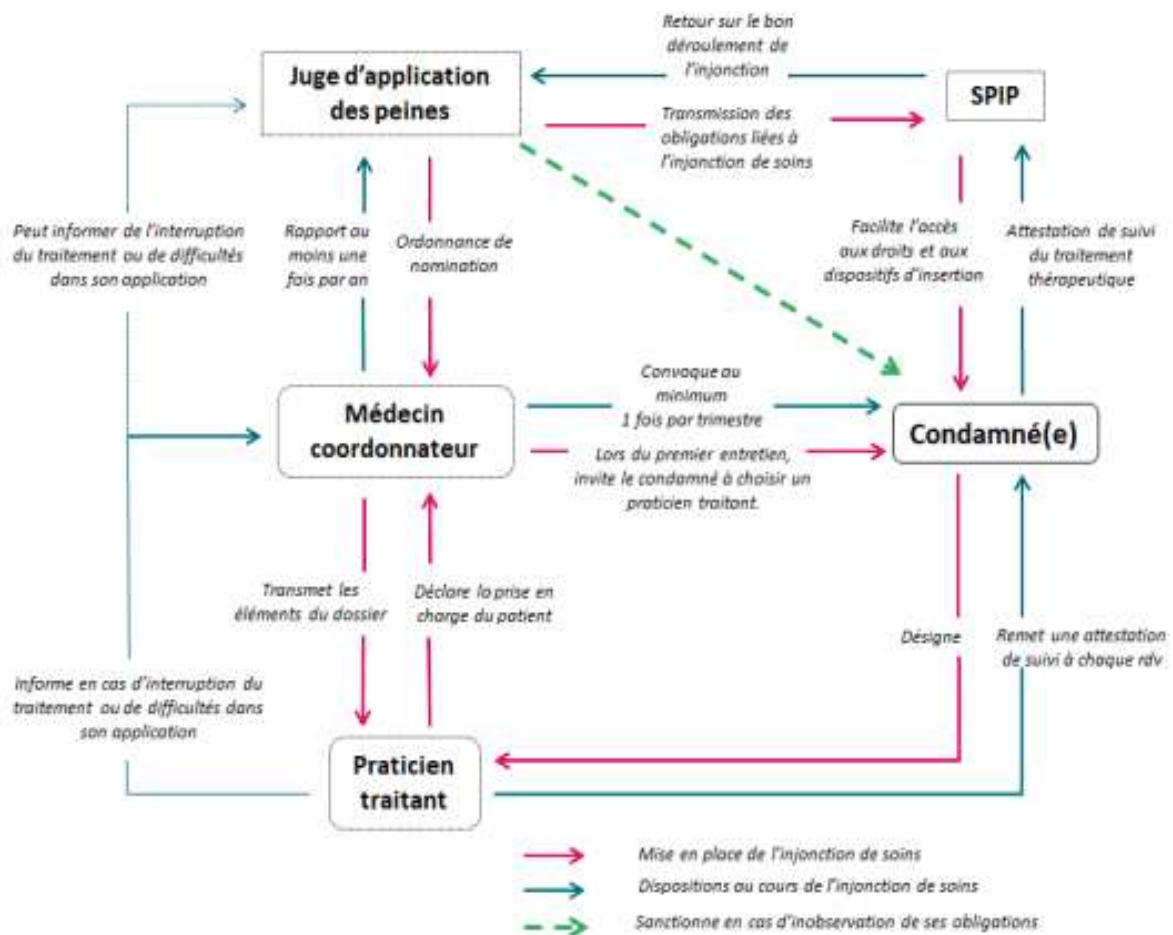


Figure 1 : Les principaux acteurs de l'injonction de soins

3. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 Avril 2006 : formation des CRIAVS

Depuis la circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 Avril 2006, (16) des centres interrégionaux de ressources et de prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été créés en France.

En 2022, le territoire français compte 27 CRIAVS répartis dans chaque région de France et département d'Outre-Mer. Ces centres sont spécialisés dans le phénomène de la violence sexuelle. Ils ont pour mission d'assurer la formation et l'information de tous les corps professionnels du domaine juridique, du domaine pénitentiaire mais aussi psychiatrique qui seraient susceptibles d'intervenir auprès de ces personnes. Ils ont également un rôle de promotion de travail, de mise en place des centres de documentation, d'impulsion et de diffusion de la recherche sur le thème des violences sexuelles.

Puis en 2008, ont été créés des centres spécifiques de prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

4. Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1/2008/264 du 08 Août 2008 : formation des CRAVS

La circulaire du 08 Août 2008, prévoit la régionalisation des centres de ressource de prise en charge des auteurs de violences sexuelles en permettant la création des Centres de ressources Régionales pour les Auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS). Ces centres ont pour mission la coordination et l'impulsion du travail en réseau entre santé, justice et éducation. Ils participent également à la formation des professionnels exerçant dans le domaine de la santé, dans le domaine de la justice et du social. Surtout, ce sont des professionnels du soin aux individus agressifs sur un plan sexuel. Les intervenants de la santé au CRAVS offrent une

prise en charge pluridisciplinaire des situations complexes. Ils sont aussi investis dans la recherche, l'expertise et dans la coordination des mesures des IJ.

Le CRAVS Alsace a été créé en 2010 et présente un pôle de prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans le département du Haut-Rhin et dans le Bas-Rhin (16). A ce jour, le CRAVS Alsace est dirigé par Monsieur le Dr Jean-Georges ROHMER, psychiatre, médecin coordonnateur et psychiatre expert.

II. DÉFINITIONS

1. La violence

Dérivant du latin « adgredi », l'agressivité traduirait un mouvement, offensif. Le mot « violentia » est fondé sur « vis » en latin, qui signifie la force.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence d'un point de vue général, consiste à menacer ou à utiliser la force physique contre soi-même ou contre autrui avec pour conséquences un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques. La violence se caractérise par l'intentionnalité de nuire. (99).

Selon Alexandra Lecart, psychologue française, la violence psychologique peut être appelée violence morale ou encore violence émotionnelle. Elle consiste en un comportement moralement agressif vis à vis d'autrui et peut se manifester par des insultes, des inductions, des humiliations et dénigrement, des dévalorisations, ou encore des paroles ou des actes qui influent l'autre dans ses sentiments d'être aimé ou détesté. (2).

2. L'agressivité sexuelle

A. Agression sexuelle : dimension médicale et juridique

A.a Définition médicale

Selon l'OMS, le potentiel agressif d'un individu renvoie à sa capacité à présenter un comportement hostile, d'attaque ou de défense, dirigé contre une cible considérée comme une menace par l'individu qui commet le geste agressif. La violence sexuelle peut être définie comme étant « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou

avances de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic, dirigé contre la sexualité d'une personne dont le consentement n'a pas été obtenu, en utilisant la coercition ». (99)

Les intervenants auprès des CRAVS et CRIAVS s'accordent pour considérer les violences sexuelles comme tout acte sexuel incluant au moins un auteur et une victime, adulte ou enfant, commis en l'absence de consentement de la victime et ayant pour processus fondamental la violence. (16)

A.b Dimension juridique

Selon l'article 222-22 du CP , une agression sexuelle constitue toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise, ou dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur.

En son 1^{er} alinéa, il est précisé que la contrainte peut être aussi bien physique que morale. La contrainte morale ou la surprise peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits, lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, et peuvent aussi résulter de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci a sur la victime.

En son 2nd alinéa, il est précisé qu'imposer à une personne, par violence, menace, contrainte ou surprise une atteinte sexuelle : est une agression sexuelle.

La peine est aggravée lorsque la personne présente soit une vulnérabilité physique, psychique ou sociale, ou bien lorsque la victime est une personne mineure de moins de quinze ans, et que l'auteur est un ascendant légitime de la victime. (73) (cf infra)

B. Le viol : dimension psychiatrique et juridique

B.a Dimension psychiatrique

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir un profil des violeurs, permettant d'expliquer les raisons de leur passage à l'acte et les modus operandi. Parmi eux, nous pouvons retenir le modèle de Groth dressé en 1977. (46)(8)

Selon Eugène Groth, trois profils de violeurs peuvent être retenus selon leur motivation :

- Les violeurs colériques,
- Les violeurs sadiques
- Les violeurs à la recherche de puissance.

Le violeur colérique serait celui qui chercherait à exprimer ses instincts violents par la sexualité.

Le violeur sadique est celui qui éprouve du plaisir sexuel dans la souffrance de sa victime et le violeur à la recherche de puissance cherche à exprimer un « *soi grandiose* » au travers de ces actes, selon Claude Balier (4).

Knight, en 1990, propose un nouveau modèle explicatif des profils de violeurs en s'inspirant des travaux de Groth et établit quatre profils de violeurs différents :

- Le violeur opportuniste,
- Le violeur présentant une rage indifférenciée,
- Le violeur dont la motivation est uniquement sexuelle
- Le violeur vindicatif.

Les violeurs opportunistes ainsi que les violeurs présentant une rage indifférenciée montrent un profil particulièrement impulsif et intolérant à la frustration expliquant l'agressivité et la

violence particulière de leur passage à l'acte. Les motivations reposeraient plus sur une opportunité violente que sur des fantasmes sexuelles, qui peuvent être sadiques. Par contre, les auteurs vindicatifs ont pour principal motif la dégradation, l'humiliation et la destruction de leur victime. (8).(figure 2)

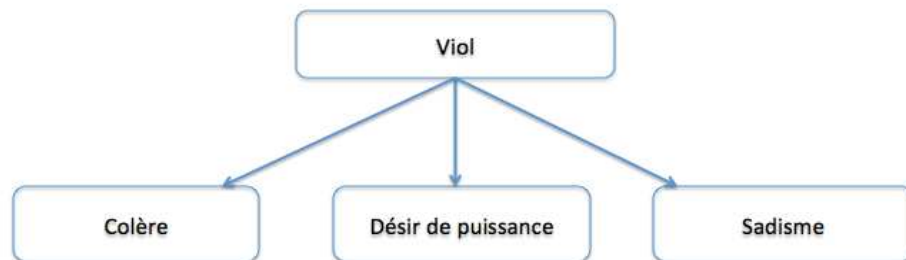


Figure 2 : Modèle de Groth

En 2001, Roland Coutanceau, psychiatre français, dresse un autre profil de personnalité des violeurs. Tout en partageant les conclusions de ses prédécesseurs, il s'accorde à penser que le profil de passage à l'acte des auteurs de violences sexuelles est rythmé par une impulsivité, une agressivité, une intolérance à la frustration et une fragilité des capacités de mentalisation. Selon lui, les violeurs peuvent être classés selon trois profils particuliers qui sont :

- Le profil névrotique,
- Le profil immaturo-pervers
- Le profil pervers

Ces trois profils se distinguent selon la reconnaissance de la crainte de passer à l'acte qui ne se ferait pas chez les pervers, le sentiment de culpabilité ou de honte suivant l'acte qui

n'existerait pas chez les pervers et la conscience du ressentiment de la victime, impensé chez les pervers autant que la gravité de leur crime. Pour lui, les troubles du comportement sexuel sont plus que des troubles de la sexualité tant les violeurs reconnaissent rarement l'intrusion corporelle que représente le viol en raison des pensées distordues relatives aux comportements sexuels dont ils sont porteurs. Le but probable étant de pouvoir légitimer ou minimiser les conséquences de leur acte (8)(21). (figure 3)

	Névrotiques	Immature-pervers	Pervers
Contrainte lors de l'acte	Reconnue	Reconnaissance indirecte, négation, banalisation	Déni
Vécu surmoïque de l'acte	Culpabilité	Honte	Ni anxiété ni honte apparente
Retentissement possible pour la victime	Reconnu	Banalisé, minimisé	Nié
Position face à la légalité	Reconnu comme structurante	Accepté avec difficulté	Défiée

Figure 3 : Classification des agresseurs sexuels selon Coutanceau

B.b Dimension juridique

A ce jour, en France, le viol constitue l'infraction à caractère sexuel la plus grave et figure parmi les infractions criminelles. Selon l'article 222-23 du CP, tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

En France, le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle. Une aggravation de la peine peut être prononcée lorsque les actes de pénétration sexuelle sont commis sur une personne

mineure de moins de quinze ans (cf infra) ou sur une personne présentant une certaine vulnérabilité ou un handicap, et en fonction du statut d'autorité que l'auteur exerce sur sa victime. Le viol en réunion, avec violences ou avec usage d'arme constitue également une mesure d'aggravation de peine (73).

C. L'inceste et les violences sexuelles intrafamiliales : dimension psychiatrique et juridique

C.a Définition psychiatrique

L'approche multifactorielle de Frude Neil en 1982 permet d'établir un modèle théorique explicatif de l'inceste selon cinq facteurs. (39) Ces facteurs sont :

- Le besoin sexuel,
- Le partenaire sexuel attirant,
- L'opportunité,
- La désinhibition
- Le comportement sexuel.

Il explique qu'un père incestueux ne trouve une satisfaction sexuelle que dans la relation incestueuse. Le besoin sexuel de l'agresseur incestueux peut avoir été nourri par un sentiment de frustration sexuelle ayant pour origine un dysfonctionnement dans la sexualité du couple parental, soit parce que l'épouse est frigide, autoritaire, frustrante ou parfois limitée sur un plan psychique ou physique. Ainsi, l'attirance sexuelle qui ne se fait plus envers la conjointe est alors transférée sur l'enfant, en phase pré-pubère le plus souvent. Frude considère qu'une fois le premier acte sexuel commis, l'enfant se retrouve coincé dans une escalade de l'abus dans laquelle il est sexualisé, vu comme un objet sexuel et étant obligé de se soumettre aux

activités sexuelles répétitives de son agresseur. Selon lui, l'isolement social de ces pères peut être considéré comme un facteur facilitant (39).

En 1979, Rist, considère l'inceste comme le symptôme d'une déstructuration familiale et établit le modèle de triangulation familiale dans lequel il pense à une inversion des rôles familiaux. L'enfant adopte alors le rôle de la mère et de la femme tandis que la mère est non participative (104).

Selon Coutanceau, il existerait une dimension fruste mais également égocentrée chez les auteurs incestueux ne permettant pas au père incestueux de pouvoir penser l'enfant comme enfant mais comme objet sexuel. Il pense que des traits phobiques et obsessionnels, une psychorigidité pouvant atteindre le niveau de la paranoïa mais aussi une fragilité narcissique marquée par une introversion, une timidité relationnelle et une peur de l'autre, peuvent être retrouvés chez les pères incestueux. (8)

C.b Définition juridique

Selon le rapport « les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineurs » (98), la reconnaissance de l'inceste par la juridiction française a été l'aboutissement de nombreuses reconsidérations religieuses, sociologiques et juridiques, qui ont évolué depuis le XVII – XVIIIème siècle. La place du père étant sacralisée par la religion et par une société patriarcale, l'inceste a longtemps été un crime impensable aux yeux de la société et des autorités.

La loi du 8 février 2010 puis celle du 14 mars 2016 inscrit l'inceste en tant qu'infraction « *sui generis* ». Ainsi, les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par un ascendant ayant une autorité de droit ou de fait sur la victime (article 222-23

du CP). (73) Cet ascendant peut être un frère, un neveu ou une nièce, le conjoint, le concubin d'un des deux membres de la famille.

L'article 222-31-2 du CP, prévoit que l'autorité parentale peut être retirée totalement ou partiellement, si le viol est commis sur le mineur ou la mineure par une personne exerçant sur lui une autorité parentale (articles 378 et 379 du Code civil).

D. La pédophilie : dimension psychiatrique et juridique.

D.a Dimension psychiatrique

La pédophilie est classée parmi les *paraphilies* c'est-à-dire qu'elle consiste en l'attirance sexuelle d'un adulte envers un enfant. La pédophilie peut également consister en des pratiques sexuelles qui diffèrent des comportements sexuels considérés comme faisant partie d'une sexualité normale, comme l'usage de contenu à caractère pédopornographique par exemple (8).

Selon le DSM-5, la pédophilie est définie par la présence d'impulsions sexuelles, de comportements ou de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes chez un individu, impliquant un ou des enfants pré-pubères. Cette symptomatologie évolue depuis plus de 6 mois et influe sur le fonctionnement quotidien du sujet. Cette attirance peut très bien être hétérosexuelle, homosexuelle, ou bisexuelle et peut également être exclusive ou non. La pédophilie ne constitue pas une infraction pénale mais le devient dès qu'il y a passage à l'acte.

Si le DSM-5 établit la notion de pédophilie exclusive ou non exclusive, Eugène Groth, préfère utiliser les termes de pédophiles fixés et pédophiles régressifs (46).

Selon lui, le pédophile fixé est celui qui déclare une attirance sexuelle envers les enfants ou les individus jeunes depuis l'âge de l'adolescence. A l'inverse, les pédophiles régressifs déclarent une attirance sexuelle envers les enfants à l'âge adulte, sans aucune antériorité, sous l'effet d'un stress (46)(8)

De leur côté, Knight et Prentky établissent en 1990, six profils de pédophiles en fonction de la fréquence d'interaction et de leur proximité avec les personnes jeunes et selon le modus operandi. C'est ainsi qu'ils pensent qu'un pédophile dont les activités sexuelles consistent préférentiellement en des attouchements ou des actes masturbatoires sur la victime ou sur lui-même par la victime, aurait une motivation interpersonnelle (type I) à son acte c'est-à-dire un besoin d'échange et de partage avec la victime. Par ailleurs, l'acte sexuel des pédophiles de type II est un acte narcissique et égocentrique ayant pour seul but un assouvissement des pulsions jusqu'à l'orgasme. Ces deux premières catégories de pédophiles s'inscrivent, quand ils sont en mesure de pouvoir le faire, dans des activités professionnelles ou de loisirs permettant un contact étroit avec les personnes jeunes, permettant un choix de la victime. (8) (figure 4)

Les quatre autres profils se distinguent par leur potentiel sadique et violent envers les victimes, pouvant s'étendre du pédophile qui ne souhaite aucun mal à sa victime (type III) à celui présentant un fonctionnement sadique et violent (type VI). Ce dernier mode de violence serait proche de celui du meurtrier sexuel. (74) (4)

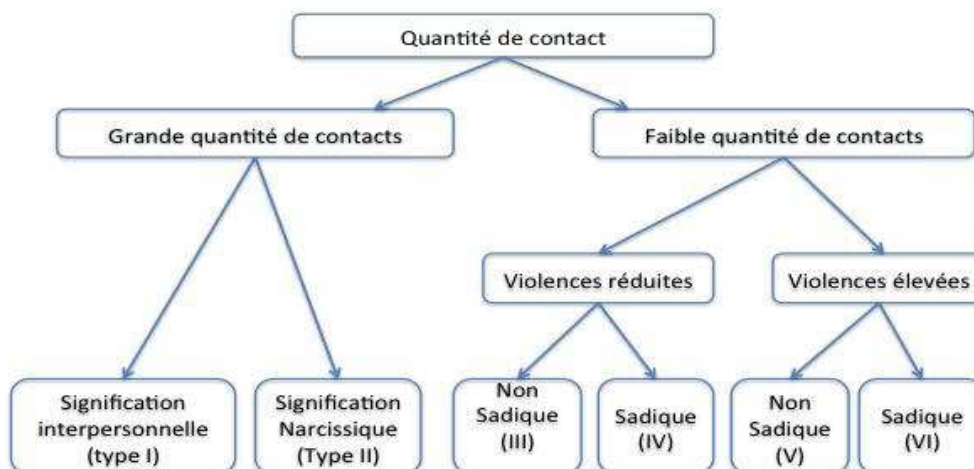


Figure 4 : Profils de pédophiles selon le modèle de Knight et Prentky

D.b Dimension juridique

La notion de pédophilie n'est pas mentionnée dans le code pénal en tant que telle. Elle prend la forme d'agression sexuelle dirigée envers une personne mineure de moins de 15 ans. Cependant, plusieurs infractions y faisant référence sont citées dans le CP, pouvant être illustrées par la détention et/ou la diffusion d'images pédopornographiques, à l'agression sexuelle à proprement parler en passant par la corruption de mineurs et de mineures et les viols. (74).

A. Le meurtre sexuel : dimension psychiatrique et juridique

E.a Dimension psychiatrique

Le meurtre sexuel ou érotophonophilie constitue le crime sexuel le plus grave.

En 1988, Edward Douglas, profileur au Bureau Fédéral d'Investigation ou autrement dit en anglais « Federal Bureau of Investigation » (FBI) dresse un tableau comportant plusieurs indices orientant les enquêteurs vers un crime sexuel.

Selon lui, la découverte d'un corps inanimé, placé en position sexuelle explicite dont les parties génitales sont exposées, la présence d'indices pouvant laisser penser qu'il y aurait eu activités sexuelles ante mortem (éjaculation, insertion d'objet dans les cavités corporelles, mutilations des organes génitaux), sont des indicateurs d'un meurtre sexuel. (74).

Selon Jean Proulx, théologien et philosophe canadien, il existerait deux profils de meurtriers sexuels que sont :

- Les meurtriers sexuels sadiques
- Les meurtriers sexuels colériques.

Le meurtrier sexuel sadique se distingue du meurtrier sexuel colérique par la manifestation d'une jouissance et d'un plaisir sexuel exprimé et ressenti face à la souffrance de l'autre associé à l'absence cruelle d'empathie envers la victime. A l'inverse, le meurtrier sexuel colérique aurait comme vecteur au crime la colère sans recherche de plaisir sexuel à la souffrance de l'autre. (74). La tendance à la manipulation, à la séduction et à la ruse, l'organisation parfaite et méticuleuse de leur crime sont tout autant d'arguments pour qualifier les meurtriers sexuels sadiques. A l'inverse, la désorganisation de leur crime, l'absence de préméditation, les stigmates d'acharnements violents prédominant sur la victime mais aussi leur rapport compliqué à l'autorité, témoignent de l'impulsivité, de l'agressivité et de la faible capacité de mentalisation des meurtriers sexuels colériques (74).

En 1981, Engène Revitch et ses collaborateurs, pensent le meurtre sexuel dans une dimension psychodynamique. Ils posent ainsi deux modèles de meurtriers sexuels :

- Le meurtrier catathymique
- Le meurtrier compulsif.

Les deux modèles ont pour particularité qu'ils décrivent le meurtre sexuel comme un acte ayant pour origine un attachement ou une relation pathologique à la mère. Par exemple, le meurtre catathymique est vu comme le déplacement d'une rage intense, que l'auteur éprouverait pour sa mère, vers une autre femme victime, connue. Cette rage serait la résultante d'une relation avec la mère surprotectrice envahissante et infantilisante ou bien séductrice ou encore une mère aux comportements sexuels inadéquats comme par exemple la prostitution. Pour ce qui est du meurtre sexuel compulsif, Revitch et al., pensent que le meurtre dont le motif est la rage incontrôlée envers les femmes est sous-tendue par un fonctionnement sadique sous-jacent, nourrit au travers de fantasmes sexuelles ruminées et travaillées.

À partir de ce modèle nous définirons au paragraphe suivant la notion d'attachement après avoir abordé la nouvelle réforme de loi française concernant les violences sexuelles sur mineurs et mineures. (74) (103)

E.b Définition juridique

La notion de meurtre sexuel n'est pas mentionnée dans le code pénal en tant que tel. Le meurtre sexuel peut prendre la forme d'un viol doublé d'un assassinat ou encore viol avec acte de barbarie ayant entraîné la mort. En France, le viol est puni de 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort. (article 222-26 du CP). (73).

3. La loi n°2021-478 du 21 Avril 2022 : nouvelle réforme visant à protéger les mineurs et les mineures des crimes des délits et de l'inceste

Ce texte de loi apporte certaines modifications concernant les infractions en matière de violences sexuelles particulièrement celles commises sur les mineurs et mineures. Cette loi apporte des changements législatifs notoires :

- La création de nouvelles infractions réprimant les mineurs et mineures,
- Les modifications de peines et des délais de prescription pour les victimes,
- L'inscription automatique au fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles.

A. La création de nouvelles infractions réprimant les violences sexuelles sur mineurs et mineures : clause Roméo et Juliette

Avant l'entrée en vigueur de la loi du 21 Avril 2021, la notion de contrainte, menace ou surprise était nécessaire pour qualifier une agression sexuelle avec pénétration de viol. Depuis cette loi, la notion de consentement de la victime n'est plus nécessaire, pour le juge, dès lors que la victime est une personne mineure de moins de quinze ans et qu'il existe une différence de plus de 5 ans entre l'auteur et la victime. Ainsi, tout acte de pénétration sexuelle ou tout acte bucco-génital intervenant entre un mineur de 14 ans et un majeur de 19 ans (et plus), ou un mineur de 13 ans et un majeur de 18 ans (et plus) tombe sous la qualification du crime de viol.

Par ailleurs, afin d'éviter « la criminalisation des amourettes entre adolescent », la loi du 21 Avril 2021 établit une clause dite « Roméo et Juliette » qui prévoit de rechercher le consentement de la victime, pour la qualification du crime de viol, lorsque les actes sexuels

ont été commis entre deux mineurs ayant moins de cinq ans d'écart et à condition que la victime soit âgée de plus de 13 ans.

Dans le cadre des infractions de délit ou de crime incestueux, les questions relatives à la violence, à la menace ou à la surprise n'ont plus à être recherchées par le juge lorsqu'il s'agit d'une victime mineure âgée de moins de 18 ans. Ainsi tout crime de viol incestueux commis sur une personne mineure de moins de 18 ans est puni de 20 ans de réclusion criminelle et de 150 000 euros d'amende, et tout délit incestueux commis sur une personne de moins de 18 ans est puni de 10 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. De plus, la loi élargit les relations incestueuses aux grands-oncles et grand-tantes (art 222-22-3 du CP). (73)

B. Le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV)

Le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes recense les personnes majeures et mineures condamnées pour certaines infractions sexuelles ou violentes. La loi ajoute que cette inscription devient automatique, quelque soit la peine encourue, dès lors que la victime est une personne mineure (art 706-53-2 du CPP).

4. La théorie de l'attachement

A. Attachement de l'enfant et implications sur le développement psychoaffectif

En 1958, John Bowlby, dans sa théorie de l'attachement, suppose le système d'attachement comme un « système de contrôle orienté vers un but ». Il s'agit d'un système motivationnel qui permet de maintenir un équilibre entre les conditions internes et externes de sécurité chez l'enfant. Selon lui, les comportements d'attachement sont des comportements innés dont la fonction est de lier l'enfant à sa figure d'attachement principale et ainsi de favoriser le lien réciproque en activant les capacités parentales de *caregiver* ou autrement dit de « donneur de soin ».

M.Ainsworth en 1978, grâce à ses travaux observationnels sur une population d'enfants au Ouganda, isole trois différents types d'attachement chez l'enfant que sont :

- l'attachement secure,
- l'attachement insecure ambivalent-résistant
- l'attachement insecure anxieux-évitant.

En 1990, un quatrième type d'attachement inséculaire chez l'enfant est proposé-par M. Main and Hesse, il s'agit de l'attachement insecure désorganisé/désorienté. (78) (figure 5)

Une relation *d'attachement secure* s'établit lorsque le rapport de la mère à l'enfant est contenant, soutenant et réconfortant de sorte qu'à la séparation d'avec sa mère, l'enfant exprime des signes de stress et d'alertes adaptées, recherchant systématiquement avec elle, une étroite proximité, qui se veut réconfortante et rassurante.

Un attachement insecure *anxieux ambivalent* est caractérisé par un rapport maternel inconsistant, en retrait et irrésolu avec l'enfant provenant de faibles capacités de réconfort aux signes de stress de l'enfant lors de leur séparation. L'enfant est rassuré par le contact avec la mère et exprime à la fois une agressivité à son égard.

Par ailleurs, un enfant n'exprimant peu de signe d'alerte et de stress à la séparation et recherchant de manière hésitante ou ne recherchant aucun contact avec une mère qui est à la fois trop intrusive et rejetante caractérise l'attachement *anxieux évitant*.

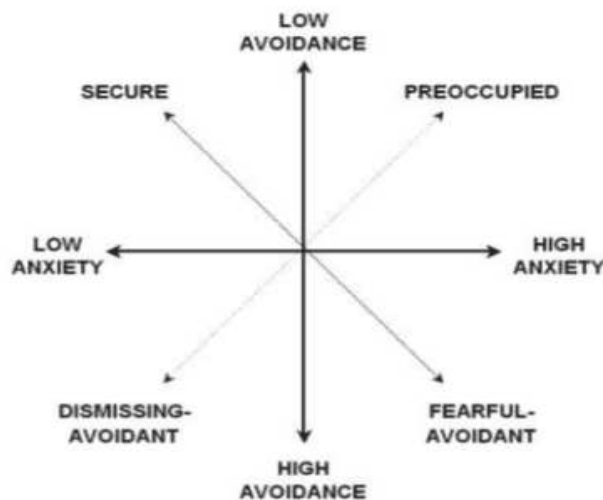


Figure 5 : Modèle théorique de l'attachement

En 1946, René Spitz, psychanalyste américain, montre que le développement perceptif, moteur, cognitif et émotionnel d'un bébé survient avec l'adulte *caregiver, secure*, et que l'absence d'une relation avec un pattern humain peut être la source d'une désorganisation du développement. Comme René Spitz l'a souligné en 1946, l'enjeu d'attachement est primordial sur notre capacité à être en relation avec notre entourage proche et notre ouverture sociale.

En 2000, Stovall and al. montre au travers de leur étude portant sur des enfants placés en institution puis adoptés, qu'un attachement insecure pourrait être à l'origine des perturbations

dans la perception et l'interprétation des indices sociaux. D'autres auteurs établissent un lien entre un attachement pathologique et la régulation émotionnelle et l'empathie en montrant que les individus dont l'attachement parental serait pathologique seraient moins capables de présenter un comportement positif, des émotions positives et empathiques face à un événement de stress. (114)

Par ailleurs, de nombreux auteurs se sont penchés sur le développement intersubjectif de l'enfant c'est-à-dire sa capacité à se penser comme un individu et à progressivement prendre en compte le monde mental de l'autre. Selon les chercheurs qui travaillent sur ce sujet, un attachement insécuré c'est-à-dire des relations parents-bébé limitées ou dysfonctionnelles influe sur le bon développement intersubjectif de l'enfant et ainsi sa capacité de mentalisation, c'est-à-dire à penser et intégrer les émotions de l'autre. (40) (118)

B. Attachement de l'adulte, fonctionnement interpersonnel et sexualité

En 1991, Bartholomew and al. et Main and al. pensent que les adultes présentant un attachement pathologique seraient incapables d'entretenir des relations interpersonnelles stables et rassurantes. Chez les adultes dont le lien d'attachement infantile aurait été pathologique, ils observent des relations interpersonnelles pourvoyeuses d'angoisse générant des comportements pathologiques soit de détachement ou à l'inverse une recherche intensive de proximité à l'autre. Par exemple, les adultes présentant un attachement vivent dans une saine dépendance vis-à-vis d'autrui. A l'inverse, ceux présentant un attachement préoccupé seraient à la recherche d'une proximité/promiscuité avec l'autre, au même titre que le seraient ceux manifestant un attachement craintif. En revanche, celui dont

l'attachement est détaché présente un évitement dans les relations à la recherche d'indépendance et d'autonomie. (5) (figure 6).

En 1984, Hanson et ses collaborateurs postulent que le système d'attachement chez l'adulte serait intimement lié aux capacités d'activation des comportements d'autorégulation face aux facteurs de stress mais également étroitement lié à la fonction sexuelle. Ils remarquent qu'un adulte dont le système d'attachement s'avère être sécurisé engage sa fonction sexuelle dans un environnement d'abord perçu comme « quiet » et adapté dans un lien réciproque et bienveillant. Mais ceux dont l'attachement reste pathologique auraient du mal à s'engager dans une sexualité épanouie. (51)

<p>SECURE</p> <p>Aisance émotionnelle Flexibilité autonomie Réceptivité aux demandes du partenaire</p>	<p>PRÉOCCUPÉ ou ANXIEUX</p> <p>Insécurité, inquiétudes, jalousie Hypersensibilité à sa propre détresse Recherche de l'approbation Surdépendance Crainte de l'abandon, de la solitude</p>
<p>DÉTACHÉ</p> <p>Idéalisation de soi Évitement de l'intimité Incapable de dépendre des autres Partenaire perçus comme non disponibles ou rejetants Relations basées sur la sexualité</p>	<p>CRAINTIF</p> <p>Besoin de réassurance et évitement Grande sensibilité au rejet Détresse Crainte des relations de proximité Manque d'affirmation Solitaire</p>

Figure 6 : Modèle d'attachement chez l'adulte en lien avec les relations interpersonnelles et la sexualité

5. La psychopathie

A. Historique

Initialement, la psychopathie a été décrite comme s'intégrant dans les maladies mentales. En France, elle a d'abord été nommée « manie sans délire » par Pinel en 1801 puis « monomanie homicide ». Ces termes ont été utilisés pour qualifier des individus dont le comportement était principalement marqué par une impulsivité et une perte de contrôle d'eux-mêmes, pouvant les conduire jusqu'au crime. Les premiers mots d'Esquirol au sujet de ces individus ont permis la naissance de la psychiatrie médico-légale, en posant que l'on ne devrait plus condamner « ces malades en état de démence au moment de leur crime », mais plutôt les orienter vers un système de soin. (52).

Le terme de « *psychopathie* » est introduit en France au XXème siècle, à la lumière des mouvements sociétaux qui accompagnent cette ère. La description de la psychopathie et les critères cliniques qui la caractérisent ont été pensés par Kurt Schneider, en 1934, s'inspirant lui-même des observations cliniques d'Emil Kraepelin, psychiatre et fondateur de la psychiatrie scientifique moderne.

Selon K. Schneider, la personnalité psychopathique se caractérise par l'impossibilité de se soumettre aux règles sociales du fait d'une impulsivité et des manifestations caractérielles s'illustrant par une impulsivité, une irritabilité de l'humeur, une instabilité ainsi qu'une « *criminalité polymorphe* ».

En 1964, Hervey Cleckley, psychiatre américain établit une première liste de 16 critères cliniques caractérisant les psychopathes (79). Ces critères sont :

- Le charme superficiel et bonne « intelligence »,
- L'absence de délire ou de tout autre signe de pensée traditionnelle
- L'absence de « nervosité » ou de manifestations psychonévrotiques
- Un sujet sur qui on ne peut compter
- La fausseté et l'hypocrisie
- L'absence de remords et de honte
- Le comportement antisocial non motivé
- La pauvreté du jugement et l'incapacité d'apprendre de ses expériences
- L'égoïsme pathologique et l'incapacité d'aimer
- Les réactions affectives pauvres
- L'incapacité d'introspection
- L'incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles
- Le comportement de fantaisie et peu attirant lorsque sous l'effet d'usage de substances
- Rarement porté au suicide
- La pauvreté de la vie sexuelle et des interactions sociales
- L'incapacité de suivre quelque plan de vie

Tous ces critères forment, selon Herve Cleckley, le « *masque de normalité* ».

En 2006, s'inspirant des écrits d'Hervey Cleckley, Robert Hare psychologue canadien établit une échelle actuarielle et de diagnostic de la psychopathie nommée la PCL-R « *psychopathy checklist Revised* », échelle encore utilisée à ce jour pour définir la dangerosité criminologique d'un individu. (79)

Cette échelle comprend un ensemble de 20 critères cliniques définissant le psychopathe que sont :

- La loquacité et le charme superficiel,
- La surestime de soi,
- Le besoin de stimulation
- La tendance au mensonge,
- La tendance à la manipulation,
- L'absence de remords et de culpabilité
- La superficialité des affects,
- L'insensibilité et le manque d'empathie,
- La tendance au parasitisme
- Une faible maîtrise de soi
- La promiscuité sexuelle,
- Les troubles du comportement,
- L'incapacité à planifier à long terme et de façon réaliste
- L'impulsivité,
- L'irresponsabilité,
- L'incapacité d'assumer la responsabilité de ses gestes,
- L'instabilité dans les relations affectives
- La délinquance juvénile,
- La violation des conditions de mise en liberté conditionnelle
- La diversité des types de délits et de crimes.

Le DSM-5 ainsi que la CIM 10, sont utilisés en pratique courante au diagnostic clinique par les psychiatres et apportent une autre définition par critères de la psychopathie.

B. Trouble de la personnalité psychopathique selon le DSM-5 et la CIM-10

B.a Trouble de la personnalité antisociale : DSM-5

Dans le DSM-5, (80) la psychopathie n'est pas définie en tant que telle mais prend la forme de *personnalité antisociale*. La personnalité antisociale est définie selon les critères suivants:

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans : l'incapacité à se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestations ; la tendance à tromper par profit ou par plaisir indiquée par des mensonges répétés ; l'impulsivité ou l'incapacité à planifier à l'avance ; l'irritabilité ou l'agressivité ; le mépris inconsidéré pour sa sécurité et celle d'autrui, l'irresponsabilité persistante (incapacité d'assumer un emploi stable ou des obligations financières) ; l'absence de remords.

B : Âge au moins égal à 18 ans

C : Les manifestations d'un trouble des conduites ayant débuté avant l'âge de 15 ans

D : Les critères antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un épisode maniaque.

B.b Trouble de la personnalité dyssociale : CIM – 10

Selon la CIM 10, la personnalité dyssociale est définie comme tout trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart qui existe entre le comportement et les normes sociales établies. Il est caractérisé par : une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ;

une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des règles et des contraintes sociales ; une incapacité à maintenir durablement les relations ; une intolérance à la frustration ; une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences et une tendance à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société.

Par ailleurs, Jean-Louis Senon, apporte une autre dimension à la caractérisation de la psychopathie en préférant le terme de « trouble de la personnalité état limite à expression psychopathique » que nous détaillons au paragraphe suivant (52).

A. Trouble de la personnalité état limite à expression psychopathique

En 2005, constatant un usage abusif, négatif voire péjoratif du terme *psychopathie* dans la population générale, Jean-Louis Senon, psychiatre et expert en criminologie à Poitiers, propose un nouveau terme caractérisant la psychopathie : « *organisation de la personnalité état limite à expression psychopathique* ».

La clinique des états limite à expression psychopathique se définit au travers de quatre axes.

- Premièrement, une agressivité comportementale pouvant aussi bien être hétéro-agressive, qu'auto-agressive.
- Deuxièmement, des décompensations psychiatriques brutales et réversibles sous la forme de formes dépressives sévères ou encore de formes psychotiques.
- Troisièmement des addictions et des conduites de prise de risques
- Quatrièmement une anxiété face au vide se caractérisant par une intolérance aux fluctuations du niveau d'angoisse.

Selon Senon, cette nouvelle notation permettrait la reconsidération de la psychopathie en tant que trouble de la personnalité et résultant d'un processus psycho comportemental complexe et multifactoriel, et devrait être utilisée par les professionnels (les) de la santé, notamment par les psychiatres experts, évaluateurs de la dangerosité criminologique au moment des expertises destinées à la justice. (36)

III. LA RÉALITÉ DU TERRAIN

1. Des faits de violences sexuelles en augmentation sur le territoire français.

Selon le rapport insécurité et délinquance en 2021, le nombre de victimes de violences enregistrées par les services de sécurité serait en augmentation sur le territoire français. Cette forte hausse concerne les viols et les tentatives de viols (+ 32%) ainsi que les autres agressions sexuelles (+ 33%). Les viols et les tentatives de viols constituent 45% des faits constatés en 2021 ce qui révèle une augmentation de 5% depuis 2018. (97) (figure 7)

	Nombre de faits constatés (cumul annuel)	Variation (A/A-1) (en %)				
		2021	2020	2019	2018	2017
Homicides (y compris coups et blessures volontaires suivis de mort)*	1 026*	+4*	-1	+7	+2	-9
Coups et blessures volontaires (sur personnes de 15 ans ou plus)	306 700	+12	+1	+8	+8	+4
- Violences intrafamiliales	157 500	+14	+10	+14	+9	+1
- Autres coups et blessures volontaires	149 200	+9	-7	+3	+6	+5
Violences sexuelles	75 800	+33	+3	+12	+19	+11
- Viols et tentatives de viols	34 300	+32	+11	+19	+17	+12
- Autres agressions sexuelles (y compris harcèlement sexuel)	41 500	+33	-3	+8	+20	+10
Vols avec armes (armes à feu, armes blanches ou par destination)	8 500	-2	-6	+1	-10	-8
Vols violents sans arme	62 100	-6	-19	-3	-7	-6
Vols sans violence contre des personnes	583 800	+5	-24	+3	-2	+1
Cambriolages de logements	190 300	0	-20	0	-7	+2
Vols de véhicules (automobiles ou deux roues motorisés)	122 700	0	-13	-2	-8	-6
Vols dans les véhicules	225 400	+1	-17	0	-1	0
Vols d'accessoires sur véhicules	77 300	+4	-18	-5	-6	-5
Destructions et dégradations volontaires	544 500	+1	-13	-1	-2	-1
Escoqueries	423 000	+15	+1	+11	+1	+2

Figure 7 : Nombre de faits constatés en 2021 et taux d'évolution annuelle

La diminution des violences sexuelles enregistrées en 2020 (+3%) s'expliquerait par les deux périodes de confinement dû à la crise sanitaire mondiale à cette période. (97) (figure 8)

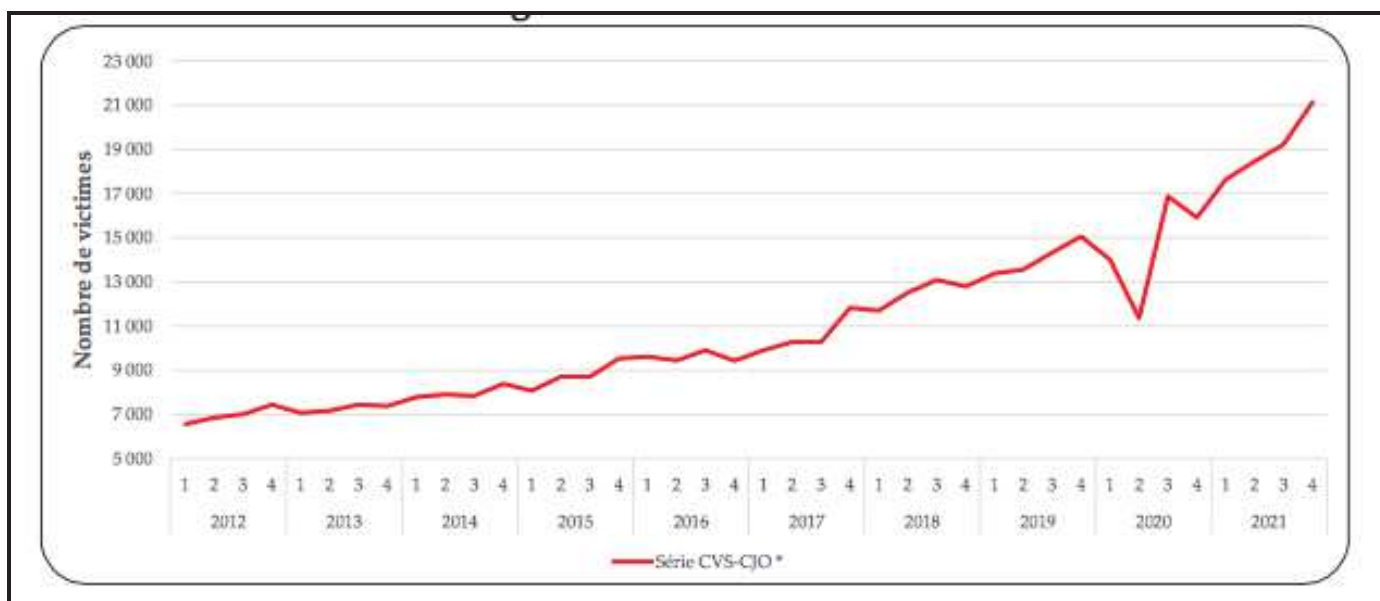


Figure 8 : Cumul trimestriel des violences sexuelles enregistrées en France

Le taux de violences sexuelles enregistrées par habitant est en augmentation par rapport à 2020. Cette augmentation serait plus marquée dans le DROM (Département et Région d’Outre-Mer) notamment en Guadeloupe avec + 58%, à Mayotte + 54% et en Martinique + 49% que sur l’ensemble du territoire français. (97) (figure 9)

Région	Taux pour 1 000 habitants		Évolution entre 2020 et 2021 <i>en %</i>
	en 2021	sur la période 2019-2021	
Guyane	2,0	1,7	37
Martinique	1,5	1,2	49
Mayotte	1,5	1,2	54
La Réunion	1,4	1,2	30
Hauts-de-France	1,3	1,1	33
Normandie	1,3	1,1	31
Centre-Val de Loire	1,3	1,0	38
Guadeloupe	1,2	0,9	58
Pays-de-la-Loire	1,2	1,0	35
Nouvelle-Aquitaine	1,2	1,0	34
Île-de-France	1,1	1,0	33
<i>Paris et petite couronne</i>	1,3	1,1	36
France	1,1	0,9	33
<i>France métropolitaine</i>	1,1	0,9	33
Bretagne	1,1	0,9	29
Occitanie	1,1	0,9	34
Grand-Est	1,1	0,9	34
Bourgogne-Franche-Comté	1,0	0,9	24
Auvergne-Rhône-Alpes	1,0	0,8	30
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,0	0,8	32
Corse	0,8	0,7	14

Figure 9 : Les violences sexuelles enregistrées dans les régions de France en 2021

2. Les types d'infractions menant à une mesure d'injonction de soins en 2017

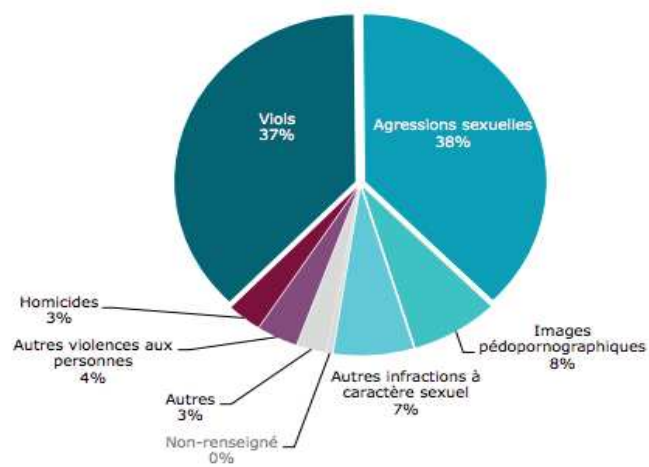


Figure 10 : Types d'infractions menant à une injonction de soins en 2017



Figure 11 : Antécédents judiciaires des personnes condamnées à une injonction de soin en 2017

3. Conséquences de la victimisation sexuelle à court et long terme sur les victimes de violences sexuelles.

A. Victimisation sexuelle et conséquences psychiatriques

Les conséquences psychiatriques d'une victimisation sexuelle sur une victime peuvent consister en l'apparition et/ou la persistance de troubles de l'humeur à type de dépression à sévérité plus ou moins variable, (86) en l'apparition de troubles anxieux généralisés et obsessionnels-compulsifs, (10) mais également de trouble de la régulation émotionnelle et un syndrome de stress post-traumatique. Les personnes victimes de violence sexuelle auraient une suicidalité augmentée comparativement à la population générale (90) (132) seraient plus sujettes aux consommations de substances psychoactives et plus susceptibles d'être à nouveau victimes de violences sexuelles. (35)

B. Victimisations sexuelles et troubles de la sexualité

Selon l'OMS, la santé sexuelle correspond à un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Le développement psychosexuel normal nécessite d'avoir une bonne image de soi, d'être à l'aise avec son corps, de connaître son anatomie et nécessite le respect de soi-même et de l'autre (87).

Selon Bigras et ses collaborateurs (7), les victimes de violences sexuelles seraient plus sujettes à présenter :

- Des troubles du comportement sexuel illustré par une diminution ou inhibition de celui-ci ou bien à l'inverse, une augmentation de celui-ci sous la forme de comportements sexuels compulsifs et de partenaires multiples,

- Des troubles de l'excitation et de la satisfaction sexuelle

B.a L'hyposexualité / l'hypersexualité

L'hyposexualité peut être définie comme étant la manifestation de comportements ou de symptômes caractérisant une perte ou une absence de satisfaction sexuelle au cours d'un rapport sexuel. Ces signes peuvent s'illustrer sur le plan somatique par des dyspareunies, un vaginisme ou encore une sécheresse vaginale. Par ailleurs, l'hyposexualité peut se manifester sur le plan psychiatrique par des comportements d'évitements du rapport sexuel, une anxiété anticipatoire, ou encore un sentiment de culpabilité après un rapport sexuel. (68)

L'hypersexualité peut être définie comme la recherche continue et persistante du plaisir sexuel, avec une perte de contrôle, entraînant des altérations du fonctionnement personnel, social et des répercussions financières sur une période de plus de 6 mois. Ces comportements peuvent prendre la forme de comportements sexuels compulsifs tels que des activités masturbatoires compulsives, la consommation de supports pornographiques, la fréquentation de clubs sexuels ou encore des séductions compulsives. (64)

C. Conséquences de la victimisation sexuelle sur la future parentalité

Selon Chamberlin and al, la première grossesse des femmes sexuellement victimisées surviendrait à un âge plus précoce, sans qu'elle ne soit planifiée. Pour ces femmes, les enjeux maternels précoces seraient plus difficiles à investir et les capacités de réponses aux besoins primaires des enfants entravés. (13)

A la lumière des arguments présentés en première partie d'exposé, nous pensons que mieux comprendre les facteurs prédictifs de passage à l'acte mais aussi les facteurs prédictifs de la récurrence de l'agressivité sexuelle, est indispensable en ce qui concerne la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Nous tenterons de répondre à nos questionnements au travers d'une démarche d'analyse qualitative consistant en une revue de la littérature. Nous avons choisi cette méthode de travail car l'analyse qualitative permet l'évaluation et la compréhension des phénomènes sociaux, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. La revue de la littérature permet de rassembler, de réunir et d'organiser plusieurs contenus scientifiques ou autrement dit plusieurs travaux scientifiques récents dans le but de répondre à une problématique donnée.

LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Dans un premier temps, il nous a paru indispensable de définir avec exactitude les termes clés utilisés pour notre travail de recherche car nous avons rapidement été confrontés à des difficultés sémantiques.

Dans un premier temps, la définition de l'enfance diffère selon les disciplines qui traitent le sujet. Bien que les courants pédopsychiatriques considèrent l'enfance comme la période transitoire se situant entre la petite enfance et la puberté ou encore l'adolescence, les courants juridiques s'accordent à définir l'enfance comme la période qui s'étend de la naissance à l'âge de la majorité civile. En France, la majorité civile est fixée à l'âge de 18 ans tandis qu'aux Etats-Unis d'Amérique elle l'est à 21 ans. Nous avons choisi d'adopter la limite d'âge 21 ans, car dans certains de nos articles cette limite d'âge avait été choisie pour différencier un agresseur sexuel dit « précoce » d'un agresseur sexuel dit « tardif ».

Les violences sexuelles ont pour fondement la violence. Les deux termes clés utilisés ont été enfance et agresseurs sexuels en anglais. Ces termes sont « childhood » et « sexual offenders ». Pour une meilleure compréhension du texte, nous avons choisi de regrouper les termes d' « abus », « négligences », « violences » en « victimisation ».

LA SELECTION DU MATERIEL

La recherche documentaire a eu lieu entre le mois de Janvier 2021 et le mois de Janvier 2022.

La base de donnée utilisée a été celle de MEDLINE c'est à dire la National Library of Medecine via son interface en ligne, PudMed, et d'autres interface de littérature.

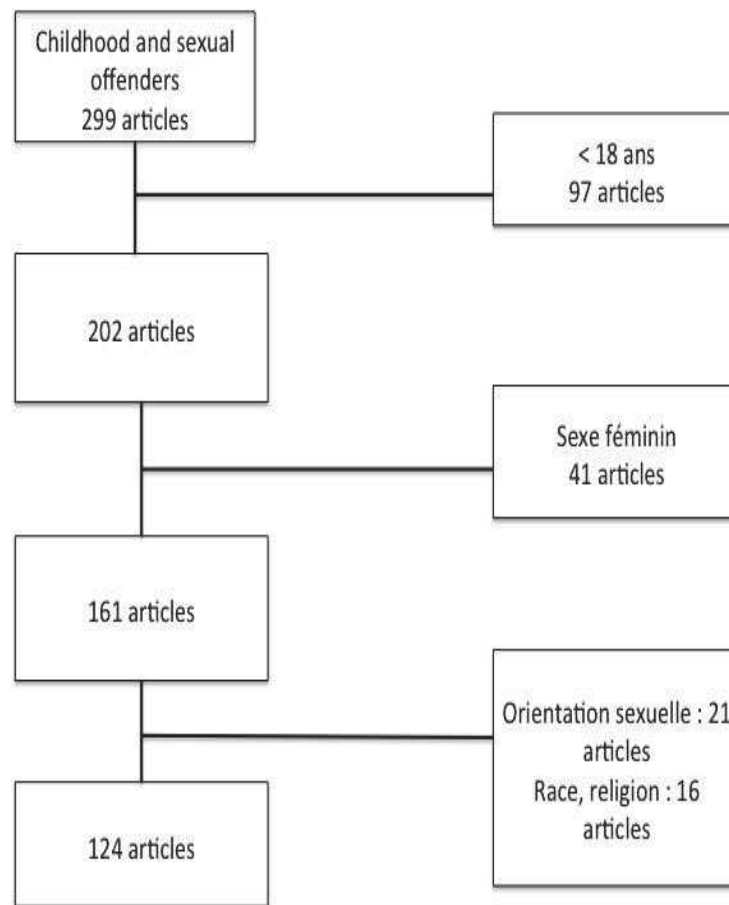
Critères d'inclusion :

- Articles publiés entre 2000 et 2020
- Concernant les individus adultes >19 ans
- De sexe masculin
- Ecrits en anglais ou en français
- Consentement éclairé et validation du comité d'éthique

Critères d'exclusion :

- Conclusion sur l'orientation sexuelle
- Conclusion sur l'appartenance à une religion
- Conclusion sur l'appartenance à une race ou ethnie

Flowchart



La première sélection d'articles a permis de faire émerger 299 articles. La deuxième sélection d'articles, nous avons conservé 124 articles. A partir de ces 124 articles, nous avons souhaité centrer la sélection sur l'étude du *cycle de la violence* et du *cycle abus*. Pour se faire, après lecture, nous avons choisi de considérer les articles dont l'objectif principal était l'étude du *cycle de la violence*, et les articles dont l'objectif principal était l'analyse du *cycle abus*.

Dans un second temps, découvrant dans l'étude du cycle abus une problématique d'attachement et de référence au trouble de la personnalité psychopathe chez les auteurs de violences sexuelles, nous avons pensé étudier spécifiquement ces deux composantes, en

sélectionnant les articles dont l'objectif principal était *l'analyse de la problématique d'attachement* et de façon identique ceux analysant le lien avec la *personnalité psychopathique* et l'agressivité sexuelle. La dernière sélection consiste en une cohorte de 29 articles.

Après l'étude du *cycle de la violence* et du *cycle abus*, deux hypothèses ont été formulées :

- **Hypothèse 1 :**

IL EXISTE UNE PREDISPOSITION À UNE AGRESSIVITÉ SEXUELLE PARTICULIÈRE EN FONCTION DU TYPE D'ATTACHEMENT INFANTILE.

- **Hypothèse 2 :**

L'EXISTENCE D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE PSYCHOPATHIQUE CHEZ UN INDIVIDU AGRESSIF SUR UN PLAN SEXUEL EST UN FACTEUR PRÉDICTIONNEL DE LA RÉCIDIVE ET DE LA DANGÉROSITÉ SEXUELLE.

RESULATS

I. TRANSMISSION INTERGENERATIONNELLE DE LA VIOLENCE : LE CYCLE DE LA VIOLENCE

Plusieurs modèles explicatifs du cycle de l'agressivité, incluant les théories psychodynamiques, les théories sociales, environnementales et familiales, se sont succédés voire imbriqués dans la littérature scientifique. En 1989, Cathy Spatz Widom, débute ses travaux de recherche concernant les répercussions des victimisations infantiles subies sur l'apparition des comportements violents à l'âge adulte chez un sujet. Ses premiers écrits, réalisés à partir d'une cohorte d'individus incarcérés dans le département du Midwest, avaient montré un lien direct entre violences physiques subies pendant l'enfance et comportement criminel à l'âge adulte. Selon elle, avoir été victime de violences physiques intrafamiliales pendant l'enfance multiplierait le risque relatif de délinquance future par 2,9. (126). Ces conclusions ont été la source de nombreuses controverses et n'ont pas été acceptés par certains auteurs contemporains comme Zingraff et al.(134)

En 1993, Zingraff et al. (134) ont conclu que bien que les maltraitances infantiles intrafamiliales subies pendant l'enfance puissent être considérées comme un marqueur de risque de comportements violents à l'âge adulte, elles n'y étaient pas associées de manière systématique. Pour autant, Broadly avait été l'un des premiers à élargir ce concept du cycle de la violence à un environnement plus étendu, extra familial, en pensant qu'expérimenter la violence aussi bien activement que passivement pendant l'enfance pourrait être à l'origine de troubles du comportement à l'âge adulte. Ces hypothèses ont été partiellement contestées dans la littérature.

En somme, le modèle du *cycle de la violence* a été la source de nombreuses controverses depuis sa conceptualisation. C'est pourquoi, des auteurs plus récents, ont proposé de repasser

en revue les conclusions des précédents auteurs connus pour leur implication de recherche dans les sciences criminelles.

Myers et al., au travers de l'étude « Revisiting a criminological classic : The cycle of the violence » (85) ont étudié l'association entre les victimisations infantiles et l'apparition de comportements criminels à l'âge adulte. Il s'agissait là d'une analyse des précédents résultats de Widom. La population de l'étude, identique à celle de l'étude de Widom, est constituée d'individus, adultes, figurant sur le registre officiel des maltraitances et de la criminalité du Midwest qui étaient âgés de 12 ans ou moins entre 1986 et 1988. Le nombre d'individus documentés est de $n=908$ et le groupe contrôle de $n=607$. Selon les auteurs, les individus ayant subis des victimisations physiques pendant l'enfance, ont un taux d'arrestation plus élevé que celui dans le groupe contrôle avec plus de délinquance juvénile 26,0%% vs 16,8% , $X^2=18,91, p < 0,01$), plus de criminalité à l'âge adulte (29,7 vs 22,0 $X^2 = 11,70, p < 0,01$) et plus d'arrestations pour tout fait de violence confondu (11,2 vs 8,0 $X^2 = 4,68 , p < 0,05$).

Une proportion plus large d'antécédents de violences physiques est également retrouvée avec 14,7 % suivi de près par les violences psychologiques avec 12,9%.

Le tableau suivant (tableau 1) est tiré de l'article en page 8. La colonne « *original* » correspondant aux résultats de l'étude de Widom et la colonne « *réplication* » correspondant aux résultats de l'étude récente.

Par ailleurs, les auteurs ont évalué chaque type de victimisation indépendamment l'une de l'autre, en analyse de sensibilité. La fréquence ou autrement appelée « *frequency measure* » correspond au nombre d'arrestations pour violence que comptabilise un même individu (range = 0-8, $M = 0,165$; $SD = 0,623$). La variété ou autrement appelé « *variety score* » correspond au nombre d'arrestations par individu (range= 0-3, $M = 0,123$, $SD = 0,413$). Après une analyse en régression logistique binomiale négative, une association significative entre antécédents de violences sexuelles subies pendant l'enfance et la fréquence et le nombre

d'arrestations à l'âge adulte pour un individu en ce qui concerne les crimes violents retrouvés ($b = 1,47, z = 3,47, p = 0,001$) ($b = 1,20, z = 3,03, p = 0,01$). Ces résultats ne semblent pas superposables à ceux retrouvés en analyse bivariée dans l'étude de Widom. Néanmoins, une variable reste constamment significative dans les deux études : ce sont les victimisations psychologiques (Tableau 1) (Tableau 2).

Tableau 1 : Pourcentage d'arrestation en fonction du profil victimaire

	Original		Réplication	
	n	Arrestation toutes violences confondues (%)	n	Arrestation toutes violences confondues (%)
Violence physique	76	15,8	68	14,7
Violence sexuelle	125	5,6	124	5,6
Violence psychologiques	609	12,5	574	12,9
Violence physique et négligences	70	7,1	97	9,3
Abus sexuel et autres formes d'abus	28	7,1	45	4,4
Groupe contrôle	667	7,9	667	7,9
χ^2	13,85*		14,50*	

*p<.05, **p<.01, ***p<.00

Tableau 2 : Fréquence et nombre de crime selon les victimisations

	Violences physiques uniquement		Violences sexuelles uniquement		Violence psychologique, négligences	
	b (SE)	z score	b (SE)	z score	b (SE)	z score
VCF ^a	0,60(0,47)	1,26	1,47(0,42)	3,47 ***	0,74 (0,20)	3,70 ***
VCV ^a	0,49(0,43)	1,14	1,20(0,40)	3,03 **	0,57(0,19)	3,08**
NVC ^b	1,04(0,33)	3,13**	0,68(0,28)	2,43*	0,67(0,14)	4,75***
AVC ^b	0,61(0,47)	1,30	0,82(0,49)	1,67	0,28 (0,23)	1,21

VCF = violent crime frequency VCV = violent crime variety NVC = non violent crime AVC = any violent crime

b = coefficient de régression non standardisé, **z** = z score

* p<.05, ** p<.01 *** p<.001

a = modèle de régression binomiale négative, b= modèle de régression logistique

- VCF $\chi^2 = 164,83$ *** et pseudo R2 = 0,14

- VCV $\chi^2 = 140,51$ *** pseudo R2 = 0,14

- NVC $\chi^2 = 189,18$ *** pseudo R2 = 0,12

- AVC $\chi^2 = 246,4$ *** pseudo R2 = 0,29

Mancini et al., (101) ont souhaité évaluer au travers l'étude « The cycle of violence : Examining the impact of maltratement early in life on Adult Offending » si la fréquence, le type et la gravité des passages à l'acte agressifs à l'âge adulte étaient susceptibles de dépendre du type de victimisations subies pendant l'enfance, chez une population de 624 détenus agressifs et agresseurs sexuels. Pour se faire, les auteurs ont distingué quatre formes de victimisations. Ces formes de victimisations sont :

- Les victimisations psychologiques,
- Les victimisations physiques,
- Les victimisations sexuelles,
- Les victimisations sexuelles intrafamiliales.

Selon les résultats de l'étude, la proportion des individus ayant subi des victimisations psychologiques est 52,7%. 49,9% rapportaient des victimisations physiques et 41,4% avaient enduré des victimisations sexuelles dont 11,9% d'ordre incestueux. Les résultats montrent une association significative entre les victimisations psychologiques et la violence totale. Les antécédents de victimisations psychologiques augmenteraient le risque de 14% de violences psychologiques à l'âge adulte. Les antécédents de victimisations physiques augmentent le risque de commettre des violences physiques à l'âge adulte de 24 %. Les victimisations sexuelles pendant l'enfance sont corrélées de manière significative à la commission d'actes agressifs sexuels. Les résultats sont confortés au tableau 3 et sont tirés de l'article page 10.

Tableau 3 : Lien entre victimisation et violence

	Modèle 1		Modèle 2		Modèle 3	
	Violences physiques		Violences sexuelles		Violences totales	
	Coefficient	z-score	Coefficient	z-score	Coefficient	z-score
Abus psychologique	-0.146	(-0.76)	0.124	(1.27)	0.224*	(2.01)
Abus physique	0,428**	(2.22)	-0.181*	(-1.81)	-0.121	(-1.04)
Abus sexuel	-0.073	(-0.56)	0.261***	(3.73)	0.068	(0.82)
Inceste	-0.272	(-1.36)	0.035	(0.34)	-0.126	(-1.02)
Log likelihood	-1142.231***		-1319.153***		-2121.086***	
Maximum likelihood						
R ²	0.218		0.247		0.119	
N	576		576		576	

p<.10, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Howel et al, en 2002, ont souhaité explorer le lien entre une forme de victimisation infantile particulière et la criminalité. Pour se faire l'hypothèse est que chaque type de victimisation infantiles (physiques, psychologiques, sexuelle) pourrait être corrélée aux comportements criminels à l'âge adulte a été supposée. Selon les résultats, les victimisations physiques sont les formes de victimisations les plus rapportées (*mean* 2.65 per person ; SD = 2.13, range 0-3) suivie de près par les victimisations psychologiques (*mean* 1.72 per person ; SD= 1.04, range 0-3). Il existe une corrélation positive entre les différentes formes de victimisations et la criminalité mais dans une plus grande mesure concernant les victimisations physiques ($p < 0.01$). (57)

De leur côté, Zara et al. tentent de retrouver les facteurs infantiles pouvant prédire la criminalité à l'âge adulte au travers l'étude « childhood and adolescent predictors of late onset criminal careers », (130) Pour se faire, 3 groupes d'analyse ont été créés.

Le premier groupe « *early starter* » correspond aux individus dont la carrière criminelle a débuté avant l'âge de 21 ans, le groupe « *late starters* » correspond au groupe d'individus ayant débuté une carrière criminelle après l'âge de 21 ans. Ces groupes ont été comparés au groupe « *non offenders* » c'est à dire les individus n'ayant commis aucun acte délictueux répertoriés.

Les résultats montrent qu'à l'inverse des « *non offenders* », une victimisation physique est retrouvée dans les groupes « *early starter* » et « *late starter* » avec une plus large proportion dans le groupe « *early starter* » soit 22,4 % vs 18,2 %.

Comparativement au groupe « *non offender* », le groupe « *late starter* » rapporte une victimisation infantile physique plus fréquente avec (OR = 3.4, 95% IC = 1.2-9.8).

Dans cet article, les victimisations psychologiques prennent la forme de carence éducative et de faibles réponses aux besoins exprimés sous le terme de « *poor child-rearing* » et « *poor supervision* ». Selon les résultats de l'étude, est retrouvé une victimisation psychologique plus

importante sous la forme de carence éducative dans le groupe « *late starter* » comparativement au groupe « *non dangerous offender* » et aussi une victimisation psychologique significativement plus importante dans le groupe « *early starter* » comparativement au groupe « *late starter* » avec OR = 2,4. (130)

Langevin et al. au travers l'étude « Are dangerous offenders different from other offenders ? » (71), ont souhaité comparer les individus considérés comme dangereux : « *dangerous offenders* » aux autres individus considérés comme non dangereux « *offenders* ». Langevin définit le terme « *dangerous offenders* » à partir d'un article de loi canadienne datant de 2009 stipulant que sont considérés comme « *dangerous offenders* » tous les individus ayant commis plus de 3 passages à l'acte agressif et agressif sexuel pour lesquels la peine de condamnation excède deux ans. (71).

Les résultats semblent rapporter une exposition aux victimisations physiques infantiles dans les deux groupes, ceci étant, dans une plus large proportion en ce qui concerne les « *dangerous offenders* » et dans une moindre mesure les « *offenders* », s'illustrant par une exposition aux violences intrafamiliales 71,7 % chez les « *dangerous offenders* », des victimisations physiques 57,8% et les négligences 70,3%, et respectivement, 41,8 %, 30,2 % et 32,7 % pour le groupe « *offenders* ».

Par ailleurs, l'étude des victimisations psychologiques a montré, une plus large proportion de victimisations psychologiques sous la forme de carence affective (60.0%) et l'absence de réponse aux besoins de l'enfant par les parents (46.9%).

Dans l'étude « Child trauma as a predictor of reoffending in northern Irish probation sample », les auteurs ont étudié une cohorte de 100 hommes incarcérés dans un centre de détention en IRLANDE. L'infraction la plus répandue dans cette cohorte était le meurtre (90%), suivie par les violences sexuelles comme le viol (6%) et les actes de barbarie (4%). Le

but de l'étude était l'analyse des facteurs prédictifs de passage à l'acte agressif et de la récurrence. Etait considéré comme récurrence violente, tout passage à l'acte ayant entraîné les blessures d'autrui consistant en des violences physiques, sexuelles, braquage ou meurtre. Premièrement, les victimisations physiques ont été plus fréquemment rapportées (50 %), suivies de près par les victimisations psychologiques (43%), puis les victimisations sexuelles (16%). Aucune des trois victimisations n'a été significativement associée à la récurrence, mais les victimisations physiques restent les plus fréquemment rapportées pour la récurrence au sens large avec OR = 4.09 CI (0.79- 21.0, $p > 0.05$) mais aussi pour la récurrence dans les 12 mois suivant la libération. OR = 5.76 (0.88-37.77, $p > 0.05$) (28).

1. Discussion

L'étude du *cycle de la violence* a permis de montrer un lien entre les victimisations infantiles et comportements agressifs à l'âge adulte (6 / 6 articles).

Une victimisation physique est constatée chez tous les individus agressifs physiquement (6/6 articles). Pour les individus considérés comme les plus dangereux, sont rapportés des victimisations majoritairement psychologiques sous la forme de négligences, de carences affectives et éducatives (4 / 6 articles). Les victimisations sexuelles sont significativement associées à la commission de violences sexuelles (1 / 6).

Notre étude du *cycle de la violence* nous permet de constater que les victimisations physiques sont retrouvées aussi bien chez les criminels non violents que chez les criminels violents. Parmi les trois formes de victimisations infantiles, nous sommes tentés de considérer les violences psychologiques comme les formes de victimisations les plus sévères car elles sont le point commun entre les auteurs violents ayant un potentiel agressif physique et un potentiel agressif sexuel. Selon Marschall en 1994, les victimisations psychologiques

sont les plus sévères car ce sont elles qui passent le plus souvent inaperçues. Elles ne peuvent être définies en tant que comportements mais prennent la forme de messages subtilement glissés dans les interactions quotidiennes, pouvant consister en le rejet, l'évitement, le terrorisme et des attitudes de négligences tel que le dénigrement et les humiliations ou des agrégations mortifères les plus terribles. Elles n'affectent pas le corps mais plutôt l'âme et l'esprit.

Par ailleurs, l'étude du *cycle de la violence* présente quelques limites.

Tout d'abord, la majorité des études sélectionnées a été menée sur une population d'individus incarcérés en milieu ouvert, mais aussi en milieu fermé et voire sécurisé. Cette variable participe à augmenter l'effet statistique des résultats des études et provoque ainsi un biais de gravité.

De plus, les individus condamnés sont de toutes façons coupables, soit parce que leur culpabilité a été démontrée, soit parce qu'ils l'ont admise. Ainsi ceux n'ayant pas été écroués et ceux dont la culpabilité n'a pas été prouvée ne peuvent pas faire partie de ces études. En revanche, ceux qui sont incarcérés pourraient peut-être trouver un intérêt à participer à ces études et à intégrer les groupes de psychothérapie dans le but d'un aménagement ou d'une réduction de peine. Le traitement qui pourrait être réservé aux agresseurs sexuels, en particulier les agresseurs sexuels pédophiles en prison, peut nous laisser supposer que leurs déclarations puissent être inexactes concernant leur motif d'incarcération. (88).

À partir de quelle population ces résultats peuvent-ils être extrapolés à la population générale ? Les études sélectionnées sont pour la plupart des études comparatives à faible niveau de preuve scientifique ne pouvant établir formellement une relation de causalité.

Comme noté dans nos articles, la notion de dangerosité et de la récidive varie en fonction du pays dans lequel est menée l'étude. Par exemple, dans l'étude de Langevin au Canada, la dangerosité a été établie à partir d'un seuil de 3 incarcérations pour un même individu

considérant qu'il n'y a donc récidive que lorsque l'infraction criminelle est de nouveau constatée par les autorités compétentes. C'est pourquoi en 1999, André Ciavaldini, docteur en psychopathologie clinique, définira la récidive criminologique comme d'abord la judiciarisation pour un nouveau délit. Les facteurs prédictifs de récidive que nous aurions pu répertorier dans notre sélection d'articles, sont-ils les facteurs de récidive qui seraient retrouvés dans la population générale ?

II. MODELE DU CYCLE ABUS : L'ETUDE DU CYCLE ABUSEUR-ABUSÉ

Plusieurs auteurs dans la littérature se sont intéressés aux expériences vécues des auteurs de violences sexuelles (AVS) au cours de leur enfance. Ceux-ci se sont aperçus d'une victimisation sexuelle infantile et ont démontré que les individus expérimentant des victimisations sexuelles pendant l'enfance récidivaient pour la plupart à l'âge adulte. Ces travaux ont été à l'origine de la théorie du cycle abuseur-abusé.

En 1998, Weeks et Widom confortent cette théorie du cycle abus et remarquent une plus forte proportion d'abus sexuels avant l'âge de 12 ans chez les AVS pédophiles, comparativement aux AVS non pédophiles. Bien que ces écrits aient permis de mettre en exergue un concept fondamental dans la compréhension de la violence sexuelle, des études plus récentes n'ont retrouvé qu'un faible pourcentage de récurrence chez les victimes d'abus sexuels pendant l'enfance, concluant de fait que les antécédents de violences sexuelles subies pendant l'enfance étaient importants mais pas suffisants à eux seuls pour expliquer la récurrence chez les AVS. (125). C'est la raison pour laquelle nous proposons un focus sur l'étude du cycle abuseur-abusé. Les agresseurs sexuels ont-ils tous subi des victimisations sexuelles voire à un âge plus jeune pour les abuseurs pédophiles? Quels sont les facteurs qui expliquent la récurrence de ces auteurs?

1. Les auteurs de violences sexuelles non pédophiles et non meurtriers sexuels

A. Agressors sexuels violents vs agresseurs sexuels non violents

Dans l'étude « Are all perpetrators alike ? », (32) les auteurs ont souhaité comparer les AVS sans agressivité, les AVS agressifs, et les non AVS en sélectionnant 360 individus condamnés. Trois groupes ont été créés dans l'étude, selon le mode opératoire de l'agresseur.

Le premier groupe « sexual coercion » qui regroupe agresseurs sexuels utilisant la séduction comme *modus operandi*, « sexual aggression », ceux utilisant la violence physique et les méthodes de séduction avant le passage à l'acte, et les « consensual » qui ne sont pas des agresseurs sexuels. Pour les méthodes d'analyse, les auteurs ont choisi de créer trois groupes comparatifs :

- *sexual coercion = sexual coercion vs consensual only*
- *sexual aggression = sexual aggression vs consensual only*
- *Sexual perpetration = sexual coercion vs sexual aggression*

Des antécédents de victimisation psychologique sont retrouvés de façon significative dans les trois groupes d'analyse avec une prédominance dans le groupe des « sexual aggression ». Les victimisations sexuelles sont significativement présentes dans les groupes « sexual coercion » et « sexual aggression » et plus majoritairement dans le groupe des « sexual aggression ». Les victimisations physiques sont majoritairement retrouvées dans le groupe des consensual-only mais pas de façon significative. Ci-dessous un tableau récapitulatif (tableau 4) des résultats illustrés, inspirés des résultats du tableau 1 de l'article.

Tableau 4 : Comparaison du profil victimaire selon les trois groupes d'étude

Victimisation \ Groupe	Consensual	Sexual coercers	Sexual agression
Sexuelle	+(NS)	++ (S)	+++ (S)
Psychologique / émotionnelle	+(S)	++(S)	+++ (S)
Physique	++(NS)	+(NS)	+++ (NS)

NS = non significatif $p < 0.05$, S = significatif $p > 0.05$

+++ Fortement corrélé, moyennement corrélé ++ , faiblement corrélé +

B. Agressors sexuels violents vs non agressors sexuels

Dans l'étude « sexual abuse history among adult sex offenders and non-offenders », Jesperson et ses collaborateurs (61) se sont replongés dans l'histoire des adultes agressors sexuels et des adultes non agressors sexuels au travers d'une méta-analyse de 24 articles.

Pour leur analyse, les auteurs ont choisi de créer 4 sections dont les 3 premières nous intéressent.

- La section 1 consiste à comparer les agressors sexuels et non agressors sexuels.
- La section 2 consiste à comparer les agressors sexuels d'adultes vs les agressors sexuels d'enfants.
- La section 3 consiste à comparer les agressors sexuels d'enfants pédophiles et les agressors sexuels d'enfants non pédophiles.

Les auteurs choisissent de définir la pédophilie comme étant la persistance d'une attirance sexuelle envers les enfants, sous entendant que tous les agressors d'enfants ne sont pas pédophiles. Les auteurs ont évalué toutes les sections en fonction des 3 types de victimisations : sexuelle, physique et émotionnelle.

Pour l'analyse de la section 1, 17 articles sont concernés, et tous les articles retrouvent une victimisation sexuelle chez les agressors sexuels avec $OR = 3,36$ ($IC = 2,34-4,82$) $p < 0,05$.

Pour l'analyse de la section 2, sur 15 articles, 12 articles ont retrouvé une proportion plus importante de victimisation sexuelle chez les AVS d'enfants comparativement aux AVS d'adultes, mais cette différence n'était pas significative. En revanche, une proportion plus importante, et significative, de victimisation physique a été mise en évidence chez les AVS d'adulte avec $OR = 1,43$ ($IC = 1,02-2,02$).

Pour l'analyse de la section 3, 5 articles sur 5 ont retrouvé des victimisations sexuelles importantes dans les deux groupes dont 3 comptant une victimisation sexuelle plus importante chez les AVS pédophiles d'enfants.

En résumé :

- Section 1 : Victimisation sexuelle significative dans les deux groupes
- Section 2 : Victimisation physique significative AVS adulte > AVS enfants
- Section 3 : Victimisation sexuelle importante dans les deux groupes, AVS pédophile > AVS non pédophile mais non significatif

(> : plus présent)

C. Voleurs victimisés sexuellement vs voleurs non victimisés sexuellement

Craissati et al. (26) ont comparé les voleurs ayant connu des victimisations sexuelles pendant l'enfance aux voleurs qui n'en avaient pas connus. Pour plus de simplicité dans la lecture des résultats, nous appellerons le groupe « voleurs victimisés sexuellement » : « *groupe A* » et « voleurs non victimisés sexuellement » « *groupe B* ».

Les résultats comparatifs montrent que les victimisations psychologiques sont présentes dans les deux groupes et plus majoritairement dans le groupe A avec respectivement A = 92% vs B = 43% ($X^2 = 9.399$, $df = 1$, $p < 0.01$). Les victimisations physiques sont également présentes dans les deux groupes et prédominantes dans le groupe A avec A = 67 % et B = 21% ($X^2 = 6.720$, $df = 1$, $p < 0.05$). Le groupe B ne rapporte aucune victimisation sexuelle même chez un autre membre de la famille et ni aucun jeux sexuels à l'inverse du groupe A qui en rapporte 57% ($X^2 = 12.727$, $df = 1$, $p < 0.05$).

2. Auteur de violence sexuelles d'enfants et auteurs pédophiles

A. Agressors sexuels adultes vs agresseurs sexuels d'enfants

Le premier axe d'étude de Craissati et al. (25) consistait à comparer les violeurs et les agresseurs sexuels d'enfants. Nous remarquons dans les résultats une comparabilité des deux groupes, à la seule différence que sont largement plus retrouvées de victimisations sexuelles chez les agresseurs sexuels d'enfants avec respectivement 51 % vs 27 % ($X^2 = 9.366$, $df=1$, $p < .0.01$).

B. Les agresseurs sexuels d'enfants et les pédophiles

En 2019, Davis et al. au travers de l'étude « Childhood maltreatment experiences and problematic sexual outcomes in adult males who have sexually offended » souhaitent étudier le lien entre la victimisation psychologique et comportements sexuels déviants. Les résultats de l'étude montrent une corrélation significative entre la commission de violences sexuelles pédophiles et la victimisation infantile sexuelle et psychologique lorsqu'elles sont commises par un individu « caregiver » masculin avec respectivement : $r=0,137$ $p=0,003$ et $r=0,245$ $p<0,001$.

(30)

Dans l'article « the relation of childhood abuse experiences to problematic sexual behaviors in male youth who have sexually offended », les auteurs ont comparé différents groupes de jeunes détenus en centre de détention, rapportant des victimisations sexuelles. Les auteurs ont souhaité étudier le lien entre victimisation sexuelles et les troubles du comportement sexuel chez les jeunes agresseurs et également étudier le lien entre victimisation psychologique par un homme « caregiver » et AVS pédophile. Les résultats d'analyse montrent que les victimisations psychologiques commises par un homme « caregiver » sont significativement corrélées à

l'hypersexualité et à l'apparition de paraphilies avec respectivement ($r[182] 0,24 p<0.01$, $r[182] 0,27 p<0.01$) (31).

En revanche, les auteurs dans l'étude « Relation between self reported adverse events in childhood and hypersexuality in adult male sexual offenders » ne remarquent aucune différence significative selon le sexe du « caregiver » agresseur mais concluent de façon similaire, que les violences psychologiques sont corrélées à l'hypersexualité qu'elle soit compulsive, ou obsessionnelle, lorsqu'elles sont associées à une victimisation sexuelle. (57).

C. Agresseurs d'enfants pédophiles vs agresseurs d'enfants non pédophiles

Dans l'étude « The characteristics of geographical sample of convicted rapists : Sexual Victimization and Compliance in Comparison to Child Molesters » (25) Craissati et al. ,ont suivi 310 agresseurs sexuels dont 80 AVS non pédophiles et 180 AVS pédophiles pendant 7 ans. Selon les résultats de l'étude, une proportion plus large de sévices sexuels et d'abus sexuels dans l'enfance des AVS pédophiles a été retrouvée avec respectivement : victimisation sexuelle $n=188$ soit 51% vs $n=52$ soit 27% ($p<0,01$), avec une plus large proportion de jeux sexuels chez les AVS pédophiles. Par ailleurs, des violences psychologiques dans les deux groupes ont été retrouvées et plus importantes dans le groupe AVS non pédophiles victimisés + avec 92% vs 43%.

Dans l'étude « clinical characteristics associated with pedophilic and child sex offending » (41) Gerwinn et al. ont trouvé intéressant de comparer trois groupes de pédophiles à un groupe témoins. Dans cet article, les auteurs ont caractérisé la pédophilie comme une attirance sexuelle envers les enfants. Ainsi, quatre groupes ont été créés :

- Groupe 1 : pédophile et agresseurs sexuels d'enfant
- Groupe 2 : pédophiles non agresseurs sexuels d'enfant
- Groupe 3 : non pédophiles agresseurs sexuels d'enfant
- Groupe 4 : groupe contrôle

Les résultats montrent une comparabilité des groupes concernant l'âge des premières éjaculations et l'âge de la première masturbation qui est d'environ 12 ans. Néanmoins, il est retrouvé une plus large proportion de dysfonctions sexuelles dans le groupe 3 comparativement aux autres groupes. Il est également retrouvé une plus large proportion de victimisations psychologiques dans cette population.

Les pédophiles non agresseurs sexuels, rapportent davantage de troubles *paraphiles* que les autres groupes (Tableau 5)

Tableau 5 : Comparaison des victimisations entre trois différents groupes d'agresseurs sexuels d'enfants et pédophiles

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
Dysfonction sexuelle		X	
Paraphilies	X		
Sadisme sexuel		X	
Victimisation psychologiques			X
Victimisations physiques	X		
Victimisations sexuelles			X

D. Agressors d'enfants pédophiles vs agresseurs sexuels adultes

En 2008 Simons et ses collaborateurs, ont comparé les auteurs d'acte de pédophilie aux AVS adulte ou autrement dit en anglais « *rapist* » au travers de leur étude « *developmental experiences of child abusers and rapist* » (109). Les variables pour lesquelles les données sont significativement différentes sont confortées dans le tableau (Tableau 6). Une victimisation sexuelle débutant plus précocement et plus répétée est remarquée chez les agresseurs sexuels pédophiles. Une exposition à la pornographie à un âge plus jeune, un début des conduites masturbatoires à un âge également plus jeune et plus répétés que les violeurs sont observés. Les actes de bestialité semblent plus fréquents chez les AVS pédophiles. Les conduites masturbatoires, les actes de bestialités et les actes de cruauté envers les animaux ont tous débutés après la première victimisation, ici dans les 3 années suivant la victimisation (tableau 6).

Tableau 6 : Profil des victimisations et de la sexualité déviante chez les agresseurs sexuels d'enfants et les violeurs

Expériences de victimisation		Agresseurs sexuels pédophiles	Violeurs	P value
Age de la première agression commise		14,1 (10,6)	16,3 (9,3)	<0.01
Age de la première agression subie		8,3 (12,7)	11,4 (13,2)	<0.01
Victimisation sexuelle	%	73	43	<0.005
	Fréquence	20,8	6,0	
	Âge	8,3 (12,7)	11,4 (13,2)	<0.01
Victimisation physique	%	56	68	<0.05
	Fréquence	9,2	23,5	< 0.01
Violence intrafamiliale	%	42	78	<0.005
	Fréquence	10,7	26,6	<0.01
Exposition à la Pornographie ^a	%	65	58	<0.05
	Fréquence	22,7	8,5	<0.005
Début de la masturbation ^b	%	60	8	<0.005
	Fréquence	21,3	10,3	<0.005
	Bestialité	38 / 3.8	11 / 0.3	<0.005

Abus d'animaux	%/fréquence			
	Âge de début (moyenne)	12 (5,4)	14,6 (9,3)	< 0,05
	Cruauté %/fréquence	44 / 3.1	68 / 7.1	< 0.01

a = avant l'âge de 10 ans / b= après l'âge de 11ans

3. Les meurtriers sexuels

L'étude « genital abnormalities in early childhood in sexual homicide perpetrators » (102) nous montre que la moyenne d'âge de la première masturbation est 14 ans, le premier contact sexuel est à l'âge de 18 ans et le premier homicide à l'âge de 27 ans. Comme cité dans le paragraphe précédent, les tendances masturbatoires sont associées à des fantasmes sadiques (65%). Cette proportion n'est pas significative.

A. Meurtriers sexuels vs meurtriers

Selon Matt Delisi, (33) les recherches concernant les meurtriers sexuels ont montré qu'ils ont été exposés dans leur enfance à différents types et formes de victimisations et présentent pour la plupart un score ACE > 5 (Adverse Childhood Experiences) (33). Une victimisation sexuelle chez les meurtriers sexuels comparativement aux meurtriers non sexuels est plus fréquemment retrouvée avec respectivement victimisation sexuelle 3/16 = 18,8% vs 25/548 = 4,6 %. La nature de la victimisation sexuelle n'a pas été précisée dans cet article.

4. La récidive sexuelle

Craissati et al. vont plus loin dans la réflexion et établissent un lien entre les victimisations émotionnelles intrafamiliales, hostilité envers les femmes et récidives sexuelle en montrant que les récidivistes AVS pédophiles avaient été d'avantage abusés par des agresseurs masculins, mais pas forcément intra familiaux et présentaient plus de comportements sexuels inadaptés et également plus de victimisation émotionnelle et davantage d'hostilité envers les femmes comparativement aux non récidivistes. (26). Les auteurs en ont conclu qu'être abusé par un

agresseur intrafamilial aurait des conséquences plus graves sur la victime, et serait ainsi à l'origine d'un taux de récurrence plus importante, d'autant plus lorsque la victimisation débute avant l'âge de 12 ans (30) et avec une moyenne d'âge de 10 ans (26).

Ces conclusions semblent faire écho à celles de l'étude « An exploration of childhood Victimization and Family-of-Origin Characteristics of Sexual Offenders Against Children », menée en 2003 par Stirpe and al. (113). De plus, selon les auteurs, il serait retrouvé plus d'abus sexuels de la part du père chez les pédophiles récidivistes.

Supposant que toutes les victimes de violences sexuelles ne récidivent pas à l'âge adulte, Lambie and al. (70) se sont intéressés aux facteurs qui expliqueraient la récurrence de certains à l'âge adulte en comparant des victimes-agresseurs sexuels (n=41) à des « résilients » (n= 47).

Les victimes-agresseurs sexuels sont les individus qui ont commis des faits de violences sexuelles et qui en ont eux-mêmes subis pendant l'enfance.

Les victimes-résilientes correspondent aux victimes non-agresseurs sexuels.

Les résultats montrent que premièrement, lors d'un rapport sexuel, les victimes-agresseurs n'éprouvent qu'une excitation et un plaisir sexuel contrairement aux victimes-résilientes qui, eux, arrivent à éprouver une excitation sexuelle et émotionnelle lors des rapports [$\chi^2 = 26,121$, $p = 0,001$]. Deuxièmement, les victimes-agresseurs ont évolué dans un environnement familial émotionnel plus précaire que les victimes-résilientes [$\chi^2 = 19,24$, $p = 0,001$] en ayant eu moins de soutien et de ressources émotionnelles et ont plus fréquemment assisté à des violences intrafamiliales durant leur enfance que les victimes-résilientes [$\chi^2 = 11,34$, $p = 0,003$].

Tous ces résultats sont colligés dans le tableau suivant. (Tableau 7). Ainsi pour ces auteurs, la récurrence de certains auteurs s'explique par leur incapacité à être résilient en raison de carences émotionnelles pré-morbides et d'un accès à l'éducation plus précaire.

Tableau 7 : Tableau comparatif des victimes-résilientes et les victimes-agresseurs

		Victimes-résilientes (n=47)	Victimes-agresseurs (n=41)	p value
Type de plaisir	Aucun	45 %	32%	p=0,001
	Uniquement sexuel	21%	68%	
	Uniquement Emotionnel	23 %	0%	
	Emotionnel et sexuel	11 %	0%	
Support émotionnel	Aucun	9 %	42%	P=0,001
	Soutien physique et verbal	68 %	34%	
Soutien familial	Aucun	21 %	49%	P=0,010
	Un parent	24 %	29 %	
	Parents et autres membres de la famille	38 %	15 %	
	Autres adultes	17 %	7 %	
Soutien émotionnel lors des crises	Aucun	25%	63%	p = 0,002
	Un parent	43%	27%	
	Parents et autres	19%	3%	
	Autres adultes	13%	7%	
Environnement familial	Violences intra familiales, carence affectives	30%	63%	p = 0,003

5. Discussion

Notre étude spécifique du *cycle abus* a permis de montrer qu'il existe différents types de profil d'auteurs de violences sexuelles :

- Les agresseurs d'enfants pédophiles,

- Les agresseurs d'enfants non pédophiles,
- Les violeurs victimisés ou non victimisés
- Les meurtriers sexuels

Tous répondent à un modèle de transmission de l'abus sexuel particulier, comme nous avons pu l'envisager en première partie de ce travail.

Nous faisons le constat d'une victimisation sexuelle systématique chez les auteurs de violences sexuelles à l'exception de deux profils d'agresseurs sexuels qui sont : les violeurs non victimisés sexuellement (25) et les agresseurs d'enfants non pédophiles (41). En analysant les profils de victimisation de ces catégories d'auteurs, on se rend compte que leur histoire victimaire ressemble en quelques points à celle des individus criminels non agresseurs sexuels étudiés dans le modèle du *cycle de la violence*. En effet, on retrouve chez eux une faible proportion de victimisation sexuelle, une faible proportion de jeux sexuels infantiles et de conduites sexuelles déviantes mais une majorité de victimisations physiques.

A l'inverse ces variables sont retrouvées chez les violeurs et les agresseurs sexuels d'enfants pédophiles.

En ce qui concerne les agresseurs sexuels d'enfants pédophiles, nous pouvons observer une exposition majoritaire mais pas exclusive aux violences sexuelles, avec des abus à un âge plus jeune, une exposition aux jeux sexuels et à la pornographie plus précoce que les auteurs de violences sexuelles non pédophiles, avant l'âge de 12 ans. (26)(61)(89).

Cependant, les meurtriers sexuels présentent un profil victimaire et criminel particulier, que je m'autorise à appeler « *borderline* » c'est-à-dire que leur profil victimaire peut aussi bien être considéré comme étant à la limite de celui des criminels violents non agresseurs sexuels et de celui des agresseurs sexuels. Ces observations font référence aux travaux de Chopin and al. en 2018 qui encourageait à considérer le meurtrier sexuel comme un profil criminel particulier et à part entière. (15).

En revanche, l'étude du cycle de la violence présente quelques limites, tout d'abord nous avons constatées que les échantillons d'analyse n'étaient pas comparables en ce qui concerne les populations incarcérées (32). Les individus incarcérés avouent presque volontiers leur inculpation pour des faits de délits, meurtres à la différence de leur implication pour des crimes sexuels (25)(32). Deuxièmement, comme décrit dans notre étude du *cycle de la violence*, ces résultats peuvent difficilement être extrapolés à la population générale puisque encore une fois, nos sujets sont pour la plupart incarcérés. Un biais déclaratif au même titre qu'un biais de mémorisation ne peut être écarté car le recueil d'informations a été mené à partir d'autoquestionnaires complétés par les individus eux-mêmes de façon rétrospective.

Concernant la récidive sexuelle, dans notre sélection d'articles, nous n'avons pas été en mesure de définir les facteurs prédictifs de la récidive entre les meurtriers sexuels uniques et les récidivistes. Pour les autres agresseurs sexuels, la récidive sexuelle pourrait s'expliquer par, d'une part des carences émotionnelles ne permettant pas l'expression d'une empathie et entraînant un comportement d'hostilité envers les victimes et d'autre part par des carences éducatives et scolaires (26)(71). Pour d'autres auteurs, la récidive serait plutôt en lien avec le sexe de l'abuseur intra familial (26)(113) supposant une prédisposition à la récidive majoritaire si l'agresseur intra familial est un individu « caregiver » de sexe masculin, mais ces données n'ont pas fait l'unanimité. Pour étayer cette dernière hypothèse, nous avons pensé que l'étude du lien d'attachement comparé à une préférence sexuelle des auteurs pourrait faire l'objet d'analyse.

III. HYPOTHÈSE 1 : IL EXISTE UNE PRÉDISPOSITION À AGRESSIVITÉ SEXUELLE PARTICULIÈRE EN FONCTION DU TYPE D'ATTACHEMENT

La définition et les différentes pensées théoriques au sujet de l'attachement de l'enfant et de l'adulte ont été illustrées en première partie d'exposé, au chapitre I.

1. Non auteurs de violences sexuelles

C'est à partir de l'hypothèse de Marshall. (1989) et Ward. (1995) citée précédemment selon laquelle un attachement type insecure dans l'enfance est un facteur prédictif de trouble des conduites sexuelles chez l'adulte, que plusieurs auteurs ont travaillé afin de vérifier cette association, comme c'est le cas pour Smallbone au travers l'étude « *Attachment and Coercive Sexual Behavior* » en 2000 (110). Il s'agit là d'une étude observationnelle à partir d'une cohorte de 162 hommes dont le profil sexuel criminologique n'était pas encore établi au moment de la sélection.

Les auteurs ont supposé l'existence d'une continuité entre attachement chez l'enfant et attachement chez l'adulte. La seconde hypothèse était de trouver un lien entre attachement infantile insecure et l'apparition de comportements antisociaux et sexuels déviants dans cette cohorte puis la suivante étant qu'un attachement paternel puisse prédire l'apparition de comportements sexuels déviants.

Premièrement, il ressort une corrélation positive entre l'attachement infantile paternel et l'attachement à l'âge adulte contrairement au type d'attachement maternel infantile (110). En effet, il est uniquement observé une corrélation positive, faiblement significative, en ce qui concerne un attachement maternel infantile secure et un attachement adulte secure ($p < 0.5$), tandis qu'un attachement paternel infantile secure est plus fortement, positivement, corrélé à

l'attachement secure à l'âge adulte ($p < 0,001$).

De la même manière, un attachement évitant paternel est positivement corrélé à un attachement évitant paternel à l'âge adulte ($p < 0.01$). Parmi les types d'attachement maternel (attachement anxieux, attachement évitant) seul un attachement insecure anxieux serait impliqué dans l'apparition de comportements criminels au sens large à l'âge adulte tandis que les deux types d'attachements pathologiques paternels le seraient avec un attachement paternel évitant majoritairement impliqué dans les comportements sexuels compulsifs [$t(1,143) = 2.16, p < 0.04$].

2. Auteurs de violences sexuelles non pédophiles vs non agresseurs sexuels

Dans l'étude « childhood sexual abuse, attachments in childhood and adulthood, and coercive sexual behavior in community males » (72), les auteurs ont cherché à étudier le lien entre un attachement évitant infantile et l'agressivité sexuelle à l'âge adulte. Pour ce faire, 176 adultes dont le statut concernant l'agressivité sexuelle était inconnu ont été sélectionnés. Dans cet échantillon, 35,5% a révélé avoir présenté des comportements sexuels agressifs et parmi eux, 17% ont admis avoir été abusés avant l'âge de 12 ans. Les résultats ont montré une corrélation positive entre l'attachement maternel évitant et le comportement agressif sexuel à l'âge adulte ($r=0,23$) $p < 0.01$ mais également entre l'attachement paternel évitant et l'agressivité sexuelle à l'âge adulte ($r=0.22$) $p < 0.01$.

Selon leur étude de corrélation, il existe une plus forte corrélation positive entre une victimisation sexuelle par le père et la récidive à l'âge adulte ($r=0.39$) $p < 0.01$. À l'âge adulte, l'attachement anxieux et l'attachement évitant sont positivement corrélés à l'agressivité au sens large avec ($r=0.28$) $p < 0.001$ et ($r=0.38$) $p < 0.001$.

D'après l'étude de Marshall « childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to

adult coping in child molesters », un attachement insecure paternel est observé dans les trois différents groupes d'individus incarcérés soient pédophiles, individus dangereux non agresseurs sexuels et individus non violents, avec une prédominance de trouble de l'attachement paternel anxieux/évitant chez les auteurs d'acte de pédophilie.(82).

3. Agresseurs sexuels d'adulte vs agresseurs sexuels d'enfant pédophiles

En 2003, Smallbone et McBee (111) ont effectué des travaux de recherche à partir d'une cohorte de 48 hommes incarcérés reconnaissant leur culpabilité pour des faits de violences sexuelles (22 violeurs, 13 agresseurs intra familiaux et 12 agresseurs d'enfants). La proportion d'attachement insecure paternel s'est avérée être plus importante tout groupe confondu avec 40,5% de l'échantillon et dans une moindre mesure l'attachement maternel avec 31,3%. Les auteurs précisent qu'il n'a été retrouvé aucune différence significative entre les pédophiles et les violeurs concernant l'attachement pathologique maternel. Mais en ce qui concerne l'attachement insecure paternel, les pédophiles incestueux présentent d'avantage d'attachement pathologique insecure paternel avec $X^2 = 6,46$, $p < 0.05$. Par ailleurs, le type d'attachement pathologique n'est pas précisé.

Dans l'étude « *parental bonding experiences of sex offenders, comparison between child molester and rapist* (27) les auteurs comparent une population de 71 agresseurs sexuels dont 57 agresseurs d'enfants pédophiles et 19 agresseurs sexuels d'adulte. Les auteurs retrouvent une implication d'un trouble de l'attachement maternel chez les pédophiles de type « *affectionless control* » avec une relation maternelle marquée par le contrôle et la protection et l'absence de soins. Cette association est moins marquée pour les violeurs.

4. Agressors sexuels d'enfant

Mc Killop et al. (84) poursuivent leur recherche concernant les problématiques attachement chez les auteurs des violences sexuelles au travers d'un autre article, intitulé « offenders' attachment and sexual onset : a test of theoretical propositions », par l'analyse de 107 adultes hommes ayant des jeunes de moins de 16 ans pour victimes. Parmi la population de l'étude, 51% des sujets rapportent un attachement maternel insecure et 63% rapportent un attachement paternel insecure. Réciproquement, les auteurs remarquent un attachement paternel significativement moins secure pour la population d'étude avec $M=3.84$, $SD=2.21$ et $M= 4.69$, $SD= 2.31$, ($t[99] = 3,24$, $p=0.002$). (84)

Par ailleurs, l'étude de l'attachement chez l'adulte révèle un trouble d'attachement anxieux-évitant pour 43% d'entre eux. Une large proportion de trouble de l'attachement de type « moins d'affection et plus de contrôle » est retrouvée pour les deux parents, mais dans une plus grande proportion concernant l'attachement paternel avec 50,6%, et dans une moindre mesure l'attachement maternel avec 45,9% (81). De la même manière est retrouvé une corrélation positive, significative entre le type d'attachement paternel infantile et l'attachement à l'âge adulte. Ceci est d'autant plus vrai, selon les résultats de l'étude, en ce qui concerne l'attachement infantile paternel évitant. Par exemple, selon les auteurs un attachement paternel évitant est corrélé à l'attachement évitant et anxieux chez l'adulte ($r= 0.22$) $p<0.05$, et ($r=0,23$) $p<0.05$, inversement, un attachement infantile paternel secure est négativement corrélé à l'attachement évitant ($r=-0.25$) $p<0.01$.

Wood et al. (128) de leur côté ne mettent pas en relief d'association entre l'attachement pathologique infantile et la pédophilie mais plutôt une association entre l'attachement adulte anxieux et l'agression sexuelle dirigée envers les enfants avec pédophilie ($OR = 0.43$, $X^2 = 4.31$ $p < 0.05$). Une troisième variable est cependant étudiée par Wood : l'empathie. Une association

entre un trouble de l'empathie sur un plan général et la pédophilie semble être retrouvée (OR = 0.14, $X^2 = 12.77$ p <0.001).

5. Discussion

L'étude du lien entre un trouble de l'attachement et l'agressivité sexuelle a consisté en l'étude de 7 articles de la littérature scientifique. Comme attendu, notre sélection d'articles met en évidence la présence de troubles de l'attachement chez les auteurs de violences sexuelles (6 articles/ 6). Selon les articles, un trouble de l'attachement paternel serait majoritairement retrouvé chez les agresseurs sexuels d'enfants . Pour les articles qui le qualifient, cet attachement serait anxieux-évitant. D'autres articles au contraire, parlent de l'attachement maternel comme étant prédictif d'une agressivité sexuelle pédophilique lorsque la mère est trop intrusive et envahissante. Chez les meurtriers sexuels, la sélection d'articles n'a pas permis d'étudier le type d'attachement pathologique prédominant.

Marshall pousse la réflexion en évaluant en plus du type d'attachement, les capacités de coping dans chaque population d'étude précédemment décrite et suppose que les passages à l'acte sexuels, en particulier pour les auteurs d'acte de pédophilie, sont d'abord la cause d'une incapacité de stratégie de « coping » qui serait la résultante d'un attachement pathologique (82).

La sélection d'articles a permis de montrer qu'il existe un trouble d'attachement chez les auteurs de violences sexuelles avec une prédisposition à une sexualité violente particulière en fonction du lien d'attachement au père et dans une moindre mesure à la mère. En revanche, établir une relation de cause à effet entre un attachement pathologique et une prédisposition à une agressivité particulière n'a pas été possible car le niveau de preuve des études présentées est faible.

Par ailleurs, il a quand même été montré qu'un attachement secure, un étayage familial soutenant et rassurant, un bon soutien émotionnel est un facteur protecteur de la récurrence chez les individus agressés sexuellement pendant l'enfance. Les auteurs concluent que l'attachement maternel est tout aussi important que l'attachement paternel, les deux participant à créer un équilibre psychique pour l'enfant et ainsi prévient également les risques de délinquance à l'adolescence selon Higgins 2010.

IV. HYPOTHÈSE 2 : L'EXISTENCE D'UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE CHEZ UN INDIVIDU AGRESSIF SUR UN PLAN SEXUEL EST UN FACTEUR PREDICTIF DE LA RÉCIDIVE ET DE LA DANGÉROSITÉ SEXUELLE.

L'échelle PCL-R, comme cité précédemment a été conçue par Hare. C'est une échelle dont l'utilisation en France semble plus fréquente par les psychiatres experts. Elle permet d'apporter au psychiatre un éclaircissement sur l'existence d'un trouble de la personnalité psychopathique chez un individu, en vue d'une analyse de la dangerosité de celui-ci. Pour cette échelle, un trouble de la personnalité psychopathique est établi lorsque le score total excède 30 aux Etats-Unis mais 25 en Europe.

L'échelle PCL-R contient 20 critères diagnostiques qui appartiennent chacun à une dimension clinique de la psychopathie.

La première dimension est la dimension interpersonnelle, la seconde l'affectivité, la troisième le style de vie et la quatrième les comportements anti sociaux. Chaque dimension est regroupée par groupe de 2 en « groupe facteur ». De telle sorte que le facteur 1 correspond au groupe dimension interpersonnelle et affectivité, et le groupe 2 dimensions style de vie et comportements antisociaux.

1. Les auteurs de violences sexuelles non pédophiles et non meurtriers sexuels

Dans l'étude "Abuse in childhood and psychopathic traits in a sample of violent offenders". (107) Les auteurs cherchent à montrer une association entre les différentes formes de victimisation dans l'enfance, la psychopathie et l'agressivité, en sélectionnant 78 individus incarcérés. Parmi ces individus, 72% avaient commis un meurtre, 21 % des agressions sexuelles sur enfants, 13 % avaient commis un viol et 60% des autres agressions. Selon les résultats,

51,8% de la population d'étude rapportait avoir subi des victimisations psychologiques, 46,2% des victimisations physiques et 21,8% une victimisation sexuelle. 17 % rapportait avoir subi des maltraitances physiques et psychologiques. Les auteurs ont trouvé une corrélation significative entre victimisation psychologique et un score PCL-R élevé prédominant sur la composante affective et comportementale. Selon les auteurs, la victimisation émotionnelle peut être considérée comme le meilleur facteur prédictif de psychopathie chez un individu (107). Elle aurait un impact sur le développement psychoaffectif et sur le développement de l'empathie. A l'inverse, les victimisations sexuelles sont corrélées selon cet article à la dimension comportementale de l'échelle PCL-R. En revanche, dans cette étude, la moyenne de score PCL-R est $M=20,47$. Le score PCL-R supérieur à 30 est retrouvé chez 8 individus soit 10% de l'échantillon mais le profil criminel n'a pas été précisé dans cet article. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Corrélation entre les formes de victimisation et la psychopathie selon l'échelle PCL-R

Victimisation	Toute forme	Émotionnelle	Physique	Sexuelle
PLC-R				
PCL-R totale	++(S)*	+++ (S)**	+(NS)	+(NS)
Facteur 1	+(NS)	++(S)	+(NS)	+(NS)
Facteur 2	+++ (S)**	+++ (S)**	+++ (S)**	++(S)*
Interpersonnelle	+(NS)	+(NS)	+(NS)	+(NS)
Affective	++(NS)	+++ (S)**	+(NS)	+(NS)
Lifestyle	+++ (S)**	+++ (S)**	++(S)*	++(S)*
Antisociale	+(NS)	++(S)*	++(S)*	++(NS)

* p<0.05 , ** p < 0.01 , *** p < 0.001 S = significatif NS = non significatif + score < 0.1 ++ score > 0,2 *** score 0.30

De leur côté, Dargis et ses collaborateurs ont étudié 183 détenus dans une prison de moyenne sécurité au travers de leur étude « clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders » (29). Les scores PCL-R ont été rangés entre 7 et 37. Les auteurs retrouvent une corrélation significative entre les victimisations infantiles et la psychopathie avec $t(183) = 3,67$ $p < 0.001$. Les victimisations physiques se retrouvent plus fortement corrélées à la psychopathie $t(183) = 4.70$ $p < 0.001$ que les victimisations émotionnelles $t(183) = 2.15$ $p < 0.01$. Aucune corrélation n'est retrouvée entre la psychopathie et la victimisation sexuelle avec $p = 0.16$. Par ailleurs, les victimisations sexuelles sont corrélées au diagnostic de trouble des conduites $t(181) = 3.02$, $p < 0.01$. Par ailleurs, le profil agressif sexuel pour les individus pouvant obtenir un score PCL-R > 30 n'a pas été précisé dans l'article.

2. Les agresseurs sexuels d'enfants et les pédophiles

Dans l'étude « psychopathy among pedophilic and nonpedophilic child molesters » (112) Strassberg et les collaborateurs tentent d'étudier la présence d'un trouble psychopathique chez deux profils d'agresseurs sexuels d'enfants : les agresseurs sexuels d'enfants pédophiles et les agresseurs sexuels d'enfants non pédophiles. Les auteurs définissent ces deux groupes selon l'âge d'apparition des attirances sexuelles c'est-à-dire qu'ils considèrent les agresseurs pédophiles selon qu'ils déclarent une attirance sexuelle envers les individus jeunes évoluant depuis l'adolescence, et les agresseurs sexuels non pédophiles sont ceux qui l'ont découverte à l'âge adulte. L'analyse s'établit en deux temps.

Le premier échantillon consiste à étudier 74 hommes avec 50 agresseurs sexuels comparés à 24 hommes non agresseurs. Parmi les 50 agresseurs sexuels sont comptés 25 pédophiles agresseurs sexuels d'enfants et 25 non pédophiles mais agresseurs sexuels d'enfants.

La première analyse des résultats (post-hoc) montre que le score PPI (Psychopathy Personality Inventory) le plus faible est obtenu pour les pédophiles agresseurs sexuels avec respectivement ($M= 351,96$, $SD= 36,04$) et ($M= 373,88$, $SD= 33,26$) pour le groupe contrôle. $p < 0,03$. Les agresseurs sexuels d'enfants non pédophiles présentent le score PPI le plus élevé parmi les 3 groupes avec ($M= 382,1$, $SD = 44,65$) $p < 0,01$.

La deuxième phase de l'étude consiste à étudier 54 agresseurs sexuels d'enfants comparés à 24 hommes agresseurs non sexuels. Parmi les 54 agresseurs sexuels, 28 sont des pédophiles et 26 ne le sont pas (conformément aux définitions établies par les auteurs). Les résultats montrent un score PPI le moins élevé pour les agresseurs sexuels pédophiles ($M = 360,62$, $SD = 34,54$) $p < 0,05$ et un score PPI plus élevé dans le groupe contrôle ($M= 399,72$, $SD= 36,72$).

3. Les meurtriers sexuels

Selon Hakkanen, les meurtriers sexuels sont plus majoritairement situés parmi les troubles interpersonnels et affectivité que les meurtriers non sexuels pour lesquels est retrouvée une prédominance pour les troubles comportementaux. Néanmoins, toutes les dimensions de la psychopathie sont concernées par les meurtriers sexuels et ce de façon quasi équivalente. Ces résultats ne sont pas significatifs. Les scores PCL-R > 30 dans 33,3%. (49). (tableau 9)

Tableau 9 : tableau comparatif entre les meurtriers sexuels et les meurtriers non sexuels

PCL-R	Meurtriers sexuels n/n (%)	Meurtriers n/n (%)	Statistics ^a	P value
Score moyen	25,98 (8,91%)	18,98 (9,85%)	2.680	0.641
Facet 1 mean	4.24 (2.49%)	2.83 (2.59%)	2.993	0.003
Facet 2 mean	6.78 (1.86%)	5.59(2.74%)	2.593	0.017
Facet 3 mean	6.61 (3.33%)	5.86(3.49%)	0.904	0.367
Facet 4 mean	5.57(2.88%)	4.34(3.14%)	1.639	0.102
PCL-R factor 1 mean	11.07(3.31%)	7.61(4.40%)	3.297	0.001
PCL-R factor 2 mean	12.22(5.83%)	10.12(6.16%)	1.422	0.156
PCL-R > 26	10/18 (55,6%)	142/486(29,2%)	10.106	0.017
PCL-R > 30	6/12(33.3%)	84/486(17.3%)	0.078	0.081

^a Likelihood ratio Chi-quare test

4. Discussion

Selon la sélection d'articles, si une composante psychopathique selon l'échelle PCL-R devrait être retrouvée chez les agresseurs sexuels pédophiles elle intéresserait en plus grande partie, la facette comportementale et quasiment pas la facette affective. Le score PCL-R ne s'en retrouve pas > 30 pour autant.

Chez les meurtriers sexuels, les 4 sphères de la psychopathie selon l'échelle PCL-R sont concernées et peuvent l'être de façon quasi équivalente (49).

Chez les agresseurs sexuels non pédophiles et non meurtriers sexuels, un trouble de la personnalité psychopathique pourrait être retrouvé mais pas de façon systématique avec un intérêt pour la composante comportementale et antisociale majoritaire selon l'échelle PCL-R (112)(49).

Par ailleurs, notre sélection d'article n'a pas permis d'étudier la composante psychopathique chez les agresseurs sexuels incestueux.

Nous n'avons pas été en mesure de mesurer le lien entre la psychopathie et la dangerosité sexuelle à l'exception des meurtriers sexuels (49).

V. DISCUSSION GÉNÉRALE

Tout d'abord notre étude du *cycle de la violence* a permis de mettre en évidence une victimisation chez les individus violents quel que soit le profil de violence c'est-à-dire criminelle, délictuelle, délinquance ou même conjugale. Certains auteurs supposent que comparativement aux enfants non maltraités, les enfants maltraités présentent des troubles de la régulation émotionnelle. Ce trouble de la régulation émotionnelle serait associé à des comportements externalisant, sous la forme de passages à l'acte violents, mais s'exprime déjà dès le plus jeune âge au travers d'un trouble des conduites.

D'autres à l'inverse, pourraient grandir selon un mode « *faux self* » (105) c'est-à-dire sans troubles du comportement apparents, ni éléments alertant ce qui pourrait laisser croire qu'ils ne présentent aucun trouble hors ce sont ces sujets qui auraient plus de facilité à se « *structurer psychologiquement dans une relation d'agresseur/agressé et avoir tendance à inverser ces rôles lorsqu'ils grandissent* » (105).

Les violences physiques sont plus facilement constatées puisque les lésions sont directement objectivables, comme l'ecchymose les hématomes, les fractures, les plaies à l'inverse des violences psychologiques qui ne sont pas matérialisables et donc paraissent moins fréquentes ou sont moins suspectées, lorsque l'enfant se développe en « *faux self* ». Mais le fait qu'elles puissent paraître inaperçues ne signifie en rien qu'elles soient moins fréquentes. Et ce sont elles qui semblent être les plus préoccupantes à travers leur potentiel déshumanisant et destructurant.

L'étude du *cycle abuseur-abusé* a effectivement permis de mettre en évidence une victimisation sexuelle systématique chez les auteurs de violences sexuelles à l'exception des violeurs non victimisés sexuellement et des agresseurs sexuels d'enfants non pédophile (26). L'analyse du profil victimaire de ces deux catégories d'agresseurs semble en parti similaire aux individus

violents non sexuels et semble également correspondre au profil du violeur opportuniste dressé par Knight ou bien du violeur colérique dressé par Groth, c'est-à-dire des individus pour lesquels l'expression de la violence est médiée par l'acte sexuel.

Selon Pinatel, l'état dangereux de ces individus pourrait dépendre de leur incapacité d'« *adaptabilité* » et de leur « *capacité criminelle* » c'est-à-dire une association de quatre critères qui seraient : l'agressivité, l'instabilité, l'égoïsme et l'indifférence affective. (121).

Pour autant, les auteurs considèrent les meurtriers sexuels comme étant les individus les plus dangereux, parce qu'ils ne correspondent pas à un modèle de transmission de la violence de manière stricte mais répondent plutôt à un profil exclusif devant faire l'objet d'une analyse précise, en particulier pour les meurtriers sexuels sadiques (15).

Selon Proulx, plusieurs étapes de victimisation successives sont nécessaires pour arriver au meurtre sexuel, débutant par la forte problématique abandonnique à la petite enfance, se compliquant par des victimisations sexuelles, physiques et émotionnelles et des fantasmes sadiques se précisant au fil du temps sous la forme d'acte de cruauté envers les animaux ou bien d'actes de bestialité répétitifs, motivés par un sentiment de colère ou simplement par recherche de plaisir.

Selon Hensley, le profil des meurtriers sexuels qui ont une plus grande tendance à la récidive sont ceux qui éprouvent un sentiment de colère et l'absence d'empathie et ceux pour lesquels la commission d'actes de cruauté envers les animaux et la bestialité ont été répétées dans le temps et motivés par la colère dans l'enfance. (53)(54)

En effet, selon Overton, ce qui fait de la cruauté envers les animaux un facteur de risque de criminalité c'est la récurrence et le sentiment motivationnel qui anime ce comportement. C'est-à-dire, qu'en étudiant des individus incarcérés rapportant la commission de ces actes pendant

l'enfance, ceux qui sont passés à l'acte sur l'Homme sont ceux qui ont commis plusieurs actes de cruauté envers les animaux motivés par un sentiment de colère ou de haine (91).

L'analyse de la psychopathie et de l'attachement a montré une faible tendance à la psychopathie chez les pédophiles, mais plutôt des problématiques d'attachement au père, entraînant des difficultés dans les stratégies de coping et de réponse émotionnelle adaptée face au stress. Les auteurs non pédophiles de violences sexuelles envers les enfants correspondent à un profil sexuel particulier, au même titre que les meurtriers sexuels sadiques selon les auteurs. (8)(22).

VI. LIMITES

En dehors du niveau de preuve faible des études sélectionnées, de l'existence de biais de sélection, des biais de gravité, des biais de mémorisation et des biais de déclaration, nous avons rapidement été confrontés à une problématique sémantique pour définir les événements néfastes subis pendant l'enfance des individus étudiés.

Pour simplifier et pour faciliter la lecture et la rédaction, nous avons privilégié le terme de « victimisation ». Néanmoins force est de constater que différents qualificatifs avaient été évoqués dans les articles : négligences, abus et maltraitances, pour définir les agressions infantiles et chacun de ces termes renvoie à une dimension particulière et précise.

Selon nous, l'abus renvoie à l'excès et de ce fait à une connotation morale. La négligence renvoie à quelque chose d'insuffisant, une faute non intentionnelle dûe à un oubli ou un manque de soin. La maltraitance caractérise quelque chose de répétitif et constant dans le temps.

Les violences physiques renvoient à quelque chose de proactif, de l'ordre du *trop* dont les traces sont apparentes. Alors que les violences psychologiques, elles, consistent en un *trop* (surprotection) et aussi quelque chose d'insuffisant (manque d'attention) ou alors en quelque chose qui est présent mais de mauvaise qualité ? Lesquelles finalement sont les plus graves ?

Deuxièmement, la population étudiée dans ce travail consiste en des hommes incarcérés pour la plupart, qui présentent des profils criminologiques assez sévères dès lors qu'ils peuvent être incarcérés dans des centres de détention de haute sécurité. Ainsi, nos résultats peuvent ne pas être représentatifs de la population générale. De plus, la mesure de la récidive ne peut être réalisée que lorsqu'une nouvelle infraction est reconnue par la justice, est-ce que ces agresseurs ont le même profil que les multirécidivistes échappant à la justice ?

L'étude du cycle de la violence et du cycle abus n'a pas pu être menée pour les individus de sexe féminin et nous pensons que l'étude de ces deux variables chez une population féminine pourrait être recommandée, d'autant plus que les victimes de violences sexuelles sont le plus souvent de sexe féminin (198).

Finalement, l'étude de l'inceste n'a pas pu être réalisée dans notre sélection d'articles, mais nous pensons que l'étude de ce système d'agression sexuelle pourrait être intéressante car il pourrait reposer sur des enjeux culturels, ethniques et familiaux variables d'un individu à l'autre et d'une famille à une autre, selon un département à l'autre.

Par ailleurs, nous ne pouvons écarter l'intrication des facteurs de confusion tels que l'utilisation de substances psychoactives et la présence de comorbidités psychiatriques concernant les populations d'étude dans les différents articles.

VII. QUELLES IMPLICATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE ?

Dans un premier temps, nous pensons que les maltraitances ou les violences psychologiques devraient être systématiquement recherchées chez les enfants et surtout chez ceux dont on connaît une antériorité de victimisations physiques ou sexuelles les concernant ou concernant la fratrie.

Dans un second temps, nous pensons qu'une information sexuelle est nécessaire pour les victimes de violences sexuelles en plus d'une étude approfondie de la victimisation afin de prévenir l'apparition de comportements sexuels déviants, ainsi qu'une étude systématique du profil psychologique et de la vulnérabilité de la victime afin de prévenir la revictimisation (12).

En ce qui concerne les auteurs de violence sexuelle, une prise en charge au travers de la compréhension et l'analyse de leur vie sexuelle, de leur vie affective, de la gestion d'un éventuel psycho-traumatisme et des distorsions cognitives (14) sous-jacente à l'acte agressif apparaît indispensable. Une analyse et une prise en charge centrée sur l'empathie est aussi recommandée dans le traitement des individus les plus dangereux. Une étude systématique du fonctionnement familial devrait être envisagée pour toutes les familles incestueuses.

Enfin, un enseignement sur la criminologie sexuelle mais aussi la victimologie sexuelle devrait être intégrée dans la formation du personnel soignant en service de santé mentale mais également auprès des intervenants en milieu carcéral.

CONCLUSION

L'objectif de mon travail de thèse était d'explorer les facteurs prédictifs infantiles du passage à l'acte agressif sexuel à l'âge adulte à partir d'une revue de la littérature scientifique comprenant 29 articles publiés entre 2000 et 2020.

Depuis la loi 1998, introduisant la notion de soin psychiatrique pénalement obligé sous la forme d'une injonction de soins pour les sujets coupables d'agression sexuelle, le médecin psychiatre se retrouve activement impliqué dans le soin des individus agressifs et particulièrement dans le soin des individus agressifs sur un plan sexuel. Les missions du psychiatre se sont progressivement étendues à des actions de prévention et sociétales notamment au travers des missions expertales qui peuvent lui être confiées aux différents temps d'une procédure judiciaire (expertise de dangerosité, pré-libération). Comme en témoignent les chiffres des rapports nationaux, les déclarations d'agressions sexuelles sont en augmentation sur le territoire français. Cette augmentation se caractérise par une inflation des dépôts de plainte et des incarcérations d'auteurs pour ces faits (104).

A ce jour, la prise en charge de la violence et de la récidive constitue un problème majeur de santé et de sécurité publique. Néanmoins, la prévention de la récidive de l'agressivité nécessite une maîtrise de la connaissance des facteurs de risque et une maîtrise des facteurs prédictifs du passage à l'acte agressif. Ce sont ces raisons qui ont motivé notre recherche bibliographique.

Tout d'abord, nous avons souhaité étudier l'agressivité au sens large, au travers de l'étude du *cycle de la violence* pour ensuite me concentrer sur l'agressivité sexuelle au travers

de l'étude du *cycle abus* car nous nous sommes aperçus qu'il existait des différences entre l'enfance des individus agressifs et l'enfance des agresseurs sexuels.

Ainsi, l'étude du *cycle de la violence* a permis de mettre en évidence une association entre les maltraitances psychologiques et la criminalité au sens large. Les violences psychologiques sont apparues comme étant les formes de victimisations infantiles les plus sévères.

Par contre, l'étude du *cycle abus*, a mis en évidence une victimisation infantile sexuelle systématique chez les auteurs de violences sexuelles. Suite à la première victimisation, sont apparus de façon quasi systématique des comportements sexuels inadaptés, sous la forme de conduites masturbatoires compulsives plus fréquentes, plus régulières mais aussi de troubles *paraphiles* émergents et évoluant dans certains cas jusqu'aux actes de bestialité.

L'étude du *cycle abus* a permis de montrer que les trois formes de victimisations sont retrouvées de façon équivalente chez les agresseurs sexuels les plus dangereux (meurtriers sexuels) mais leur incapacité à éprouver de l'empathie pour leur victime semble être l'élément central des facteurs prédictifs de la récidive.

Au vu des arguments précédents, trois hypothèses peuvent être formulées.

Premièrement, en ce qui concerne la prévention de l'agressivité au sens large, la recherche de maltraitances psychologiques pourrait être systématique chez les enfants et d'autant plus lorsque des formes de victimisations physiques ou sexuelles sont suspectées ou connues.

Deuxièmement, en plus du traitement du psychotraumatisme, il apparaît nécessaire de prévenir l'apparition des troubles à type de comportements sexuels inadaptés par une information sexuelle précoce des victimes de violences sexuelles.

Troisièmement, pour une meilleure prise en charge des auteurs de violences sexuelles et également pour une évaluation expertale de la dangerosité et de la récidive sexuelle, une étude de

la transmission et du *cycle abus* pourrait être systématiquement nécessaire, avec une analyse spécifique de l'empathie.

Vu

Strasbourg, le 14 septembre 2022

Le président du jury de thèse

Pierre VIDAILHET



Vu et approuvé

Strasbourg, le ... 14 SEP. 2022

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILA



ANNEXE

**I. Description sommaire des articles de la revue de la
littérature**

N°/Article/auteurs	Objectif de l'étude	Population	Méthode de mesure	Principaux résultats
ETUDE DU CYCLE DE LA VIOLENCE				
28. Childhood trauma as a predictor of reoffending in a Northern Irish probation sample Dalsklev M	L'étude de l'association entre les victimisations infantiles et la récidive criminelle	100 adultes homme incarcérés ou en peine de réinsertion et de probation	Cohorte rétrospective Mesure de la victimisation CTQ	Mesure des victimisations avant l'âge de 18 ans. La récidive évaluée à 12 mois en fin d'incarcération ou bien pendant la période de réinsertion et de probation. Les formes de victimisation la plus fréquente sont les abus psychologiques. Les victimisations physiques sont considérées comme étant des facteurs prédictifs de récidive, un âge jeune associé au « trouble related trauma » c'est à dire avoir été exposé à la violence (témoin de crime, de meurtre, bagarres).
57. The relationship between types of childhood victimisation and young adulthood criminality Howell K	L'étude de l'association entre victimisations infantiles multiples et la criminalité à l'âge adulte	2244 suédois rapportant des victimisations avant l'âge de 18 ans	Cohorte rétrospective Auto questionnaire établis par les auteurs	Les victimisations physiques (violences et négligences). Corrélations entre les victimisations physiques et la criminalité à l'âge adulte. Ainsi que l'usage de drogue et d'alcool
71. Are dangerous offender differ from other offenders ? Langevin	Comparer les individus agressifs violents aux autres profils de criminels selon le profil de dangerosité et de la récidive	2476 hommes figurant dans les bases de données des hôpitaux psychiatriques, dans les bases de données des forces de l'ordre et connus pour des faits de criminalités	Cohorte rétrospective Evaluation de la la criminalité RCMP, Dangerosité PCL-R, ADHD, Sexual disorder SHQ	Les individus dangereux rapportent d'avantage de victimisations physiques, de violences conjugales et de négligences. Sont également retrouvées des fantaisies sadiques dans leur histoire et également des victimisations sexuelles. PCL-R > 30

101. The cycle of violence: Examining the impact of maltreatment early in life on adult offending Reckdenwald, Mancini	L'étude de l'association entre les victimisations infantiles et la fréquence des crimes violents et sexuels	624 agresseurs sexuels reconnaissant leur culpabilité	Cohorte rétrospective	Les victimisations psychologiques sont associées aux comportements violents de façon générale et en augmentent le risque de 14%. Les victimisations sexuelles sont associées aux comportements agressifs sexuels.
85. The cycle of the violence revisited Myers W	L'étude de l'association entre victimisations infantiles et comportements criminels violents à l'âge adulte	1515 : 908 hommes figurant dans le registre des maltraitances avant l'âge de 12 ans et 607 dans le groupe contrôle	Cohorte rétrospective Auto-questionnaire	Les victimisations physiques sont associées à un taux d'arrestation élevé, la délinquance juvénile. Les victimisations psychologiques sont également retrouvées mais dans une moindre proportion.
130. Childhood and adolescent predictors of late onset criminal careers Zara G, Farrington	Identifier les facteurs prédictifs infantiles de la criminalité à l'âge adulte	400 hommes ceux qui ont débuté une carrière criminelle avant l'âge de 21 ans : 129, après 21 ans : 35 et le groupe contrôle 236	Etude longitudinale prospective	Facteurs prédictifs infantiles de la criminalité à l'âge adulte : avoir des parents criminels, carence éducative, négligences et victimisations physiques.
ETUDE DU CYCLE ABUS				
30. The characteristics of a geographical sample of convicted Rapists : Sexual Victimization and Compliance in Comparison to Child Molesters Craissati Jackie, Beech Anthony	Comparer les caractéristiques, profil de victimisation et profil de criminalité des différents auteurs de violences sexuelles	310 auteurs de violences sexuelles suivis sur un période de 7 ans. La population comporte 80 agresseurs sexuels d'adultes et 230 pédophiles.	Étude comparative -Victimisation sexuelle et physique : auto questionnaire validé par les auteurs. - The risk matrix 2000 - Statique 99	Les agresseurs sexuels d'adulte sont plus souvent isolés que les pédophiles. Les victimisations sexuelles sont plus retrouvées chez les pédophiles. Selon les caractéristiques offensifs, les violeurs sont plus enclins à utiliser la force physique ou la séduction que les pédophiles. En ce qui concerne la récidive selon la statique 99, les violeurs récidivent au bout de 36 mois (5%) et les pédophiles au bout de 55 mois (3%). 14 violeurs / 80 (27%) ont été abusés

				sexuellement, l'âge moyen des premières victimisation 10 ans
31. Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimised as children Craissati Jackie, McClurg Grace, Browne Kevin	Comparer les agresseurs sexuels d'enfants ayant subi des victimisations sexuelles pendant l'enfance aux agresseurs sexuels d'enfants non victimisés	178 agresseurs sexuels ayant reconnu les faits et participant aux groupes de psychothérapie en milieu carcéral	Auto-questionnaire	Sur les 178 participants, 82 (46%) rapportant des victimisations sexuelles. Parmi eux, 54 (66%) par un étranger ou par un agresseur extra-familial. 15 (18%) rapportent avoir été abusés sexuellement par un agresseur intrafamilial. Le début d'âge des abus est en moyenne 10 ans. Les victimisations psychologiques sont majoritaires chez les récidivistes et présentent plus d'hostilité.
35. Childhood maltreatment experiences and problematic sexual outcomes in adult males who have sexually offended	Etudier l'association entre une victimisation sexuelle infantile par un homme caregiver et un trouble du comportement sexuel (hypersexualité et pédophilie). Vérifier la reproductibilité des résultats d'autres études	529 hommes ayant été abusés sexuellement,	MASA	Plus de 40 % des participants ont rapportés des victimisations sexuelles pendant l'enfance. Des victimisations psychologiques par un male caregiver et des victimisations sexuelles sont corrélées à la pédophilie. Les facteurs prédictifs de trouble paraphiliques sont les victimisations sexuelles, les abus physiques et psychologiques. Les facteurs prédictifs de la pédophilie : les abus sexuels et les victimisations psychologiques par un homme caregiver.
36. The relation of child abuse experiences to problematic sexual behaviors in male youths who have sexually offended	Etudier l'association entre les victimisations sexuelles et l'apparition de troubles du comportement sexuel selon le sexe de l'agresseur	307 hommes jeunes ayant été abusés sexuellement	MASA	Les facteurs prédictifs de l'apparition d'une hypersexualité sont les abus sexuels, et les abus psychologiques de la part d'un homme caregivers. Les facteurs prédictifs de la pédophilie sont les victimisations psychologiques par la mère.

<p>37. Are all Perpetrators Alike ? Comparing Risk Factors for Sexual Coercion and Aggression Degue Sarah, DiLillo David, Scalora Mario</p>	<p>Etudier les facteurs comportementaux, personnalité et victimisations pendant l'enfance qui explique le passage à l'acte sexuel</p>	<p>360 individus incarcérés à Midwestern auteurs de crimes non violent 95 %, auteurs de crimes violents non sexuels 51%, agresseurs sexuels 23%,</p>	<p>Étude comparative IRI, PPI, CTQ, SEQ,</p>	<p>Le facteur prédictif de la récidive est principalement l'hostilité envers les femme, l'absence d'empathie et l'agressivité et les abus émotionnels dans une moindre mesure.</p>
<p>38. Adverse Childhood Experiences and Criminal Extremity : New Evidence for Sexual Homicide</p>	<p>Etudier l'association entre les victimisations et les criminalités à l'âge adulte en particulier le meurtre sexuel</p>	<p>616 agresseurs sexuels dont 85 (13,8%) meurtriers sexuels</p>	<p>Étude comparative ACE</p>	<p>Les taux d'exposition à la violence : 0 (14,4%), 1 (17%), 2 (15%), 3 (13,3%), 4 (19,5%). Les meurtriers sexuels ont été exposés aux violences psychologiques, aux violences physiques, à la pédophilie, aux viols, à l'inceste dans 62,5% des cas. ACE score > 9 dans 66,7 %</p>
<p>46. Clinical Characteristics associated with paedophilia and chil sex offending Gerwinn Hannah, Weib Simone and coll</p>	<p>Déterminer les facteurs prédictifs et les facteurs de risques liés à la pédophilie et l'agression sexuelle avec pédophilie et l'hébéphilie □</p>	<p>342 hommes incarcérés ou en remise de peine participants à des groupes de psychothérapie.</p>	<p>Étude comparative ICD-10 CTQ</p>	<p>Pédophiles victimisés sexuellement n= 83, Pédophiles sans victimisation sexuelle n=79, agresseurs d'enfants non pédophiles n=32, groupe contrôle n=148 Les variables qui sont significativement différentes entre les groupes agresseurs et non agresseurs sont les victimisations sexuelles et psychologique, l'impulsivité, le niveau éducatif, et les fantasies sadiques.</p>
<p>54. Finnish sexual homicides : offence and offender characteristics Hakkanen-Nyholm Helina</p>	<p>Comparer les meurtriers sexuels et les meurtriers non sexuels concernat leur profil de victimisation, les profils psychopathologiques</p>	<p>18 meurtriers sexuels 615 meurtriers non sexuels incarcérés</p>	<p>Étude comparative ICD-10 PCL-R</p>	<p>Le profil victimaire entre les deux populations semble identique à l'exception. Des victimisations sexuelles avant l'âge de 18 ans qui semble deux fois plus élevé chez les meurtriers sexuels. Les paraphilies sont retrouvées chez les meurtriers sexuels. Score PCL-R > 30 dans la moitié des cas chez les meurtriers sexuels</p>

62. The relationship between types of childhood victimisation and young adult criminality	Explorer le lien entre victimisations et criminalité	2224 suédois rapportant avoir subi des victimisations	Étude comparative YPI-S JVQ	Il existe une corrélation entre criminalité et victimisations physiques et les négligences.
66. Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders : A meta-analysis Jespersen Ashley, Lalumière Martin	Comparer les victimisations des adultes abuseurs sexuels et des adultes non abuseurs sexuels	Revue de la littérature : 17 articles	Méta-analyse 3 variables : victimisation physique, abus sexuel et abus psychologique	. Agresseurs sexuels et les non agresseurs sexuels. Victimisations physiques sont majoritaires chez les agresseurs sexuels (10/17 articles), et les victimisations émotionnelles (6/17 articles). . Agresseurs sexuels adultes et les agresseurs sexuels d'enfant 9 / 15 études reportent des victimisations physiques majoritaires chez les agresseurs sexuels d'adulte et les victimisations sexuelles majoritaires chez les pédophiles. 5/15 études montrent une victimisation psychologiques dans les deux groupes et similaire. . Pédophilies et les agresseurs sexuels d'enfant non pédophiles
77. Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse Lambie et Seymour	Etudier les facteurs de récurrence entre les agresseurs sexuels et les résilients	88 hommes victimisés sexuellement dont 47 résilients et 41 agresseurs sexuels	Étude comparative Auto-questionnaires établis par les auteurs	Le groupe résilient présente un niveau d'éducation supérieur au groupe agresseur. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant les victimisations psychologiques. Chez les agresseurs ont été retrouvés plus de comportements sexuels déviants infantiles. Le groupe résilient exprime une sexualité centrée sur le plaisir.

110. Genital abnormalities in early childhood in sexual homicide perpetrators Rettenberger,	Etudier les meurtriers sexuels récidivistes	166 hommes meurtriers sexuels	Etude comparative rétrospective PRDs	L'âge des premières masturbations survient à l'âge de 14 ans et sont alimentées par des fantasmes sexuelles sadiques et contenu pornographique sadique.
117. Developmental experiences of child sexual abuses and rapists Simons, Wurtele, Durham	Identifier les caractéristiques développementales des abuseurs sexuels d'enfants et des violeurs	269 agresseurs sexuels, 137 violeurs et 132 agresseurs sexuels d'enfants	Etude comparative PSIR, CEBQ, PBI	Comparativement aux violeurs, les agresseurs sexuels d'enfant rapportent une plus large victimisation sexuelle, une exposition plus fréquente à la masturbation avant l'âge de 11 ans, et des actes de bestialité. Les violeurs rapportent plus de victimisations physiques, de victimisations émotionnelles et de cruauté envers les animaux. Les violeurs rapportent un attachement désorganisé aux parents et agresseurs sexuels d'enfant, un attachement anxieux.
121. An exploration of childhood victimization and family-of-origin characteristics of sexual offenders against children	Retracer et explorer les caractéristiques familiales, les victimisations infantiles et établir un lien entre celles-ci et la criminalité sexuelle	124 agresseurs sexuels dont 33 agresseurs sexuels envers les enfants, 66 agresseurs violets, 25 non violents.	Auto questionnaire établi par les auteurs	31,5 % de l'échantillon rapporte des contacts sexuels avant l'âge de 14 ans. Les agresseurs sexuels d'enfants rapportent davantage de victimisation sexuelle que les autres profils d'agresseurs sexuels. Les agresseurs sexuels d'enfants rapportent un cadre éducatif plus soutenant et contenant que les autres agresseurs.
TROUBLE DE L'ATTACHEMENT ET VIOLENCES SEXUELLES				
32. The Parental Bonding Experiences of sex offenders : a comparison between child molesters and rapists. Craisati Jackie	L'étude de l'attachement chez les violeurs et les agresseurs sexuels d'enfants	76 hommes convaincus de leur statut d'agresseur sexuel dont 57 agresseurs sexuels d'enfants et 19 violeurs	Etude comparative PBI	Un trouble de l'attachement est retrouvé dans les deux groupes d'étude avec une prédominance de trouble de l'attachement « affectionless contrôle » dans le groupe des

				agresseurs sexuels. La surprotection maternelle est liée au dysfonctionnement conjugal et également liée à l'apparition de troubles du comportement sexuel à type de jeux sexuels infantiles avec les individus proches de sexe masculin.
79. Childhood sexual abuse, attachments in childhood and adulthood, and coercive sexual behaviors in community males : Main Effects and a Moderating Function for Attachment Langton Calvin. Murad Zuwaina	L'étude du lien entre l'attachement et l'apparition de trouble du comportement sexuel	176 hommes dont le profil d'agression sexuel est inconnu	Etude comparative SES RAQ ECR-R ACE	L'attachement infantile évitent paternel et maternel est corrélé au trouble du comportement sexuel mais aussi au potentiel agressif et antisocial d'un individu. L'attachement insecure désorganisé paternel et maternel est corrélé à l'agressivité.
87. Attachment styles and psychological profiles of child sex offenders in Ireland	L'étude de l'attachement chez les individus incarcérés	119 hommes incarcérés dont 29 abuseurs sexuels pédophiles, 30 agresseurs violents, 30 agresseurs non violents et 30 individus groupe contrôle	Etude comparative PBI	Un atachment insecure est retrouvée dans 93 % des cas dans la population d'étude. Les agresseurs sexuels d'enfant rapportent 4 fois moins d'attachement secure. Les agresseurs sexuels d'enfants rapportent une plus large proportion de mère surprotectrice et de père évitent.
88. Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters	L'étude du lien entre l'attachement et l'agressivité sexuelle envers les enfants	57 hommes incarcérés 33 agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux, 24 non agresseurs sexuels incarcérés.	Etude comparative CAQ SAQ	Les victimisations sexuelles sont plus fréquemment retrouvées chez les agresseurs sexuels. Un trouble de l'attachement est retrouvé dans la population d'étude. Pour les agresseurs sexuels d'enfants, un trouble de l'attachement paternel évitent est plus retrouvé et l'attachement à la mère est rapporté plus secure.
118. attachment and coercive sexual behavior	L'étude de l'attachement et l'apparition de comportement sexuel déviants	162 hommes	Etude comparative RSQ SES	Corrélation entre le type d'attachement infantile et l'attachement à l'âge adulte en ce qui concerne l'attachement paternel. Un

				attachement maternel pathologique semble corrélé à l'agressivité et aux troubles du comportements antisociaux ainsi qu'une faible corrélation entre l'attachement maternel anxieux et les troubles du comportement sexuel. Une plus forte corrélation est retrouvée entre l'attachement paternel évitent et les troubles du comportement sexuel ainsi que les comportement antisociaux.
137. Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons	L'étude de l'attachement et de l'agressivité sexuelle	112 hommes incarcérés 61 hommes incarcérés agresseurs sexuels d'enfants et 51 individus contrôle	Etude comparative ECR	Une corrélation entre un attachement à l'âge adulte anxieux et l'agressivité sexuelle dirigée envers les enfants a été retrouvée.

TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE ET VIOLENCES SEXUELLES

34. Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders Dragis	L'étude du lien entre la victimisation infantiles, le trouble de la personnalité et l'agressivité	183 adultes hommes incarcérés	Etude comparative PCL-R	Les scores PCL-R ont été rangés de 7 à 37. Les victimisations physiques et psychologiques sont corrélées au trouble de la psychopathie chez les individus incarcérés. Les victimisations sexuelles ne le sont pas de façon significatives. Par ailleurs, les victimisations sexuelles sont corrélées au trouble des conduites à l'adolescence. L'agressivité sexuelle des individus dont le score PCL-R pourrait être > 30 n'a pas été précisée dans l'article.
54. Finnish sexual homicides : Offence and offender characteristics Hakkaneen- Nyholm	Comparer les meurtriers sexuels et les meurtriers non sexuels concernat leur profil	18 meurtriers sexuels 615 meurtriers non sexuels incarcérés	Etude comparative PCL-R	Un score PCL-R > 25 est présent pour 55,6% meurtriers sexuels Un score PCL-R > 30 est présent pour 33,3

	de victimisation, les profils psychopathologiques			% chez les meurtriers sexuels. Le PCL-R facteur 1 est un facteur prédictif de la dangerosité sexuelle.
120. Psychopathy among pedophilic and non pedophilic child molesters Strassberg Donald, Eastvold Angela	L'étude de la psychopathie chez une population d'agresseurs sexuels d'enfants incarcérés	153 adultes hommes dont 53 pédophiles, 51 non pédophiles mais agresseurs d'enfants et 49 non agresseurs sexuels	Etude comparative PPI	Les agresseurs sexuels d'enfants pédophiles présentent le score PPI le plus faible parmi les trois groupes d'étude. Les agresseurs sexuels d'enfants non pédophiles présentent un score PPI élevé quasiment au même titre que les agresseurs non sexuels.
115. Abuse in childhood and psychopathic traits in a sample of violent offenders	L'étude du lien entre un trouble de la personnalité psychopathique et l'agressivité sexuelle	78 individus incarcérés meurtriers n=56, agresseurs sexuels d'enfants n=16, viols n=10, autres crimes n=47	Etude comparative PCL-R	Le profil d'agressivité sexuelle n'a pas pu être établi chez les 8 individus pour lesquels un score PCL-R était > 30. Les résultats montrent une corrélation significative entre les victimisations psychologiques et la composante affective de la psychopathie.

II. Description sommaire des échelles de mesures citées dans les articles

1. Mesure du risque de récurrence de comportements violents

- Echelle VRAG

L'échelle VRAG comporte 12 items. Le score total est obtenu en additionnant chaque item. Il s'agit d'un outil actuariel d'évaluation du risque de la récurrence de comportements violents à sept ou dix ans.

1	A vécu avec ses parents jusqu'à l'âge de 16 ans
2	Difficultés durant la scolarité primaire
3	Antécédents de problèmes de consommation d'alcool
4	Statut marital
5	Antécédents criminels concernant des condamnations ou des inculpations pour des délits non violents antérieurs à l'agression actuelle
6	Échec d'une libération conditionnelle antérieure
7	Âge lors de l'agression actuelle
8	Blessures de la victime
9	Victime de sexe féminin
10	Trouble de la personnalité (critère DSM-III)
11	Diagnostic de schizophrénie (critère DSM-III)
12	Score à la PCL-R

- Echelle Statique-99

L'échelle statique 99 est constituée de 10 items permettant l'évaluation du risque de récurrence sexuelle chez des agresseurs sexuels adultes masculins. Elle détermine 4 catégories de risque selon un score allant de 0 à 12. Elle permet d'évaluer la récurrence sexuelle sur un période de 5 ou 10 ans.

1	Âge
2	Cohabitation
3	Condammations pour violences non sexuelles dans l'affaire actuelle
4	Condammations antérieures pour violences non sexuelles
5	Crimes et délits sexuels antérieurs
6	Prononcés de peines antérieurs
7	Condammations pour infractions sexuelles sans contact
8	Au moins une victime sans lien de parenté
9	Au moins une victime qui était un inconnu
10	Au moins une victime de sexe masculin

- Echelle HCR-20

L'échelle HCR-20 est constituée de 20 items avec un score allant de 0 à 40. Les individus à haut risque de récidive ont un score > 30.

Facteurs historiques		Facteurs cliniques		Facteurs de gestion du risque	
H1	Violence antérieure	C1	Difficulté d'introspection	R1	Plans irréalisables
H2	Premier acte de violence durant la jeunesse	C2	Attitudes négatives	R2	Exposition à des facteurs déstabilisants
H3	Instabilité des relations intimes	C3	Symptômes actifs de la maladie mentale	R3	Manque de soutien personnel
H4	Problèmes d'emploi	C4	Impulsivité	R4	Inobservance des mesures curatives
H5	Toxicomanie	C5	Résistance au traitement	R5	Stress
H6	Maladie mentale grave				
H7	Psychopathie				
H8	Inadaptation durant la jeunesse				
H9	Trouble de la personnalité				
H10	Échecs antérieurs de la surveillance				
Score	/20		/10		/10

BIBLIOGRAPHIE

1. Adam, Christopher. "Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature." *Déviance et Société* 30, no. 2 (2006): 233–61. <https://doi.org/10.3917/ds.302.0233>.
2. Alexandra Lecart – Psychologue Paris 9 » Les Violences Psychologiques." Accessed September 19, 2022
3. Balasundaram, B., Frazer, J. B., & Wood, P. J. W. (2009). Who are sexual offenders? A survey of pre-trial psychiatric reports. *Medicine, Science, and the Law*, 49(1), 33-40. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.49.1.33>
4. Balier Claude (2008) psychanalyse des comportements sexuels violents. p: 86
5. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
6. Bernard, Guillaume. "Chapitre 5. Approche historique et philosophique de la dangerosité." In *Psychocriminologie*, 2e éd.:49–56. Psychothérapies. Paris: Dunod, 2012. <https://www.cairn.info/psychocriminologie--9782100575947-p-49.htm>.
7. Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M.-P., Nolin, M.-C., & Bergeron, S. (2021). Associations between Childhood Sexual Abuse and Sexual Well-being in Adulthood : A Systematic Literature Review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 332-352. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1825148>
8. Blatier, Catherine les personnalités criminelles évaluation et prévention. 2è édition (2018) Malakoff : Dunod p 57 - 80
9. Bogaerts, S., Buschman, J., Kunst, M. J. J., & Winkel, F. W. (2010). Intra- and extra-familial child molestation as pathways building on parental and relational deficits and personality disorders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(4), 478-493. <https://doi.org/10.1177/0306624X09334519>

10. Boger, Sabrina, Thomas Ehring, Götz Berberich, and Gabriela G. Werner. "Impact of Childhood Maltreatment on Obsessive-Compulsive Disorder Symptom Severity and Treatment Outcome." *European Journal of Psychotraumatology* 11, no. 1 (June 8, 2020): 1753942. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753942>.

11. Brewer-Smyth, K., Cornelius, M. E., & Pickelsimer, E. E. (2015). Childhood adversity, mental health, and violent crime. *Journal of Forensic Nursing*, 11(1), 4-14. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000062>

12. Casey, E. A., & Nurius, P. S. (2005). Trauma exposure and sexual revictimization risk : Comparisons across single, multiple incident, and multiple perpetrator victimizations. *Violence Against Women*, 11(4), 505-530. <https://doi.org/10.1177/1077801204274339>

13. Chamberlain, Catherine, Graham Gee, Stephen Harfield, Sandra Campbell, Sue Brennan, Yvonne Clark, Fiona Mensah, et al. "Parenting after a History of Childhood Maltreatment: A Scoping Review and Map of Evidence in the Perinatal Period." *PloS One* 14, no. 3 (2019): e0213460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>

14. Chakhssi, F., de Ruiter, C., & Bernstein, D. P. (2013). Early maladaptive cognitive schemas in child sexual offenders compared with sexual offenders against adults and nonsexual violent offenders : An exploratory study. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2201-2210. <https://doi.org/10.1111/jsm.12171>

15. Chopin, Julien, and Eric Beauregard. "The Sexual Murderer Is a Distinct Type of Offender." *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 63, no. 9 (July 2019): 1597–1620. <https://doi.org/10.1177/0306624X18817445>.

16. Circulaire DHOS/DGS/O2/6C n° 2006-168 du 13 Avril 2006 - <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=16120>

17. Cohen, L. J., Forman, H., Steinfeld, M., Fradkin, Y., Frenda, S., & Galynker, I. (2010). Comparison of childhood sexual histories in subjects with pedophilia or opiate addiction and

healthy controls : Is childhood sexual abuse a risk factor for addictions? *Journal of Psychiatric Practice*, 16(6), 394-404. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000390758.27451.79>

18. Cohen, L. J., Gans, S. W., McGeoch, P. G., Poznansky, O., Itskovich, Y., Murphy, S., Klein, E., Cullen, K., & Galynker, I. I. (2002). Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls : Is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 127-134. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.30796>
19. Cohen, L. J., McGeoch, P. G., Watras-Gans, S., Acker, S., Poznansky, O., Cullen, K., Itskovich, Y., & Galynker, I. (2002). Personality impairment in male pedophiles. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 912-919. <https://doi.org/10.4088/jcp.v63n1009>
20. Cohen, L. J., Ndukwe, N., Siegfried, R., Kopeykina, I., Yaseen, Z. S., & Galynker, I. (2018). Attraction Versus Action in Pedophilic Desire : The Role of Personality Traits and Childhood Experience. *Journal of Psychiatric Practice*, 24(6), 374-387. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000348>
21. Coutanceau, Roland. “Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l’homme.” *L’information psychiatrique* 88, no. 8 (2012): 641–46. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8808.0641>.
22. Coutanceau, Roland et Lacambre, M., victimes et auteurs de violence sexuelle (p.145-160).Malakoff : Dunod
23. Coutanceau R et Smith J. (2011) – Violences et famille comprendre pour prévenir. Malakoff : Dunod
24. Craig, C. D., & Sprang, G. (2007). Trauma exposure and child abuse potential : Investigating the cycle of violence. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 296-305. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.296>
25. Craissati, J., & Beech, A. (2004). The characteristics of a geographical sample of convicted rapists : Sexual victimization and compliance in comparison to child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(4), 371-388. <https://doi.org/10.1177/0886260503262078>

26. Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002a). Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(3), 225-239. <https://doi.org/10.1177/107906320201400303>
27. Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002b). The parental bonding experiences of sex offenders: A comparison between child molesters and rapists. *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 909-921. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00361-7](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00361-7)
28. Dalsklev, M., Cunningham, T., Travers, Á., McDonagh, T., Shannon, C., Downes, C., & Hanna, D. (2019). Childhood trauma as a predictor of reoffending in a Northern Irish probation sample. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104168. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104168>
29. Dargis, M., Newman, J., & Koenigs, M. (2016). Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders. *Personality Disorders*, 7(3), 221-228. <https://doi.org/10.1037/per0000147>
30. Davis, K. A., & Knight, R. A. (2019a). Childhood maltreatment experiences and problematic sexual outcomes in adult males who have sexually offended: Further evidence of the potency of male caregiver psychological abuse. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104097. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104097>
31. Davis, K. A., & Knight, R. A. (2019b). The Relation of Childhood Abuse Experiences to Problematic Sexual Behaviors in Male Youths Who Have Sexually Offended. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 2149-2169. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1279-3>
32. DeGue, S., DiLillo, D., & Scalora, M. (2010). Are all perpetrators alike? Comparing risk factors for sexual coercion and aggression. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(4), 402-426. <https://doi.org/10.1177/1079063210372140>
33. DeLisi, M., & Beauregard, E. (2018). Adverse Childhood Experiences and Criminal Extremity: New Evidence for Sexual Homicide. *Journal of Forensic Sciences*, 63(2), 484-489. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13584>

34. Domes, G., Mense, J., Vohs, K., & Habermeyer, E. (2013). Offenders with antisocial personality disorder show attentional bias for violence-related stimuli. *Psychiatry Research*, 209(1), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.005>
35. Drury, A. J., Elbert, M. J., & DeLisi, M. (2019). Childhood sexual abuse is significantly associated with subsequent sexual offending: New evidence among federal correctional clients. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104035. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104035>
36. "Expertise Psychiatrique Pénale." Accessed September 19, 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_546807/fr/expertise-psychiatrique-penale.
37. Felson, R. B., & Lane, K. J. (2009). Social learning, sexual and physical abuse, and adult crime. *Aggressive Behavior*, 35(6), 489-501. <https://doi.org/10.1002/ab.20322>
38. Forouzan, E., & Van Gijsegem, H. (2005). Psychosocial adjustment and psychopathology of men sexually abused during childhood. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(6), 626-651. <https://doi.org/10.1177/0306624X04273650>
39. Frude N.(1982). The sexual nature of sexual abuse : A review of litterature. *Child abuse and Neglect*, 6, 211-223
40. George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*(pp. 649–670). The Guilford Press.
41. Gerwinn, H., Weiß, S., Tenbergen, G., Amelung, T., Födisch, C., Pohl, A., Massau, C., Kneer, J., Mohnke, S., Kärgel, C., Wittfoth, M., Jung, S., Drumkova, K., Schiltz, K., Walter, M., Beier, K. M., Walter, H., Ponseti, J., Schiffer, B., & Kruger, T. H. C. (2018). Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending—Differentiating sexual preference from offence status. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 51, 74-85. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.002>

42. Grady, M. D., Levenson, J. S., & Bolder, T. (2017). Linking Adverse Childhood Effects and Attachment : A Theory of Etiology for Sexual Offending. *Trauma, Violence & Abuse, 18*(4), 433-444. <https://doi.org/10.1177/1524838015627147>
43. Graham, N., Kimonis, E. R., Wasserman, A. L., & Kline, S. M. (2012). Associations among childhood abuse and psychopathy facets in male sexual offenders. *Personality Disorders, 3*(1), 66-75. <https://doi.org/10.1037/a0025605>
44. Grattagliano, I., Cassibba, R., Costantini, A., Laquale, G. M., Latrofa, A., Papagna, S., Sette, G., Taurino, A., & Terlizzi, M. (2015). Attachment models in incarcerated sex offenders: A preliminary Italian study using the adult attachment interview. *Journal of Forensic Sciences, 60 Suppl 1*, S138-142. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12652>
45. Gravier, Bruno. “Chapitre 6. De la perception de la dangerosité à l'évaluation du risque de violence.” In *Psychocriminologie, 2e éd.*:57–70. Psychothérapies. Paris: Dunod, 2012. <https://www.cairn.info/psychocriminologie--9782100575947-p-57.htm>.
46. Groth, A.N et Burgess, A.W (1977). Motivational intent in the sexual assault of children. *Criminal Justice Behavior, 4* (3), 253-264
47. Grubin, D. (1994). Sexual murder. *The British Journal of Psychiatry, 165*(5), 624–629. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.5.624>
48. Guide de l'injonction de soins
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf
49. Häkkänen-Nyholm, H., Repo-Tiihonen, E., Lindberg, N., Salenius, S., & Weizmann-Henelius, G. (2009). Finnish sexual homicides : Offence and offender characteristics. *Forensic Science International, 188*(1-3), 125-130. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2009.03.030>
50. Hall, K. L., Stinson, J. D., & Moser, M. R. (2018). Impact of Childhood Adversity and Out-of-Home Placement for Male Adolescents Who Have Engaged in Sexually Abusive Behavior. *Child Maltreatment, 23*(1), 63-73. <https://doi.org/10.1177/1077559517720726>

51. Hanson, R.K., and S. Slater. "Sexual Victimization in the History of Sexual Abusers: A Review." *Annals of Sex Research* 1, no. 4 (October 1, 1988): 485–99. <https://doi.org/10.1177/107906328800100402>.
52. Haute autorité de santé. Prise en charge de la psychopathie https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Psychopathie_recos.pdf
53. Hensley, C., Tallichet, S. E., & Dutkiewicz, E. L. (2011). Examining demographic and situational factors on animal cruelty motivations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(3), 492-502. <https://doi.org/10.1177/0306624X10362661>
54. Hensley, Christopher, Suzanne E. Tallichet, and Erik L. Dutkiewicz. "Childhood Bestiality: A Potential Precursor to Adult Interpersonal Violence." *Journal of Interpersonal Violence* 25, no. 3 (March 2010): 557–67. <https://doi.org/10.1177/0886260509360988>.
55. Holoyda, Brian, Ravipreet Gosal, and K. Michelle Welch. "Bestiality Among Sexually Violent Predators." *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 48, no. 3 (September 2020): 358–64. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.003941-20>.
56. Holoyda, Brian J., and William J. Newman. "Childhood Animal Cruelty, Bestiality, and the Link to Adult Interpersonal Violence." *International Journal of Law and Psychiatry* 47 (August 2016): 129–35. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.017>.
57. Howell, K. H., Cater, Å. K., Miller-Graff, L. E., Schwartz, L. E., & Graham-Bermann, S. A. (2017). The relationship between types of childhood victimisation and young adulthood criminality. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 27(4), 341-353. <https://doi.org/10.1002/cbm.2002>
58. Ito, Kanako, Satomi Doi, Aya Isumi, and Takeo Fujiwara. "Association between Childhood Maltreatment History and Premenstrual Syndrome." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 2 (January 18, 2021): E781. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020781>

59. Javakhishvili, Magda, and Cathy Spatz Widom. "Childhood Maltreatment, Sleep Disturbances, and Anxiety and Depression: A Prospective Longitudinal Investigation." *Journal of Applied Developmental Psychology* 77 (December 2021): 101351. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2021.101351>.
60. Jennings, W. G., Richards, T. N., Tomsich, E., & Gover, A. R. (2015). Investigating the Role of Child Sexual Abuse in Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration in Young Adulthood From a Propensity Score Matching Approach. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(6), 659-681. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1057665>
61. Jespersen, A. F., Lalumière, M. L., & Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 179-192. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.004>
62. Jones, S., Cisler, J., Morais, H., & Bai, S. (2018b). Exploring Neural Correlates of Empathy in Juveniles Who Have Sexually Offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 30(1), 82-103. <https://doi.org/10.1177/1079063216630980>
63. Jones, S., Joyal, C. C., Cisler, J. M., & Bai, S. (2017). Exploring Emotion Regulation in Juveniles Who Have Sexually Offended: An fMRI Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(1), 40-57. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1259280>
64. Karila, L., and A. Wery. "Addiction sexuelle ou hypersexualité : 2 termes différents pour une même pathologie ?" *European Psychiatry*, Hors-série 1 – 6ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2014, 29, no. 8, Supplement (November 1, 2014): 537–38. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.407>
65. Kingston, D. A., Graham, F. J., & Knight, R. A. (2017). Relations Between Self-Reported Adverse Events in Childhood and Hypersexuality in Adult Male Sexual Offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 46(3), 707-720. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0873-5>
66. Knight, R. A., & Prentky, R. A. (1990). Classifying Sexual Offenders. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of Sexual Assault* (pp. 23-52). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2_3

67. Kolla, N. J., Malcolm, C., Attard, S., Arenovich, T., Blackwood, N., & Hodgins, S. (2013). Childhood maltreatment and aggressive behaviour in violent offenders with psychopathy. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(8), 487-494. <https://doi.org/10.1177/070674371305800808>
68. Kong, Jooyoung, and Lynn M. Martire. "Parental Childhood Maltreatment and the Later-Life Relationship with Parents." *Psychology and Aging* 34, no. 7 (November 2019): 900–911. <https://doi.org/10.1037/pag0000388>.
69. Kubik, Joanna, Meagan Docherty, and Paul Boxer. "The Impact of Childhood Maltreatment on Adolescent Gang Involvement." *Child Abuse & Neglect* 96 (October 2019): 104096. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104096>.
70. Lambie, I., Seymour, F., Lee, A., & Adams, P. (2002). Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(1), 31-48. <https://doi.org/10.1177/107906320201400103>
71. Langevin, R., & Curnoe, S. (2014). 6offenders different from other offenders? A clinical profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(7), 780-801. <https://doi.org/10.1177/0306624X13481206>
72. Langton, C. M., Murad, Z., & Humbert, B. (2015). Childhood Sexual Abuse, Attachments in Childhood and Adulthood, and Coercive Sexual Behaviors in Community Males : Main Effects and a Moderating Function for Attachment. *Sexual Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1079063215583853>
73. Legifrance - https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006070719/
74. Les Meurtriers Sexuels - 8. Deux Types de Meurtriers Sexuels : Le Colérique et Le Sadique - Presses de l'Université de Montréal." Accessed September 29, 2022.

75. Levenson, J. S., & Socia, K. M. (2016). Adverse Childhood Experiences and Arrest Patterns in a Sample of Sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(10), 1883-1911. <https://doi.org/10.1177/0886260515570751>
76. Levine, S. B. (2003). The Nature of Sexual Desire : A Clinician's Perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 279-285. <https://doi.org/10.1023/A:1023421819465>
77. Lyn, T. S., & Burton, D. L. (2004). Adult attachment and sexual offender status. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 150-159. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.2.150>
78. Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.
79. Majois, Vanessa, Saloppé X, Claire Ducro, and T. Pham. “La Psychopathie et Son Évaluation.” *EMC - Psychiatrie* 8 (January 1, 2011). [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(11\)58154-4](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(11)58154-4).
80. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2015
81. Marsa, F., O'Reilly, G., Carr, A., Murphy, P., O'Sullivan, M., Cotter, A., & Hevey, D. (2004). Attachment styles and psychological profiles of child sex offenders in Ireland. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 228-251. <https://doi.org/10.1177/0886260503260328>
82. Marshall, W. L., Serran, G. A., & Cortoni, F. A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 17-26. <https://doi.org/10.1177/107906320001200103>
83. Martin, K. A. (2014). Making sense of children's sexual behavior in child care : An analysis of adult responses in special investigation reports. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1636-1646. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.002>

84. McKillop, N., Smallbone, S., Wortley, R., & Andjic, I. (2012). Offenders' attachment and sexual abuse onset: A test of theoretical propositions. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(6), 591-610. <https://doi.org/10.1177/1079063212445571>
85. Myers, W., Lloyd, K., Turanovic, J. J., & Pratt, T. C. (2018). Revisiting a Criminological Classic: The Cycle of Violence. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 34(3), 266-286. <https://doi.org/10.1177/1043986218770003>
86. Nelson, Janna, Anne Klumparendt, Philipp Doebler, and Thomas Ehring. "Childhood Maltreatment and Characteristics of Adult Depression: Meta-Analysis." *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 210, no. 2 (February 2017): 96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>.
87. Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 575-586. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.575>
88. Noll, Thomas. "Sexual Violence in Prison." *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 52, no. 3 (June 2008): 251-52. <https://doi.org/10.1177/0306624X08316297>.
89. Nunes, K. L., Hermann, C. A., Renee Malcom, J., & Lavoie, K. (2013). Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism. *Child Abuse & Neglect*, 37(9), 703-711. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.008>
90. O'Brien, Betsy S., and Leo Sher. "Child Sexual Abuse and the Pathophysiology of Suicide in Adolescents and Adults." *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 25, no. 3 (2013): 201-5. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0053>.
91. Overton, Joshua C., Christopher Hensley, and Suzanne E. Tallichet. "Examining the Relationship between Childhood Animal Cruelty Motives and Recurrent Adult Violent Crimes toward Humans." *Journal of Interpersonal Violence* 27, no. 5 (March 2012): 899-915. <https://doi.org/10.1177/0886260511423256>.

92. Parker, G. (1990). The Parental Bonding Instrument: A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 25(6), 281–282. <https://doi.org/10.1007/BF00782881>
93. Pham, T.H (2006). L'Évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Bruxelles : Mardaga
94. Plummer, M., & Cossins, A. (2018). The Cycle of Abuse : When Victims Become Offenders. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(3), 286-304. <https://doi.org/10.1177/1524838016659487>
95. Pope, V. T. (2001). Prevalence of childhood and adolescent sexual abuse among sex offenders. *Psychological Reports*, 89(2), 355-362. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.89.2.355>
96. Psychiatrie légale et criminologie clinique (2013) –Senon J.L, Jonas C., Voyer M.Elsevier Masson p : 225-226
97. Rapport insécurité violence 2021 - <https://mobile.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Insecurite-et-delinquance-en-2021-bilan-statistique>
98. Rapport des violences sexuelles CNRS 2017
https://www.inshs.cnrs.fr/sites/institut_inshs/files/news/2021-09/rapport-violences-sexuelles-cnrs-avril-2017.pdf
99. Rapport mondial sur la violence et la santé – OMS 2002
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf
100. Reavis, J. A., Looman, J., Franco, K. A., & Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality : How long must we live before we possess our own lives? *The Permanente Journal*, 17(2), 44-48. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-072>
101. Reckdenwald, A., Mancini, C., & Beauregard, E. (2013). The cycle of violence : Examining the impact of maltreatment early in life on adult offending. *Violence and Victims*, 28(3), 466-482. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00054>

102. Rettenberger, M., Hill, A., Dekker, A., Berner, W., & Briken, P. (2013). Genital abnormalities in early childhood in sexual homicide perpetrators. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 972-980. <https://doi.org/10.1111/jsm.12051>
103. Revitch, Eugene, and Louis B. Schlesinger. *Psychopathology of Homicide*. Thomas C., 1981
104. Rist, K.(1979). Incest : Theoretical and clinical views. *American journal of Orthopsychiatry*, 49, 680-691
105. Romano, H el ene. "Chapitre 3. Enfants victimes de violences physiques et conséquences sur le lien fraternel." In *Violence et famille*, 34-47. Psychothérapies. Paris: Dunod, 2011. <https://doi.org/10.3917/dunod.couta.2011.01.0034>.
106. Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., Hastings, R., Stevenson, J., & Skuse, D. (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males : A longitudinal study. *Lancet (London, England)*, 361(9356), 471-476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12466-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12466-X)
107. Schimmenti, A., Di Carlo, G., Passanisi, A., & Caretti, V. (2015). Abuse in childhood and psychopathic traits in a sample of violent offenders. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(4), 340-347. <https://doi.org/10.1037/tra0000023>
108. "Self-Reports of Early Childhood Victimization among Incarcerated Adult Male Felons. - PsycNET." Accessed September 20, 2022. <https://psycnet.apa.org/record/1998-02773-003>.
109. Simons, D. A., Wurtele, S. K., & Durham, R. L. (2008). Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 549-560. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.03.027>
110. Smallbone, S. W., & Dadds, M. R. (2000). Attachment and coercive sexual behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 3-15. <https://doi.org/10.1177/107906320001200102>

111. Smallbone, S. W., & McCabe, B.-A. (2003). Childhood attachment, childhood sexual abuse, and onset of masturbation among adult sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1177/107906320301500101>
112. Strassberg, Donald S., Angela Eastvold, J. Wilson Kenney, and Yana Suchy. "Psychopathy among Pedophilic and Nonpedophilic Child Molesters." *Child Abuse & Neglect* 36, no. 4 (April 2012): 379–82. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.09.018>
113. Stirpe, T. S., & Stermac, L. E. (2003). An exploration of childhood victimization and family-of-origin characteristics of sexual offenders against children. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 542-555. <https://doi.org/10.1177/0306624X03253316>
114. Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12(2), 133–156. <https://doi.org/10.1017/S0954579400002029>
115. Swogger, M. T., Conner, K. R., Walsh, Z., & Maisto, S. A. (2011). Childhood abuse and harmful substance use among criminal offenders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1205-1212. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.025>
116. Thomas, S. P., Phillips, K., Carlson, K., Shieh, E., Kirkwood, E., Cabage, L., & Worley, J. (2013). Childhood experiences of perpetrators of child sexual abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(3), 187-201. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00349.x>
117. Tereno, Susana, Isabel Soares, Eva Martins, Daniel Sampaio, and Ellizabeth Carlson. "La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique." *Devenir* 19, no. 2 (2007): 151–88. <https://doi.org/10.3917/dev.072.0151>.
118. Trevarthen, C., and K. J. Aitken. "Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications." *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 42, no. 1 (January 2001): 3–48.

119. Vladimir, M., & Robertson, D. (2020). The Lived Experiences of Non-Offending Fathers with Children Who Survived Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(3), 312-332. <https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1620396>
120. Voith, L. A., Anderson, R. E., & Cahill, S. P. (2020). Extending the ACEs Framework : Examining the Relations Between Childhood Abuse and Later Victimization and Perpetration With College Men. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(17-18), 3487-3512. <https://doi.org/10.1177/0886260517708406>
121. Voyer, Mélanie, and Jean-Louis Senon. "30. Dangerosité criminologique." In *L'expertise pénale psychologique et psychiatrique*, 379–88. Aide-Mémoire. Paris: Dunod, 2014. <https://doi.org/10.3917/dunod.lopez.2014.01.0379>
122. Wamser-Nanney, R. (2018). Maternal support following childhood sexual abuse : Relationships to child-reported. *Child Abuse & Neglect*, 76, 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.021>
123. Ward, T., Hudson, S. M., & Marshall, W. L. (1996). Attachment Style in Sex Offenders : A Preliminary Study. *The Journal of Sex Research*, 33(1), 17-26. *Child Abuse & Neglect*, 76, 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.021>
124. Watts, S. J., & McNulty, T. L. (2013). Childhood abuse and criminal behavior : Testing a general strain theory model. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(15), 3023-3040. <https://doi.org/10.1177/0886260513488696>
125. Weeks, R., & Widom, C. S. (1998). Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(3), 346–361. <https://doi.org/10.1177/088626098013003003>
126. Widom, Cathy Spatz. "Child Abuse, Neglect, and Adult Behavior." *American Journal of Orthopsychiatry* 59, no. 3 (1989): 355–67. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01671.x>

127. Widom, C. S., & Massey, C. (2015). A prospective examination of whether childhood sexual abuse predicts subsequent sexual offending. *JAMA Pediatrics*, *169*(1), e143357. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.3357>
128. Wood, E., & Riggs, S. (2008). Predictors of Child Molestation: Adult Attachment, Cognitive Distortions, and Empathy. *Journal of Interpersonal Violence*, *23*(2), 259-275. <https://doi.org/10.1177/0886260507309344>
129. Yoder, J. R., Grady, M., & Dillard, R. (2019). Maternal Caregiving Practices and Child Abuse Experiences as Developmental Antecedents to Insecure Attachments: Differential Pathways Between Adolescents Who Commit Sexual and Non-Sexual Crimes. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *31*(7), 837-861. <https://doi.org/10.1177/1079063218784557>
130. Zara, G., & Farrington, D. P. (2009). Childhood and adolescent predictors of late onset criminal careers. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(3), 287-300. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9350-3>
131. Zara, G., & Farrington, D. P. (2010). A longitudinal analysis of early risk factors for adult-onset offending: What predicts a delayed criminal career? *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, *20*(4), 257-273. <https://doi.org/10.1002/cbm.763>
132. Zelazny, Jamie, Nadine Melhem, Giovanna Porta, Candice Biernesser, John G. Keilp, J. John Mann, Maria A. Oquendo, Barbara Stanley, and David A. Brent. "Childhood Maltreatment, Neuropsychological Function and Suicidal Behavior." *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* *60*, no. 10 (October 2019): 1085–93. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13096>.
133. Zhang, J., & Zheng, Y. (2018). Childhood maltreatment profiles among incarcerated Chinese males and their associations with personality disorder symptoms and criminal behaviors. *Psychiatry Research*, *268*, 272-278. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.063>
134. Zingraff, Matthew T., Jeffrey Leiter, Kristen A. Myers, and Matthew C. Johnsen. "Child Maltreatment and Youthful Problem Behavior*." *Criminology* *31*, no. 2 (1993): 173–202. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1993.tb01127.x>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BALTYDE Prénom : Kathleen

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À STRASBOURG , le 1er OCTOBRE 2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction : En France, la loi de 1998 marque un tournant majeur dans la prise en charge des auteurs agressifs sur un plan sexuel dès lors qu'elle introduit la notion de soins psychiatriques pénalement obligés, sous la forme d'injonction de soin, après un passage à l'acte sexuel agressif. Les études nationales font le constat d'une augmentation de la violence sexuelle sur le territoire français se caractérisant par une inflation des dépôts de plaintes et des incarcérations pour ces faits. Le médecin psychiatre se retrouve au cœur de la prise en charge des violences sexuelles qui exige une étroite collaboration entre justice et santé.

Objectif : Etudier les facteurs prédictifs du passage à l'acte agressif sexuel et les facteurs prédictifs de la récidive sexuelle.

Méthode : L'étude consiste en une revue de la littérature scientifique composée de 29 articles publiés entre 2000 et 2020.

Résultats : L'étude du *cycle de la violence* a montré une victimisation physique systématique chez les individus violents non agresseurs sexuels et une victimisation psychologique systématique chez les individus les plus violents. L'étude du *cycle abus* a permis de mettre en évidence des victimisations sexuelles chez les auteurs de violences sexuelles. Pour les agresseurs sexuels d'enfants pédophiles, cette victimisation sexuelle survient avant 12 ans. Dans le profil victimaire des meurtriers sexuels, les trois formes de victimisations sont retrouvées. Une problématique attachementiste est systématiquement retrouvée chez les auteurs de violences sexuelles à l'inverse d'un trouble de la personnalité psychopathique. Parmi les facteurs prédictifs de la récidive, le trouble de l'affectivité semble être l'élément retrouvé chez les individus les plus dangereux.

Conclusion : La victimisation psychologique reste la plus sévère. Pour une meilleure prise en charge des auteurs de violences sexuelles, l'étude spécifique du cycle abus apparaît nécessaire.

Rubrique de classement : PSYCHIATRIE

Mots-clés : « CHILDHOOD » « SEXUAL OFFENDERS »

Président : Professeur VIDHAILET Pierre – Psychiatre et Expert psychiatre

Assesseurs :

Mr le Dr ROHMER Jean-Georges – Praticien Hospitalier – Psychiatre et psychiatre Expert

Mme le Dr DE HERBAY Alexandra – Praticien hospitalier – Psychiatre

Mr le Dr ROHMER Adrien - Chef de Clinique – Assistant – Psychiatre

Mr le Dr COUTELLE Romain – Praticien Hospitalier – Pédopsychiatre, Docteur en neurosciences

Adresse de l'auteur : Résidence Côté Parc,
27 A rue Cerf Berr
67200 Strasbourg