

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État Mention Psychiatrie

Par

HOLSTEIN Floriane

Née le 26/12/1994 à Mulhouse

**L'efficacité de l'injonction de soins sur la récurrence des auteurs de
violences sexuelles en Alsace :**
Une étude quantitative observationnelle

Président de thèse : Pr BERTSCHY Gilles, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier

Directeur de thèse : Dr ROHMER Jean-George, Praticien Hospitalier



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition AVRIL 2024
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUCES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. HENNI Samir

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Sélamak Immunologie biologique
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS°	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Selamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-DHLMANN Sophie	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRP0 NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	• Pôle d'urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP0 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	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP0 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	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP0 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	NRP0 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

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessia	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô 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
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô 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	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et Interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations 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
Mme PERRETTA Silvana	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP0 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	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IG BMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP0 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	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme RDV Catherine	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô 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	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô 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)
VIDAILHET Pierre	NRPô 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	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• 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	NRPô CS	• 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 RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

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

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENDTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• 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		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CARRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• 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		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMD - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• 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		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIDU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• 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)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENSEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HERZOG Florent
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	- Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	- Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	- Pôle de 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'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	- Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
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 septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- 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)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Dr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	LDNSDORFER 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
BLOCK Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHALVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	DUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PATRIE Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CLAVERET Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
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	SANDONER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFODUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQUIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, DRL et mammaire) / 01.09.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
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

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

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

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°35 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

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 A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



SERMENT D'HIPPOCRATE (version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être le président du jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail, ainsi que pour votre enseignement, votre bienveillance et votre disponibilité tout au long de notre cursus.

A Monsieur le Professeur VIDAILHET Pierre, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail. J'espère que ce travail satisfera vos attentes.

A Monsieur le Docteur ROHMER Jean-George, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Je vous remercie de m'avoir partagé vos lectures, votre savoir, votre expérience ainsi que de m'avoir ouvert l'accès aux dossiers de vos patients, et tout cela avec des traits d'humour toujours appréciables. Je vous remercie de m'avoir éclairée et corrigée avec bienveillance quand cela était nécessaire.

A Madame la Docteur GODARD Estelle, je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes attentes. Je te remercie d'avoir été un soutien sans faille, d'avoir partagé ton savoir et ton expérience durant mon stage aux urgences. Ta méthodologie et ton éthique du travail m'a toujours inspirée.

A Monsieur le Docteur LEFEBVRES François, je vous remercie pour l'aide statistique que vous m'avez apportée.

A mes chefs, je vous remercie pour toute l'expérience et l'encadrement que vous m'avez apporté.

Mes remerciements tout particuliers à :

Docteur FAIDHERBE Max, à jamais le tout premier chef de mon internat. Je te remercie pour ton enseignement, ton calme et ton flegme en toute circonstance qui m'ont permis de toujours relativiser.

Docteur GRETH Justine, admirable PH et amie. Je te remercie pour le partage de ton savoir, de tes conseils toujours avisés et de m'avoir permis de prendre confiance en mes capacités.

Docteur DE HERBAY Alexandra, pilier des urgences et psychiatre omniprésente. Je te remercie pour ta bienveillance, pour le partage de ton expérience et de ton soutien dans chaque situation « dépassée ». Le Tiapridal restera à jamais gravé dans mon esprit, comme une solution miraculeuse... Merci de m'avoir appris que même les situations cliniques les plus compliquées peuvent s'améliorer si le lien patient-soignant est présent.

A tous mes co-internes, mention spéciale à Caroline, Eloïse, Aliénor, Cassandra, Marion, Karen, je vous remercie pour ces moments partagés lors de l'internat. Les moments de partage d'expérience, de doutes et de bonnes blagues m'ont toujours été précieux.

A mes amies de l'externat, Ophélie, Pierre, Marion, compagnons de galères. Je vous remercie pour votre amitié, votre soutien, vos conseils et les moments de décompressions qu'on a partagé. J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve et de poursuivre nos aventures !

A mes amis du Lycée, Jules, Sébastien, Amandine, Edouard, je vous remercie pour les moments partagés, souvent hilarants, pour vos conseils et votre soutien. Votre amitié m'est

précieuse. J'espère que vous pardonneriez mes disparitions de la circulation et qu'on pourra se voir plus souvent désormais !

Enfin, le meilleur pour la fin, j'adresse mes plus chaleureux remerciement à ma famille.

A mes parents, je vous remercie pour tout le soutien, la sécurité et l'amour que vous m'avez apporté à chaque étape de ma vie. J'espère vous rendre fiers, et pouvoir vous donner autant que vous m'avez apporté.

A ma sœur adorée Coralie, je te remercie d'avoir toujours été là, dans les bons et les mauvais moments. Je te remercie pour ton amour et tes conseils, même si je ne les écoute pas toujours.... Même si les épreuves de la vie sont parfois difficiles, je sais notre relation est inestimable et qu'on sera toujours là l'une pour l'autre.

A mon beau-frère Charles, je te remercie pour ton soutien et les moments d'échange sur nos lectures, les films/séries, les jeux... toujours sous couvert d'humour et de rigolade !

A mon neveu et filleul, Maël, je te remercie pour ta joie de vivre et les moments partagés ensemble. Ta présence illumine nos vies !

A mes grands-parents, je vous remercie pour tous les moments partagés (souvent gourmands), pour votre soutien et votre fierté. Votre expérience et vos conseils m'ont toujours été précieux.

A mon oncle Patrick, je te remercie pour ton soutien, pour les moments partagés, pour ta générosité, et pour les nombreux cours de tennis qui ont forgé la tennis woman que je suis...

A mon compagnon et amoureux, Rémy (je préfère préciser au cas où il ne se reconnaît pas...), je te remercie pour ta patience, ton soutien précieux, ton amour et tous les moments de bonheur. J'espère que ton humour et ton calme te permettra de me supporter encore longtemps ! J'ai hâte de poursuivre notre route ensemble et de pouvoir profiter pleinement de la vie avec toi ! (Aller, plus qu'un an...)

A ma belle-mère Mumu, je te remercie pour les moments partagés, les délicieux repas, et les parties de tennis endiablées.

A ma belle-mère Betty, je vous remercie pour votre soutien, votre bienveillance, et votre générosité. J'attends toujours votre RIB patiemment, le montant de mes dettes s'allonge...

A ma belle-famille, je vous remercie pour votre soutien, et pour les moments partagés : les parties de paddle, les parties de jeux de société, les bons repas... C'est toujours un plaisir !

A ma marraine Nadine, je te remercie pour ton soutien, ta présence, les bons repas et moments de franche rigolades ! C'est toujours un plaisir de vous voir !

A tous les proches qui nous ont quitté, je ne pourrais jamais vous remercier assez pour tout ce que vous m'avez apporté. Les souvenirs des moments partagés me sont précieux. Vous nous manquez chaque jour. J'espère vous rendre fiers...

Je remercie aussi les patients qui ont croisé ma route, qui m'ont tant appris et dont les histoires ont parfois fait échos à ma vie. La force mentale et la résilience humaine m'impressionneront toujours.

J'adresse mes remerciements les plus sincères aux personnes que j'ai oublié de mentionner, car j'oublie toujours quelque chose... !

ABREVIATIONS

AVS : Auteur de violence sexuelle

CIIVISE : Commission Indépendante sur l’Inceste et les Violences faites aux Enfants

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français d’Opinion Publique

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

JAP : Juge d’Application des Peines

MC : Médecin coordonnateur

SME : Sursis avec Mise à l’Epreuve

SPIP : Service Pénitentiaire d’insertion et de Probation

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	22
1.1. Les violences sexuelles	22
1.1.1. La définition légale	22
1.1.1.1. L'histoire des violences sexuelles et de sa loi	22
1.1.1.1.1. Les violences sexuelles à travers l'histoire	22
1.1.1.1.2. L'histoire de la loi contre les violences sexuelles	28
1.1.1.2. La définition légale actuelle	31
1.1.2. La définition médicale	35
1.1.3. La définition sociale	39
1.1.4. Les conséquences des violences sexuelles	43
1.1.4.1. Les conséquences pour les victimes	43
1.1.4.2. Les conséquences pour les agresseurs	46
1.1.4.3. Les conséquences pour la société	49
1.2. L'agresseur sexuel	50
1.2.1. La définition légale	50
1.2.2. La définition médicale	52
1.2.2.1. La dimension psychiatrique	55
1.2.2.2. La dimension psychologique	58
1.2.2.2.1. L'approche psychanalytique	59
1.2.2.2.1.1. Les enjeux du passage à l'acte	59
1.2.2.2.1.2. Les troubles de l'attachement	61
1.2.2.2.1.3. La reconnaissance du passage à l'acte	64
1.2.2.2.2. L'approche cognitivo-comportementale	66
1.2.2.2.3. L'approche neurocognitive	67
1.2.2.2.3.1. Les hypothèses	68
1.2.2.2.3.2. Les différences entre les auteurs de violences sexuelles	69
1.2.2.2.4. Les profils et le passage à l'acte	73
1.2.2.2.4.1. Les auteurs de viols	74
1.2.2.2.4.2. Les auteurs de violences sur mineurs	77
1.2.2.2.4.3. Les consommateurs de pédopornographie	79
1.2.2.2.4.4. Les exhibitionnistes	79
1.2.2.2.4.5. Les meurtriers sexuels	81
1.2.3. La définition sociale	82
1.2.4. L'état actuel des condamnations	85
1.2.4.1. Les données administratives	85
1.2.4.2. Les données épidémiologiques	93
1.2.5. La récidive	99
1.2.5.1. Les données sur la récidive	99
1.2.5.2. Le risque de récidive	102
1.2.5.3. La notion de désistance	106

1.3. Les soins pénalement ordonnés	110
1.3.1. L'expertise	111
1.3.1.1. L'expertise psychiatrique	111
1.3.1.2. L'expertise psychologique	112
1.3.1.3. Le risque de récidive	114
1.3.1.4. Les facteurs de réceptivité et de protection.....	119
1.3.2. Les soins durant l'incarcération	121
1.3.3. L'injonction de soins.....	122
1.3.3.1. La définition et cadre légal	122
1.3.3.2. L'incitation aux soins	125
1.3.3.3. Les modalités de soins	127
1.3.3.3.1. Le médecin coordonnateur	127
1.3.3.3.2. Le psychiatre ou psychologue traitant	129
1.3.3.3.3. Les thérapeutiques	130
1.3.3.3.3.1. La psychothérapie	130
1.3.3.3.3.2. Les traitements médicamenteux	136
1.3.3.3.3.2.1. Les antidépresseurs	141
1.3.3.3.3.2.2. Les traitements hormonaux	142
1.3.4. Le centre Ressources pour les Auteurs de violences sexuelles (CRAVS).....	146
1.3.4.1. Le centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)	146
1.3.4.2. Le CRAVS Alsace	149
2. La présentation de l'étude	154
2.1. Le matériel et la méthode	154
2.1.1. La population	154
2.1.2. Les mesures	156
2.1.3. Les procédures	157
2.1.4. Le traitement des données	157
2.2. Les résultats	159
2.2.1. Les caractéristiques des AVS	159
2.2.1.1. La répartition du sexe et de l'âge	159
2.2.1.2. L'insertion professionnelle	160
2.2.1.3. Le statut conjugal	160
2.2.1.4. Le logement	162
2.2.1.5. Les évènements adverses dans l'enfance	163
2.2.1.6. Le parcours scolaire	164
2.2.1.7. Les antécédents médicaux	165
2.2.1.8. Les antécédents psychiatriques	165
2.2.1.9. Les antécédents judiciaires	167
2.2.1.10. Les caractéristiques de l'infraction menant au soins	168
2.2.1.11. Les caractéristiques de l'injonction de soins	170

2.2.1.11.1.	La durée du suivi	170
2.2.1.11.2.	L'évaluation par l'expertise	170
2.2.1.11.3.	Les caractéristiques du suivi.....	173
2.2.1.11.4.	La reconnaissance des faits et évolution	174
2.2.1.12.	Une population particulière	176
2.2.1.13.	La récidive et la réitération	178
2.2.1.13.1.	L'étude de la récidive	179
2.2.1.13.1.1.	Les motifs	179
2.2.1.13.1.2.	La reconnaissance des faits	180
2.2.1.13.1.3.	Les facteurs de risque de récidive retrouvés	180
2.2.1.13.1.4.	L'étude du suivi des récidivistes	181
2.2.1.13.2.	L'étude de la réitération	184
2.2.1.13.2.1.	Les motifs	184
2.2.1.13.2.2.	Les facteurs de risque de réitération	184
2.2.1.13.2.3.	L'étude du suivi des réitérants	185
2.2.1.13.3.	La rupture de suivi et ses conséquences	187
2.3.	La discussion	188
2.3.1.	Les résultats principaux	188
2.3.1.1.	Les données socio-démographiques	188
2.3.1.2.	Les données judiciaires	195
2.3.1.2.1.	Les antécédents	195
2.3.1.2.2.	Les motifs de la condamnation actuelle	196
2.3.1.2.3.	La durée de l'injonction de soins	197
2.3.1.3.	Les données médicales et psychiatriques	198
2.3.1.3.1.	Les antécédents médicaux	198
2.3.1.3.2.	Les antécédents psychiatriques	199
2.3.1.3.3.	Les données de l'expertise	199
2.3.1.3.4.	La reconnaissance des faits	202
2.3.1.4.	Les soins pénalement ordonnés	203
2.3.1.5.	La récidive, la réitération et la rupture de soins	205
2.3.1.5.1.	Le taux de récidive, de réitération et de rupture de suivi.....	205
2.3.1.5.2.	Les facteurs de risque de récidive et réitération.....	207
2.3.2.	Les forces et les faiblesses	210
2.3.3.	Les perspectives et les enjeux	212
2.4.	La conclusion	217

Annexe

Bibliographie

Résumé

La liste des tableaux

Tableau 1. Les diagnostics de paraphilie par le DSM 5	36
Tableau 2. Les diagnostics de paraphilie ou trouble de la préférence sexuelle par la CIM 10	37
Tableau 3. La classification des agresseurs sexuels selon Coutanceau	76
Tableau 4. Les caractéristiques des affaires de violences sexuelles traitées par les parquets en 2016	87
Tableau 5. Les classements sans suites et orientations des auteurs en 2016	87
Tableau 6. Motifs des classements sans suite en 2016	88
Tableau 7. Les caractéristiques des affaires liées aux mœurs traités par les parquets En 2016	92
Tableau 8. La proportion de personnes ayant connu des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcé au cours de la vie selon le sexe et l'âge (%), selon l'enquête baromètre santé 2016	95
Tableau 9. Les facteurs de risque de récurrence temporellement stables	118
Tableau 10. Le modalités et intervenants du suivi socio-judiciaire	124
Tableau 11. Les recommandations et niveau de prise en charge des paraphilies chez les AVS	140
Tableau 12. Les addictions	172

La liste des figures

Figure 1. Statistiques du sondage IPSOS 2022 concernant les préjugés sur le viol..	41
Figure 2. Données statistiques du sondage IPSOS 2022 concernant les fausses accusations de viol	42
Figure 3. Les dimensions et caractéristiques principales utilisés pour la typologie ...	53
Figure 4. La typologie des agresseurs de mineurs de Knight	78
Figure 5. La distribution par âge des victimes dans les affaires de viols et agressions sexuelles	86
Figure 6. Les modes de poursuite des AVS en 2016	91

Figure 7. Mécanismes de la désistance	107
Figure 8. Un modèle de la désistance	108
Figure 9. La cartographie des CRIAVS en France	147
Figure 10. La file active du CRAVS 67	151
Figure 11. La file active du CRAVS 68	152
Figure 12. Les données socio-démographiques des patients du CRAVS 68	152
Figure 13. L'évolution de la file active du CRAVS	153
Figure 14. La résumé des inclusions et exclusions	155
Figure 15. La répartition des âges	159
Figure 16. La situation professionnelle avant la condamnation	160
Figure 17. Le statut conjugal avant la condamnation	161
Figure 18. Le statut marital après la condamnation	161
Figure 19. La situation du logement après la condamnation	163
Figure 20. Les évènements adverses dans l'enfance	164
Figure 21. L'état des lieux de la scolarité	165
Figure 22. Les antécédents psychiatriques	167
Figure 23. Les antécédents judiciaires	168
Figure 24. La durée de l'injonction de soins	170
Figure 25. Le diagnostic des experts	171
Figure 26. Les paraphilies	171
Figure 27. Le trouble de la personnalité	172
Figure 28. Les auteurs ayant eu un traitement psychotrope	174
Figure 29. La reconnaissance des faits lors de l'expertise	175
Figure 30. La reconnaissance des faits au cours du suivi	176
Figure 31. Le taux de récidive, de réitération et de rupture de suivi	179

1. L'introduction

La problématique des violences sexuelles est plus que jamais au cœur des débats publics et médiatiques. Depuis la fin du XXe et le début du XXIe siècle, on voit de plus en plus de campagnes de sensibilisation et d'informations sur les violences sexuelles. Les condamnations des agresseurs ont progressivement évolué pour introduire la notion de soins, de suivi psychiatrique mais aussi de suivi socio judiciaire. Pourtant, malgré ces avancées, les plaintes, les procès et dénonciations publiques de violence sexuelle sont de plus en plus nombreux.

1.1. La définition des violences sexuelles

1.1.1. La définition légale

1.1.1.1. L'histoire des violences sexuelles et de sa loi

1.1.1.1.1. Les violences sexuelles à travers l'histoire

L'histoire des violences sexuelles reste assez fragmentée mais montre en tout temps des traces d'abus sexuels avec des justifications ou des limites variables.

Dans l'antiquité et dans certaines civilisations, les relations entre les hommes adultes et garçons mineurs étaient communément admises et permises, véhiculant l'idée d'une certaine transmission par le biais de la relation sexuelle (but éducatif). On parle de pédérastie.

On retrouve également des abus sur des enfants esclaves, ou sous le couvert de mariage précoce dans le contexte de guerre. Ainsi à Rome, l'âge légal de mariage était de 12 ans, bien qu'en pratique certaines filles étaient mariées plus jeunes.

L'antiquité tardive voit la condamnation par l'Église de la pédérastie mais les relations sexuelles avec des fillettes restaient acceptées s'il y avait mariage. Ainsi à cette époque, les hommes sont souvent mariés entre 25 et 30 ans, tandis que les filles ont en moyenne entre 15 et 19 ans (parfois le mariage reste précoce, à 6/7 ans).

Les guerres voyaient également le décuplement des violences sexuelles sur les enfants et les femmes adultes dans un but d'asservissement et d'esclavage.

Au Moyen Âge, la religion cherche à réguler les actes et désirs sexuels à travers les concepts moraux de vice et de vertu.

La régulation religieuse puis séculaire considérait la régulation de la sexualité comme la clé de l'ordre social. Le Codex Justinien, datant de 529, consacrait une partie importante à la régulation de la sexualité.

On retrouve très peu de données et de recherches faisant état des violences sexuelles durant cette période du Moyen Âge.

On retrouve des données judiciaires à partir du Moyen Âge tardif et du début de l'époque moderne. On relève alors une proportion importante d'agressions sexuelles sur enfants et notamment sur des jeunes filles.

Entre le Moyen Âge et le XIXe siècle, on retrouve des poursuites sous les termes de viol, d'abus, ou de fornication même s'ils n'étaient pas définis comme des délits à proprement dit.

Les agressions sexuelles sur les hommes sont poursuivies sous le terme de sodomie. Sous l'influence de l'église, l'inceste était également pénalement poursuivi dans le but d'éviter les mariages au sein d'une même famille.

Cependant, des traces de procès pour inceste fin XIVe siècle et début XVe siècle ont pu être retrouvées et bien souvent les incestes de pères sur leurs filles étaient minimisés par les juges car considérés comme une forme d'affection, d'attraction normale dans une relation père/fille ou père/ belle fille.

Néanmoins, les poursuites devant la justice n'étaient pas courantes et les voies extrajudiciaires étaient privilégiées (paiement, arrangements, mariage).

De plus, les poursuites judiciaires et leurs issues dépendaient bien souvent de l'origine et du statut social de la victime et de l'accusé. Les accusés avec un statut social important (médecin, juriste, enseignant, prêtre, maire) étaient souvent protégés.

À l'époque moderne, la notion de consentement commence à émerger pour les enfants, et des peines tenant compte de l'âge de la victime sont définies. Ainsi en 1576, la loi anglaise mentionne que les enfants de moins de 10 ans sont considérés comme non consentants de principe et donc victimes de viol en cas de pénétration. Cependant l'application de telles lois restait lâche du fait de mécanismes sociaux et judiciaires. En effet, certains médecins certifiaient l'impossibilité de pénétrer une fille impubère. De même, la victime enceinte était considérée comme consentante car on supposait alors qu'elle avait consenti à sécréter sa "semence". Aussi la pénétration n'était considérée comme un viol que s'il y avait eu éjaculation à l'intérieur du corps. Concernant les violences envers les garçons répertoriées par le crime de sodomie, elles ont souvent été évoquées dans un contexte de répression de l'homosexualité et étaient vues comme le marqueur de celle-ci et non pas comme une violence.

Jusqu'au XVIIème siècle, on considère que le viol porte surtout atteinte au père ou au mari plutôt qu'à la victime.

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, la loi établit surtout ce qui est moral plutôt que ce qui constitue une violence à l'encontre de la victime. Lorsque la justice condamne, elle condamne surtout la déviance vis à vis de la morale plutôt que la violence sur la victime. La victime est parfois condamnée au même titre que l'agresseur. Au fil des siècles, la loi a eu pour fonction d'établir une frontière entre la morale et la sexualité normale plutôt que d'établir la frontière entre sexualité et violence. La sexualité normale de l'époque étant définie comme conjugale, hétérosexuelle, vaginale et modérée.

Au XIX^e et XX^e siècle, les principaux changements sont l'émergence d'un mouvement de protection et la reconnaissance de droits aux enfants, la catégorisation de la pédophilie, l'influence de la sexologie et de la médecine mais aussi la stigmatisation des victimes par les médias et la justice. En effet, les victimes sont alors considérées comme des "futurs prostituées", ou de "petites vertus", et sont vues comme des dangers pour la société. En effet, les filles abusées sont ainsi isolées pour éviter qu'elles ne "contaminent" les autres enfants en leur faisant "perdre leur innocence enfantine". Les victimes étaient d'autant moins crédibles qu'elles venaient souvent d'un milieu social défavorisé. Les abus sexuels étaient vus par la bourgeoisie comme apparaissant dans les classes sociales inférieures, tant du côté des victimes que du côté des agresseurs. (1)

La convergence des discours médicaux, sociaux, juridiques et littéraires ont permis de transformer progressivement et profondément l'attitude face aux violences sexuelles sur les enfants.

La psychologie, la psychiatrie, les débats publics médiatiques et sociaux ont aussi permis de mieux comprendre les victimes et les agresseurs. Ceci a permis à la justice de s'intégrer progressivement dans la société et que les populations puissent s'emparer de la notion de droit sexuel individuel. Cependant, le respect des droits des enfants et leur protection a mis deux siècles à être effective.

Parallèlement à cette progression, permettant l'organisation de la justice et de la protection de l'enfance, on constate que la bourgeoisie est exclue du cercle des agresseurs potentiels.

Entre le XIXe et le XXe siècle, les médias s'invitent particulièrement dans les débats et communiquent de plus en plus sur les violences et crimes sexuels.

Depuis la fin du XXe et le début du XXIe siècle, les violences faites aux enfants dans les foyers ou dans leur famille sont de plus en plus mises en lumière et dénoncées.

Progressivement, les auteurs de violences sexuelles sur mineur sont catégorisés, et leur violence est dénoncée. Un aspect essentiel, vers lequel tous les discours et champs d'action convergent, est l'établissement de la pédophilie comme catégorie d'identité sexuelle.

Alors qu'aux débuts de la sexologie, la pédophilie avait été considérée comme une forme (pathologique) de pulsion sexuelle, le concept glissa progressivement vers celui d'une forme d'identité sexuelle, définissant une personne dans tout son être.

Dans les années 1970 et 1980 notamment, des pédophiles adoptèrent cette dénomination, la revendiquant en tant qu'identité ; ils s'agrégèrent en mouvance pédophile et exigèrent la possibilité de vivre leur sexualité comme n'importe quelle autre. (2)

Parallèlement, durant les années 1960, on assiste à une libération de la sexualité et on dénonce la moralisation de la sexualité, niant parfois la nécessité de recourir au système légal en cas de violence, notamment pour les enfants.

En 1977, plusieurs lettres sont signées par des personnalités pour réclamer la libération de trois hommes en détention provisoire pour le viol d'enfants de 13 à 14 ans car ils estiment que le viol était commis sans violence et que les enfants étaient consentants, puis demandant l'abolition de l'interdiction des relations entre majeurs et mineurs de moins de 15 ans et de la différence d'âge en fonction de l'orientation sexuelle de l'individu. (3)

On voit ici la volonté de dénoncer des inégalités vis-à-vis d'une orientation sexuelle particulière (pédophile), en partant du postulat d'un consentement possible de l'enfant. Cette tentative de décriminaliser la pédophilie fait écho à une tentative des féministes de sensibiliser l'opinion publique aux violences sexuelles et à renforcer la pénalisation du viol.

Au cours de l'histoire de France, on constate souvent l'opposition de deux mouvements d'opinion contraires : la condamnation des violences sexuelles par la population et la dénonciation du puritanisme associé à un supposé droit à la sexualité. On peut également se rappeler de la libération de la parole sur les violences sexuelles qu'a amené le mouvement MeToo en 2018 à la suite de la dénonciation d'un producteur de cinéma américain ayant agressé de nombreuses femmes. Une tribune s'y est opposée en défendant le droit d'importuner en expliquant que ce mouvement allait à l'encontre de la liberté sexuelle. De tels propos reflètent la confusion entre la sexualité et la violence, affirmant que la lutte contre les violences sexuelles va à l'encontre de la liberté sexuelle. (3)

1.1.1.1.2. L'histoire de la loi contre les violences sexuelles

Le premier code pénal faisant mention uniquement du viol datait de 1791 et comprenait deux circonstances aggravantes : viol sur mineur de moins de 14 ans et l'exercice de la violence ou la présence de complices.(3)

Il a fallu attendre 1810 pour voir inscrire l'interdiction des violences sexuelles dans le code Napoléonien dans le chapitre "atteinte aux mœurs".

Il est mentionné par l'article 331 : « Quiconque aura commis le crime de viol, ou sera coupable de tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe, sera puni de la réclusion. »

Il définit déjà certaines circonstances aggravantes : sur mineur de moins de 15 ans, si commis par personne ayant autorité, ou avec l'aide d'une ou plusieurs personnes. Le viol et l'attentat à la pudeur n'étaient pas définis précisément par la loi mais laissés à l'appréciation de la jurisprudence jusqu'en 1980.

La définition du viol était alors très limitée et incluait uniquement l'introduction du sexe masculin dans un sexe féminin hors mariage et avec violence. Les viols sur les épouses et sur les hommes ne sont pas considérés comme des infractions. Les viols avec pénétration digitale ou viols anaux, buccaux sont considérés comme des attentats à la pudeur.

En 1857, les notions de surprise et contrainte sont introduites via l'arrêt Dubas : « le crime de viol consiste dans le fait d'abuser une personne contre sa volonté, soit que le défaut de consentement résulte de la violence physique ou morale exercée à son égard, soit qu'il résulte de tout autre moyen de contrainte ou de surprise pour atteindre, en dehors de la volonté de la victime, le but que se propose l'auteur de l'action ».

En 1891, René Garraud, avocat et juriste, introduit la notion de consentement et dénonce son absence de définition claire dans la loi. Il définit le viol comme "tout commerce illicite avec une femme, obtenue contre sa volonté ou même sans le consentement de celle-ci". Il poursuit aussi en indiquant que dans certains cas la victime n'a pas subi de violence physique ou morale exerçant ainsi une contrainte mais que cela ne signifie pas pour autant qu'elle était en état de consentir en raison de son âge ou de son état physique.

Entre 1830 et 1978, le nombre de condamnations pour viol sur majeur est très faible. On note rétrospectivement 57 condamnations et 79 acquittés en 1830 et 190 condamnations en 1978.

On retrouve également une importante différence entre le nombre de plaintes pour viol (1489 en 1976) et le nombre de condamnations. Cela s'explique en partie par les classements sans suites mais aussi par une pratique de requalification du crime en délit. Cette pratique sera fortement critiquée par le mouvement féministe du XXe siècle, donnant lieu à une réforme de la loi dans le contexte de défense du droit des femmes du droit à disposer de leur corps. (3)

En 1980, le code pénal redéfinit la loi punissant le viol en synthétisant tous les éléments de la jurisprudence. Le crime de viol est alors défini comme : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte ou surprise ».

C'est la pénétration qui permet de distinguer le viol de l'attentat à la pudeur. L'attentat à la pudeur est qualifié de délit. L'introduction du terme "sur la personne d'autrui" permet d'inclure le sexe masculin dans les victimes.

De même, le viol conjugal devient désormais passible de poursuites.

La peine est alors réduite de la perpétuité à 10 ans d'emprisonnement.

Le code pénal est réformé en 1992 et introduit la notion de menace. L'attentat à la pudeur devient ainsi l'agression sexuelle.

La peine encourue pour le viol est augmentée à 15 ans de réclusion, comme pour les autres crimes. La peine encourue pour l'agression sexuelle est de 5 ans.

En 2006, la loi est modifiée et suppose le consentement entre époux par défaut "jusqu'à preuve du contraire". Cette modification a finalement été supprimée en 2010 grâce à la mobilisation de la population.

La loi est à nouveau reformée en 2018 pour faire suite à une affaire de viol sur mineur, et sous la pression des associations de victimes. Le terme "ou sur la personne de l'auteur", pour inclure la fellation imposée dans la définition du viol. Cette loi devait aussi permettre de fixer un âge en dessous duquel le consentement n'était pas possible. (4)

C'est la loi de 2021 qui a permis de fixer l'âge du consentement à 15 ans. La limite d'âge du consentement en cas d'inceste est lui fixé à 18 ans. Elle permet aussi d'étendre la qualification de viol à certains faits qui relevait auparavant de l'agression sexuelle.(4)

1.1.1.2. La définition légale actuelle

Le terme de violence sexuelle n'est pas mentionné dans la loi. Le défaut de définition légale des violences sexuelles permet de laisser place à une interprétation assez libre dans cette catégorie.

Aujourd'hui, les violences sexuelles comprennent le viol (sur mineur ou majeur), l'agression sexuelle (sur mineur ou majeur) et le harcèlement sexuel. Les infractions à caractère sexuel comprennent également l'atteinte aux mœurs composé de pédopornographie, corruption sur mineur, atteinte sexuelle, exhibitionnisme, outrage aux bonnes mœurs, prostitution. Une atteinte sexuelle est le fait d'exercer une atteinte sexuelle par un majeur sur un mineur de 15 ans sans violence, contrainte, menace ni surprise.(5)

Selon l'article 222-22, une agression sexuelle est une atteinte sexuelle commise avec contrainte, violence, menace ou surprise.

L'agression sexuelle est punie de 5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende.

La tentative d'agression est punie de la même peine.

Le viol est défini comme une pénétration, de quelque nature que ce soit, commise sur autrui ou sur l'auteur par contrainte, violence, menace ou surprise.

Concernant la contrainte, elle peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge ou d'une autorité de droit ou de fait sur la victime ou encore de chantage. Elle peut s'exercer sans menace extérieure, par exemple si l'agresseur est physiquement imposant. Un autre exemple de contrainte est la séquestration. La contrainte supprime la liberté et induit l'obligation de subir.

La surprise est l'obtention de faveurs sexuelles en trompant la victime par exemple par le biais d'administration de toxiques, ou en trompant la victime par un stratagème la prenant par surprise l'empêchant de pouvoir exprimer son refus, ou lorsque la victime n'a pas la capacité d'exprimer son consentement (handicap).

La menace est définie comme l'utilisation d'une arme ou menaces verbales de représailles.

Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle. Cette peine peut être majorée à 20 ou 30 ans en fonction des circonstances, du lien avec la victime ou de son âge, des conséquences sur la victime ou si il y a eu antériorité de passage à l'acte.(6)

L'infraction à caractère sexuel peut voir sa peine majorée si l'infraction est accompagnée de circonstances aggravantes. Les circonstances aggravantes sont définies selon les circonstances suivantes : lorsque l'acte a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, lorsqu'il a été commis sur un mineur de moins de 15 ans ou sur une personne vulnérable, lorsque l'acte est commis par un ascendant ou toute personne ayant autorité, lorsque l'acte est commis par plusieurs personnes, lorsqu'il est commis avec l'usage ou la menace d'une arme, lorsque l'auteur est connu pour avoir agressé d'autres victimes, lorsqu'il est commis par le conjoint, le concubin ou le

partenaire de PACS, lorsqu'il est commis sous l'influence d'alcool ou stupéfiant, lorsque la victime exerce une activité de prostitution, lorsqu'un mineur était présent et y a assisté, lorsque la victime est sous l'emprise d'une substance qu'elle a prise à son insu pouvant altéré son discernement ou le contrôle de ses actes.(7)

Les limites de la loi ont pu fluctuer au cours de l'Histoire, en fonction des évolutions des époques, des mentalités, des populations, et des crimes. La loi pénale sanctionne uniquement les violences sexuelles faisant l'objet d'une infraction ou incrimination et n'intervient pas pour régler les questions de morale. Le code pénal s'est toujours employé à séparer les infractions pénales des actes dits immoraux.

La loi pénale est d'interprétation stricte et distingue ce qui est légal, de ce qui ne l'est pas. Mais cette interprétation n'est pas définitive. En effet, la jurisprudence peut faire évoluer l'interprétation du texte de loi. Par exemple, le code civil de 1805 prévoyait un certain nombre d'obligations dans le cadre du mariage, dont le fameux "devoir conjugal" excluant le viol entre les époux. En 1990, la chambre criminelle de la Cour de cassation de la jurisprudence rectifie cette exclusion. En 1992, la Cour de cassation de jurisprudence confirme cette mesure. En 2006, le viol ou agression sexuelle par conjoint, concubin ou partenaire de PACS est devenu une circonstance aggravante.(6)

Pour qu'une infraction soit constituée, il est nécessaire de recueillir deux éléments : l'élément matériel et l'élément moral. L'élément moral définit l'intentionnalité de l'acte, la volonté d'agresser tout en sachant que la victime n'y consent pas.

L'élément matériel est défini comme : « tout acte ou comportement de nature à causer sur la personne de celle-ci une atteinte à son intégrité physique ou psychique. » Il

s'agit d'une violence caractérisée s'il existe un préjudice sur la victime sans concomitance nécessaire entre le comportement et sa conséquence. Sur le plan physique, la constatation de l'impact est nécessaire, tandis que sur le plan psychique il doit au moins être constaté une sérieuse émotion ou un choc émotif.

Concernant l'aspect sexuel, le droit français confirme le principe de liberté sexuelle, basé sur le consentement. Jusqu'à la loi de 2021, l'interprétation du consentement des mineurs de moins de 15 ans était laissée à l'appréciation des magistrats. Depuis, la loi fixe la limite du consentement des mineurs à 15 ans.(8)

On peut définir le consentement comme « un accord qui nécessite plusieurs conditions:

- une compréhension de ce qui est proposé,
- une connaissance des standards sociétaux pour ce qui est proposé,
- une connaissance des conséquences potentielles et des alternatives,
- la supposition que l'accord ou le refus sera également respecté,
- une décision volontaire,
- une compétence mentale. »(8)

Mais le consentement n'est pas clairement défini par la loi. Elle définit plutôt les critères pouvant prouver l'absence de consentement (contrainte, menace, surprise, violence). Ce qui pose un problème dans le cas où ces critères ne sont pas présents. On considère alors qu'en leur absence la victime est consentante. La loi française présuppose un consentement de la victime par défaut.(3)

1.1.2. La définition médicale

En France, il existe une recherche de consensus pour trouver un terme englobant et dépassant les simples champs pénaux ou psychiatriques trop restrictifs.

Plusieurs termes sont employés en pratique : on parle d'abus sexuels, d'agressions sexuelles, de maltraitances sexuelles, de violences sexuelles, ou encore d'infractions à caractère sexuel.

L'Organisation mondiale de la santé définit la violence sexuelle comme tout acte sexuel, tentative d'acte sexuel ou tout autre acte exercé par autrui contre la sexualité d'une personne en faisant usage de la force, qu'elle que soit sa relation avec la victime, dans n'importe quel contexte. Cette définition englobe le viol et la tentative de viol. Le viol est défini comme une pénétration par la force physique ou tout autre moyen de coercition de la vulve ou de l'anus, au moyen du pénis, d'autres parties du corps ou d'un objet. Les tentatives de viols sont définies comme des contacts sexuels non consentis et d'autres moyens de coercition sans contact physique. (9)

Les classifications médicales ne parlent pas de violences ou agressions sexuelles mais de troubles paraphiliques (DSM) ou trouble de la préférence sexuelle (CIM).

La classification DSM ou Diagnostic and Statistical Manual est un référentiel de diagnostic de trouble mentaux d'origine américaine. Le DSM III introduit pour la première fois le terme de "paraphilie" en 1980.

Les paraphilies sont définies comme des fantasmes ou des comportements sexuels fréquents portant sur des objets inanimés, des enfants ou adultes non consentants ou bien impliquant la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire.

Ces troubles entraînent une souffrance ou des perturbations du fonctionnement du paraphile, nuisant ou susceptibles de nuire à une autre personne. (10)

Le DSM IV définit les troubles paraphiliques comme étant “ des fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, des pulsions sexuelles ou des comportements survenant de façon répétée, intense et impliquant : des objets inanimés, la souffrance ou l’humiliation de soi-même ou de son partenaire, d’enfants ou autres personnes non consentantes et qui s’étend sur une période d’au moins six mois.”.

Le DSM V étoffe la définition en ajoutant la nécessité que cette paraphilie cause actuellement au sujet une détresse cliniquement significative, une altération du fonctionnement ou si sa satisfaction entraîne un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d’autres personnes.

Néanmoins, tous les agresseurs sexuels ne présentent pas obligatoirement de trouble paraphilique ou d’autres troubles psychiatriques. Inversement toutes les personnes atteintes de paraphilies ne sont pas des agresseurs sexuels. (11)

DSM-5, paraphilies		
302.4	Exhibitionnisme	tendance à exposer ses organes génitaux à une personne étrangère. Parfois, le sujet se masturbe tout en s'exhibant (ou en s'imaginant en train de s'exhiber). Si l'individu cède à ses impulsions, il n'y a généralement pas de tentative de poursuivre une activité sexuelle avec la personne étrangère. 2 critères diagnostiques (plus de 6 mois et sentiment de détresse)
302.81	fétichisme	utilisation d'objets inanimés (le « fétiche »). Parmi les objets fétiches les plus courants, on trouve les culottes féminines, les soutiens-gorge, les bas, les chaussures, les bottes, ou toute autre pièce (l'habillement. La personne présentant un Fétichisme se masturbe fréquemment tout en tenant à la main, frottant, ou sentant l'objet fétiche ou peut demander à son partenaire sexuel de porter l'objet au cours de leurs relations sexuelles
302.2	pédophilie	activité sexuelle avec un enfant prépubère (généralement âgé de 13 ans ou plus jeune). Le sujet présentant une Pédophilie doit avoir au moins 16 ans et avoir au moins 5 ans de plus que l'enfant
302.89	Frotteurisme	l'acte de toucher et de se frotter contre une personne non consentante. Le comportement se manifeste habituellement dans des lieux très peuplés d'où le sujet peut plus facilement échapper à une arrestation (p. ex., sur des trottoirs ou il y a foule, ou dans des transports publics).
302.83	Masochisme sexuel	l'acte (réel, non simulé) d'être humilié, battu, attaché ou livré à la souffrance par d'autres moyens. Certains individus sont importunés par leurs fantasmes imaginatives masochistes qui peuvent être évoquées au cours des rapports sexuels ou la masturbation, mais non mises en acte d'une autre manière
302.84	sadisme sexuel	La focalisation paraphilique du Sadisme sexuel implique des actes (réels, non simulés) dans lesquels le sujet retire une excitation sexuelle de la souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation). Certains individus présentant cette Paraphilie sont importunés par leurs fantasmes imaginatives sadiques qui peuvent être évoquées au cours d'un acte sexuel, mais qui ne sont pas mises en acte d'une autre manière
302.3	Transvestisme fétichiste	La focalisation paraphilique du Transvestisme fétichiste implique un travestissement d'un sujet masculin par des vêtements féminins. Souvent ou dans la plupart des cas, l'excitation sexuelle est déclenchée par le fait de penser ou d'imaginer être une femme (ce qu'on appelle l'« autogynéphilie »).
302.82	voyeurisme	l'acte d'observer des personnes qui ne s'en doutent pas, généralement des personnes étrangères, qui sont nues, en train de se déshabiller ou en train (l'avoir des rapports sexuels. L'acte de regarder (« mater ») a pour but (le déclencher une excitation sexuelle et, habituellement, le sujet ne cherche pas à avoir une activité sexuelle avec la personne observée.
302.9	Paraphilies non spécifiées	la scatologie téléphonique (appels téléphoniques obscènes), la nécrophilie (cadavres), le partialisme (focalisation exclusive sur une partie du corps), la zoophilie (animaux), la coprophilie (fèces), la clystérophilie (lavement), et l'urophilie (urine).

Tableau 1. Les diagnostics de paraphilie par le DSM 5.

La CIM ou Classification International des Maladies est une classification médicale de toutes les maladies connues. La CIM 8 fait mention de perversion sexuelle en 1965 puis on parle de déviation sexuelle dans la CIM 9 en 1978. Actuellement, dans la CIM 10, on parle de trouble de la préférence sexuelle.

CIM-10, troubles de la préférence sexuelle, paraphilies		
F65.0	Fétichisme	Utilisation d'objets inanimés comme stimulus de l'excitation et de la satisfaction sexuelle. De nombreux fétiches sont des prolongements du corps, comme des vêtements ou des chaussures. D'autres exemples courants concernent une texture particulière comme le caoutchouc, le plastique ou le cuir. Les objets fétiches varient dans leur importance d'un individu à l'autre. Dans certains cas, ils servent simplement à renforcer l'excitation sexuelle, atteinte par ailleurs dans des conditions normales (par exemple, le fait d'avoir un partenaire qui porte un vêtement particulier).
F65.1	Travestisme fétichiste	Port de vêtements du sexe opposé, principalement dans le but d'obtenir une excitation sexuelle et de créer l'apparence d'une personne du sexe opposé. Le travestisme fétichiste se distingue du travestisme transsexuel par sa nette association avec une excitation sexuelle et par le besoin de se débarrasser des vêtements une fois l'orgasme atteint et l'excitation sexuelle retombée. Il peut survenir en tant que phase précoce du développement d'un transsexualisme.
F65.2	Exhibitionnisme	Tendance récurrente ou persistante à exposer les organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit. Il y a habituellement, mais non constamment, excitation sexuelle au moment de l'exhibition et l'acte est, en général, suivi de masturbation.
F65.3	voyeurisme	Tendance récurrente ou persistante à observer des personnes qui se livrent à des activités sexuelles ou intimes comme le déshabillage. Cela survient sans que la personne observée sache qu'elle l'est et conduit généralement à une excitation sexuelle et à une masturbation.
F65.4	pédophilie	Préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté.
F65.5	sado-masochisme	Préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement. Si le sujet préfère être l'objet d'une telle stimulation, on parle de masochisme ; s'il préfère en être l'exécutant, il s'agit de sadisme. Souvent, un individu obtient l'excitation sexuelle par des comportements à la fois sadiques et masochistes.
F65.6	troubles multiples de la préférence sexuelle	Parfois, une personne présente plusieurs anomalies de la préférence sexuelle sans qu'aucune d'entre elles soit au premier plan. L'association la plus fréquente regroupe le fétichisme, le travestisme et le sadomasochisme.
F65.8	Autres troubles de la préférence sexuelle	Diverses autres modalités de la préférence et du comportement sexuel tels que le fait de dire des obscénités au téléphone, de se frotter à autrui dans des endroits publics comblés à la recherche d'une stimulation sexuelle, l'activité sexuelle avec un animal, l'emploi de la strangulation ou de l'anoxie pour augmenter l'excitation sexuelle. Frotteurisme, Nécrophilie
F65.9	Trouble de la préférence sexuelle, sans précision	Déviation sexuelle SAI

Tableau 2. Les diagnostics de paraphilie ou trouble de la préférence sexuelle par la CIM 10.

La CIM 11 définit le trouble paraphilique comme "un désir sexuel atypique impliquant d'autres personnes dont l'âge ou le statut rendent leur consentement impossible à obtenir ou l'acte est contraire à leur volonté. Le trouble doit persister pendant quelques mois.

En 2011, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie de nouvelles recommandations où figure le terme de "maltraitance sexuelle".

Cette définition précise que les maltraitances sexuelles sur mineur incluent aussi l'incitation et la dimension d'emprise psychologique qu'il peut exister dans l'incitation ou l'obligation de la relation sexuelle. Cette définition inclut toute personne ayant un âge inférieur à 18 ans, mais aussi l'absence de consentement dès lors qu'une contrainte semble présente.

P. Roman, psychologue clinicien, reprend les différentes désignations et leurs implications. Le terme agression sexuelle fait référence à un corpus législatif. Le terme infractions à caractère sexuel renvoie explicitement au domaine juridique. Le terme abus sexuels est utilisé dans le domaine clinique et sociologique mais fait aussi référence à une norme morale et à un aspect quantitatif. Le terme violences sexuelles fait référence surtout à la clinique qui domine, et met l'accent sur le processus de la violence dans les processus de la vie psychique. L'auteur rappelle que la violence sexuelle peut s'exprimer sans composante comportementale.

Mormont, professeur de psychologie, préfère le terme « violence sexuelle », car il permet de comprendre qu'il s'agit d'abord d'un problème de violence, et que le «sexuel» ne fait que délimiter provisoirement son champ d'application. Cette violence trouve deux modes d'expressions indissociables, le premier du côté de l'auteur de la violence qui renvoie à la lecture clinique et psychopathologique (criminologique) de la violence, le second du côté de la victime qui renvoie à la lecture clinique et psychopathologique du traumatisme ou psychotraumatisme.

Bergeret, psychiatre psychanalyste, s'inspire de l'étymologie du terme "violence" et explique qu'il s'agit expressément d'un « désir de vivre, à tout prix. », et qu'« elle ne

comporte pas d'agressivité ni de volonté de nuire ». Il est classique de différencier agressivité et violence. Dans le cas de la violence, Bergeret rapporte que « le sujet s'estime menacé par un objet extérieur [...] seul l'intérêt global et immédiat du sujet compte [...] le sort qui sera celui de l'objet soumis à la violence ne préoccupe pas le sujet [...] qui ne s'attache qu'à sa pure protection personnelle. » Par opposition, l'agressivité « concerne toujours un objet clairement identifié auquel sont attribuées des caractéristiques » qui justifient « les réactions affectives du sujet ». Dans ce dernier cas, le sujet en retire toujours un degré de satisfaction plus ou moins érotisé.

Pour résumer, les violences sexuelles désignent avant tout la violence comme processus fondamental et central de la problématique. En effet, le "sexuel" n'est que le lieu de survenue de cette violence.

Les violences sexuelles ne se limitent pas aux passages à l'acte et prennent en compte les violences psychiques. Les violences sexuelles impliquent obligatoirement un couple auteur/victime. Pour Bergeret, il s'agit donc d'un mécanisme défensif, de lutte pour la survie face à une menace majeure et angoissante sans volonté de nuire. Les conséquences pour la victime sont destructrices sur le plan psychique, physique, social et environnemental. Le terme « violences sexuelles » est donc un terme englobant l'aspect psychiatrique, psychologique mais aussi légal, social et criminel.(8)

1.1.3. La définition sociale

Actuellement, le terme de violence de sexe est préféré car les violences sexuelles sont des violences exercées par le sexe. Les violences sexuelles sont une catégorie de violences.

Il faut donc nécessairement définir la violence. Pour le philosophe Paul Ricoeur, la violence est “ la destruction par un autre de la capacité à agir d’un sujet”.

Selon Michel Wievorka, sociologue, la violence est “la négation de l’autre”. Par ailleurs, selon le philosophe Levinas, la violence « c’est envisager autrui, l’adversaire, avec un calcul logistique, comme un ingénieur mesurant l’effort nécessaire pour démolir la masse ennemie, autrui devenant masse. ». On peut donc conclure que la violence est la réduction d’un sujet à l’état d’objet par un autre individu. Aussi la position de domination, permet l’exercice de la violence plus aisément sans pour autant que son exercice soit systématique. Alors comment expliquer que certains choisissent la violence plus que d’autres ?

Certains agresseurs mettent en avant la recherche de plaisir, ou la satisfaction d’un besoin, d’un désir, d’une pulsion. Mais pour certains philosophes, il s’agit surtout d’exprimer sa toute-puissance. Parson explique que l’exercice de la violence est “la démonstration de la domination”. Pour Bernard Lempert, « le viol est une affaire de volonté de toute puissance ». (8)

Pour Tarana Burke, activiste et fondatrice du mouvement Me too, « les violences sexuelles n’ont rien à voir avec le sexe, c’est une question de pouvoir ».(12)

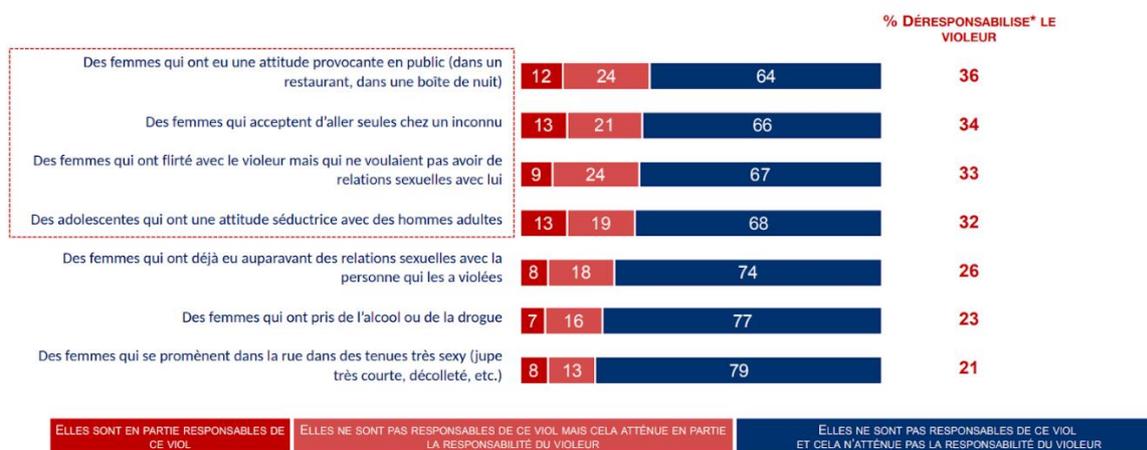
Les violences sexuelles sont définies par la Commission Indépendante sur l’Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIIVISE) comme “toute situation dans laquelle une personne impose à autrui un ou des comportements, une ou des paroles à caractère sexuel”. Cette définition permet d’élargir la définition et d’inclure des violences non comprises dans la définition légale comme : les baisers, les propos à caractère sexuel, la prostitution, le déni d’intimité et enfin les mutilations génitales (l’excision par exemple).(1)

Par ailleurs, certains sociologues évoque l'existence d'une « culture du viol ». Il s'agit d'un concept défini comme un ensemble d'attitudes, de croyances et comportements qui minimise, normalise voire encourage le viol. Selon eux, cette « culture du viol » imprègne encore notre société et cela s'observe dans les sondages. Par exemple, le sondage IPSOS de 2016 retrouve une définition de viol comme étant à l'extérieur, sous la menace d'une arme, par un inconnu, sur une victime de sexe féminin jeune et jolie. Sur les 1001 personnes, échantillon représentatif de la population française, 2/10 pense que si une femme dit non cela veut dire oui, 4/10 pense que la responsabilité de l'agresseur est atténuée si la victime avait une attitude provocante, 1/3 pense que les femmes peuvent ressentir du plaisir à une relation sexuelle forcée, et enfin 17% estime que forcer sa compagne à une relation sexuelle n'est pas un viol.

Une étude IPSOS de 2022 montre qu'1/3 des 1035 Français pense que certaines attitudes de la victime déresponsabilisent l'agresseur.

Avoir une attitude provocante, accepter d'aller seule chez un inconnu, flirter avec la personne ou avoir une attitude séductrice : des motifs de déresponsabilisation évoqués par 1/3 des Français.

*« Nous allons parler des femmes victimes de viol, c'est-à-dire qui ont dû subir un rapport sexuel alors qu'elles n'étaient pas consentantes. Personnellement, que pensez-vous des femmes qui sont violées dans les situations suivantes ? »
(base: ensemble de l'échantillon)*



*en partie responsables/ ne sont pas responsables mais cela atténue en partie la responsabilité du violeur

©Ipsos – Enquête auprès des Français et les Représentations sur le viol et violences faites aux femmes – Mémoire Traumatique et Victimologie — Décembre 2021



Résultats en %

Figure 1. Statistiques du sondage IPSOS 2022 concernant les préjugés sur le viol.

De même, 1 français sur deux considère que les fausses accusations sont fréquentes.

Par ailleurs, de nombreux Français considèrent toujours que les fausses accusations sont courantes...

« Selon vous, est-il très, assez, peu ou pas du tout fréquent que des personnes fassent les choses suivantes ? »
(base: ensemble de l'échantillon)

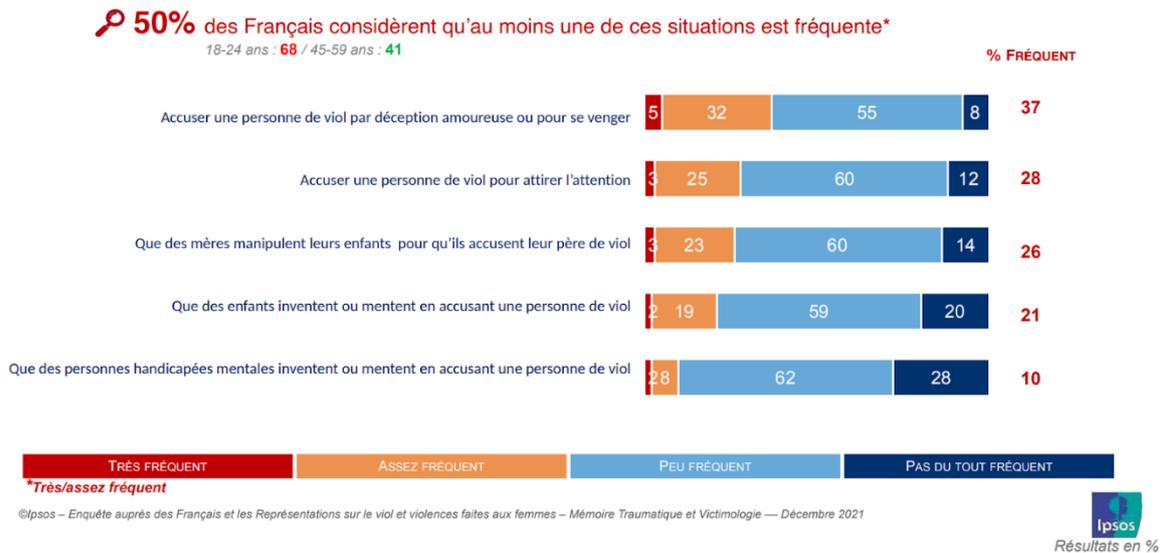


Figure 2. Données statistiques du sondage IPSOS 2022 concernant les fausses accusations de viol. (13)

Chercher à rendre responsable les victimes, ainsi que plaquer un aspect moral sur les violences, permet ainsi de ne pas avoir à penser à l'arbitraire et à l'aléatoire. Si la victime "l'a bien cherché", et donc était responsable de son agression, alors les témoins n'ont pas de raisons de s'inquiéter que cela se reproduise. (14)

La pornographie participe également à l'érotisation et à la normalisation des violences sexuelles.

Selon Gail Dines, sociologue travaillant sur les violences sexuelles, les pornographistes produisent des films de plus en plus violents contenant pour certains des scènes de viols de femme ou d'enfants, afin d'attirer et fidéliser les consommateurs.

Des études américaines ont montré que les consommateurs de pornographie sont plus à même d'adhérer à des préjugés sur le viol, et aussi plus à même de commettre un crime ou une agression sexuelle s'ils ont la certitude de ne pas être attrapés. (3)

Pour résumer, la définition des violences sexuelles par la population pourrait être la suivante : les violences sexuelles ont cette caractéristique particulière de faire naître des émotions fortes faisant effraction dans l'imaginaire collectif et menaçant la cohésion sociale. Elles sont sujettes à de nombreux préjugés tant sur la victime que sur l'agresseur. On retrouve aussi une connotation morale. Enfin les médias participent à la diffusion de certaines représentations, invisibilisant les autres violences (viol conjugal, viols d'homme, pédophilie féminine).

1.1.4. Les conséquences des violences sexuelles

1.1.4.1. Les conséquences pour les victimes

Les conséquences sont à la fois communes et variables en fonction du type de violence, du lien avec l'agresseur, de l'âge de la victime au moment des faits et de la qualité de l'entourage.

Pour les victimes ayant subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans, la révélation se traduit parfois par une rupture avec l'entourage et le milieu familial. Plus les violences ont commencé tôt, plus la rupture familiale est fréquente.

Chez les victimes, la prévalence des troubles psychiques vie entière s'élève à 5-6% chez les hommes et 10-13% chez les femmes.(1)

Les hommes et femmes victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans présentent une santé générale dégradée par rapport à la population n'ayant pas vécu de violences sexuelles. Elles ont deux fois plus de risque d'avoir souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. Les hommes ont aussi 5 fois plus de risques d'avoir présenté des idées suicidaires et d'avoir fait une tentative de suicide dans leur vie. Les femmes ont 4 fois plus de risque d'avoir ressenti des idées suicidaires dans l'année précédente ou d'avoir fait une tentative de suicide dans leur vie entière.(15)

Les victimes de violences sexuelles sont aussi plus à même de développer des troubles du comportement alimentaire telle que l'anorexie ou la boulimie, de développer des maladies chroniques, de subir des limitations d'activité, ou d'avoir un niveau d'éducation et de scolarisation plus faible.

On note également que la transition vers l'âge adulte, le départ du domicile familiale et l'âge de la première relation sexuelle sont plus précoces. Les relations sexuelles sont décrites comme durablement perturbées.(16)

Plus spécifiquement, les violences sexuelles peuvent donner lieu à :

- un état de stress aigu ;
- un trouble de stress post traumatique (TSPT) :
 - simple ;
 - complexe ;
 - état dissociatif.

A ces troubles de stress post traumatique peuvent s'associer plusieurs comorbidités:

- dépression (50% des TSPT) ;
- trouble anxieux (trouble panique, trouble anxieux généralisé, phobie sociale, phobie, troubles obsessionnels compulsifs) ;
- trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie)
- trouble de la personnalité (borderline, antisociale) ;
- comportement auto-agressif (10 fois plus de tentative de suicide dans la population présentant un TSPT, automutilation) ;
- trouble des conduites : agressivité, mises en danger, fugue, conduites d'hypersexualité, marginalisation ;
- addictions : consommation d'alcool chez 52% des hommes, 28% des femmes, consommation de substance psychoactives chez 35% des hommes et 27% des femmes ;
- trouble du sommeil ;
- trouble de la sexualité : certains rapportent une hypersexualité, des conduites sexuelles à risque, des troubles de la libido, une absence de plaisir.

On peut également noter des plaintes somatiques variables :

- fatigue chronique ;
- douleurs chroniques ;
- troubles gastro-intestinaux ;
- Troubles génito-urinaires : vaginisme, douleurs pelviennes chroniques, cystites à répétition, trouble de l'érection, difficultés à procréer, d'avantage de prématurité, difficultés à allaiter ;
- troubles neurologiques : crises non épileptiques psychogènes ;

- troubles cardiovasculaires ;
- troubles endocriniens : dysthyroïdie, déficit de l'immunité, diabète ;
- troubles ORL : douleurs, acouphènes ;
- troubles dermatologiques : eczéma, psoriasis.

On retrouve aussi des risques d'échec et de difficultés voire des abandons du cursus scolaire menant à des études ou parcours professionnels non désirés. Les risques de perte d'emploi, les arrêts maladie, les mises en invalidité ou l'affiliation à la MDPH sont également plus fréquents.

On observe aussi plus d'isolement social du fait de difficultés à nouer des liens, des risques de marginalisation, de situation de précarité, d'absence de domicile fixe et de prostitution. Tous ces facteurs de précarité sociale favorisent aussi le risque de se retrouver à nouveau victime, notamment de violences conjugales.

On observe chez les victimes une augmentation de la délinquance, du recours à la violence, mais aussi du risque de devenir à son tour un agresseur sexuel.(17)

1.1.4.2. Les conséquences pour les agresseurs

L'incarcération peut permettre une orientation vers les soins et l'amorce d'une prise de conscience des troubles.

La condamnation marque un rappel à la loi, certains évoquant une injonction à caractère paternel venant signifier l'écoute, l'interdit et la contenance. La condamnation récente peut permettre une prise de conscience et avoir un impact fort dans la décision de changement.

La condamnation peut ainsi servir d'aiguillon au changement. Cette période est particulièrement féconde pour entamer un travail psychothérapeutique.

L'incarcération marque aussi un coup d'arrêt à la libido, et permet pour certains une réduction de l'angoisse via l'effet contenant de l'incarcération, mais aussi une baisse des pulsions et des réactions violentes. Certains agresseurs se sentent également soulagés d'avoir été arrêtés, notamment ceux qui décrivent un passage à l'acte très impulsif. Les causes de ce soulagement sont : l'arrêt du processus d'agression qu'ils n'arrivaient pas à interrompre seuls, la valeur exemplaire de la sanction en tant que traitement pour ne plus recommencer, le besoin de contenance pour pouvoir réfléchir. On retrouve aussi des attitudes plus ambivalentes rapportant un soulagement mais aussi des regrets du « temps d'avant ».

Certains auteurs peuvent percevoir des sentiments de honte et de culpabilité après le passage à l'acte.

Les effets néfastes de la condamnation pour l'agresseur sont la décompensation de certains troubles psychiatriques : troubles anxieux, trouble de l'humeur, dépression, peu de décompensation psychotique, majoration du vécu de persécution, conduites auto-agressives.(18)

L'arrivée en détention peut être marquée par une exacerbation d'émotions telles que la colère, la frustration, le sentiment d'injustice et l'anxiété. Certains prévenus peuvent également subir un « choc carcéral », notamment ceux qui refusent le motif d'incarcération. Il s'agit d'un état de sidération pouvant mener à des troubles de l'adaptation, des troubles anxieux voire dépressifs avec la possibilité d'un passage à l'acte suicidaire. Cet état peut durer jusqu'à 3 semaines.(19)

Pour les auteurs de violences sexuelles, il y a également des conséquences matérielles liées à l’incarcération, mais aussi la stigmatisation pouvant conduire à l’isolement social, à la perte d’emploi et de logement, ainsi qu’à la perte des perspectives. Cette précarisation peut conduire à la récidive ou du moins la précipiter. L’incarcération et la condamnation peuvent aussi se solder par une rupture des liens familiaux, des liens amicaux ou de couple. La stigmatisation peut entraîner des difficultés importantes à se réinsérer dans la société.

Les sujets incarcérés pour des violences sexuelles peuvent être l’objet de violences physiques, psychologique et sexuelles en détention.

Leur retour dans la société peut être compliqué par les réminiscences de leur séjour en détention. Ils rapportent parfois la poursuite des automatismes qu’ils ont intégrés lors de leur détention plusieurs semaines à plusieurs mois après leur libération. Des souvenirs intrusifs voire des reviviscences de l’incarcération sont également décrits. On retrouve une prévalence élevée de TSPT parmi la population carcérale : la prévalence vie entière est de 17.8% chez les hommes et 40.1% chez les femmes. Cela pose la question de la proportion des TSPT faisant suite à l’incarcération. En effet, la violence est largement présente dans le milieu carcéral : les agressions physiques seraient 8 fois plus élevées chez les détenus hommes et 27 fois plus élevées chez les détenus femmes par rapport à la population générale. De même les violences sexuelles sont également sur-représentées : sur 6 mois, des détenues femmes ont décrit des abus sexuels par des détenus pour 21% d’entre elles et par des membres de l’administration pénitentiaire dans 7% des cas. Les détenus hommes

ont décrit des abus sexuels sur les derniers mois par des détenus pour 4% d'entre eux et par des membres de l'administration pénitentiaire pour 7% d'entre eux.

L'isolement, la promiscuité, l'insalubrité et la violence sont des facteurs de stress mais leurs conséquences au niveau psychiatrique ne sont pas clairement documentées.(20)

1.1.4.3. Les conséquences pour la société

Les conséquences des violences sexuelles sur la société sont multiples et variées.

Les violences sexuelles entraînent des conséquences non seulement sur la victime mais aussi sur sa famille, sur l'agresseur et la famille de l'agresseur.

Comme décrit plus haut, les violences sexuelles peuvent favoriser la rupture avec l'environnement familial, des difficultés à poursuivre ses études ou à maintenir un emploi et peuvent donc induire des situations de précarité et marginalisation.

Le soutien social et médicopsychologique des victimes a un coût de près de 10 milliards d'euros chaque année, tout en considérant qu'il n'y a qu'une partie des victimes qui bénéficie de ce soutien. (1)

On pourrait aussi évoquer la transmission transgénérationnelle du psychotraumatisme.

En effet, le silence voire le tabou autour des violences sexuelles au sein d'une famille, peuvent également impacter les enfants avec développement de troubles du comportement (mise en danger, hypersexualité, passage à l'acte), des difficultés scolaires (trouble de la concentration) voire des troubles somatopsychiques (sensations corporelles inexplicables, lourdeur, inconfort, dépression, anxiété, syndrome dissociatif).(21)

Aussi, le budget alloué aux mesures judiciaires est-il considérable, notamment si on considère l'incarcération.

Le coût des mesures d'incarcération s'élève en effet à 100 euros par jour en moyenne. Un détenu coûte environ 32 000 euros par an. (22)

Les violences sexuelles contribuent aussi au climat d'insécurité tangible dans certains espaces publics.

Au vu de la multiplicité et de l'ampleur des conséquences des violences sexuelles sur la société, il apparaît impératif de pouvoir contenir ce phénomène, d'autant plus que ces violences semblent se multiplier au fil des décennies. Ainsi est-il essentiel de s'intéresser aux agresseurs sexuels pour mieux appréhender leur fonctionnement et les motifs de leur passage à l'acte.

1.2. L'agresseur sexuel

1.2.1. La définition légale

L'auteur de violences sexuelles est souvent appelé auteur d'infraction à caractère sexuel. Il est le plus souvent défini par l'infraction qu'il a commise, mais d'autres critères sont pris en compte comme l'âge de la victime et son lien avec l'auteur, le contexte dans lesquels les faits sont commis, la présence ou non de circonstances aggravantes.

On peut également distinguer les infractions en fonction de la présence ou non de contact physique entre l'auteur et la victime.

Ainsi, les auteurs d'infractions sexuelles sont divisés en plusieurs catégories. Les différentes infractions sont :

- agression sexuelle
- viol
- exhibition sexuelle
- harcèlement sexuel
- voyeurisme
- captation, enregistrement et transmission de parole ou d'image à caractère sexuel
- revenge porn
- corruption de mineur
- atteinte sexuelle sur mineur
- proposition sexuelle à un mineur par le biais d'un moyen de communication électronique
- détention d'image à caractère pédopornographique
- diffusion d'image à caractère pédopornographique
- captation d'image à caractère pédopornographique
- extorsion d'image à caractère pédopornographique.(23)

Les catégories pénales sont cependant peu étanches car certains crimes peuvent être requalifiés en délit et d'autres délits peuvent être criminalisés en fonction des circonstances.

1.2.2. La définition médicale

Depuis les années 1980, de plus en plus de recherches ont été effectuées pour mieux comprendre les auteurs de violences sexuelles. On a ainsi cherché à catégoriser les agresseurs pour les comprendre et pouvoir les prendre en charge mais surtout pour empêcher la récurrence.

Il s'agit d'une population hétérogène. Les critères sociodémographiques sont également pris en compte pour décrire les auteurs de violences et les catégoriser : âge, genre, lieu de vie, situation professionnelle, situation personnelle, antécédents judiciaires, personnalité. Les hommes sont sur-représentés parmi les agresseurs.

On prend également en compte le passage à l'acte : caractéristiques du passage à l'acte, niveau de violence, dangerosité criminologique, mais aussi la typologie de la victime (âge, vulnérabilité, relation avec l'auteur, parenté, niveau de contact).

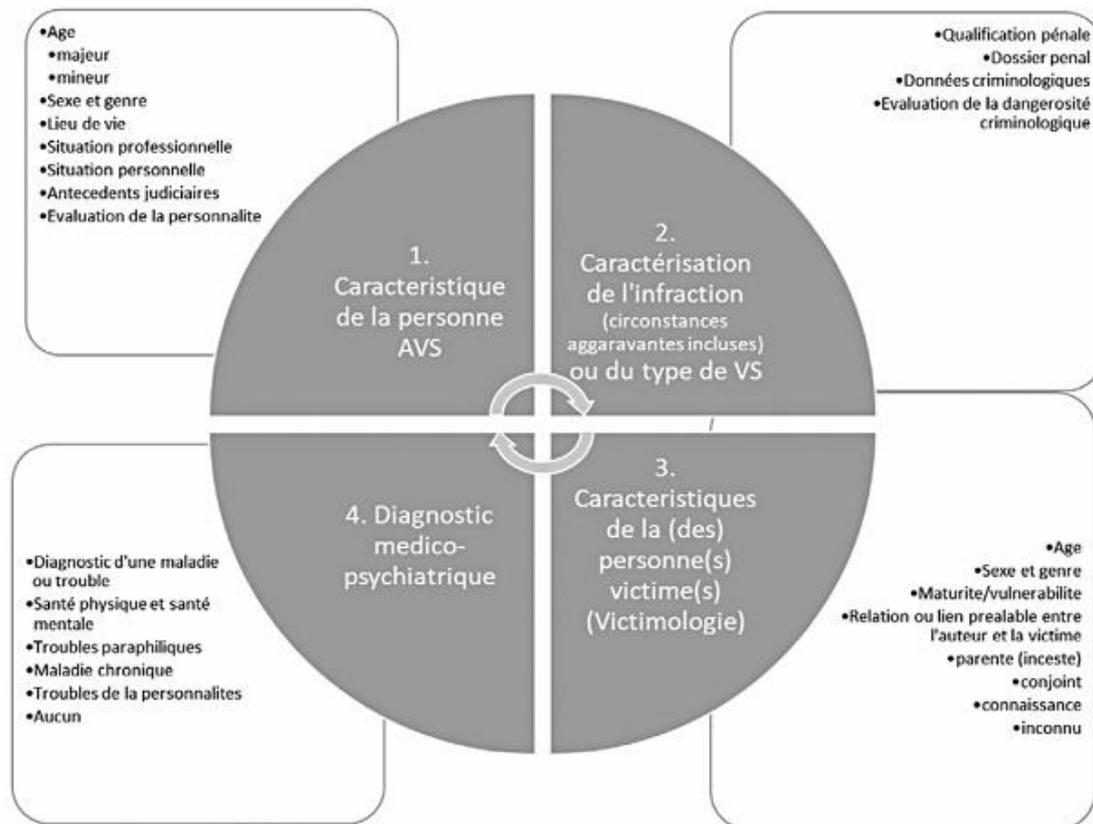


Figure 3. Les dimensions et caractéristiques principales utilisés pour la typologie.(8)

De plus, on recherche certains facteurs de risque de passage à l'acte qui seraient liés au développement dans l'enfance notamment la survenue d'évènements adverses dans l'enfance (violences intrafamiliales, agressions sexuelles) ou la présence d'une certaine vulnérabilité (fantasmes déviants, addictions, maladies somatiques ou psychiatriques).

En effet, certaines études montrent l'association entre les psychotraumatismes sexuels dans l'enfance et le risque d'avoir une sexualité déviante à l'âge adulte. Ainsi les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance sont deux fois plus élevés chez les auteurs de violences sexuelles sur mineur par rapport aux agresseurs d'adultes. Dans ce contexte, le risque de commettre une infraction à caractère sexuel serait 5 fois plus élevé sur un mineur plutôt que sur un majeur. (24)

Une étude sur la population d'auteurs placés en injonction en Normandie montre que plus de la moitié de l'échantillon a des antécédents de maltraitances physiques ou sexuelles.(25)

On peut aussi se pencher sur la période d'apparition des comportements sexuels problématiques. En effet, certaines études montrent que les déviations sexuelles, les comportements sexuels problématiques et actes délictueux peuvent commencer à l'adolescence voire dans l'enfance. Deux points de vue s'opposent ainsi concernant les jeunes agresseurs sexuels. Les études des années 1960 à 1980 supposent que ces comportements problématiques sont passagers et s'inscrivent dans une période de transition à l'adolescence. Le passage à l'acte serait donc l'expression de difficultés de gestion émotionnelle durant l'adolescence sur fond de difficultés familiales. Cette théorie a ensuite été développée au travers des théories de l'attachement dans les années 1970 à 1980. Mais ces explications ont ensuite été critiquées devant la persistance des troubles à l'âge adulte. Ainsi, les études des années 1980/1990 montrent en fait que les troubles commencent dès l'adolescence et qu'il s'agit d'une voie d'entrée vers une carrière de délits et crimes sexuels. Par la suite, de plus en plus d'études ont démontré que certains jeunes agresseurs restent des agresseurs sexuels à l'âge adulte. Cependant, ces études étaient majoritairement rétrospectives avec des échantillons très spécifiques d'agresseurs adultes ce qui peut amener à surestimer la continuité entre adolescence et âge adulte en ce qui concerne les agressions.

Finalement, des études longitudinales ont mis en exergue la coexistence de deux trajectoires pour les jeunes auteurs : ceux qui agressent seulement à l'adolescence, et ceux ,moins nombreux, qui poursuivent les agressions à l'âge adulte.(26)

Il existe peu de données sur les auteurs de violences sexuelles adolescents qui poursuivent les agressions à l'âge adulte. Néanmoins, les jeunes auteurs qui récidivent à l'âge adulte ont commis des infractions sexuelles ou générales plus fréquemment durant leur adolescence.(27)

Néanmoins il existe aussi des agresseurs sexuels qui ne passent à l'acte qu'à l'âge adulte et parfois même à un âge avancé.

Comment expliquer la persistance de comportements sexuels violents à l'âge adulte ? Quelles sont les caractéristiques des auteurs de violences sexuelles qui débutent ou poursuivent les violences à l'âge adulte ? L'observation et la description de cette population nécessite la confrontation de plusieurs points de vue.

1.2.2.1. La dimension psychiatrique

Les auteurs de violences sexuelles ne sont pas forcément porteurs d'une maladie psychiatrique. Des études retrouvent une certaine proportion de troubles psychiatriques pouvant favoriser un passage à l'acte : troubles dépressif, troubles anxieux, trouble bipolaire, schizophrénie, déficience intellectuelle, TDAH, trouble de la personnalité, trouble paraphilique.

La prévalence de ces troubles varie en fonction des études et des pays.

Une étude réalisée en Normandie sur des sujets en injonction de soins retrouvait : un diagnostic de paraphilie chez 19% des auteurs (10 cas de pédophilie, 9 d'exhibitionnisme), un diagnostic de trouble de la personnalité dans 65% des cas dont 20% de trouble de la personnalité antisociale, un diagnostic psychiatrique selon le DSM V dans 57% des cas.(25)

Par ailleurs, une étude réalisée dans l'Ohio sur 113 auteurs condamnés pour violences sexuelles, retrouve une haute prévalence de troubles psychiatriques : 84% présentait une addiction, 74% un trouble paraphilique, 56% un trouble de la personnalité antisociale, 35% un trouble bipolaire, 24% un trouble dépressif, 38% un trouble du contrôle des impulsions, 23% un trouble anxieux et 9% un trouble du comportement alimentaire. (28)

Concernant la schizophrénie, une étude suédoise a comparé une population de 8500 auteurs de violences sexuelles condamnés entre 1988 et 2000 à 20 000 hommes sélectionnés dans la population générale. Une plus grande prévalence de troubles psychiatriques a été observée dans la population des agresseurs. La prévalence combinée de troubles psychiatriques sévères (schizophrénie, trouble délirant, trouble bipolaire, trouble organique à expression psychiatrique) était de 4.8% au lieu de 1.3% dans le groupe contrôle. Selon l'étude, les agresseurs d'adultes semblent avoir une prévalence plus grande de troubles psychiatriques, par rapport aux agresseurs d'enfants. En effet, les agresseurs d'adultes ont une plus grande prévalence d'hospitalisation en psychiatrie, mais aussi de troubles liés à l'usage de l'alcool ou de drogue, et enfin de trouble délirant autre que la schizophrénie. (29)

En outre, la population carcérale compte une certaine proportion d'individus présentant un retard mental. Certaines études montrent un taux de prévalence de retard mental de 20% parmi la population carcérale. Les personnes atteintes de déficience mentale peuvent avoir du mal à s'intégrer dans la société du fait de difficultés de compréhension, de communication, d'impulsivité pouvant mener à des troubles du comportement et à des difficultés dans les interactions sociales. Une étude réalisée au Canada, rapporte un taux de prévalence annuel de comportements agressifs de presque 52% parmi une population de 3000 individus présentant un retard mental. Les comportements sexuels agressifs s'élevaient à presque 10%. Cependant les données sont biaisées car les populations incluses dans les études sont d'une part des agresseurs condamnés et d'autre part sont parfois recrutées dans les établissements de santé pénitentiaires.(24)

Parmi la population d'agresseurs sexuels, on retrouve fréquemment la présence de trouble de la personnalité. En moyenne, les études retrouvent un taux de prévalence de trouble de la personnalité chez les agresseurs sexuels d'environ 50%. Ce taux de prévalence est nettement supérieur au taux de prévalence dans la population générale qui serait de 10%.

Curieusement certains troubles de la personnalité sont plus fréquents chez les agresseurs d'adultes et d'autres plus fréquents chez les agresseurs d'enfants. Par exemple, le trouble de la personnalité antisociale est plus fréquent chez les agresseurs d'adultes (12,4%) que chez les agresseurs d'enfants (6,2%). De même, les agresseurs d'enfant auraient un taux de prévalence de troubles de la personnalité évitant (37%) plus important que les agresseurs d'adultes (29%).(30)

Globalement, les études montrent que les agresseurs d'enfants présentent plus souvent des troubles de la personnalité évitante, dépendante, schizoïde et obsessionnelle. Tandis que les agresseurs d'adultes présentent plus souvent des troubles de la personnalité narcissique, antisociale, borderline et paranoïaques.(31)

On retrouve aussi plus de TDAH chez les auteurs d'agression sexuelles, notamment chez les auteurs mineurs et chez ceux présentant une paraphilie.

Les paraphilies chez les auteurs sont aussi plus fréquentes et peuvent s'élever à 43%. Elles sont aussi plus fréquentes chez les agresseurs d'enfants. Les paraphilies peuvent s'associer.(32) Il est intéressant de noter que la prévalence du TDAH chez les auteurs présentant une paraphilie est de 35 à 40% selon les études. (33)

Cependant, tous les agresseurs ne présentent pas de troubles psychiatriques caractérisés. Mais s'ils ne souffrent pas d'un trouble psychiatrique, comment expliquer le passage à l'acte ? Comment expliquer l'agression si l'auteur est en pleine possession de ses moyens psychiques ?

1.2.2.2. La dimension psychologique

Plusieurs modèles psychologiques ont été proposés pour tenter d'éclaircir le mécanisme du passage à l'acte et de l'agression sexuelle.

1.2.2.2.1. L'approche psychanalytique

André Ciavaldini, docteur en psychologie, nous apporte quelques éléments de réponse. Il a comparé deux populations : une population d'auteurs de violences sexuelles et une population d'auteurs d'autres types de violences.

1.2.2.2.1.1. Les enjeux du passage à l'acte

Chez les auteurs de violences sexuelles, le passage à l'acte survient souvent dans un contexte de perte, de transition, de survenu d'un événement de vie stressant. Il peut s'agir d'une séparation amoureuse, de difficultés conjugales, de difficultés liées à l'emploi ou à sa perte, ou encore à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation, d'un déménagement. La puberté est aussi évoquée comme étant le début des passages à l'acte.

Ces changements semblent faire écho à des événements passés, qui se sont déroulés dans l'enfance du sujet : séparation dans la famille, violences dans le couple parental, alcoolisme chez un parent, violences intrafamiliales, agressions sexuelles ou inceste. Les sujets semblent rencontrer des difficultés à traiter psychiquement la perte et à mettre en jeu leur capacité dépressive. Une des hypothèses concernant l'acte délictueux est que ce dernier participe au traitement de la situation de perte objectale.

Les auteurs de violences sexuelles présentent des difficultés liées à l'absence de l'objet, et n'ont pas la capacité de se déprimer ou de s'endeuiller à la suite de la perte. Cela serait la conséquence de la difficulté à se représenter l'objet perdu à l'intérieur de soi.

L'absence de l'objet est vécue avec une violence extrême pour le psychisme, qui ne peut y faire face, car il ne peut faire exister une représentation psychique de cet objet. La perte de ce dernier est vécue comme un vide extrême, faisant émerger une excitation intense, douloureuse et pulsatile qui ne peut être contenue par la représentation de l'objet. L'intensité de cette excitation est telle, qu'elle est ressentie comme une menace pour l'intégrité psychique. C'est la lutte contre l'effondrement psychique qui se joue ici. L'acte délictueux participe à la décharge de cette excitation menaçante, et tente de combler le vide en annexant un autre objet.

Dans la moitié des cas, l'acte est décrit comme impulsif. Certains auteurs (20%) sont incapables de décrire s'ils ont agi sous le contrôle d'une impulsion ou non, signe de difficultés d'introspections. Ce qui ressort aussi dans cette population, c'est que la verbalisation est peu investie même chez les catégories socio-professionnelles élevées.

Lorsque la pulsionnalité surgit de façon brusque, le sujet se trouve désobjectivé ce qui donne un ressenti proche de la dépersonnalisation. Pour échapper à cela, le sujet va chercher à transformer l'autre en objet, en une chose aliénable. L'auteur invalidera d'autant plus la subjectivité de l'autre que la sienne ne l'est, lui permettant de garder le contrôle de la situation et d'éviter de sombrer dans la passivité. Cette situation devient une situation d'emprise narcissique.

Avant le passage à l'acte, pour plus de $\frac{2}{3}$ des agresseurs, l'acte s'impose à eux par des images, des scènes de l'agression à venir. On parle d'abolition subjective, décrite comme une faillite des limites du Moi qui se manifeste par des ressentis inquiétants et angoissants (vide, trou noir, anesthésie affective, anxiété, colère...).

L'excitation est impossible à négocier et se solde par un passage à l'acte, vécu comme seul moyen de sauvegarde psychique.

Lors du passage à l'acte, l'apaisement est l'affect le plus éprouvé chez les agresseurs. D'ailleurs c'est le plus souvent l'apaisement qui est recherché plus que le plaisir ou parfois l'association des deux. Plus le sujet est violent, plus la violence s'est présentée tôt dans sa vie du sujet, autant d'ailleurs la violence subie que celle exercée. Les fréquentes violences exercées envers les animaux viennent questionner la capacité d'identification de la douleur et par conséquent la difficulté à repérer la souffrance par voie empathique. La violence peut également générer de l'excitation, et être une source de jouissance mais aussi d'emprise. On retrouve aussi une hypersexualité ou des préoccupations sexuelles envahissantes.(18)

1.2.2.2.1.2. Les troubles de l'attachement

Selon les théories psychanalytiques, les auteurs de violences sexuelles présentent des troubles du lien et de l'attachement qui prennent racine dans la petite enfance.

Les premiers liens vont ainsi se créer dans un climat non sécure et/ou sur un mode traumatique, induisant une coupure dans la sensorialité nécessaire à la construction de relations affectives. Ce climat non sécure peut être dû à l'inconstance ou l'indisponibilité de la personne de référence. L'enfant développe alors un mode d'attachement qui oscille entre l'attachement évitant et insécure ambivalent.

L'attachement évitant est favorisé par des parents présentant peu ou pas de réponse aux émotions de l'enfant, qui découragent leurs manifestations et encouragent l'indépendance. L'attachement insécuré est lié à une oscillation entre réponses parfois adaptées et parfois des négligences créant ainsi une impossibilité pour l'enfant de prédire la réponse du parent et une insécurité psychique, ce qui se traduit par des difficultés à investir affectivement des institutions ou objets pouvant être aidants. Dans ce contexte, le recours à l'acte est préféré à la demande d'aide, car vécu comme plus autonomisant.

S'ajoute à cela un développement des premiers liens affectifs qui peut être traumatique du fait d'un climat incestuel ou d'agressions sexuelles par des membres de la famille ou des proches. Ces agressions sont souvent peu repérées et/ou peu critiquées par les agresseurs eux même, d'autant plus si l'agresseur est une femme.

Quelque chose de ce traumatisme non repéré par les agresseurs viendrait imprégner la construction des liens et participer à la coupure de la sensorialité affective. Il existe aussi une dépendance forte à l'objet qui pourrait entraîner un potentiel addictif et ouvrir ainsi la voie vers l'utilisation préférentielle de l'emprise.

On note aussi un nombre important de rupture familiale dans cette population auteure avec des décès, des maltraitances, des placements en foyer. Ainsi, dans l'étude d'André Ciavaldini, 2 agresseurs sur 3 n'ont pas été élevés en continu par leurs parents.

De plus, les mécanismes défensifs développés sont archaïques du fait de l'absence de développement d'élaboration psychique normalement rendu possible par l'Œdipe et la constitution du Surmoi. L'Œdipe permet l'établissement du Surmoi et avec lui des défenses plus complexes, plus élaborées dont le refoulement. En l'absence de

cette maturation, les mécanismes défensifs sont primaires et protègent l'intégrité psychique de la surcharge excitative par l'expulsion et la répulsion d'éléments perturbateurs. Chez ces auteurs, la liaison entre des schémas psychiques, la mise en représentation, la fantasmatisation représentative et l'élaboration psychique ne sont pas accessibles. (18)

Les défenses archaïques utilisées sont à visée expulsive ou clivante. Ainsi, on rencontre plutôt des défenses à type de répression, projection, identification projective, voire forclusion. Le déni vient compléter ces formations défensives car le sujet ne perçoit pas telle ou telle dimension de l'acte et donc va refuser son existence psychique.

Les principaux mécanismes de défenses sont :

- La répression : évite délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles et fonctionne comme un oubli réversible.
- La projection : attribue à tort à un autre ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables.
- La forclusion : rejette le signifiant hors de la psyché, il est ainsi oublié et perçu comme n'ayant jamais existé.
- L'identification projective : attribue à tort à une autre personne ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables, mais contrairement à la projection simple, le sujet ne désavoue pas entièrement ce qui est projeté. Il reste au contraire conscient de ses affects ou impulsions mais il les ressent comme des réactions légitimes aux attitudes de l'autre personne. (34)

Les mécanismes de défenses limitent la reconnaissance du passage à l'acte chez ces agresseurs.

1.2.2.2.1.3. La reconnaissance du passage à l'acte

La reconnaissance du passage à l'acte est rarement totale. André Ciavaldini définit 4 niveaux de reconnaissance du passage à l'acte : déni, reconnaissance superficielle, reconnaissance partielle et reconnaissance totale.

La non-reconnaissance de l'acte d'agression porte sur 3 aspects différents. En premier, vient la non-reconnaissance de la subjectivité humaine et la non reconnaissance de la violence : la victime est considérée comme une chose. En second, vient la non-reconnaissance de la différence entre les sexes avec la confusion des genres, l'évitement total du conflit, l'absence de reconnaissance de l'acte et de ses conséquences pour la victime et l'auteur, ainsi que l'absence d'efficacité de la culpabilité ou la honte. En dernier, vient l'absence de reconnaissance de la différence entre les générations.

André Ciavaldini introduit la notion d'hallucination négative, se traduisant par un déni des Lois humaines et sociales qui différencient les sexes et les générations et posent les interdits.

Concernant la reconnaissance de l'acte, moins de la moitié de auteurs y accèdent totalement (40%). Environ 20% ont une reconnaissance partielle mais rejette la faute sur des facteurs extérieurs. 27% reconnaissent superficiellement les faits notamment les contacts avec la victime mais pas l'aspect délictueux, et enfin 14% présentent une absence complète de reconnaissance. (18)

Reconnaître l'acte, reconnaître la violence c'est reconnaître qu'elle s'adresse à l'autre, mais cette reconnaissance de l'altérité est impossible car perçue comme menaçante.

Au niveau émotionnel, la plupart des auteurs expriment de la honte et de la culpabilité après le passage à l'acte. Cependant, la culpabilité et la honte du passage à l'acte sont décrites comme inefficaces, c'est-à-dire qu'elles semblent plaquées et ne font pas suite à un conflit psychique. La honte et la culpabilité sont souvent confondues et indépendantes de la perception des conséquences du passage à l'acte. La honte se réfère plutôt à la dimension narcissique, tandis que la culpabilité se réfère à la dimension de l'objet. Cette confusion montre encore une fois l'inachèvement chez les agresseurs des processus différenciateurs internes à ces deux dimensions constitutives de la subjectivité.

Néanmoins, certains auteurs de violences sexuelles rapportent un sentiment de honte de la perte de contrôle, qui serait plus spécifique. La honte de la perte de contrôle indique une souffrance narcissique, conséquence de l'incapacité à pouvoir maîtriser les relations interpersonnelles.

En dehors de ces difficultés d'introspection, de ces difficultés de gestion de la perte par défaut de représentation et de la présence défenses psychiques primaires, il existe d'autres facteurs pouvant favoriser le passage à l'acte et sa récurrence. (18)

1.2.2.2.2. L'approche cognitivo-comportemental

Dans cette approche, le passage à l'acte s'explique par la présence de distorsions cognitives et croyances erronées.

Les distorsions cognitives sont un ensemble de croyances, d'attitudes et d'interprétations erronées qui sont utilisées pour justifier les actes perpétrés. Elles permettent aux agresseurs de se soustraire au processus d'autoévaluation critique.

Ces distorsions augmentent la légitimité des actes commis, leur acceptabilité et confirment à l'auteur l'aspect non pathologique de ses comportements en les rationalisant. Par exemple, si l'enfant ne dévoile pas les activités sexuelles avec un adulte c'est qu'il les apprécie et souhaite que cela se reproduise. Ou encore si un enfant ne s'oppose pas, c'est parce qu'il désire s'engager dans une relation sexuelle. Ces mécanismes psychiques sont un facteur de risque de passage à l'acte, de maintien de ces comportements et donc de récurrence. Les agresseurs d'enfant adhèrent davantage à des croyances erronées sur les contacts sexuels entre adultes et enfants que d'autres individus n'ayant pas commis ce type d'infraction. Plus l'adhésion est forte, plus le risque de récurrence est important.

On constate aussi que les distorsions cognitives sur le viol sont partagées par les agresseurs d'adultes et d'enfants. Les auteurs de violences sexuelles adhèrent davantage à la notion de "droit à la sexualité", c'est-à-dire que l'individu a tous les droits pour satisfaire ses "besoins" au niveau sexuel.

Les agresseurs d'enfant adhèrent plus à des associations cognitives impliquant droit/pouvoir et sexualité que les non délinquants. Il y a également des distorsions impliquant la sexualisation des enfants, leur désirabilité, leur disponibilité et leur désir d'avoir des relations sexuelles. Les enfants sont considérés comme provocateurs et leur passivité est assimilée à un signe de consentement et de plaisir.

On retrouve aussi des distorsions sur les conséquences des violences sexuelles, qui sont considérées comme minimales voire nulles.

Il existe plusieurs échelles permettant d'évaluer les distorsions cognitives :

- échelle MOLEST évaluant les distorsions cognitives concernant les relations sexuelles entre adultes et enfants
- échelle RAPE évaluant celles liées au viol.(35)

1.2.2.2.3. L'approche neurocognitive

Des études neuropsychologiques ont montré des différences importantes de fonctionnement et de structure cognitives entre les agresseurs d'enfants et les agresseurs d'adultes.

Les agresseurs d'enfants présentent un plus faible niveau intellectuel, des scores plus faibles de mémoire visuo-spatiale et verbale, une quantité d'échecs scolaires et de placements en section éducatives plus conséquente ainsi qu'une fréquence plus importante de traumatisme crâniens avec perte de connaissance. On retrouve aussi des déficits en substance blanche au niveau cérébral chez les agresseurs d'enfants.

À ce jour, aucun critère neurologique ou neuropsychologique ne s'est avéré pathognomonique des agresseurs sexuels ni des individus présentant des troubles paraphiliques.

Les examens neuropsychologiques permettent néanmoins de dresser un profil afin de comprendre les modalités du passage à l'acte et les besoins en termes de traitement pour éviter la récurrence.

1.2.2.2.3.1. Les hypothèses

Certains chercheurs (Flor-Henry 1987) supposent des anomalies au niveau fronto-temporal gauche, levant l'inhibition sur l'hémisphère droit, notamment sur l'aire limbique responsable de l'excitation sexuelle. Des anomalies neuropsychologiques au niveau cortico-sous cortical fronto-temporal entraînent effectivement des déficits comportementaux chez les agresseurs sexuels (Joyal, Black, Dassylva 2007). On peut effectivement retrouver une augmentation des agressions sexuelles chez les cérébrolésés de cette région. Mais cette observation manque de spécificité, d'autres pathologies s'accompagnent d'anomalies dans ces régions sans que cela implique systématiquement des passages à l'acte à type d'agression sexuelle.

D'autres auteurs (Ward, Beech 2006), décrivent des anomalies neurodéveloppementales qui entraîneraient des déficits neuropsychologiques.

Ces déficits seraient notamment présents dans trois systèmes :

- système motivationnel-émotionnel sous tendu par le néocortex, le système limbique, tronc cérébral
- système de perception et de mémoire sous tendu par le cortex postérieur et l'hippocampe
- système de sélection et contrôle du comportement sous tendu par le cortex frontal, les noyaux gris centraux et certains noyaux thalamiques.

Ces chercheurs imputent les troubles de la régulation émotionnelle à des anomalies du système motivationnel-émotionnel de l'humeur et de l'attachement parental. Les anomalies du système de perception et de mémoire seraient associées à des difficultés de perception et d'intégration sociale ainsi qu'à des attirances sexuelles atypiques et inadaptées. Enfin, le dernier système serait défaillant en provoquant l'impulsivité, le passage à l'acte et l'absence de capacité à considérer les conséquences de ce dernier.

Cependant ces hypothèses n'ont jamais encore été validées par des études empiriques et peuvent paraître simplistes.

1.2.2.2.3.2. Les différences entre les auteurs

Au fil des années, quelques études se sont penchées sur les différences entre agresseurs sexuels.

Une méta analyse (Joyal et al., 2014) a mis en évidence l'absence d'homogénéité parmi la population des agresseurs sexuels ; il est donc nécessaire de créer des sous-groupes homogènes pour s'assurer d'une bonne puissance statistique dans les études. Cela permet aussi de s'assurer de la présence ou de l'absence de différence entre les groupes. Depuis, les méta analyses ont commencé à regrouper les agresseurs en fonction de l'âge de leurs victimes. On distingue ainsi les agresseurs d'adultes, les agresseurs d'enfants pédophiles et les agresseurs d'enfants non pédophiles. Les agresseurs d'enfants pédophiles sont ceux qui présentent une paraphilie de ce type.

Les études les plus récentes évoquent donc des troubles des fonctions exécutives, impliquant les régions temporo-frontales. Les fonctions exécutives sont responsables de l'intégration, de la coordination et du bon fonctionnement de la cognition, des émotions et du comportement humains.

Les agresseurs d'enfants ont tendance à obtenir des moins bons résultats aux tests neuropsychologiques que les agresseurs d'adultes et autres délinquants.

Cependant, ils obtiennent de meilleurs résultats dans l'inhibition cognitive, le contrôle de l'interférence et la fluence verbale. Cette étude suggère que les agresseurs d'enfants et d'adultes ont des profils neuropsychologiques différents et que les agresseurs d'adultes ont un profils similaires aux autres délinquants.(36)

En considérant ces sous-groupes, des déficits en fonction exécutives ont pu être décrits chez les agresseurs d'enfants pédophiles et non pédophiles (Suchy, Whittaker, Strassberg & Eastvold, 2009).

Mais les résultats mesurant les différentes fonctions exécutives (impulsivité comportementale, mémoire de travail, fluidité non verbale, test de Stroop) étaient regroupés, empêchant de déterminer les fonctions les plus touchées.

Une autre étude (Eastvold, Suchy & Strassberg, 2011) a observé de meilleures fonctions exécutives chez les pédophiles que chez les agresseurs d'enfants non pédophiles, avec une meilleure capacité de planification et d'inhibition comportementale.

L'une des études la plus convaincante (Schiffer et Vonlaufen 2011) a montré que le seul test permettant de préciser la différence entre les agresseurs sexuels d'enfants et les agresseurs violents non sexuels est le test go-no go. Les auteurs montrent que les agresseurs sexuels d'enfants ont plus d'impulsivité. Des capacités exécutives moindres ont été retrouvées chez les agresseurs d'enfants non pédophiles, notamment au niveau fronto-temporal avec de moins bonnes capacités d'inhibition, de flexibilité cognitive et mémoire verbale.

Plusieurs études (Lynam, Caspi, Moffit, Wikström, Loeber & Novak, 2000 ; White et al., 1994 ; Strassberg, Eastvold, Kenny & Suchy, 2012) ont retrouvé davantage de traits psychopathiques chez les agresseurs d'enfants non pédophiles que chez les pédophiles.

D'autres auteurs (Suchy, Eastvold, Strassberg & Franchow, 2014) démontrent que ce ne sont pas tant les fonctions exécutives qui sont touchées mais plutôt la vitesse de traitement de l'information cognitive. Elle serait surtout diminuée chez les agresseurs pédophiles.

De plus, plusieurs études pointent qu'il n'y aurait pas d'anomalie de la substance grise mais plutôt des anomalies de la substance blanche ou de la cohérence de l'activation inter-régionale (Gerwinn et al., 2015 ; Kärgel, Massau, Weiß, Walter, Kruger & Schiffer, 2015 ; Poepl, Eickhoff, Fox, Laird, Rupprecht, Langguth & Bzdok, 2015).

Concernant les agresseurs d'enfants non pédophiles, ils se situent sur un continuum d'habiletés sociales entre l'antisocialité et l'asocialité. Ceux qui présentent un profil antisocial font majoritairement des victimes adultes féminines mais aussi des enfants principalement de sexe féminin. Ils présentent majoritairement des dysfonctions frontales (corticales) et temporelle (sous corticales) de l'hémisphère gauche (verbal) affectant plusieurs fonctions exécutives telles que : l'inhibition cognitive et comportementale, l'attention soutenue, la mémoire de travail, le jugement et la résolution de problème (Joyal et al., 2014).

Des difficultés avec la mémoires verbales et d'apprentissage verbal sont aussi notées. Ces difficultés se retrouvent chez les délinquants généraux, les délinquants violents non sexuel et les agresseurs de femmes adultes (Moffitt & Lynam, 1994 ; Morgan & Lilienfeld, 2000 ; Golden, Jackson, Peterson-Rohne & Gontkovsky, 1996 ; Fabian, 2012).

Selon les auteurs, il est donc nécessaire de s'éloigner de la recherche de profils d'agresseurs nécessairement hétérogènes et de se concentrer au niveau neuropsychologique plutôt sur les facteurs de risque de récurrence. Ces facteurs de risque sont : les déficits d'inhibition comportementale, une aversion pour les délais de gratification, une faible intelligence, des atteintes de l'hémisphère gauche, une faible cognition sociale, une mauvaise régulation des émotions, un défaut de mentalisation.

Il apparaît donc nécessaire d'incorporer des tests neuropsychologiques aux bilans des agresseurs sexuels pour quantifier les troubles et mettre en œuvre la prise en charge adéquate.

Les données de la littérature restent cependant biaisées car la population étudiée est principalement recrutée dans des centres hospitaliers ou médico-légaux, et donc nécessairement présentant plus de troubles psychiatriques ou de déficience intellectuelle que les agresseurs sexuels non inquiétés par la justice.

Aussi, toute donnée neuropsychologique déficitaire considérée isolément n'est pas forcément prédictive de la récurrence. Par contre, si plusieurs déficits sont cumulés, alors le risque de récurrence augmente. (37)

1.2.2.2.4. Les profils et le passage à l'acte

Il existe une très grande diversité de profils d'agresseurs. De nombreuses catégorisations ont été créées dans un but de meilleure compréhension, mais aussi pour pouvoir définir des modalités de prise en charge et des traitements adéquats.

Les mécanismes et motivations du passage à l'acte sont différentes selon le type de passage à l'acte. Pour certains auteurs de violences sexuelles, l'acte sera un point central dans leur existence. A contrario, pour d'autres, l'acte est un moment de déstructuration plus ou moins temporaire, une régression, un *raté* dans le parcours de l'individu.

Afin de mieux comprendre la dynamique, on peut utiliser des typologies. Elles s'appuient sur certaines caractéristiques du passage à l'acte : degré de violence, violences associées, volonté de contrôle, volonté de domination et présence de désinhibiteurs. Elles essayent d'appréhender le fonctionnement psychique de l'auteur en prenant en compte les fantasmes, les attitudes irrationnelles, les traits psychopathologiques, les distorsions cognitives. Elles prennent aussi en compte le fonctionnement social, professionnel et familial.(38)

1.2.2.2.4.1. Les auteurs de viols

En 1993, Mackibbins proposait de regrouper les auteurs de viols suivant 4 axes, reflétant les dimensions psychopathiques ou narcissiques : le sadisme, le mode de vie antisocial, la recherche de pouvoir, la rage.

Pour les violeurs du groupe sadique, on observe que les agressions sont planifiées, ritualisées et les mauvais traitements infligés sont érotisés. La sexualité et l'agression sont fusionnées.

Dans le groupe antisocial, on retrouve une impulsivité importante et la recherche de la satisfaction immédiate des besoins. L'agression sexuelle est le reflet et la conséquence fortuite de ce mode de vie.

Les auteurs de violences sexuelles du groupe rage agressent de façon brutale et impulsive, dans le but de détruire la victime, pour donner suite à un facteur déclenchant mais sans élaboration psychique possible ce qui conduit à une excitation sexuelle.

Enfin les agresseurs inclus dans le groupe recherche de pouvoir, planifient leurs agressions dans l'idée de maîtriser la victime et ainsi lever le doute sur une virilité vécue comme défailante.

Certaines classifications s'appuient sur la structure de la personnalité plutôt que sur le descriptif de l'acte, explorant ainsi le sens du comportement abusif.

C'est là tout le travail de la psychanalyse autour du lien à l'autre et de la construction de la personnalité. Sur une base non représentative de 90 agresseurs, plusieurs catégories sont décrites : la carence, la psychose/prépsychose/trouble borderline, les pathologies narcissiques et le registre de la névrose, les troubles organiques et la déficience mentale. Le groupe carence se décompose en groupe passif-dépendant et agressif-dévorant. Le groupe pathologie narcissique contient la structure perverse, la psychopathie et la paranoïa.

Chaque entité est déclinée selon plusieurs paramètres : les éléments étiologiques, les caractéristiques de la relation et du discours, les éléments contre-transférentiels, la nature de l'abus sexuel, le sens de l'abus, les autres agirs illicites et les facteurs déclenchants.(39)

La littérature francophone ne comprend qu'une classification empirique (Coutanceau et Martorel 1993) qui décrit plusieurs profils : névrotique, immaturo-pervers, pervers. Ces profils sont déterminés selon les variables suivantes : contrainte lors de l'acte, vécu surmoïque lors de l'acte mais aussi leur rapport à la loi, et leur ressentiment par rapport à la victime.

	Névrotiques	Immaturo-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

Tableau 3. La classification des agresseurs sexuels selon Coutanceau.(40)

Sur une approche plus comportementaliste, on évoque souvent les travaux de Van Gisjeghem. Il propose une méta classification comprenant 4 axes : âge de l'agresseur, psychopathologie ou motivation du passage à l'acte de l'agresseur, l'orientation sexuelle ou préférence sexuelle de l'agresseur, la violence de l'agresseur. (39)

1.2.2.2.4.2. Les auteurs d'infractions sur mineur

Groth (1977) et Knight (1989) distinguent trois groupes :

- ceux qui font preuve de colère, destructivité et violence,
- ceux qui sont motivés par la recherche de pouvoir,
- ceux qui prônent le rapprochement avec les enfants, soit dans une forme de fixation ou dans une forme de régression. (38)

La première étude, conduite par Mohr, Jerry et Turner, date de 1964 et définit 3 groupes de pédophile selon leur âge : les très jeunes, les plus de 50 ans et le troisième âge. Ils concluent que le passage à l'acte serait lié à un sentiment d'infériorité sexuelle et sociale qui mène le sujet à choisir des partenaires moins menaçants.

Deux autres études, dans les années 70 (Groth 1979, Groth et Birnaum 1978) définissent des typologies plus approfondies. Elles prennent en compte le type d'agression, les motivations et modalités de l'acte et la relation avec la victime.

Elles distinguent aussi deux types d'agresseurs d'enfants : les incestueux appelés "délinquants régressés", les pédophiles autres appelés "délinquants fixés".

Les travaux qui suivront mettront en évidence un continuum entre les deux populations avec des populations d'agresseurs intermédiaires.

Dans les années 80/90, Knight établit une typologie qui se base sur le degré de fixation et le degré de compétence sociale. Puis les analyses par cluster font leur apparition, acquérant une forte légitimité scientifique.

Il s'agit d'un arbre permettant d'affiner le diagnostic à partir deux axes principaux : le degré de fixation et le taux de contact. (39)

Le premier axe évalue les intérêts pédophiliques et à quel point l'enfant est l'objet central des cognitions et des intérêts sexuels de l'agresseur. Les compétences sociales sont évaluées et rendent compte du succès de l'agresseur dans sa vie professionnelle, dans ses responsabilités sociales et ses relations avec des adultes.

Le second axe évalue le degré de contact avec les enfants. Les individus ayant un haut degré de contact et donc forcément un degré de fixation élevé sont divisés en deux catégories : interpersonnelle et narcissique. Ces catégories sont déterminées en fonction de niveau d'effort des auteurs pour établir des relations interpersonnelles avec l'enfant et en fonction des buts recherchés. Les agresseurs qui présentent un faible degré de contact avec les enfants peuvent avoir soit un degré de fixation faible ou fort. Cette catégorie a faible contact est subdivisée en fonction des blessures infligées et du niveau de sadisme.



Figure 4. Typologie des agresseurs de mineurs de Knight. (37)

1.2.2.2.4.3. Les consommateurs de pédopornographie

La consommation de pédopornographie a considérablement progressé avec l'augmentation de l'accessibilité à internet.

Une étude réalisée en 2015 (Babchishin et Co) a montré que les individus motivés à commettre un délit sexuel ayant accès à internet sont plus enclins à commettre des infractions sexuelles en ligne. A l'inverse, les individus motivés mais avec un faible accès à internet serait plus enclins à commettre des infractions sexuelles avec contact. Les individus ayant à la fois accès à internet et à des enfants peuvent avoir des conduites "mixtes". (37)

1.2.2.2.4.4. Les exhibitionnistes

Les exhibitionnistes ont initialement été considérés comme des auteurs de violences sexuelles sans contact et donc relativement inoffensifs. Ils bénéficient toujours aujourd'hui de ces préjugés malgré la fréquence de ces infractions et de leur taux important de récurrence. En effet, une étude réalisée par Långström et Seto (2006) a mis en évidence 3,1% de passage à l'acte de ce type dans une population de 2450 hommes suédois. La récurrence a été estimée à 23.6% dans une étude de Firestone (2006) : ce qui représente un chiffre très élevé.

Leur exposition est délibérée, répétée avec une composante compulsive, imposée à la victime dans des conditions inopportunes.

Cette population d'auteurs est marquée par une grande inhibition relationnelle et une immaturité affective.

Les exhibitionnistes peuvent être divisés en 6 groupes de personnalités :

- les inhibés : présentant des traits névrotiques et phobiques mais pouvant être dans la séduction,
- les hostiles : présentés comme agressifs et misogynes, et appréciant la domination,
- les compulsifs : présentant un envahissement d'images et de distorsions cognitives,
- les existentiels : en proie à l'ennui et le vide, s'exposant par ludisme,
- les masturbateurs publics : en proie à une situation stressante, et qui choisissent alors une victime au hasard
- les pervers polymorphes : présentant un trouble de la personnalité limite et une sexualité décrite comme désorganisée. (41)

Cependant, du fait de la multiplicité de leur intérêts paraphiliques, ils sont également à risque de commettre des infractions à caractère sexuel avec contact. De plus, il a été montré qu'ils sont aussi moins enclins à déclarer la fréquence réelle de leurs passages à l'acte, et minimisent d'avantages les conséquences de leurs actes sur les victimes (Freund & Blanchard, 1988 ; Langevin, Lang, Wright, Handy & Majpruz, 1989).

Certains auteurs (Murphy et Page) mettent l'accent sur le choix de la victime pour pouvoir préciser le traitement : enfant, adulte, personne âgée ou personne vulnérable.(37)

1.2.2.2.4.5. Les meurtriers sexuels

D'un point de vue légal, il n'existe pas de catégorie comprenant les meurtriers sexuels. L'infraction à caractère sexuel est souvent déterminée comme une circonstance aggravante ayant précédé la mort. Il s'agit pourtant d'une catégorie d'auteur de violences sexuelles à part entière. Pour déterminer s'il y a une composante sexuelle dans le meurtre, on peut s'appuyer sur la présence de plusieurs indices proposés par Ressler et ses collaborateurs (1988). Il peut s'agir du témoignage de l'auteur ou de témoins, ou de preuves matérielles (victime dévêtue, dans une position explicite, preuves d'une activité sexuelle, mutilations génitales...).

Il y a deux types de meurtriers sexuels : sadique ou colérique.

Concernant les meurtriers sadiques, le passage à l'acte est un prolongement de leurs fantasmes sexuelles déviantes, qui deviennent de plus en plus envahissantes dans les heures précédant le passage à l'acte. Le passage à l'acte est organisé, planifié et implique le contrôle, l'humiliation et la torture de la victime. Ces meurtriers sont assez isolés socialement et une large proportion d'entre eux ont subi des violences dans leur enfance.

Les meurtriers colériques ne sont pas isolés socialement mais assez inadaptés avec des difficultés avec l'autorité, des difficultés d'adaptation à l'école, des difficultés d'insertion professionnelle, des crimes violents et impulsifs. Ils ne présentent pas de fantasmes sexuelles déviantes. Leurs passages à l'acte sont très rarement planifiés et sont précédés d'un sentiment de colère et accompagnés de consommation de substances psychoactives.(37)

On constate effectivement une grande diversité au sein de la catégorie des auteurs de violences sexuelles. On peut donc légitimement s'interroger sur leur place et leur insertion dans la société ainsi que les images que cette population véhicule. Ces images et préjugés risquent bien sûr d'impacter leur évolution et leur réinsertion.

1.2.3. La définition sociale

L'agresseur est souvent représenté dans les médias comme étant un monstre solitaire, kidnappeur, violeur, tueur d'enfant. Mais qu'en pense la population générale ?

Selon le sondage IPSOS 2016 qui interroge les Français sur leurs représentations du viol, le *vrai* viol est décrit comme commis à l'extérieur, sous la menace d'une arme, sur une victime de sexe féminin jeune et jolie.

Mais en réalité, le sondage IFOP 2018 montre que l'agresseur est majoritairement connu de la victime : il s'agit préférentiellement d'une agression par le conjoint au domicile (36 à 48% des cas).

La description du violeur comme un monstre a pour fonction de préserver une vision sociétale rassurante voire déculpabilisante et de faciliter le traitement social de cette violence par la vision manichéenne. Mais elle empêche aussi un travail de fond sur la société et sa violence.

Rose Lamy, autrice féministe, l'explique bien dans son livre « En bons pères de famille ». Elle explique que dans les représentations on voit se détacher une catégorie

d'homme appelés "les monstres". Il en existe plusieurs sous-catégories : la première concerne des hommes que l'on décrit comme à peine civilisés voire déficients et commettant de multiples crimes et actes irrationnels que la société n'explique qu'en tant que conséquence de pulsions irrépressibles. Leur humanité et leur conscience disparaissent donc du tableau, rendant impossible une solution autre que leur neutralisation par l'incarcération ou la mort.

La deuxième catégorie que l'on peut appeler "monstres machiavéliques", sont des hommes qui sont perçus comme plus lucides et ayant choisi de faire le mal de façon consciente. Ils s'organisent, préméditent leurs actes, puis couvrent leurs traces.

S'opposant à cette catégorie de monstre, "les bons pères de famille" sont des hommes intégrés socialement voir riches et célèbres qui ne commettent de violences envers les femmes et les enfants que de manière exceptionnelle.

L'acte d'agression est vu comme une exception/un écart à une conduite respectueuse la plupart du temps.

Les monstres, eux, sont des êtres désociabilisés issus d'un milieu social modeste et qui commettent de manière répétée et aléatoire des violences sur d'innocentes victimes.

Le « mythe du monstre » permet d'occulter la réalité que la plupart des agresseurs ne sont pas des inconnus tapis dans l'ombre et agressant dans l'espace public, mais au contraire des hommes dans l'entourage proche et familial de la victime.

La catégorie des monstres constitue en fait une part infime des violences infligées aux femmes et aux enfants mais domine pourtant radicalement nos représentations.(14)

Du côté des mineurs, Dorothée Dussy, sociologue et chercheuse au CNRS, parle des viols incestueux comme des « viols d'aubaine », perpétrés par des hommes qui trouvent légitime que les femmes et les enfants soient à leur disposition sexuellement. Au-delà des violences sexuelles commises, c'est tout un système stable et profitable qui se met en place favorisant la loi du silence, du déni, rendant sourd et aveugle l'entourage de l'incesté. L'auteur des violences joue souvent un rôle d'autorité, il est respecté voire craint. Lorsque les violences sont révélées, il n'est pas rare que les liens familiaux se maintiennent. Singulièrement, la révélation de l'inceste n'altère pas la relation avec l'auteur. Mais comme l'écrit pertinemment Dorothée Dussy, « S'il en était autrement, compte tenu du nombre de viols et d'incestes, et donc d'incesteurs et de violeurs, plus grand monde ne parlerait à plus grand monde et le monde en serait bouleversé ».

Aussi, l'auteur pointe une transmission de comportements incestueux dans les familles des auteurs avec une répétition de schémas incestuels familiaux. On constate donc bien à l'aide de la généalogie une transmission familiale du schéma incestuel.(42)

Les médias véhiculent cette vision de l'agresseur « monstre » et constituent pour la majorité de la population la principale source d'information concernant les agresseurs.

La focalisation des médias sur les affaires criminelles conduit aussi à surestimer ces violences. De telles informations conduisent à des émotions négatives telle que la peur et la colère, nous sidèrent intellectuellement et empêchent de traiter les informations avec lucidité. Cela favorise ainsi une vision simpliste, suraffectivée et manichéenne de la délinquance.(43)

Cette médiatisation participe à invisibiliser les violences les plus fréquentes, celles perpétrées par les proches, ou celles perpétrées par les femmes, plus rares il est vrai dans le domaine sexuel, et empêche un travail de fond de la société vis-à-vis de sa violence.

Les médias nous imposent une vision globale et déformée des auteurs de violences sexuelles.

Aussi les données quantitatives et statistiques concernant les violences sexuelles et leurs auteurs devraient donc nous permettre de mieux apprécier la réalité et de nous détacher de cette vision manichéenne, réductrice et sensationnelle offerte par les médias.

Quelles sont donc les données actuelles concernant les violences sexuelles et la judiciarisation des auteurs ?

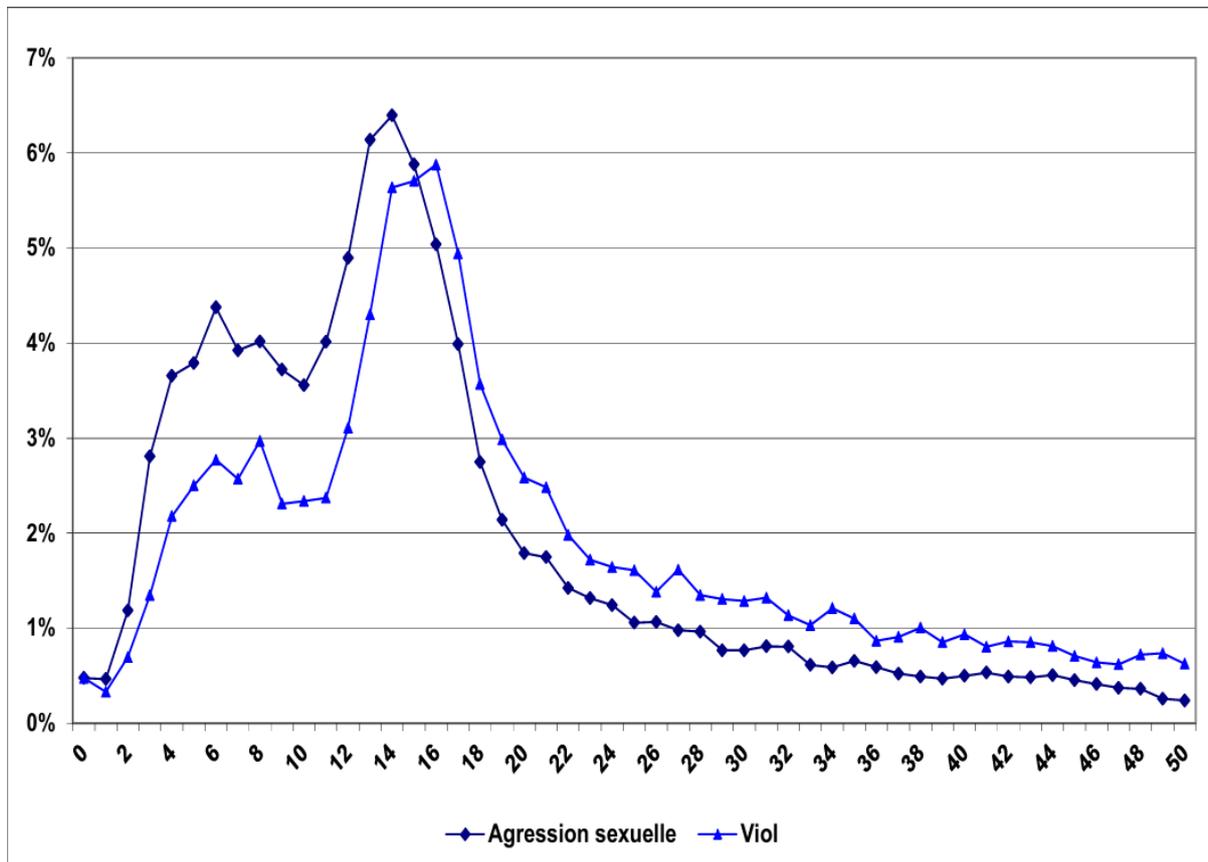
1.2.4. L'état actuel des condamnations

1.2.4.1. Données administratives

Les affaires de violences sexuelles ont été au nombre de 38 000 en 2016. Parmi elles, 35,8% sont des viols, 61,6% des agressions sexuelles et 2,6 % du harcèlement sexuel. Les violences sur mineurs concernent 4 affaires sur 10 (environ 21 000 affaires). Dans 15% des affaires, on dénombre plusieurs victimes. La majorité des victimes sont de sexe féminin. Cependant, 1 victime sur 5 est de sexe masculin et 30% des victimes sont mineures. Ils sont en revanche peu concernés judiciairement par les affaires de harcèlement sexuel.

Au niveau de la répartition des âges des victimes, on retrouve deux pics : un aux alentours de 6/8 ans (4%), et l'autre aux alentours de 14/16 ans (6%).

Le taux d'agression diminue ensuite drastiquement pour atteindre 2% lors de la vingtaine et sera inférieur à 1% après 32 ans.



Champ : Victimes de 50 ans ou moins dans les affaires de viol et d'agression sexuelle traitées par les parquets en 2016. Les plus de 50 ans, qui ne figurent pas sur le graphique, représentent 4 % des victimes dans les affaires de viol et d'agression sexuelle
Source : Ministère de la Justice, SG/SEM/SDSE, SID statistiques pénales

Figure 5. La distribution par âge des victimes dans les affaires de viols et agressions sexuelles.

Concernant les victimes mineures, elles ont moins de 15 ans dans 46% des cas.

Les agressions sexuelles sont majoritaires (62%) dans cette population. Concernant le harcèlement sexuel, la répartition diffère nettement : un quart des victimes sont mineures, un tiers se situent entre 18 et 29 ans et une sur cinq entre 30 et 39 ans.

2016	Affaires						Nombre d'auteurs
	Ensemble		Sans auteur identifié		Avec auteur identifié		
	Nombre	Part (en %)	Nombre	Part (en %)	Nombre	dont avec au moins un auteur mineur	
Violences sexuelles	38 301	100,0	8 554	22,3	29 747	7 380	32 705
Viol	13 708	35,8	2 806	20,5	10 902	2 316	12 263
<i>sur mineur</i>	6 473	16,9	1 232	19,0	5 241	2 001	5 964
<i>sur majeur</i>	7 235	18,9	1 574	21,8	5 661	315	6 299
Agression sexuelle	23 589	61,6	5 565	23,6	18 024	4 999	19 586
<i>sur mineur</i>	14 930	39,0	2 902	19,4	12 028	4 325	13 204
<i>sur majeur</i>	8 659	22,6	2 663	30,8	5 996	674	6 382
Harcèlement sexuel	1 004	2,6	183	18,2	821	65	856

Tableau 4. Les caractéristiques des affaires de violences sexuelles traitées par les parquets en 2016.

Les affaires avec auteurs identifiées sont majoritaires (77%). Cependant, les classements sans suite toutes plaintes confondues s'élèvent à 73% (23 800).

La majorité sont classées pour affaires sans possibilité légale de poursuite (62 % des auteurs traités), puis viennent les classements faisant suite à une mesure alternative (7,3 %), et enfin les classements pour inopportunité de poursuite (3,5 %).

2016	Tous auteurs	Part (en %)	Auteurs majeurs	Auteurs mineurs
Toutes violences sexuelles	32 705	100,0	24 063	8 642
CSS affaires non poursuivables	20 287	62,0	15 367	4920
CSS pour inopportunité des poursuites	1 158	3,5	913	245
CSS mesure alternative	2 384	7,3	1 087	1 297
Poursuites	8 876	27,1	6 696	2 180
Viol	12 263	100,0	9 539	2 724
CSS affaires non poursuivables	7 765	63,3	6 048	1 717
CSS pour inopportunité des poursuites	441	3,6	362	79
CSS mesure alternative	283	2,3	164	119
Poursuites	3 774	30,8	2 965	809
Agression sexuelle	19 586	100,0	13 756	5 830
CSS affaires non poursuivables	12 003	61,3	8 843	3 160
CSS pour inopportunité des poursuites	669	3,4	506	163
CSS mesure alternative	1 961	10,0	815	1 146
Poursuites	4 953	25,3	3 592	1 361
Harcèlement sexuel	856	100,0	768	88
CSS affaires non poursuivables	519	60,6	476	43
CSS pour inopportunité des poursuites	48	5,6	45	3
CSS mesure alternative	140	16,4	108	32
Poursuites	149	17,4	139	10

Tableau 5. Classements sans suites et orientations des auteurs en 2016.

Les affaires sans poursuites sont classées pour infraction insuffisamment caractérisée dans 65% des cas, c'est à dire qu'il y a un manque de preuve pour poursuivre l'auteur devant un tribunal. Mais elles peuvent être interrompues pour absence d'infraction (12%) et pour l'extinction de l'action publique notamment pour cause de prescription ou irresponsabilité de l'auteur.

2016	Nature d'affaire à l'arrivée parquet			
	Toutes violences sexuelles	Viol	Agression sexuelle	Harcelement sexuel
Tous classements sans suite	23 829	8 489	14 633	707
Motifs de classement sans suite (en %)	100,0	100,0	100,0	100,0
Infraction insuffisamment caractérisée	65,0	72,3	61,1	57,4
Absence d'infraction	11,8	11,8	12,0	9,5
Rappel à la loi / avertissement	5,5	2,0	7,4	10,7
Extinction de l'action publique	3,3	3,8	3,1	3,1
Carence du plaignant, désistement de la victime	3,3	3,9	2,8	5,9
Irresponsabilité, état mental déficient	3,1	1,5	4,1	1,4
Auteur inconnu ou recherches infructueuses	3,0	3,0	3,0	3,5
Autres poursuites ou sanctions de nature non pénale	2,2	0,4	3,1	5,1
Réparation/mineur, non-lieu à assistance éducative	1,7	0,7	2,3	0,7
Autres motifs*	1,0	0,5	1,2	2,5

*y compris 93 compositions pénales

Tableau 6. Motifs des classements sans suite en 2016.

Lorsque les affaires sont classées pour infraction insuffisamment caractérisée, elles le sont car les faits ou les circonstances des faits n'ont pas pu être clairement prouvés par l'enquête. Ceci peut s'expliquer par le fait que les preuves sont insuffisantes : absence de preuve tangible (preuve médico-légale, ADN, témoignages), souvenirs imprécis de la victime, altération de la conscience sous l'effet de stupéfiants ou d'alcool, ou encore en prenant en compte la problématique du consentement.

Pour les agressions sexuelles et les viols, il est nécessaire d'étayer les actes à caractère sexuel (attouchement ou pénétration en cas de viol) et les circonstances, c'est à dire l'exercice de violence ou de contrainte ou encore une situation de surprise. Les classements pour infractions insuffisamment caractérisées sont majoritaires dans les plaintes pour viol (72%), viennent ensuite les agressions sexuelles (61%) et enfin le harcèlement sexuel (57%).

Les classements pour extinction de l'action publique, représentent les classements liés au dépassement du délai de prescription des faits et s'élèvent à 6% pour le harcèlement, 4% pour les viols et 3% pour les agressions sexuelles.(44)

Le délai de prescription correspond à la période au-delà de laquelle il n'est plus possible de poursuivre l'auteur des faits. Ce délai est variable en fonction du type d'infraction, de l'existence d'une victime ou non, et de l'âge de la victime au moment des faits. Le point de départ est sauf exception la date d'infraction. Le délai de prescription a été mis en place pour limiter le risque de dépréciation des preuves. En effet, plus les années passent et moins on trouve de preuve matérielle, les souvenirs sont plus imprécis, ce qui augmente le risque d'erreur judiciaire. Les délais de prescription sont fixés par les articles 7 à 9 du code de procédure pénale.(45)

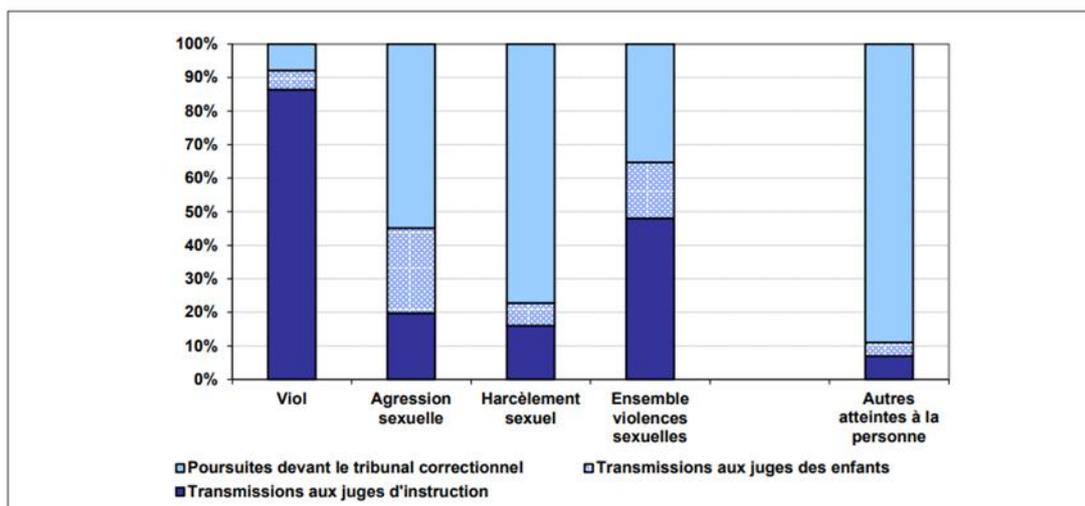
Dans le cas du viol, considéré comme un crime, le délai de prescription est de 20 ans à partir de la date de l'infraction. Lorsque le crime a été commis sur un mineur, le délai de prescription est allongé à 30 ans mais à partir de la majorité de la victime. Le délai peut être allongé si l'auteur a commis d'autres infractions à caractère sexuel sur d'autres mineurs, jusqu'à la date de prescription des dernières infractions.

Dans le cas d'une agression sexuelle, considérée comme un délit, le délai de prescription est de 6 ans. Si l'infraction a été commise sur un mineur, le délai est allongé à 10 ans à compter de la majorité de la victime. De la même manière que pour le viol, le délai peut être allongé si l'auteur a commis d'autres infractions sur d'autres mineurs. Il peut également être allongé à 20 ans si l'infraction est accompagnée de circonstances aggravantes. (7)

Au total, 27% des auteurs présumés font l'objet de poursuites devant les tribunaux soit pour des viols (31%), des agressions sexuelles (25%) ou du harcèlement (moins de 20%).

Chaque catégorie d'infraction est jugée devant un tribunal spécifique. Le viol est jugé dans une cour d'Assise, l'agression sexuelle dans un tribunal correctionnel. Si l'affaire concerne un auteur mineur, elle est jugée dans un tribunal pour enfants ou une cour d'Assise des mineurs. L'infraction peut également être requalifiée au cours de l'instruction.

En moyenne, près de la moitié des auteurs sont poursuivis devant un juge d'instruction, environ 35% sont poursuivis devant un tribunal correctionnel et environ 15% sont poursuivis devant un juge pour enfant.



Champ : Auteurs ayant fait l'objet de poursuites dans les affaires de violences sexuelles traitées par les parquets en 2016
Source : Ministère de la Justice, SG/SEM/SDSE, SID statistiques pénales

Figure 6. Les modes de poursuite des AVS en 2016.

Sur 2300 mises en examen pour viol dont l'instruction s'est terminée en 2016, 38% ont été envoyées devant une cour d'assise, 13% devant un juge pour enfant, 15% ont bénéficiées d'un non-lieu pour requalification en agression sexuelle et renvoi devant un tribunal correctionnel et enfin 34% ont bénéficié d'un non-lieu total.

Sur 1500 affaires d'agressions sexuelles, 14% ont bénéficié d'un non-lieu, 11% ont été renvoyées devant un juge pour enfants et 76% ont été renvoyées devant un tribunal correctionnel.

En 2016, on dénombre également plus de 12 000 affaires que l'on peut regrouper sous le vocable d'atteinte aux mœurs comprenant : les exhibitions sexuelles (41 %), les atteintes sexuelles, les affaires de corruption de mineur ou de pédopornographie (40 %), puis les infractions liées à la prostitution (14 %) et enfin les outrages aux bonnes mœurs (moins de 5%).

2016	Affaires						Nombre d'auteurs
	Ensemble		Sans auteur identifié		Avec auteur identifié		
	Nombre	Part (en %)	Nombre	Part (en %)	Nombre	dont avec au moins un auteur mineur	
Ensemble	12 135	100,0	2 782	22,9	9 353	1 061	10 463
Atteintes aux mœurs	10 438	100,0	2 623	25,1	7 815	972	8 337
<i>Pédopornographie, atteinte sexuelle</i>	4 910	40,5	1 058	21,5	3 852	661	4 206
<i>Exhibition sexuelle</i>	4 959	40,9	1 382	27,9	3 577	217	3 702
<i>Outrage aux bonnes mœurs</i>	569	4,7	183	32,2	386	94	429
Prostitution	1 697	14,0	159	9,4	1 538	89	2 126

Tableau 7. Les caractéristiques des affaires relatives aux mœurs traitées par les parquets en 2016.

Pour la catégorie des atteintes aux mœurs, le taux de classement s'élève à 45% pour absence d'infraction ou infraction insuffisamment caractérisée. On note également un pourcentage plus élevé d'abandon de poursuite à la suite de l'application de mesures alternatives (rappel à la loi) ou d'une composition pénale qui s'élève à 18% au total. Les classements pour inopportunités de poursuite sont assez bas : 4%.

Majoritairement, les poursuites s'effectuent devant un tribunal correctionnel (33%). Plus rarement les poursuites peuvent faire l'objet d'une information au juge d'instruction (7%).

En matière d'exhibition sexuelle (3 700 auteurs), le taux de poursuite est plus élevé (40 %) et les classements pour affaire non poursuivable plus faibles (36 %).

Contrairement aux outrages aux bonnes mœurs qui font plus facilement l'objet d'un classement pour infraction non poursuivable (66 %) au détriment des poursuites qui ne concernent que 13 % des auteurs.(44)

Selon l'INSEE, chaque année 20 000 personnes sont mises en cause dans des affaires d'agressions sexuelles. Il s'agit principalement d'auteurs de sexe masculin (98%), En 2019, les parquets ont été saisis de 56 000 plaintes. L'auteur est identifié dans 70 % des cas lorsque la victime est majeure, 76% des cas lorsque la victime est mineure. Lorsque l'auteur est poursuivable (39% des cas), il fait l'objet d'une réponse pénale dans 90% des cas. Dans le cas d'une réponse pénale, 82% feront l'objet de poursuite devant un tribunal ou un juge d'instruction, 17% d'une mesure alternative et 1% d'une composition pénale. (46)

1.2.4.2. Les données épidémiologiques

Les données provenant de l'administration diffèrent souvent des données observées dans les enquêtes en population générale. Cela s'explique d'une part parce qu'il est difficile d'obtenir des données exactes sur des sujets aussi sensibles, et d'autre part parce que les données administratives sous-estiment les violences sexuelles. En effet, on sait qu'une partie des victimes ne porte pas plainte pour diverses raisons : longueur et pénibilité des procédures judiciaires, peur de représailles, emprise psychologique, amnésie traumatique.

La classification des victimes d'agressions en fonction de leur âge, de leur sexe et de l'auteur rend également plus difficile la synthèse cohérente des données.

Entre 2011 et 2018, 200 000 personnes, âgées de 18 à 75 ans, ont été victimes d'agression sexuelle (hors sphère familiale).

Parmi ces victimes, 27% ont subi un viol, 16% une tentative de viol, et 29% des attouchements. Cependant, 81% des victimes ne vont pas porter plainte. (46)

Des enquêtes sont régulièrement réalisées et permettent d'apprécier l'ampleur du phénomène des violences sexuelles. On note celles sur la sexualité (par exemple l'enquête « Contexte de la Sexualité en France », en 2006) et celles sur la santé (notamment les Baromètres Santé de l'INPES (2016)) qui ont intégré depuis plusieurs années des questions portant spécifiquement sur les violences sexuelles. Les enquêtes sont souvent effectuées par catégorie, séparant les mineurs des majeurs, et les sexes.

Selon l'enquête du Baromètre de la santé de l'INPES, 18,9 % des femmes et 5,4 % des hommes de 18-69 ans déclarent avoir déjà été confrontés à des rapports forcés ou à des tentatives de rapports forcés.

Selon l'enquête, les rapports forcés seraient décrits plus fréquemment par les individus ayant déjà eu des rapports homosexuels : 49,3 % des femmes ayant eu des rapports homosexuels dans leur vie (contre 17,1 % des femmes hétérosexuelles) et 25,5 % des hommes qui ont eu des rapports homosexuels (contre 4,6 % des hommes hétérosexuels). Le premier rapport forcé survient majoritairement avant 18 ans pour 47,4 % des femmes et 60,2 % des hommes. Avant l'âge adulte, les violences sont souvent perpétrées par l'entourage proche (30,8 % des cas pour les femmes, 35,0 % pour les hommes), un membre de la famille (28,2 % et 20,6 %) ou par un inconnu (15,6 % et 26,2 %).

À l'âge adulte, les agresseurs sont plus souvent un ou une (ex-)conjoint ou conjointe pour les femmes (52,4 %) et d'un ou une inconnue pour les hommes (33,8 %).

Les violences sexuelles touchent tous les milieux sociaux. On constate une augmentation des déclarations de violences chez les femmes entre 2006 et 2016 alors qu'elles restent stables chez les hommes.

Cette augmentation s'inscrit dans la continuité du rejet de ces violences et le refus de sa banalisation. Phénomène qui a été accentué par l'évolution de la société et le mouvement Metoo conduisant à l'augmentation des plaintes déposées à la gendarmerie, même si la proportion de ces dernières reste très faible.

Âge au moment de l'enquête (ans)	Rapports forcés		Tentatives de rapports forcés	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
15-17	4,0	0,0	4,0	1,0
18-19	5,1	3,0	9,3	2,4
20-24	7,4	2,3	11,3	2,7
25-34	12,3	2,2	8,7	3,8
35-39	11,5	2,7	10,2	5,2
40-49	13,0	3,0	7,3	3,6
50-59	11,6	1,4	9,2	3,0
60-69	7,5	1,2	5,3	2,3
70-75	5,4	0,3	3,5	3,1
TOTAL 15-75 ANS (N femmes = 8 322 ; N hommes = 6 894)				
	10,1	2,0	7,8	3,2
TOTAL 18-69 ANS 2016 (N femmes = 7 562 ; N hommes = 6 320)				
	10,6	2,1	8,3	3,3
TOTAL 18-69 ANS 2006 (N femmes = 5 762 ; N hommes = 4 641)				
	9,1	3,0	6,8	1,5

Sources : Enquête CSF 2006, Inserm/Ined; Baromètre santé 2016, Santé publique France

Tableau 8. La proportion de personnes ayant connu des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcé au cours de la vie selon le sexe et l'âge (%), selon l'enquête baromètre santé 2016.

Certaines enquêtes sont axées sur les victimes d'agressions, notamment l'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000, et réactualisée par l'enquête VIRAGE (« Violence et rapports de genre ») qui a été menée en 2015 auprès de 27.000 personnes (15.000 femmes et 12.000 hommes), âgées de 20 à 69 ans.

Cette enquête avait prévu dans sa méthodologie de rattacher les faits d'agressions des personnes interrogées aux différentes catégories pénales. Sans surprise, l'enquête révèle une large sous-estimation du nombre de victimes.

Le rapport de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences faites aux Enfants (CIIVISE) a été publié en novembre 2023 et livre un état des lieux après une enquête qui aura duré trois ans. Cette enquête révèle que 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année et 5,4 millions d'adultes auraient été victimes de violences sexuelles dans leur enfance. Parmi les victimes 2/10 sont des hommes, 8/10 sont des femmes. Les auteurs des violences sont majoritairement des hommes (9/10).

Parmi les témoins de la CIIVISE, 80% ont subi des violences incestueuses, 20% de la part de l'entourage proche, 11% de la part d'un individu dans une institution, 8% dans l'espace public.

Lorsque les victimes sont agressées avant l'âge de 15 ans, l'auteur se trouve au sein de la famille dans près de la moitié des cas.

Lorsque l'agresseur n'est pas dans la sphère familiale, il est dans une sphère proche (ami de la famille, camarade de classe, cercle amical) dans 1 cas sur 5 chez les femmes et 1 cas sur 3 chez les hommes.

Enfin, 1 victime sur 4 a rencontré son agresseur dans une institution (école, colonie de vacances, activité de loisir). (1)

On note une augmentation dans le temps du nombre de victimes d'agressions sexuelles, tant au niveau des données administratives que des données épidémiologiques. En effet, on constate une augmentation de 14% des condamnations entre 2017 et 2022.(47)

Il y a plusieurs explications à cette augmentation :

- professionnels du secteur judiciaire et des forces de l'ordre mieux formés aux violences sexuelles ;
- associations de victimes qui œuvrent pour faciliter les démarches et accompagner les victimes ;
- libération de la parole favorisée par le mouvement féministe "Me too" ;
- inculpations de célébrités.

De nombreux centres de prise en charge de victimes de psycho-traumatismes se créent en France. Ces centres permettent une amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale. Cependant, certains professionnels de santé avancent que les victimes ne retrouveront jamais vraiment leur état antérieur à l'agression, et parlent plutôt de « croissance post-traumatique ».

En définitive, la prise en charge des victimes de violences sexuelles intervient presque trop tard, puisque le traumatisme ne peut être complètement effacé de la mémoire de la victime. Ainsi, l'idéal serait d'éviter que ce traumatisme se produise.

Comment faire pour prévenir ces traumatismes ? Faire de la prévention primaire paraît difficile au vu de l'absence fréquente de conscience des mécanismes psychiques menant au passage à l'acte. Cela est néanmoins tenté actuellement avec le numéro vert national (S.T.O.P. Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention) mis en place en 2019 à la suite des recommandations de l'audit publique « Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge ». Il vise à orienter les personnes attirées sexuellement par les enfants vers des dispositifs d'évaluation et de soins adaptés.(48)

Une autre solution est de faire de la prévention secondaire en prenant en charge les auteurs de violences sexuelles déjà connus et condamnés pour éviter qu'ils ne fassent d'autres victimes.

C'est bien là l'objectif de la loi n° 98-4968 du 17 juin 1998 qui a instauré le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins pour les individus condamnés pour infraction sexuelle.

Cette mesure a pour objectif de limiter le risque de récidive en prenant en charge les auteurs autant sur le plan social, pour la réinsertion professionnelle et pour la prise en charge psychiatrique/psychologique.

Qu'en est-il de la récidive ?

1.2.5. La récidive

1.2.5.1. Les données sur la récidive

La récidive légale est définie comme survenue d'un nouveau passage à l'acte pour des faits similaires par un individu déjà poursuivi et dans un certain délai prévu par la loi.

Le code pénal prévoit 3 situations de récidive légale. Dans le cas où le premier passage à l'acte constitue un délit (article 132-10), le deuxième passage à l'acte doit constituer le même délit ou un délit assimilé par la loi, et doit être commis dans un délai de 5 ans. Dans le deuxième cas (article 132-8), le premier passage à l'acte constitue un crime ou un délit puni de 10 ans d'emprisonnement et le deuxième passage à l'acte doit constituer un crime commis sans limite de délai. Dans le troisième cas, (article 132-9) le premier passage à l'acte doit constituer un crime ou un délit puni de 10 ans d'emprisonnement et le deuxième passage à l'acte doit constituer un délit puni de la même peine dans un délai de 10 ans ou un délit puni d'une incarcération allant de 1 an à 10 ans et doit être commis dans un délai de 5 ans.

La réitération est définie par l'article 132-16-7 comme la commission d'une nouvelle infraction par une personne déjà condamnée pour un délit ou un crime et dont l'infraction ne correspond pas à la définition d'une récidive légale. Par exemple, la réitération peut concerner un vol ou autre infraction sans rapport avec la catégorie des violences sexuelles.

En 2019, 178 condamnés pour crime et 70 000 condamnés pour délit étaient en état de récidive légale.

De plus, 130 000 autres condamnés pour délit sont en état de réitération. Le taux de récurrence pour les auteurs de viols est de 5,3%. Les auteurs de délits sexuels ont un taux de récurrence de 6,8%. (49)

Les études sur la population des auteurs des infractions à caractère sexuel se sont multipliées depuis les années 70. Les études sur la récurrence du passage à l'acte ont des résultats hétérogènes. En effet, la récurrence est souvent difficile à établir. Elle varie selon les périodes, mais aussi selon l'échantillon et la sélection de la population étudiée, le type d'étude, la définition de la récurrence, la durée du suivi et le type d'analyses statistiques pratiquées.(50)

Le taux de récurrence est souvent étudié dans des cohortes pour évaluer l'évolution des agresseurs sexuels après leur incarcération et tenter de déterminer des facteurs de risques de récurrence mais aussi des facteurs protecteurs afin d'établir un risque de récurrence et ainsi permettre au système judiciaire et au système de soin de s'améliorer. À noter que les études rétrospectives sur des échantillons très spécifiques ont souvent tendance à surestimer le risque de récurrence.(27)

Chez les jeunes agresseurs, plusieurs méta-analyses ont pu observer des taux de récurrence variables :

- une étude a rapporté un taux allant de 1,6 à 29,9% avec un taux médian de 11% ;(51)
- une autre a rapporté que le taux moyen pondéré de récurrence sexuelle était de 7%, en étant nettement inférieur au taux moyen de récurrence générale qui est de 43%.(52)

Une autre méta-analyse analysant les données recueillies dans 79 études (pays nord-américains, européens et asiatiques) rapporte les taux de récurrence suivant : 12,4 % de récurrence sexuelle (72 études), 17,5 % de récurrence violente (sexuelle et non sexuelle) (36 études) et 30,1 % de récurrence générale (40 études). La période de suivi moyenne des dossiers était de 68 mois. Cependant, malgré les grandes qualités méthodologiques de cette étude, ces proportions demeurent sous-estimées car les infractions commises ne sont pas toutes connues, donc recensées.(53)

Il y a peu d'études sur l'efficacité de l'injonction de soins en France. Une étude de 2019 évaluant l'efficacité de l'injonction de soins sur une population de 76 auteurs de violences sexuelles retrouvait 5,3% de récidiviste. Parmi les sujets qui avaient terminé leur injonction de soins, 13,9% des auteurs avaient récidivé pendant leur suivi. (54)

L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP) a publié en 2019 une étude sur la base d'un recueil de données concernant 1900 auteurs d'infraction à caractère sexuel sous injonction de soins.

Cette étude retrouvait que 21% des auteurs avaient été nouvellement condamnés ou sanctionnés durant leur injonction de soins. Près de la moitié de ces auteurs n'auraient pas respecté leur injonction de soins, 42% auraient commis une nouvelle infraction. Sur les nouvelles condamnations 37% étaient des infractions à caractère sexuel. (55)

En moyenne, la récurrence est estimée à 15% sans traitement, tout en sachant qu'une majorité de victimes ne porte pas plainte (81%) et que tous les auteurs ne sont pas condamnés.

Néanmoins, les agresseurs sexuels ne font rarement qu'une seule victime.

En ce qui concerne les violences sur mineur, on dénombre en moyenne 2.8 victimes par agresseur.

Il paraît donc important de pouvoir prédire le risque de récidive et d'organiser la prise en charge en fonction de celui-ci. (1)

1.2.5.2. Le risque de récidive

Depuis les années 1980, l'intérêt pour le fonctionnement des auteurs de violences sexuelle va grandissant. Ceci résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : l'augmentation des préoccupations concernant les droits des femmes et des enfants poussés par le militantisme, l'augmentation de l'attrait des médias pour les faits divers amenant leur visibilité et la forte prévalence des violences sexuelles dans les années 1990.

Avant les années 70, la dangerosité et le risque de récidive étaient surtout évalués de façon assez subjective par les psychiatres et psychologues ainsi que par le personnel pénitencier. L'évaluation se fondait surtout sur l'expérience du professionnel.

Il s'agit-là de la première génération d'évaluation, qui a été amenée à évoluer grâce aux travaux critiques de John Monahan : il a mis en évidence une surestimation du risque et de la dangerosité. Cette génération d'outils subjectifs conduisait à priver de liberté 3 fois plus de personnes que celles qui devaient en réalité récidiver.

Au courant des années 1970/80, on commence à s'intéresser aux travaux des auteurs américains et à leurs outils d'évaluation actuariels. On s'intéresse notamment aux travaux d'Ernest Burgess qui, dans les années 1920, a conduit une étude sur 3000 détenus. Il a comparé la qualité de la prédiction de l'échec de la libération selon l'avis de trois psychiatres experts en milieu carcéral avec celle obtenue par une grille d'évaluation de plusieurs facteurs. Il constate ainsi que la grille d'évaluation permet de mieux prédire le risque de récidive et de déterminer des facteurs associés. Ces facteurs sont : l'âge, le sexe, la race du père, la nationalité, les antécédents de violence, les antécédents judiciaires et de victimisation. Plus tard, il y associera aussi l'échec scolaire en classe primaire et la dislocation du couple parental avant l'âge de 16 ans.

De ces travaux découlent des modèles de prédiction statistique du risque de récidive. Plus le risque est élevé, plus la "neutralisation" de l'individu doit être durable car une punition "douce" augmenterait le risque de récidive ultérieur.

Ceci a amené la création de tables de sentences qui sont encore utilisées aujourd'hui aux Etats-Unis.

Deux générations d'échelles actuarielles vont être créées : les échelles statiques et les échelles dynamiques.

Les échelles statiques s'appuient uniquement sur des facteurs historiques et non évolutifs disponibles directement dans le dossier judiciaire du patient.

Les échelles dynamiques s'appuient sur les facteurs statiques et des facteurs dynamiques, évoluant avec le temps. Elles proposent d'adjoindre une évaluation clinique.

Plusieurs études ont prouvé que les échelles actuarielles avaient une meilleure valeur prédictive qu'un raisonnement clinique non structuré (Erickson et al., 1987 ; Hannah-Moffat & Shaw, 2001)), que ce soit pour la récidive générale, violente ou sexuelle (Andrews et al., 2006, R. L. Jackson & Hess, 2007 ; Mcgrath et al., 2010).

Même si ces échelles permettent une meilleure prédiction du risque, elles ne permettent pas d'inclure des facteurs extérieurs ni d'ajouter des observations spécifiques à l'individu. Enfin, elles n'aident en rien les praticiens à prendre en charge les justiciables car elles ne proposent pas de plan de traitement.

Des échelles actuarielles intégrées cliniquement ont ensuite vu le jour, avec l'adjonction, après évaluation classique, de facteurs extérieurs pouvant influencer la récidive. Cependant, ces échelles avaient tendance à diminuer la qualité de la prédiction (Gore, 2007 ; Hanson, 2007 ; Vrana et al., 2008).

Pour pallier les difficultés inhérentes à ces échelles, d'autres échelles ont été élaborées selon le modèle du Risque-Besoin-Réceptivité de Bonta et Andrews. Ce modèle est fondé sur 3 principes :

- le principe du risque ou il s'agit d'adapter le niveau de prise en charge au niveau de risque de récidive,
- le principe des besoins ou il est nécessaire de prendre en compte les facteurs criminogènes et les prendre en charge,

- le principe de réceptivité qui vise à analyser les capacités d'apprentissage et la motivation au changement.

Les échelles qui s'en inspirent, se basent sur une évaluation stricte de la récidive, véritable point de départ de la prise en charge.

Elles s'appuient sur les facteurs statiques et dynamiques mais ne permettent pas de pondérer le risque par des facteurs extérieurs. Cependant, le risque peut être modulé à posteriori à la hausse ou à la baisse mais cela diminue également la qualité de la prédiction.

Les échelles de jugement clinique structurées ont ensuite été élaborées en intégrant les facteurs dynamiques et apprécient le risque final en fonction de l'avis de l'évaluateur. Elles se constituent comme des guides d'évaluations cliniques du risque mais demande des connaissances et compétences en matière d'évaluation du risque de récidive.

De nombreuses échelles existent donc pour apprécier au mieux le risque de récidive. Cette appréciation restera toujours imparfaite et faillible. En effet, ces échelles ont été créées par rapport à des populations d'auteurs incarcérés. Cette population est limitée et très inférieure au nombre réel d'agresseur sexuel si on se réfère aux données épidémiologiques.

On se souviendra qu'un risque ou une probabilité ne constituent en aucun cas une certitude.

D'autre part, la population d'agresseurs sexuelles est et restera une population complexe et très hétérogène. Les particularités de chaque auteur sont à prendre en compte. La généralisation et la « standardisation » des auteurs peuvent être à l'origine de prises en charge inadaptées, ce qui peut majorer le risque de récidive.

Finalement, apprécier le risque de récidive doit être le premier pas dans la prise en charge socio-judiciaire et psychologique.

Il existe pour ce faire des modèles d'inspiration cognitivo-comportementale, avec une prise en charge centrée sur les besoins criminogènes et les facteurs dynamiques liés à la récidive. On apprend donc aux auteurs de violences à repérer les facteurs de risque de récidive. Mais ces modèles peuvent aussi être jugés comme limitatifs et stigmatisants pour les justiciables car ils s'intéressent uniquement au délit, ainsi qu'aux points négatifs et aux lacunes.(37)

C'est ainsi qu'un autre modèle a été élaboré à partir de la notion de désistance.

1.2.5.3. La notion de désistance

La désistance est définie comme le processus de sortie de la délinquance. L'utilisation de ce concept amène à l'étude des facteurs qui favorisent une sortie de la délinquance. Il propose de nouvelles modalités d'évaluation et d'intervention centrées sur les facteurs qui soutiennent l'individu dans un retour vers une vie plus conforme aux normes sociales.

Le travail sur l'identité est au centre de la démarche, afin que le délinquant puisse abandonner des identités négatives liées au comportement de délinquance et expérimenter de nouvelles identités plus positives, valorisées par la société et l'environnement.

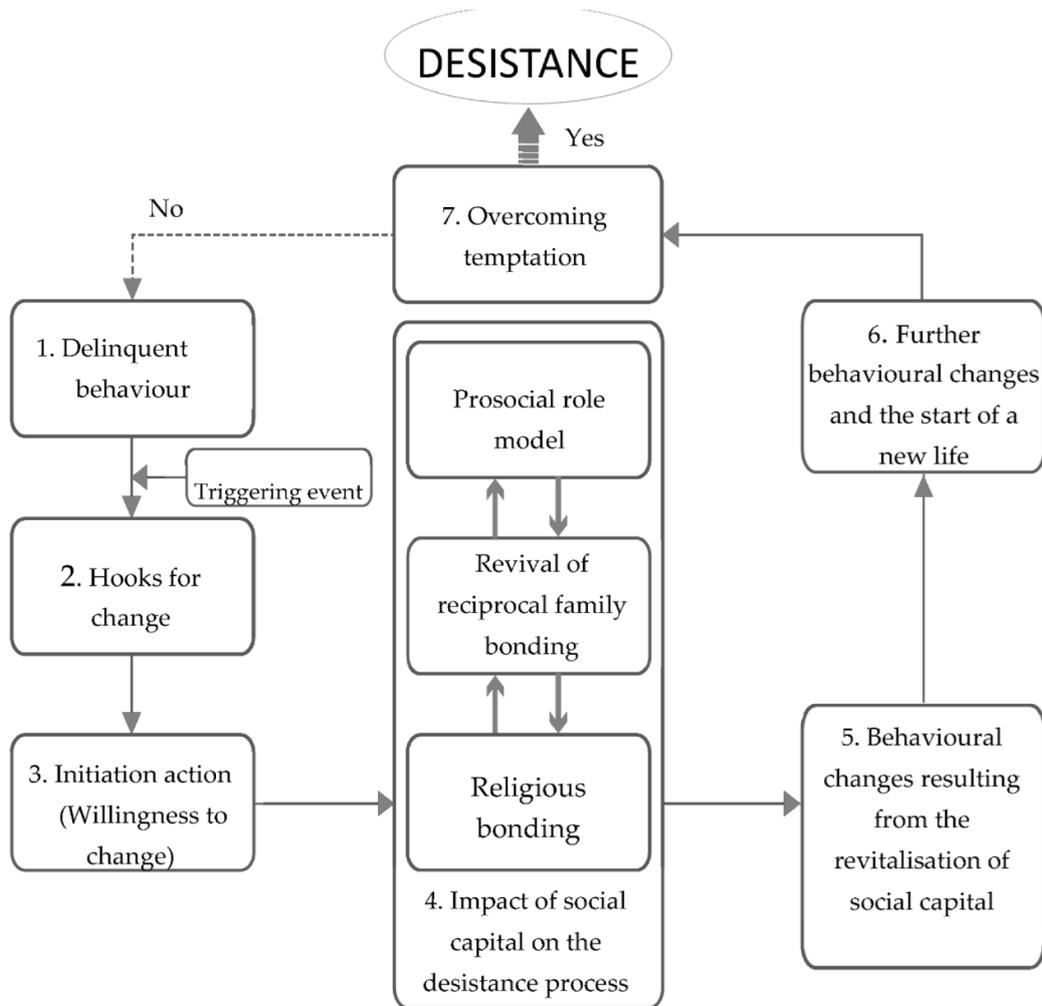


Figure 7. Mécanismes de la désistance.(56)

Les auteurs Harris, Mc Alinden, Farmer et Maluda retrouvent à travers leurs études (2017) deux leviers principaux qui seraient essentiels dans la désistance.

Il s'agit de l'agentivité et de l'espoir d'une vie meilleure. L'agentivité se rapporte à la capacité d'agir, le sentiment d'auto-efficacité et de reprise de contrôle. Selon Mc Alinden, Farmer et Malunda (2015), l'agentivité serait liée à projection d'une nouvelle identité ainsi que la capacité d'imaginer un soi futur constructif favorable à la poursuite d'objectifs partiellement atteignable. Selon Puglia et Glowacz (2018), l'espoir d'une vie meilleure, l'optimisme des sujets et le fait que les sujets croient en eux favorisent l'arrêt des conduites délictuelles.

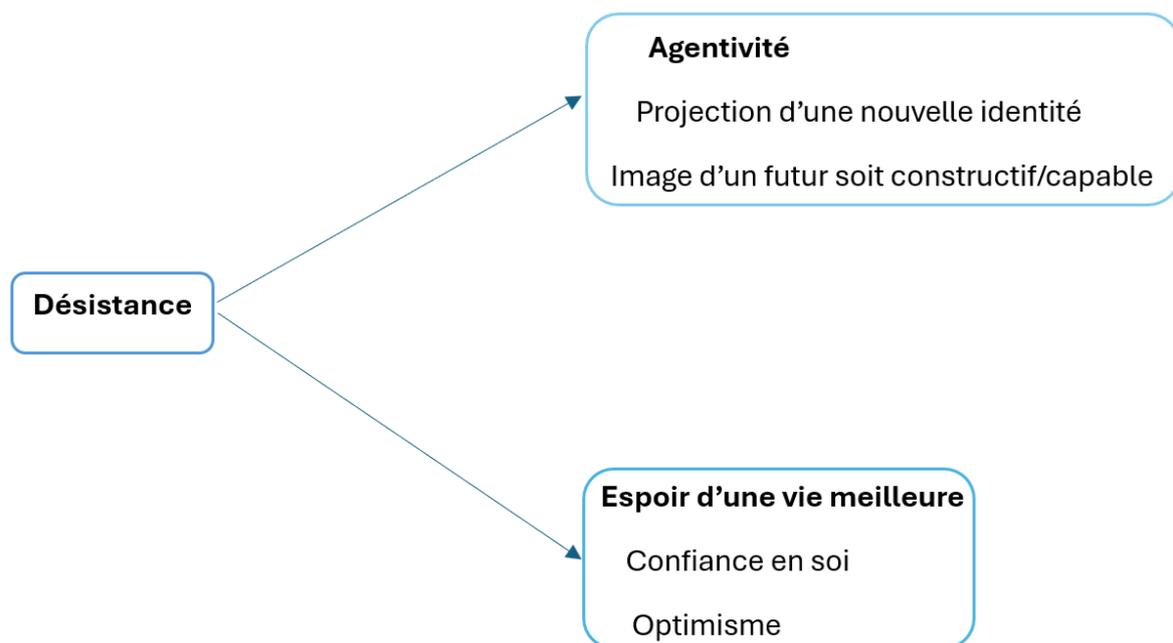


Figure 8. Un modèle de la désistance.

Il n'existe pas encore de programme standardisés et prescriptifs en matière de désistance mais il existe des interventions centrées sur la désistance. Ces interventions sont centrées sur les ressources et forces mobilisables des sujets en vue de leur réinsertion ainsi que la reconnaissance par les intervenants et l'environnement des efforts et des progrès réalisés.

En mobilisant les ressources du justiciable et en posant un regard plus optimiste et non jugeant sur lui, on permet à l'individu d'envisager d'autres « soi » possibles et de remettre en question l'identité délinquante. La qualité de la relation thérapeutique, fondée sur l'empathie et l'authenticité permet de soutenir et renforcer les changements prosociaux et l'identité prosociale.

Le *Good Lives Model* illustre bien l'utilisation de la notion de la désistance. Ce modèle a été créé dans les années 2000 par Ward, Mann et Canon afin de réhabiliter les auteurs de violences sexuelles. Il est décrit comme un modèle humaniste, positiviste et écologique qui centre la prise en charge sur l'identification des besoins humains fondamentaux et le développement des ressources internes.

Selon ce modèle, chaque personne est animée par des besoins humains fondamentaux qu'elle tente d'atteindre. Dans les cas des auteurs de violences sexuelles, les moyens pour y parvenir sont inadaptés. Dans ce modèle, l'idée est d'aider le justiciable à atteindre ses besoins fondamentaux en adoptant des comportements prosociaux et en l'aidant à développer des ressources internes et externes pour favoriser le bien-être et la désistance du crime.

Ward, docteur en psychologie, définit 11 besoins primaires qui peuvent évoluer en fonction du système de valeurs, des circonstances et du stade de vie de la personne. Les besoins secondaires sont les moyens concrets, adaptés ou déviants, pour parvenir à atteindre les besoins primaires.

Il s'agit aussi d'intégrer la responsabilité active permettant d'inclure les conséquences de l'acte délictueux pour lui, sa famille, son environnement social et les intégrer dans un plan d'action reprenant les préoccupations de ses proches et ce qui peut répondre à ses besoins.

La responsabilité active est axée sur les objectifs futurs et les encouragements à des initiatives positives. Il s'agit aussi de renforcer l'agentivité et de lui donner une place d'acteur ainsi que lui permettre d'agir sur son parcours de vie, renforçant ainsi son sentiment de maîtrise. La responsabilité active favoriserait l'émergence d'une honte réintégrative, encourageant la désistance. (57)

Néanmoins, pour intégrer un tel programme de soin, encore faut-il pouvoir aller vers le soin et avoir une certaine conscience du passage à l'acte et des mécanismes qui y conduisent.

C'est là qu'intervient la justice et les soins qu'elle ordonne parallèlement à la mesure de suivi socio-judiciaire.

1.3. Les soins pénalement ordonnés

Dans le cadre de l'injonction de soins, les soins sont mis en place par au moins une expertise psychiatrique, qui peut également être accompagnée d'une expertise psychologique.

1.3.1. L'expertise

1.3.1.1. L'expertise psychiatrique

L'expertise peut intervenir à plusieurs moments du parcours du justiciable.

Dès le début, lors de la phase d'enquête préliminaire ou de flagrance, à la demande du parquet, pour déterminer si le prévenu est atteint de troubles psychiatriques nécessitant des soins psychiatriques urgents, et s'il est porteur d'un trouble abolissant ou altérant son discernement au moment de la commission de l'acte reproché. L'expertise peut aussi être demandée lors de la phase pré sentencielle par le juge d'instruction. Il peut y avoir plusieurs experts qui donnent leur avis. Ils sont nommés par le juge, à partir d'une liste d'experts établie par le tribunal.

L'expert est amené à répondre à une série de questions posées par le magistrat. On demande notamment à l'expert d'apprécier la "dangerosité psychiatrique". C'est à dire d'évaluer la présence de "toute anomalie mentale ou psychique" susceptible d'abolir, d'altérer ou d'entraver le discernement et le contrôle des actes au moment des faits reprochés. S'il y a entrave, abolition ou altération du discernement, alors l'auteur est peu ou pas accessible à une sanction pénale.(58)

L'expert doit aussi se prononcer sur la possibilité d'une injonction de soins. L'expert doit cependant être vigilant à ne pas interpréter à charge les propos du prévenu, d'autant plus qu'il ne reconnaît pas les faits, car il est toujours présumé innocent.(59)

Dans la phase post-sentencielle, l'expertise est plutôt demandée par le juge d'application des peines, pour répondre aux questions précédentes si aucune expertise n'avait été demandée précédemment, mais aussi afin de se prononcer sur la nécessité d'un traitement et d'une prise en charge psychiatrique ou médico-psychologique en détention, décrire l'évolution du condamné au cours de la peine exécutée ainsi que la prise de conscience ou non de la gravité des faits reprochés.(59)

L'expert doit également évaluer la dynamique psychologique du passage à l'acte ainsi que l'histoire personnelle du mis en cause. Enfin, si l'expert a suffisamment accès au dossier pénal et qu'il arrive à appréhender le contexte sociologique du sujet, il peut évaluer la « dangerosité criminologique », en effectuant l'analyse psychocriminologique du passage à l'acte, et le risque de récidive. Cette analyse sera utilisée par le juge d'application des peines, pour évaluer les possibilités de libération conditionnelle à la fin de la peine de suivi en milieu ouvert et la nécessité de mettre en place d'autres mesures de sûreté.

L'expertise sera aussi le point de départ et la pierre angulaire de la prise en charge. Elle se situe à l'intersection entre la justice et les soins. L'expert vient nommer quelque chose qui dysfonctionne chez l'auteur de violence et qui constitue la porte d'entrée vers le soin.(58)

1.3.1.2. L'expertise psychologique

L'expertise psychologique peut être demandée à tout moment de la procédure par le magistrat instructeur en pré-sentenciel.

Le but de l'expertise psychologique est d'analyser tous les aspects de la personnalité (l'affectivité, l'émotivité...), le niveau d'intelligence et d'habileté manuelle du sujet.

L'expert psychologue doit répondre à un certain nombre de questions.

Si ces questions n'ont déjà pas été évoquées par l'expert psychiatre, on demande notamment :

- L'analyse de la personnalité et sa constitution à travers son histoire. La mise en perspective de l'infraction par l'histoire personnelle du sujet.
- L'analyse de la sexualité et la présence ou non de paraphilie.
- L'analyse de la dynamique criminogène et du passage à l'acte, l'influence de la personnalité sur le passage à l'acte mais aussi l'influence de l'environnement, des relations interpersonnelles, de la consommation de toxiques, etc...
- Le psychologue expert doit aussi évaluer la position de l'auteur vis à vis de la victime, son élaboration et sa reconnaissance vis à vis des faits reprochés.
- L'analyse des capacités de réadaptabilité.(58)

En post sentenciel, le juge d'application des peines peut demander une expertise psychologique pour évaluer l'évolution du sujet : son rapport à lui-même, son rapport aux faits et à la victime, la présence de culpabilité, la responsabilité, le rapport au cadre juridico-pénitentiaire. Elle tente d'approcher l'avenir du justiciable.(58)

1.3.1.3. Le risque de récidive

C'est à l'occasion de l'expertise que le risque de récidive va être exploré pour la première fois.

L'analyse du risque de récidive doit prendre en compte l'aspect criminologique et psychopathologique du dossier.

L'expert doit décrire l'infraction : type de délit ou crime, infraction sexuelle ou non, l'âge de la victime, le lien avec la victime, les antécédents judiciaires.

Il doit également faire une analyse patho-biographique. Elle est sous-tendue par une théorie de la crise, de la rupture.

On cherche la présence ou l'absence de facteurs de risque statiques (antécédents psychiatriques, antécédent de violence sexuelle dans l'enfance, addiction,), et la dynamique de la personnalité (anxiété, défenses psychiques, responsabilité vis à vis de l'acte, empathie pour la victime, estime de soi/narcissisme).

Deux approches sont ainsi utilisées pour établir le risque : qualitative (risque faible, moyen, fort), ou quantitative (0 à 100%).

Dans le cadre de l'approche quantitative, une étude datant de 1990 réalisée dans les prisons françaises a permis de déterminer trois profils :

- les pères incestueux
- les pédophiles
- les auteurs de violences sexuelles sur adultes

Une étude quantitative plus récente a étudié la récidive en fonction de l'infraction commise. Ainsi les auteurs étaient divisés en 4 groupes : violeurs d'adultes, agresseurs incestueux, agression sur mineur fille, agression sur mineur garçon.

Plusieurs critères ont été retrouvés de façon significative chez les récidivistes :

- antécédents d'agression sexuelle
- âge supérieur à 40 ans, au moment du délit
- présence d'une arme
- séquestration ou humiliation dans le mode opératoire
- logement seul, sans aucune expérience de la cohabitation
- antécédents de transgressions autre qu'atteinte aux mœurs
- environnement extrafamilial de la victime
- victime inconnue
- victime garçon
- série de trois victimes ou plus

Il s'agit là de facteurs de risque de récidive (statiques) mais il est nécessaire de prendre de la distance avec ces facteurs car il ne préjuge en rien d'une récidive automatique et obligatoire. Il s'agit d'une évaluation probabiliste.(60)

L'évaluation des facteurs statiques peut se faire par l'échelle Static 99. Elle est issu d'une méta-analyse concernant des auteurs de violences sexuelles et a connu plusieurs révisions (Static 99R, Static 2002, Static 2002R). (37)

Selon l'approche qualitative, l'expert prend en compte l'évolution de plusieurs items :

- l'évolution de la personnalité ;
- la reconnaissance du passage à l'acte : totale, partielle, indirecte, négation sthénique, négation défiante ;
- le degré de reconnaissance de l'exercice de la contrainte ;
- le vécu "surmoïque" à la suite de l'acte : indifférence, vague malaise, honte, culpabilité ;
- la capacité de se représenter le retentissement psychique pour la victime ;
- le rapport à la loi : reconnue, acceptée, banalisée, défiée.

Les deux grilles peuvent s'utiliser ensemble pour créer des niveaux de risque de récidive distincts :

- scores faibles aux deux grilles : il s'agit des auteurs incestueux, d'auteurs de violences sur mineurs filles sans antécédents judiciaires, et ayant l'expérience d'une vie commune avec un adulte. Il s'agit d'un groupe d'auteur avec une bonne évolution avec un suivi psychologique ou éducativo-criminologique. Le risque de récidive reste faible et l'accompagnement doit rester souple.
- scores forts aux deux grilles : il s'agit d'agresseurs de mineurs garçons, et d'auteurs d'agresseurs d'adultes avec des antécédents judiciaires. Il s'agit d'une population dont l'évolution de la personnalité, la critique du passage à l'acte et la prise de conscience sur les problématiques psycho-sexuelles sont restées faibles et très limitées au cours du suivi. Le risque de récidive est significatif et le suivi doit être plus cadré.

- score fort à la grille quantitative, score faible à la grille qualitative : il s'agit d'agresseurs de mineurs de sexe masculin qui ont développé la capacité d'être en relation avec un homme adulte au sein d'une relation homosexuelle et qui ont par ailleurs un aménagement de la personnalité, une capacité d'autocritique, une participation émotionnelle et une lucidité vis à vis de la problématique psychosexuelle.
- score faible à la grille quantitative et fort à la grille qualitative : il s'agit d'auteurs incestueux ou d'agresseurs de mineurs filles qui ont une personnalité problématique, marquée par un égocentrisme et un versant paranoïaque donc peu accessible au suivi avec en plus une faible autocritique et une distanciation par rapport aux problématiques psychosexuelle. Le risque paraît faible mais la récurrence ne peut être exclue.(60)

Plusieurs échelles prennent en compte à la fois les facteurs statiques et les facteurs dynamiques. Certaines échelles somment les deux types de facteurs telle que l'échelle LS/CMI. D'autres utilisent les facteurs statiques et pondèrent les résultats par les facteurs dynamiques : Stable 2007 et Aigu 2007.

L'échelle Stable comprend plusieurs catégories : influences sociales négatives, problèmes relationnels, maîtrise de soi, maîtrise de soi sexuelle, manque de coopération dans le cadre de la surveillance.

Facteurs de risque d'ordre sexuel	Facteurs de risque décrivant un mode de vie antisocial	Autres facteurs de risque
Infractions sexuelles antérieures ¹	Problèmes comportementaux à l'enfance (décrochage scolaire, fugues, etc.) ¹	Jeune âge ¹
Caractéristiques des victimes sexuelles ¹	Antécédents criminels ¹	Relations de couple
Victime extrafamiliale/inconnue ¹	Délinquance juvénile ¹	Jamais marié/entretenu une longue relation de couple ¹
Victime de sexe masculin ¹	Nombre de sentences reçues ¹	Célibat
Déviance sexuelle	Violence non sexuelle ¹	Instabilité/conflits conjugaux
Intérêts sexuels envers les enfants	Bris des conditions de remise en liberté ¹	Hostilité envers les femmes
Identification émotionnelle avec les enfants	Personnalité antisociale/psychopathique	
Intérêts pour la violence sexuelle	Style de vie impulsif (prise de risque, instabilité à l'emploi, vie festive, etc.)	
Paraphilies sexuelles	Irresponsabilité (incapacité à identifier et à résoudre ses problèmes)	
Autorégulation sexuelle	Émotions négatives/hostilité	
Préoccupations sexuelles	Manque de coopération dans le cadre de la surveillance	
Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation	Pairs criminalisés	
Attitudes favorables à la coercition sexuelle		

Tableau 9. Les facteurs de risque de récidive stables temporellement

L'échelle Aigu évalue les facteurs de risques aigus, indices d'un passage à l'acte potentiellement imminent. Cette échelle évalue les indices d'effondrement (émotions négatives, situations négatives) et les indices d'approches (mises en place de stratégies pour passer à l'acte, rejet des mesures de contrôle judiciaire).(37)

L'évaluation du risque reste toujours biaisée car les études sur le risque de récidive sont souvent réalisées sur des populations incarcérées et condamnées pour des faits d'agressions sexuelles. Une grande partie des données sur la récidive et sur les récidivistes échappe donc au système judiciaire.

D'autres échelles sont utiles pour déterminer le risque de réitération. L'échelle Brief Assessment of Recidivism scale 2002 R (BARR-02) évalue le risque de récidive non sexuelle en prenant en compte l'âge de libération et la criminalité générale notamment.(60)

C'est en fonction du niveau du risque de récidive que sont décidées le niveau de prise en charge.

1.3.1.4. Les facteurs de réceptivité et de protection

L'efficacité du traitement dépend également de la réceptivité du prévenu. Il existe des facteurs de réceptivité généraux et des facteurs de réceptivité spécifique à chaque individu.

Les deux principaux facteurs de réceptivité sont :

- les habilités cognitives : niveau intellectuel, niveau scolaire ;
- la motivation au traitement.

Une attention particulière doit être portée au Quotient Intellectuel (QI), pouvant biaiser les résultats à certaines échelles. De même, les troubles des fonctions exécutives telles que les troubles de l'attention, de la concentration, du raisonnement abstrait et de la formation de concepts peuvent influencer d'autres facteurs comme l'impulsivité et les difficultés liés à l'intimité.

Il peut être intéressant d'évaluer la motivation qui se décompose en 3 aspects : "avoir envie", "se sentir capable" et "être prêt".

Certains auteurs proposent d'utiliser les entretiens motivationnels ou le modèle de changement de Prochaska et Di Clemente, afin d'évaluer la motivation avant et pendant le traitement, pour pouvoir discuter des avantages et inconvénients de celui-ci. (37)

André Ciavaldini et son équipe ont aussi identifié des facteurs de bon pronostic ou des critères caractérisant des patients "bon-répondeurs".

Ces facteurs de réponse favorable au traitement sont :

- la qualité de la reconnaissance du délit ;
- se sentir anormal au moment du délit ;
- reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte ;
- arrestation vécue comme un soulagement ;
- reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte. (34)

L'échelle SAPROF est une échelle permettant d'évaluer les facteurs de protection, protégeant d'un nouveau passage à l'acte. Elle se fonde sur les facteurs de protection interne, externe et liés à la motivation avec des facteurs statiques et dynamiques. Les facteurs de protection interne sont : le niveau intellectuel élevé, un attachement sécurisant pendant l'enfance, une bonne empathie, de bonnes capacités d'adaptation, un bon contrôle de soi.

Les facteurs de protection externe sont : un réseau de soutien familial et amical prosocial, un partenaire de vie, la disponibilité des services d'aide et de soin, la présence d'un contrôle par une personne proche pro sociale ou une autorité, la présence d'une ordonnance mentionnant un traitement obligatoire ou un suivi par un professionnel de la justice.

Enfin, les facteurs lié à la motivation sont le travail, les loisirs, une bonnes gestion des finances, une bonne motivation au changement, une bonne tolérance de l'autorité, avoir des objectifs de vie, la prise de médicament lié à la réduction du passage à l'acte.(61)

1.3.2. Les soins durant l'incarcération

Les soins débutent parfois lors de l'incarcération. Les juges d'application des peines ont une attention particulière pour les auteurs de violences sexuelles et font en sorte de pouvoir les incarcérer dans des établissements qui disposent d'unités de soins.

La loi du 18 janvier 1994 prévoit le rattachement des établissements pénitentiaires à une unité de soins. Cependant, l'administration pénitentiaire ainsi que le ministère de la santé a souhaité privilégier les établissements pouvant garantir une prise en charge adaptée pour les agresseurs sexuels.

Les auteurs de violences sexuelles sont en général incarcérés dans des prisons ayant les moyens médicaux et psychiatriques pour les prendre en charge. Les psychiatres et psychologues se trouvent soit dans les Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), soit dans les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA).

Les SMPR sont au nombre de 26 répartis sur le territoire français. Ils disposent notamment de programmes spécifiques comme des groupes de paroles pour les auteurs de violences sexuelles ou d'autres groupes thérapeutiques (psychodrame, art thérapie...).(8)

Les groupes de paroles servent de médiation et peuvent permettre l'expression et la confrontation de différentes positions subjectives par rapport au crime. Il permet aussi d'offrir un espace où les angoisses sont exprimées et contenues car le groupe sert de support à la représentation d'un contenant.(62)

Selon André Ciavaldini, plus l'auteur est proche de la sanction, plus le travail psychothérapeutique a de chance de fonctionner. Il est donc nécessaire que l'auteur puisse être pris en charge rapidement.(18)

Les soins ne sont pas imposés lors de l'incarcération et restent au bon vouloir de l'auteur, sauf lors de mises en danger ou une hospitalisation peut être nécessaire. Néanmoins, les auteurs sont incités aux soins, des réductions de peines sont prévues en cas de suivi régulier.

1.3.3. L'injonction de soins

1.3.3.1. La définition et cadre légal

L'injonction de soins a été introduite par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 sur le suivi socio judiciaire.

Le suivi socio judiciaire correspond à une mesure de surveillance et d'assistance dans le but de prévenir la récidive placée sous le contrôle du juge d'application des peines.

La mesure de suivi socio-judiciaire peut constituer une peine complémentaire aux peines privatives de liberté ou une peine principale à la suite de la condamnation d'un délit.

Initialement le suivi socio-judiciaire était prévu pour la répression et la prévention de la récidive d'infraction pénale tel que : le meurtre, le viol, les agressions sexuelles, la corruption de mineurs ou pédopornographie. En 2005, la possibilité de suivi socio judiciaire est élargie à d'autres infractions pénales telles que : les actes de barbarie et torture, enlèvement et séquestration, la dégradation/destruction de bien par le biais de substance explosives ou incendie ou la diffusion de méthode de production d'engin explosifs.

En 2007, la loi n° 2007-297 permet d'élargir encore à la prévention de la délinquance et d'inclure notamment : les violences contre le conjoint ou ex conjoint, les violences sur les mineurs de moins de 15 ans, la corruption de mineur via une messagerie électronique.

Le suivi socio-judiciaire débute à la fin de la peine privative de liberté ou dès la condamnation et est suspendue lors de toute réincarcération durant le suivi.

Nature de la mesure	Autorités judiciaires compétentes	Instances chargées de la mise en œuvre de la mesure
<p>Suivi socio-judiciaire : Automaticité de l'injonction de soins depuis la loi du 10 août 2007 sauf décision contraire du juge de l'application des peines et à condition qu'une expertise établisse que le condamné est apte à suivre un traitement.</p> <p>Si délit, le SSJ est prononcé soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté ou d'amende (sursis simple possible, mais pas le SME) ; - à titre de peine principale. <p>Si crime, le SSJ est prononcé à titre de peine complémentaire d'une peine privative de liberté (sursis simple possible, mais pas le SME).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tribunal correctionnel ou chambre des appels correctionnels de la cour d'appel (pour les délits). - Cour d'assises (pour les crimes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Juge de l'application des peines qui contrôle et décide de sanctionner les manquements du condamné. - SPIP ou toute personne qualifiée sur saisine du juge de l'application des peines. - Médecin coordonnateur. - Médecin traitant ou psychologue traitant.

Tableau 10. Le modalités et intervenants du suivi socio-judiciaire

La mesure d'injonction de soins est applicable si une expertise médicale indique la possibilité de soins et qu'une mesure de suivi socio-judiciaire est encourue dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une rétention de sûreté, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté.

En effet la loi du 10 août 2007 pose le "principe de l'injonction de soins" : sauf contre-indication de la juridiction, tout prévenu peut bénéficier d'une injonction s'il a bénéficié d'une expertise mentionnant la possibilité de soin et dès lors que la personne encourt un suivi socio-judiciaire. L'expertise médicale est nécessaire pour initier ou supprimer la mesure.

Le médecin coordonnateur est nommé par le juge d'application des peines et sert d'interface entre le médecin traitant et la justice.

L'expertise médicale doit être demandée avant le jugement par le procureur et pose la question explicite de la possibilité d'une injonction de soins (art. 706-47-1). L'expertise peut être demandée par le procureur même si les faits reprochés ne sont pas énoncés dans l'article régissant l'injonction de soins.

La juridiction de jugement doit se prononcer sur plusieurs plans : la durée du suivi, la fixation de l'emprisonnement encouru en cas d'inobservation des obligations, la fixation d'obligations, la présence d'une injonction de soins.

Le juge d'application des peines désigne le coordonnateur de soins sur une liste préétablie et tenue à jour tous les trois ans par le procureur de la République.

Le prévenu choisit son médecin ou psychologue traitant qui doit être validé par le médecin coordonnateur.(58)

1.3.3.2. L'incitation aux soins

L'auteur des faits reprochés ne peut être obligé à prendre un traitement sans son consentement mais s'il refuse de prendre le traitement proposé, l'emprisonnement prévu dans le cadre du suivi socio judiciaire pourra être mis à exécution.

Si le prévenu est condamné à une peine privative de liberté sans sursis, il est informé de la possibilité de commencer le traitement en prison.

Une expertise médicale est nécessaire avant toute sortie d'incarcération si le prévenu a passé un temps de détention supérieur à 2 ans.

Le prévenu condamné pour viol d'un mineur de moins de 15 ans, l'assassinat ou le meurtre doit être expertisé par deux experts différents avant toute sortie même temporaire, et l'expert doit se prononcer sur les possibilités de soin.

Dans certaines infractions ou crimes, le juge d'application des peines peut également retirer des aménagements de peines, si le prévenu ne suit pas les recommandations de traitement proposées par le médecin.

Le juge d'application des peines peut aussi ordonner la réduction de peine en fonction du suivi de la thérapie.

Depuis la loi du 10 août 2007, aucune remise de peine ne peut être accordée si le prévenu ne suit pas les recommandations de soin. De même, la libération conditionnelle ne peut être accordée à un auteur de délit ou de crime qui ne se soumet pas aux recommandations thérapeutiques lors de son incarcération.

Le médecin traitant peut demander à tout moment au juge de procéder à une nouvelle expertise. Le juge peut également ordonner une expertise à tout moment. Le médecin ou le psychologue traitant fournissent des justificatifs du suivi au condamné et doivent informer le médecin coordonnateur en cas de non-respect du suivi. Le médecin coordonnateur est lui-même chargé de transmettre l'information au Service d'insertion et de Probation Pénitentiaire (SPIPP) ainsi qu'au juge d'application des peines en cas de non-respect du suivi : le non-respect du suivi s'entend comme l'absence d'adhésion à un protocole thérapeutique adapté et pas seulement une absence de prise en charge.

En cas de non-respect des mesures de surveillance, d'obligation, d'assistance ou d'injonction de soins, le juge d'application des peines peut délivrer un mandat d'amener, un mandat d'arrêt ou inscrire le condamné sur le fichier des personnes recherchées.

Dans ce cas, le juge peut ordonner l'incarcération provisoire du condamné, après avis auprès du procureur de la République.

En cas de réincarcération pour non-respect de l'injonction de soins, les réductions de peines et la libération conditionnelle peuvent être annulées. (58)

1.3.3.3. Les modalités de soins et suivi

1.3.3.3.1. Le médecin coordonnateur

Le statut de médecin coordonnateur (MC) a été créé à la suite de la loi du 17 juin 1998 dans le cadre de la prévention et répression des infractions à caractère sexuel ayant pour conséquence la création de l'injonction de soins.

Le médecin coordonnateur se situe à l'interface entre le soin et la justice, entre le thérapeute et le référent du SPIP ou le juge d'application des peines.

Il est référent du cadre et garantit le respect du secret médical. Il convoque le sujet régulièrement, au minimum une fois par trimestre pour statuer sur l'évolution du sujet, pour vérifier la mise en place de thérapeutiques adaptées et informe le Juge d'Application des Peines (JAP) de l'évolution du sujet. Il invite le sujet à choisir son médecin ou psychologue traitant. Le MC peut faire bénéficier au patient de son réseau et le conseiller. Il peut également refuser le thérapeute choisi, s'il juge que les soins proposés ne sont pas adaptés. À la demande du thérapeute, il peut aussi prodiguer des conseils concernant la prise en charge.

Le MC est choisi par le JAP sur une liste prévue par l'article 3711-1 du code de la Santé Publique. Elle est mise à jour tous les 3 ans par le Procureur de la République après avis du conseil départemental de l'Ordre des Médecins et du préfet.

Le MC doit être soit :

- un psychiatre ayant exercé depuis au moins trois ans,
- soit un psychiatre qui a exercé pendant au moins 5 ans au total,
- ou encore un médecin d'une autre spécialité ayant suivi une formation adaptée auprès d'un organisme ou d'une université agréée.

Le MC ne peut avoir de liens familiaux, d'alliance ou d'intérêt professionnel avec le patient. Il ne peut en aucun cas être le thérapeute ou avoir déjà rencontré la personne à l'occasion d'une expertise et ne pourra pas réaliser d'expertise du sujet à l'avenir.

Après avoir été désigné par ordonnance du JAP, le MC convoque le patient dans un délai maximum d'un mois. Le JAP fait parvenir au MC les différentes expertises ou examens médico-psychologiques réalisées durant l'instruction, le réquisitoire définitif ou l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel ou cour d'Assise, et enfin le jugement du tribunal ou de la cour d'Assise.

Le MC est chargé d'expliquer les modalités de la mesure d'injonction de soins et les conséquences en cas de non-respect de celle-ci. Il fait également l'évaluation psychique et psychopathologique du sujet, qu'il met en perspective avec les expertises précédentes du sujet. Cela lui permet de cerner l'évolution du sujet depuis son incarcération.

Le coordonnateur fait également un bilan annuel ou biennuel qu'il adresse au JAP. Ce bilan fait état des moyens mis en œuvre dans la prise en charge du sujet mais aussi de l'évolution du sujet, de son adhésion aux soins, ainsi que les propositions pour la suite de la prise en charge. (58)

1.3.3.3.2. Le psychiatre ou psychologue traitant

Le thérapeute est choisi par le patient et doit être approuvé par le MC. Il peut s'agir d'un médecin psychiatre ou d'un psychologue. Il est prévenu du contexte juridique des soins et l'atteste au MC.

Le thérapeute a pour mission d'organiser les soins, d'accompagner le patient dans la psychothérapie et si nécessaire de prescrire des traitements psychotropes. Le patient doit donner son accord pour recevoir les soins proposés. Le thérapeute pourra s'appuyer sur les expertises précédemment réalisées, qui pourront être transmises par le MC. Une phase d'évaluation des besoins et caractéristiques du sujet sera nécessaire pour établir le projet de soin. Les modalités thérapeutiques doivent être en accord avec les données de la science.

Le thérapeute délivre des attestations de suivi au patient pour qu'il puisse les transmettre au MC et au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation Pénitentiaire (SPIP). En cas de rupture de soin ou de suivi, le thérapeute doit informer le MC, ou le JAP sans que cela ne constitue une violation de secret médical ou professionnel.(58)

Plusieurs auteurs ont montré que le traitement psychothérapeutique était plus efficace lorsque le thérapeute adopte un style particulier. Le thérapeute doit avoir les caractéristiques essentielles que sont l'empathie et la bienveillance (Marshall et Burton 2010, 2013).

Il a également été démontré que la confrontation agressive marquée nuisait voire annulait les progrès précédemment réalisés des auteurs de violences sexuelles

(Marshall, Serran, Moulden 2002 ; Beech, Hamilton-Giachritsis, 2005).

Cela ne veut pas dire pour autant que les cognitions antisociales et celles justifiant les agressions sexuelles ne doivent pas être confrontées mais cela doit être fait de façon adaptée. Le thérapeute doit véhiculer des attitudes et comportements prosociaux .(37)

1.3.3.3.3. Les thérapeutiques

1.3.3.3.3.1. La psychothérapie

La prise en charge psychologique s'avère complexe : d'une part du fait de l'hétérogénéité des profils criminologiques des auteurs de violences sexuelles et d'autre part du fait de la diversité des comorbidités (déficience intellectuelle, paraphilie, trouble de la personnalité, trouble anxieux, trouble dépressif, trouble de l'usage de substance.). La prise en charge peut néanmoins se focaliser sur les points communs à savoir : le trouble de la gestion des émotions et du contrôle des impulsions, les distorsions cognitives et les croyances erronées. Le traitement des comorbidités est bien entendu essentiel.

Des travaux montrent que le risque de récidive diminue si les traitements sont adaptés au risque de récidive de l'individu (Andrews et Bonta 2010). Les traitements doivent cibler des aspects du fonctionnement psychologique, social et émotionnel de l'individu qui sont à l'origine ou liés à la poursuite des comportements criminels, telles que les attitudes soutenant ces comportements, les caractéristiques antisociales, les accomplissements sociaux (emploi, degré de scolarité), le fonctionnement conjugal et familial, l'abus de substance).

Ces traitements doivent aussi être individualisés et s'adapter à la personnalité, aux capacités cognitives, d'apprentissage et d'adaptation, à la motivation de chaque individu. (63)

Plusieurs études (Lovins & al 2009, Wilson & al 2007, Schuckel & Lösel 2017) ont montré qu'une prise en charge insuffisante pour un niveau de risque élevé et une prise en charge intensive pour un risque faible augmentent le risque de récurrence. (64)

Les thérapies les plus souvent utilisées sont les thérapies systémiques, familiales, cognitivo-comportementales, psychodynamiques, psychanalytiques. Les thérapies peuvent être individuelles ou groupales en fonction des besoins et de l'évolution du sujet. En pratique, il y a peu de recommandations concernant le type de thérapie et leurs indications.

Les données de la littérature portent surtout sur les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Les TCC sont considérés comme la modalité de traitement principale pour la prise en charge et la réhabilitation des auteurs de violences sexuelles.

Par ailleurs, l'approche psychodynamique s'intéresse aux stades précoces du développement et aux perturbations pouvant mener à des troubles de l'attachement et aux troubles de la construction de l'identité. Les objectifs sont le travail sur le déficit de la verbalisation, de la mentalisation, la fragilité narcissique, la maturité émotionnelle et relationnelle, ainsi que la gestion de la sexualité.

Les TCC sont souvent utilisées pour les prises en charge groupales. Ces prises en charge sont constituées de différents modules qui peuvent être généraux (habiletés sociales, confiance en soi, gestion du stress et des émotions, éducation sexuelle et affective, trouble de l'usage de substance) ou spécialisés et en lien avec le passage à l'acte (préférences sexuelles, reconnaissance des faits et des conséquences pour la victime, distorsions cognitives).(65)

Le modèle Risque-Besoin-Responsabilité (RBR) a lui aussi montré sa pertinence, notamment dans un méta-analyse (Bonta & Andrews 2007). Pour rappel, il se base sur l'évaluation du risque et l'ajustement du traitement en fonction de celui-ci, mais aussi sur la nécessité d'ajuster le traitement en fonction des besoins criminologiques et enfin le principe de réceptivité, nécessitant l'ajustement des traitements en fonction du style d'apprentissage et de la motivation du sujet.(64) Ce modèle de RBR favorise les thérapies TCC car elles seraient plus adéquates pour traiter les problématiques de AVS. Récemment leur efficacité pour la prévention de la récidive a encore été démontrée par Olver & al (2020).(66)

Il a été retrouvé que lorsque le traitement des auteurs était adapté le risque de récidive était diminué de manière significative d'environ 34%. A contrario, les prises en charge non inadaptées augmentent de manière non significative le risque de récidive de 86%.(64)

Concernant les modalités de prise en charge psychologique, plusieurs études se sont intéressées à l'efficacité des thérapies individuelles ou groupales ou encore l'association des deux.

La méta-analyse de Schmucker & Lösel (2015) retrouve un meilleur effet des thérapies individuelles ou d'une association entre thérapie individuelle et thérapie groupale. Une autre méta analyse (Gannon & al 2019), qui incluait plus d'études avec des modalités de thérapies groupales, retrouvait un meilleur effet des thérapies groupales seules. (67)

Selon A. Ciavaldini, les prises en charge groupales sont indiquées lorsque l'auteur a des capacités de verbalisation faibles ainsi qu'une faible reconnaissance de l'altérité mais aussi lorsqu'il a peu de tolérance à l'angoisse, peu de culpabilité, peu de motivation au traitement.

La prise en charge groupale peut offrir un cadre sécurisant, contenant pour ménager les angoisses d'éclatement, ou d'abandon. Il offre une médiation et joue la fonction d'étayage. L'approche groupale a pour but d'améliorer l'alliance thérapeutique. Selon Ciavaldini, le groupe permet une amélioration rapide de l'expression et la gestion des émotions, un abaissement du taux de déni et une amélioration de la tolérance à la critique. Plusieurs modalités de médiations peuvent être utilisées : groupe de parole, groupe de relaxation, art-thérapie, psychodrame... (34)

Il y a aussi beaucoup de facteurs individuels qui peuvent interférer dans la prise en charge et qui nécessitent d'être pris en compte pour orienter au mieux l'auteur sur le programme de soin adapté. Il s'agit notamment de l'âge, du type d'agression, des traitements antérieurs effectués, du niveau de risque et du niveau de contrainte ou volontariat pour le traitement.

Les prises en charge de groupe seraient plus efficaces sur les individus mineurs et lorsque les groupes sont homogènes en ce qui concerne l'âge.

Les effets du traitement psychologique sur la réduction du risque de récidive est mis en évidence aussi bien chez les agresseurs d'enfants que chez les agresseurs d'adultes mais la réduction du risque de récidive est encore plus importante chez ces derniers.

Il n'y a pas de différence au niveau de l'efficacité du traitement sur la récidive entre population à fort ou à faible risque de récidive mais l'effet de traitement serait plus important sur les populations à fort risque. (67) Néanmoins ce dernier point est à nuancer car il n'est pas partagé par toutes les études réalisées. Il semblerait aussi qu'il y ait un biais de sélection notamment vis à vis des populations antisociales, qui interrompent souvent le suivi et peuvent être exclus du fait de leur faible compliance.(64)

Concernant les AVS atteints de paraphilie, plusieurs études (Bitton and Abulafia 2020, and Wilson et al. 2000) ont décrit une réduction significative du risque de récidive suite à une prise en charge psychologique (Bitton and Abulafia 2020, and Wilson et al. 2000). De même, la prise en charge psychologique des AVS présentant une déficience intellectuelle diminue aussi significativement la récidive selon plusieurs études (Craig et al. 2012, McGrath et al. 2007, and Rose et al. 2012).

Hormis l'impact sur la récidive, d'autres études étudiant les effets de la TCC ont montré une amélioration des distorsions cognitives (Bates & Metcalf 2007), de l'empathie et des conséquences sur la victime ainsi que de la régulation émotionnelle (Bitton M, Abulafia 2020), l'affirmation de soi et la sensation de contrôle (Harkins L, Flak V, Beech A, Woodhams J 2012) et en définitive une amélioration de la qualité de vie (Aslan 2018).

Par ailleurs, d'autres auteurs (Bates and Metcalf 2007) rapportent que les AVS qui commettent des crimes via internet, sont moins accessibles au traitement par rapport à des auteurs AVS qui ont commis des infractions avec contact. Cela s'expliquerait par un moindre risque de récidive, une moins bonne conscience des troubles, une motivation au changement moindre et une moins bonne adhésion au traitement. (66)

Enfin, il a surtout été montré que le risque de récidive est doublé en cas d'interruption du traitement psychologique. Les motifs d'arrêt sont le manque de motivation, le manque de préparation au traitement, l'insatisfaction quant au contenu ou au format de la thérapie ainsi que l'absence de pertinence perçue des informations délivrées.

De plus, les soins contraints carcéraux ont été montrés comme particulièrement inefficaces, contrairement aux soins libres qui eux ont des effets significatifs. (67)

Cependant, l'efficacité des thérapies reste difficile à évaluer que ce soit pour la prise en charge des AVS ou d'autres problématiques. En effet, dans le cas des AVS, les études portent sur des populations réduites et rarement contrôlées.

Des facteurs de confusion, l'absence de population contrôlée, l'absence de technique en aveugle, le taux d'abandon élevé, ou encore le type de design de l'étude peuvent mener à des études de mauvaise qualité. Ceci peut amener à des résultats controversés voire contradictoires.

En effet, les études contrôlées randomisées et en double aveugle sont difficiles à mettre en place pour l'évaluation des thérapies. En outre, la mesure de la récurrence reste toujours difficile dans cette population.

1.3.3.3.2. Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux ne peuvent pas se substituer au traitement psychothérapeutique. En effet, ils ne peuvent pas résoudre les multiples problèmes socio-psychologiques mais peuvent rendre le patient plus accessible à une approche psychothérapeutique. Les thérapies cognitivo-comportementales sont privilégiées pour le traitement des paraphilies. Des traitements médicamenteux peuvent s'ajouter si ils sont indiqués.

Concernant les traitements médicamenteux, il existe deux cas possibles. Soit l'auteur est atteint d'un ou plusieurs troubles psychiatriques caractérisés nécessitant alors le traitement adéquat. Soit l'auteur est atteint principalement d'une paraphilie à laquelle peut s'associer une comorbidité comme un trouble dépressif, un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité. Dans le cas d'un auteur présentant une paraphilie, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de prise en charge, basées sur les recommandations du World Journal of Biological Psychiatry (2010).(65)

Il semble important de rappeler que tous les auteurs de violences sexuelles ne sont pas atteints de paraphilie et que toute personne atteinte de paraphilie n'est pas un auteur de violences sexuelles.

L'objectif du traitement de la paraphilie est de diminuer le niveau de détresse induit et de diminuer les fantasmes et comportements en lien avec la paraphilie. (68)

Les antipsychotiques et thymorégulateurs ne sont pas indiqués pour les traitements des paraphilies sauf s'il existe un trouble bipolaire ou de la sphère psychotique associé. (65) Les traitements antipsychotiques ont déjà été tentés pour traiter les paraphilies car ils réduisent l'activité dopaminergique responsable de la stimulation de l'activité sexuelle. Le Benpéridol (Frénactil) était particulièrement utilisé dans cette indication car il diminuait l'appétence sexuelle mais il a été abandonné du fait de sa mauvaise tolérance (sédation et syndrome extrapyramidal).(37)

On observe des adaptations dans la prise en charge en fonction du niveau de risque et de l'intensité de la paraphilie. La prise en charge psychothérapeutique a pour but de traiter les comportements problématiques sans altérer la libido. En fonction des objectifs, les traitements médicamenteux vont diminuer voire annihiler la libido et diminuer la fréquence des fantasmes notamment déviants. On retrouve aussi d'autres interventions pour réduire ou éliminer toute libido. Il s'agit de la castration chirurgicale et de la neuromodulation. Ces interventions ne sont pas utilisées en France même lorsque l'auteur est en demande. La castration chirurgicale est pratiquée aux États Unis et en Allemagne mais les indications sont devenues rares.(69)

Un algorithme de prise en charge des paraphilies chez les auteurs de violences sexuelles a été proposé par le World Journal of biological Psychiatry (2010) en fonction du niveau de risque, de l'objectif thérapeutique et de l'efficacité des traitements déjà essayés.

Quel que soit le niveau thérapeutique nécessaire, la psychothérapie est toujours indiquée et reste indispensable. Plus le risque ou les échecs des thérapies antérieures augmentent, plus les traitements médicamenteux sont intenses et impactant sur les fantasmes et la sexualité.

Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés sans impact sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel</p>	<p>Psychothérapie de préférence cognitivo-comportementale</p>
Niveau 2	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec impact mineur sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel</p> <p>Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. : exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie sans antécédents de passage à l'acte, consultation isolée de vidéos érotiques pédophiles)</p> <p>Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>IRS, éventuellement augmenter la dose comme pour les TOC (ex. : fluoxétine 40-60 mg ou paroxétine 40 mg)</p>
Niveau 3	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une réduction modérée de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Paraphilies avec caresses mais sans pénétration</p> <p>Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel</p> <p>Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4 à 6 semaines d'IRS à dose élevée</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène, acétate de cyprotérone (CPA) 50-200 mg/jour per os</p>

Niveau 4	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une réduction importante de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Risque modéré, voire plus élevé de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses plus intrusives et un nombre limité de victimes)</p> <p>Absence de comportement ou fantasmes de sadisme sexuel (si présent, voir le niveau 5)</p> <p>Bonne observance du traitement, sinon passer à la forme injectable ou passer au niveau 5</p> <p>Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Acétate de cyprotérone 200-300 mg/jour per os sous réserve de l'assurance d'une bonne observance</p> <p>Si présence d'anxiété, de dépression ou de symptômes obsessionnels compulsifs, un IRS peut être associé à l'antiandrogène</p>
Niveau 5	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une disparition quasi complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères</p> <p>Fantasmes ou comportements sexuels sadiques ou violence sexuelle</p> <p>Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants avec le niveau 4</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM</p> <p>Associer un traitement à l'acétate de cyprotérone pendant le premier mois pour contrecarrer l'effet « flare-up » (augmentation transitoire du taux de testostérone)</p>
Niveau 6	
<p>Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec une disparition complète de l'activité sexuelle et du désir sexuel</p> <p>Les cas les plus sévères de paraphilies</p> <p>Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5</p>	<p>Psychothérapie</p> <p>Analogue de la GnRH à longue durée d'action, triptoréline : 11,25 mg tous les 3 mois par voie IM en association avec l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/jour per os)</p> <p>Un IRS peut également être associé</p>

Tableau 11. Les recommandations et niveau de prise en charge des paraphilies chez les AVS. (37)

1.3.3.3.2.1. Les antidépresseurs

Un déficit en sérotonine augmente les comportements sexuels et agressifs. Une étude (Maes et al., 2001) suggère la présence d'un dysfonctionnement sérotoninergique chez les agresseurs pédophiles. Les sujets présentant une paraphilie présentent souvent des fantasmes, et des comportements sexuels avec une connotation obsessionnelle et/ou compulsive. Les antidépresseurs de la famille des Inhibiteurs Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) sont notamment indiqués pour les troubles anxieux, par exemple les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), et dans la dépression. De plus, les ISRS ont comme effets secondaires fréquemment constatés une baisse de la libido et des troubles orgasmiques et éjaculatoires. Enfin, les ISRS augmentent le taux de substance neuroprotectrice dans l'hippocampe, le striatum et le mésencéphale ce qui augmente la plasticité neuronale et donc possiblement la capacité de changement au niveau comportementale. En effet, plusieurs études ont rapporté une diminution de l'activité de la voie neuro-inflammatoire(70), ainsi que l'augmentation de la production d'un facteur de croissance neuronale (Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF)(71), chez les sujets traités de façon chronique notamment dans la dépression.

Ce sont avant tout les antidépresseurs ISRS qui ont leur efficacité dans la diminution des comportements sexuels déviants. Ils sont donc indiqués dans les cas modérés de paraphilie, et dans le cas de comorbidités anxieuses, dépressives, impulsivité ou trouble obsessionnel. Ils sont aussi indiqués dans les paraphilies à l'adolescence car les traitements hormonaux sont contre-indiqués avant l'âge adulte du fait de leur impact sur la croissance.(37)

Selon une étude (Bradford, 2000), la Sertraline réduirait de façon significative les comportements sexuels problématiques sans altérer la sexualité conventionnelle. Selon une méta-analyse (Adi et collaborateurs 2002), les ISRS sont surtout efficace dans l'exhibitionnisme, la pédophilie et la masturbation compulsive.

Huit études montrent une réduction significative de l'intensité des fantasmes déviants et de la fréquence de la masturbation.

La Fluoxétine (20-80mg), la Sertraline (100-200mg), la Paroxétine et Fluvoxamine (300mg) ont montré une efficacité sur la réduction des fantasmes et comportements en lien avec la paraphilie. La posologie pourra être élevée comme pour les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), avec une durée de traitement prolongée et la tolérance est généralement bonne.

Federoff et col. ont retrouvé une efficacité de 95% dans le traitement des paraphilies avec un traitement par fluoxétine et psychothérapie par rapport à un traitement par psychothérapie seul. (68)

1.3.3.3.2.2. Les traitements hormonaux

Dans la catégorie des traitements hormonaux, on retrouve les traitements anti androgènes de type progestatifs et les agonistes de la GnRH. Les anti-androgènes de type progestatifs sont l'Acétate de Cyprotérone (Androcur) et Acétate de Médroxyprogestérone (Depoprovera). Le second a été rapidement abandonné par les pays Européens et le Canada à cause de son mauvais rapport bénéfice-risque. Il ne reste donc plus que l'Acétate de Cyprotérone dans cette famille d'anti-androgène.

Il s'agit d'un puissant stéroïde synthétique qui occupe tous les récepteurs androgéniques et empêche la testostérone et son métabolite de se fixer aux récepteurs. Il bloque la capture et le métabolisme de la testostérone.

Thibault et ses collaborateurs ont étudié 10 études incluant un total de 900 patients, qui retrouvaient une réduction de 80 à 90 % des fantasmes sexuels déviants, des comportements sexuels déviants et de la fréquence de la masturbation. L'efficacité a été confirmée sur une durée de 8 ans pour 300 patients.

Par ailleurs, 7 études (Meyer & Cole, 1997) retrouvaient un taux de récurrence réduit à 6% chez les patients traités par l'Acétate de Cyprotérone contre 85% avant le traitement pour des durées de suivi variant de 2 à 4,5 ans. Les récurrences s'expliquent généralement par une mauvaise observance du traitement. Ils notent aussi un nombre significatif de rechutes à l'arrêt du traitement. L'arrêt du traitement peut s'expliquer par des effets secondaires invalidants liés à l'hypogonadisme provoqué par la molécule, telle que : asthénie, trouble du sommeil, symptômes dépressifs, gynécomastie, chute de cheveux, diminution (réversible) de la spermatogénèse, impuissance...Le consentement du patient est donc indispensable.

Concernant les agonistes de la GnRH, ils agissent en augmentant dans un premier temps la sécrétion de LH et donc de testostérone (effet flare up). Après un délai de 2 à 4 semaines, ils désensibilisent les récepteurs de la GnRH, entraînant donc une réduction de la sécrétion de LH et testostérone. Les molécules de cette famille sont au nombre de 3 : la Triptoréline, la Leuproréline, et la Goséréline. Elles sont toutes les trois disponibles en forme injectable quotidienne et retard.

Seule la Triptoréline est disponible en Europe et reconnue pour la réduction des pulsions sexuelle chez les hommes adultes présentant des paraphilies. Elle est disponible en forme retard mensuelle et trimestrielle. Un traitement par Acétate de Cyprotérone doit initialement être coprescrit pour éviter une majoration des pulsions sexuelles du fait de l'augmentation initiale de la sécrétion de LH et testostérone.

Une durée minimum de traitement de 3 à 5 ans serait conseillée mais certains patient atteints de troubles sévères nécessitent des durées plus prolongées du fait du caractère chronique du trouble.(37)

Néanmoins, les études pour évaluer l'efficacité des traitements dans le cadre de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles sont souvent réalisées sur des durées courtes, permettant difficilement d'évaluer leur efficacité sur le long terme et sur la récurrence. Il faut également rester attentif et vigilant vis-à-vis de l'effet rebond à l'arrêt du traitement qui peut être pourvoyeur de récurrence. Il est également difficile d'obtenir une population assez importante pour assurer que l'étude ait une puissance suffisante afin de répondre à la question posée et éviter la baisse de significativité à cause des sujets perdus de vue ou en rupture de traitement.(69)

Plusieurs études ont également montré une efficacité totale de la Triptoréline sur les comportements sexuels déviant ainsi qu'une absence de récurrence durant toute la durée du traitement.(68)

En dehors des symptômes d'hyperandrogénie et du risque d'ostéoporose, la tolérance est globalement bonne. Une surveillance de la densité minérale osseuse est nécessaire tous les deux ans à minima. (68)

Le traitement par anti-androgène et agoniste de la GnRH nécessite un bilan avant prescription pour vérifier l'absence de contre-indication.

Il est nécessaire de réaliser un examen somatique complet, de vérifier l'absence d'antécédent de maladie thrombo-embolique ou de maladie hépatique, ainsi que l'absence d'ostéoporose, d'un diabète, d'un syndrome dépressif.

Il est donc conseillé de faire un bilan hormonal, de vérifier la fonction hépatique, rénale, et le bilan lipidique, la glycémie, la calcémie et la phosphatémie. Une surveillance régulièrement doit également être mise en place, notamment sur :

- la nature, l'intensité et la fréquence des fantasmes et de l'activité sexuelle ;
- la surveillance du poids, de la tension artérielle, de la fonction hépatique, des indices de féminisation, de symptômes dépressifs tous les trois à six mois ;
- le bilan lipidique, la glycémie, la calcémie et la phosphatémie tous les six mois ;
- l'évaluation de la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie tous les deux ans.(37)

Cependant, pour pouvoir bénéficier de ces traitements, encore faut-il débiter un suivi psychologique ou psychiatrique adapté. Comment les soins sont-ils organisés en Alsace ? Qu'en est-il de l'injonction de soins en Alsace ?

Le Centre de Ressource pour les auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS) en Alsace a une particularité. En effet, il fait partie des rares centres à ne pas être seulement un centre d'accompagnement et d'information auprès des intervenants travaillant avec les auteurs de violences sexuelles. Il participe activement à la prise en charge des auteurs en injonction de soins (médecins coordonnateurs, psychiatres traitants, psychologues).

1.3.4 Le Centre Ressources Auteurs de Violences Sexuelles (CRAVS)

1.3.4.1. Les Centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)

Avant la loi du 17 juin 1998 relative à l'injonction de soins, le centre PARI (Psychothérapie, Application et Recherche Intersectorielle) a commencé à s'occuper de la prise en charge intersectorielle des auteurs de violences sexuelles en 1980. Trois centres de prise en charge ambulatoire se sont créés à la fin des années 1980 : une unité ambulatoire en Isère, l'antenne de psychiatrie et psychologie légale à la Garenne-Colombe et le centre d'accueil et de soin à Poitiers.

Le PARI a été le précurseur des CRIAVS (Centre de Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles). Ainsi c'est André Ciavaldini qui a défini le cahier des charges des CRIAVS et les modalités de l'évaluation du risque lors de la prise en charge ambulatoire.(34)

Les CRIAVS ont été créés à la suite du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2008" et conçu comme des centres ressources pour la prise en charge d'AVS. Le premier CRIAVS fut celui de Grenoble en 2006. Les premiers centres étaient interrégionaux.

Ils sont devenus régionaux à partir de la loi du 10 août 2007, visant à renforcer la lutte contre la récidive des majeurs et mineurs. (58)

Les CRIAVS ont l'avantage de rassembler une multitude de professionnels de compétences spécialisées mais complémentaires : psychologues, psychiatres, criminologues, assistants sociaux, sociologues, juristes, sexologues, éducateurs, ...

En 2009, l'ensemble des CRIAVS s'est associée pour former la Fédération Française des CRIAVS, afin de développer des projets d'envergure nationale et internationale.



Figure 9. Cartographie des CRIAVS en France.

Les missions du CRIAVS sont multiples :

- développer la prévention primaire, secondaire et tertiaire ;
- informer et former les professionnels et équipes prenant en charge les auteurs de violences et notamment les cas complexes ;

- promouvoir le réseau de prise en charge et d'échange clinique ;
- organiser des rencontres entre équipes soignantes impliquées dans la prise en charge de AVS pour capitaliser et évaluer les pratiques ;
- constituer une interface entre les professionnels de la justice et de santé pour favoriser la communication et établir des procédures ;
- mettre à disposition, rassembler et chercher toute la documentation et littérature sur les AVS ;
- promouvoir et diffuser la recherche et l'évaluation des pratiques dans le domaine de la prise en charge des AVS.

L'activité de prise en charge n'est pas prévue dans les missions des CRIAVS. Les prises en charge sont normalement effectuées par les Centre Médico-Psychologique (CMP) de secteur mais aussi en libéral. Parallèlement, il existe aussi des centres de prise en charge pour les justiciables, appelés Centres Médico-Psychologiques Judiciaires, qui ont créé une filière de soin spécifique des AVS.

La circulaire du 8 août 2008 prévoit néanmoins cette activité clinique: « en matière de prise en charge adaptée des patients, notamment les cas les plus complexes », laissant ainsi une liberté d'interprétation à la modalité et au type d'intervention. Cela a permis à certains centres de développer une action de prise en charge, sans budgétisation distincte cependant.

Une autre modalité de prise en charge peut être l'adossement du CRIAVS à une structure de soin externe bénéficiant d'un budget alloué. C'est ce type de dispositif qui est en place dans plusieurs régions (Erios dispo33 de Bordeaux, URSAVS de Lille, Montpellier...) où les professionnels exercent dans les deux sites.(8)

1.3.4.2. Le Centre Ressources pour les Auteurs de Violences Sexuelles Alsace

Le CRAVS Alsace a été créé en 2010 par la Dr Drifa Wirrmann et le Dr Jean-Georges Rohmer. Le CRAVS Alsace est constitué de deux plateformes : une plateforme Alsace Nord basée au Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg et une plateforme Alsace Sud basée au Centre Hospitalier de Rouffach.

En plus de toutes les missions d'un CRIAVS classique, le CRAVS Alsace a la particularité de participer aux soins d'AVS et aux missions de coordination. En effet, depuis la création de l'injonction de soins, des difficultés d'accès aux soins pour les AVS se sont multipliées. D'une part du fait de la pénurie de médecins et psychologues dans le secteur public, mais aussi des difficultés à consulter en libéral du fait du non-remboursement des soins psychologique ou du remboursement partiel des psychiatriques.

D'autre part, les difficultés d'accès aux soins sont aussi liées au rejet et à la stigmatisation des AVS par certains praticiens et dans certains CMP.

Ainsi, la prise en charge des auteurs s'est progressivement organisée avec les différents praticiens du CRAVS. On dénombre notamment :

- 4 psychiatres assurant des missions de suivi dont 3 assurent également des missions de coordination
- 3 psychologues assurant à la fois des suivis individuels et des groupes thérapeutiques.
- un Infirmier de Pratique Avancée assurant des missions de suivi individuel pour les patients stabilisés.

- 2 secrétaires se chargeant d'organiser les missions de formations, les consultations et d'adresser les convocations.

Toutefois, la prise en charge au CRAVS reste réservée aux cas les plus complexes.

Les « cas simples » sont orientés vers des prises en charge en libéral ou au CMP.

Des entretiens d'orientation conjoints psychiatre et psychologue peuvent être organisés afin de définir les modalités ultérieures de prise en charge.

Les cas complexes et leur prise en charge peuvent être discuté en réunion clinique hebdomadaire. Ces réunions permettent aussi de traiter les demandes de formations, les demandes d'appuis technique par d'autres structures, la réalisation de synthèses ainsi que de traiter les demandes de stage d'étudiants en psychologie.

Deux groupes thérapeutiques sont mis en place au sein du CRAVS :

- Un groupe au sein du CRAVS 68 dirigé par Pauline MYOTTE et Laurent KONOPINSKI. Il s'agit d'un groupe de maximum 10 patients avec 12 sessions au total. Les sessions abordent différents thèmes : réappropriation sensorielle et psychocorporelle, élaboration psychique et capacités cognitives, compétences relationnelles, rapport à l'altérité, les mécanismes de défense, le rapport au cadre et à la violence, l'éducation affective et sexuelle. Chaque séance utilise différents médias : argile, aromathérapie, art thérapie, relaxation, film, livre, jeu de carte. Les patients inclus sont des patients entre 18 et 30 ans, avec un état psychiatrique stable, un défaut de mentalisation, de socialisation, et des habilités sociales, sans déficience intellectuelle majeure.

- un groupe au sein du CRAVS 67 dirigé par Nolwenn SCHOLLER. Il s'agit d'un groupe de parole fermé avec une capacité de 4 à 6 patients, avec 6 sessions en moyenne. Il y a deux groupes par an. Les patients doivent avoir reconnu les faits, et avoir une bonne adhésion aux soins. Il s'agit d'ouvrir les discussions et débats sur différents sujets et représentations : la violence, l'altérité, le rapport à la loi.

La prise en charge au CRAVS permet d'assurer la continuité des soins, surtout sur des populations qui changent souvent d'adresse et donc de secteur. La proximité et le réseau au sein du CRAVS permettent une communication plus facile et rapide entre les thérapeutes et les coordonnateurs en cas de nécessité.

Enfin, la prise en charge au sein du CRAVS facilite la prise en charge de populations qui sont souvent stigmatisées et rejetées.(72)

Concernant la file active, en 2023, 211 patients étaient pris en charge au sein du CRAVS 67 dont 110 injonctions de soins, 82 étaient en obligation de soins, 8 en soins libres et 3 étaient en fin de prise en charge.

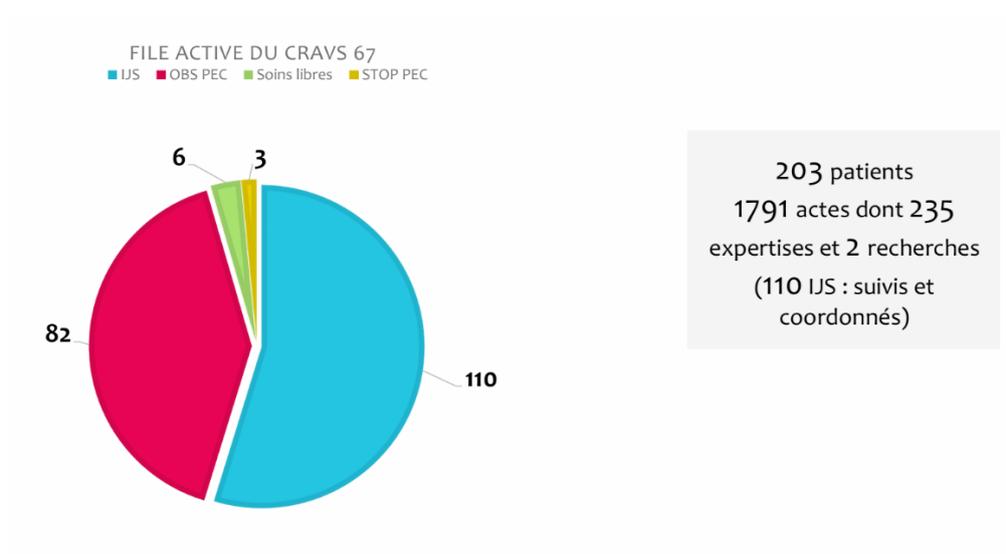


Figure 10. File Active du CRAVS 67.

La même année, le CRAV 68 a pris en charge 386 patients dont 42 en injonction de soins, 344 en obligation de soins, 5 en soins libres et 5 en fin de prise en charge.

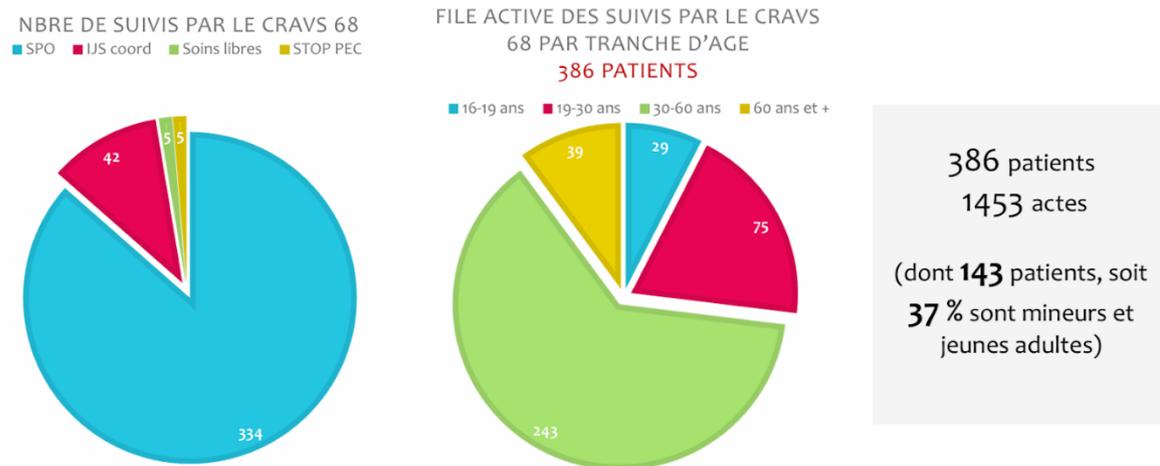


Figure 11. File active du CRAVS 68.

La majeure partie des pris en soins (62%) ont entre 30 et 60 ans, tandis que 27% des patients ont moins de 30 ans.

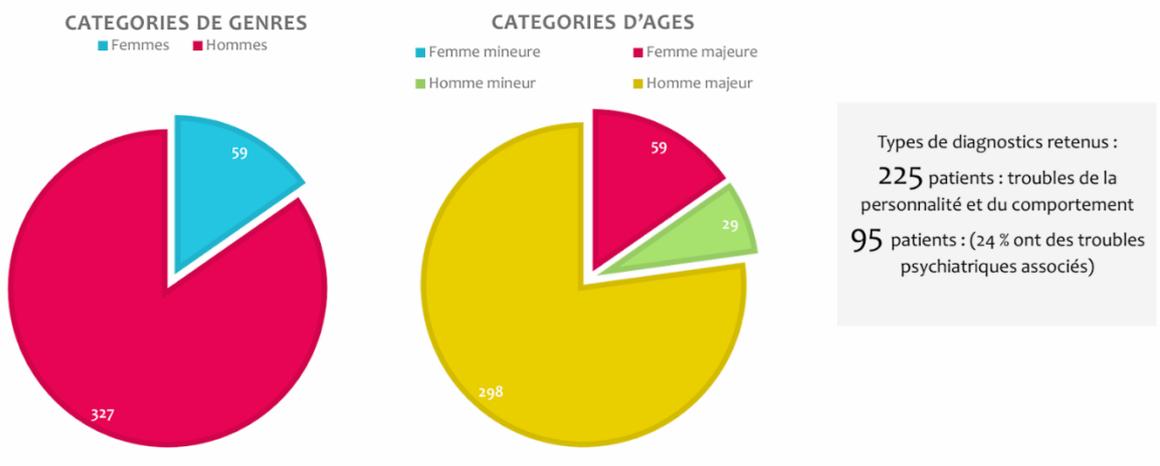


Figure 12. Données socio-démographiques des patients du CRAVS 68.

Les hommes sont majoritaires avec 84%. Par ailleurs, 24% des patients présentent un trouble psychiatrique et 58% présentent un trouble de la personnalité et du comportement.

Evolution 2010 – 2023 CRAVS Alsace – Plateformes 67 + 68

Evolution décennale

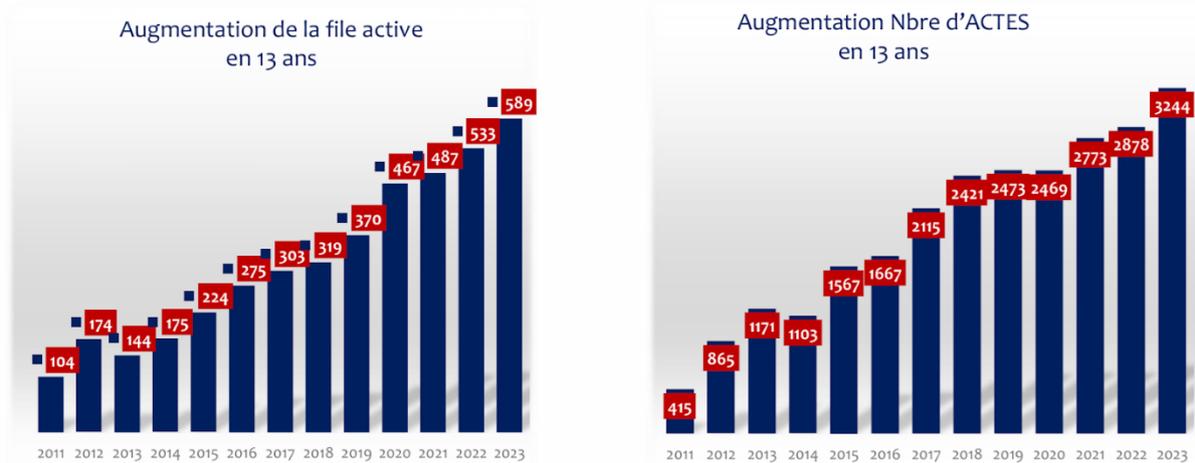


Figure 13. Evolution de la file active du CRAVS.

Entre les années 2011 et 2023, le nombre de patients pris en charge a graduellement augmenté de +466%. Le nombre d'actes a augmenté de +681% entre 2011 et 2023.

On ne peut que constater l'augmentation de l'utilisation de la psychiatrie par la justice, ce qui se traduit par une augmentation de soins pénalement ordonnés mais aussi d'actes de soins et d'expertises pénales. (73)

Cependant, peu de données existent quant à l'efficacité de l'injonction de soins et des prises en charge qui en découlent. L'injonction de soins et le suivi qu'elle implique permettent-ils de prévenir la récidive ?

Ces prises en charges spécialisées et pluridisciplinaires qui améliorent l'efficacité de la prise en charge, ont-elles une efficacité sur la récurrence ? L'injonction de soins permet-elle de réduire la récurrence ? Quel est le taux de récurrence chez ces auteurs de violences sexuelles en injonction de soins en Alsace ?

Autant de questions auxquelles nous allons essayer de répondre à travers notre étude.

2. La présentation de l'étude

2.1. Le matériel et la méthode

2.1.1. La population

La population de l'étude a été sélectionnée parmi les dossiers médicaux de suivi d'un Médecin coordonnateur du CRAVS 67. Il s'agit de dossiers de patients pour lesquels le Dr Rohmer était médecin coordonnateur.

La période d'inclusion a débuté le 1er mars 2024 et s'est terminée le 05 avril 2024.

Les sujets inclus sont :

- les patients en injonctions de soins pour un motif sexuel.
- les patients adultes au moment de l'injonction de soins,
- les patients ayant terminé leur injection de soins.

Les individus exclus sont :

- les mineurs au moment de l'injonction de soins ;
- les sujets perdus de vue ;

- les patients décédés au cours du suivi ;
- ceux qui ont récidivé avant d'avoir commencé les soins ;
- les personnes ayant déménagé au cours du suivi ;
- ceux dont la mesure a été arrêtée pour cause de fin de vie ;
- ceux dont les dossiers étaient dépourvus d'expertise ;
- les sujets dont le suivi est toujours en cours ;
- les patients qui ont une injonction de soins pour un autre motif que sexuel.

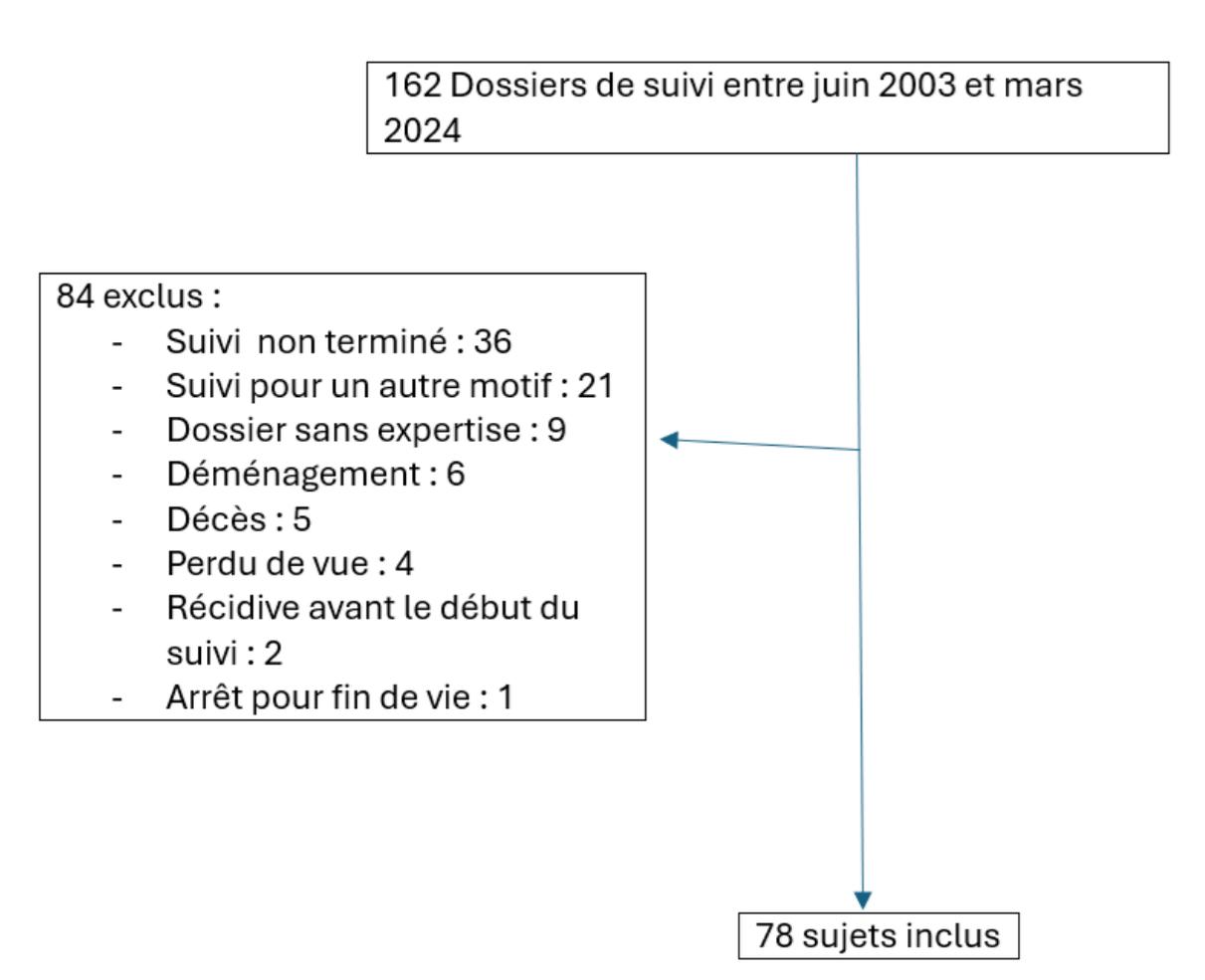


Figure 14. Résumé des inclusions et exclusions.

Ainsi, sur 162 dossiers trouvés, 78 dossiers ont pu être exploités et inclus.

Il s'agit d'une étude quantitative, rétrospective et observationnelle.

2.1.2. Les mesures

Les données sont collectées uniquement sur la base des dossiers médicaux des auteurs de violences sexuelles suivis en injonction de soins par le Centre de Ressource des Auteurs de Violences Sexuelles Alsace.

Les dossiers sont stockés au sein de CRAVS 67, situé à la clinique psychiatrique de l'Hôpital Civil de Strasbourg.

Les données recueillies sont :

- La présence ou non de récidive définie comme la survenue d'une nouvelle infraction à caractère sexuel ; la présence ou non de réitération définie comme la survenue de nouvelles poursuites judiciaires pour d'autres infractions ; les ruptures de suivi. Les caractéristiques de la récidive et de la réitération sont aussi étudiées.

- Des données plus générales telles que : le sexe, l'âge au moment des faits, le statut conjugal avant et après la condamnation, la présence d'enfants avant la condamnation, la situation professionnelle avant et après la condamnation, la situation avant et après condamnation, le niveau d'étude et d'éducation, les antécédents médicaux et psychiatriques, les évènements adverses dans l'enfance telles que les violences physiques et/ou sexuelles, les antécédents judiciaires, logement avant et après la condamnation, la participation ou non à des soins durant l'incarcération, les caractéristiques du suivi (type de suivi : psychologique, psychiatrique, fréquences des séances, caractéristiques du suivi par le CRAVS, traitement médicamenteux, soins durant l'incarcération), la durée de l'injonction de soins et la reconnaissance des faits reprochés lors du jugement et durant le suivi.

2.1.3. Les procédures

Les données ont été extraites à partir de plusieurs éléments situés dans les dossiers médicaux. La majeure partie des données étaient extraites à partir des expertises psychiatriques et des comptes rendus de consultations du médecin coordonnateur.

Les données étaient également extraites du réquisitoire définitif, du casier judiciaire, du jugement de la cour d'assise ou tribunal correctionnel, et de l'ordonnance de la désignation du médecin coordonnateur.

Le délégué de la protection des données de l'université de Strasbourg ne s'est pas opposé au projet de recherche. Le comité d'éthique de l'université de Strasbourg avait donné un avis favorable à la réalisation de l'étude.

S'agissant d'une étude observationnelle, le consentement éclairé n'a pas été recueilli. En revanche, la présence d'une opposition à participer à une étude a été activement recherchée dans les dossiers médicaux.

De plus, les sujets qui ont un suivi socio-judiciaire signent tous une autorisation de partage de données entre la santé, la justice et les services sociaux.

2.1.4. Le traitement des données

L'analyse statistique a comporté une partie descriptive et une partie inférentielle.

L'analyse statistique descriptive des variables quantitatives s'est faite en donnant pour chaque variable, les paramètres de position (moyenne, médiane, minimum, maximum, premier et troisième quartiles) ainsi que les paramètres de dispersion (variance, écart-type, étendue, écart interquartile). Le caractère gaussien des données a été testé par le test de Shapiro-Wilk et par des diagrammes quantiles-quantiles.

Le descriptif des variables qualitatives s'est fait en donnant les effectifs et les proportions de chaque modalité dans l'échantillon. Chaque fois que cela a été utile, des tableaux croisés ont été donnés avec les effectifs, les proportions par ligne, les proportions par colonne et les proportions par rapport au total, pour chaque case du tableau.

L'analyse inférentielle pour les variables qualitatives s'est faite soit avec un test du Chi2 soit avec un test exact de Fisher, selon les effectifs théoriques des tableaux croisés.

Les comparaisons de variables quantitatives entre groupes ont été réalisées soit par un test de Student (lorsque la variable d'intérêt était gaussienne), avec correction éventuelle pour tenir compte de l'hétérogénéité des variances (test de Welsh), soit par un test non-paramétrique dans le cas contraire (test de Mann-Whitney-Wilcoxon).

Les données ont été anonymisées et les analyses statistiques ont été réalisées majoritairement par Dr François Lefebvre, Statisticien au Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg.

2.2. Les résultats

2.2.1. Les caractéristiques des AVS

2.2.1.1. La répartition du sexe et de l'âge

Les auteurs de violences sexuelles en injonction de soins étaient majoritairement des hommes (76 hommes et 2 femmes).

La moyenne d'âge au moment des faits est de 36,5 ans avec un écart type de 15 ans. L'âge des AVS s'étendait de 13 à 78 ans. La médiane est de 35,5 ans.

La majorité des auteurs avait la trentaine (28%). Plus de 74% avaient entre 20 et 49 ans. Les auteurs mineurs étaient au nombre de 3 et le plus jeune était âgé de 13 ans au moment des faits.

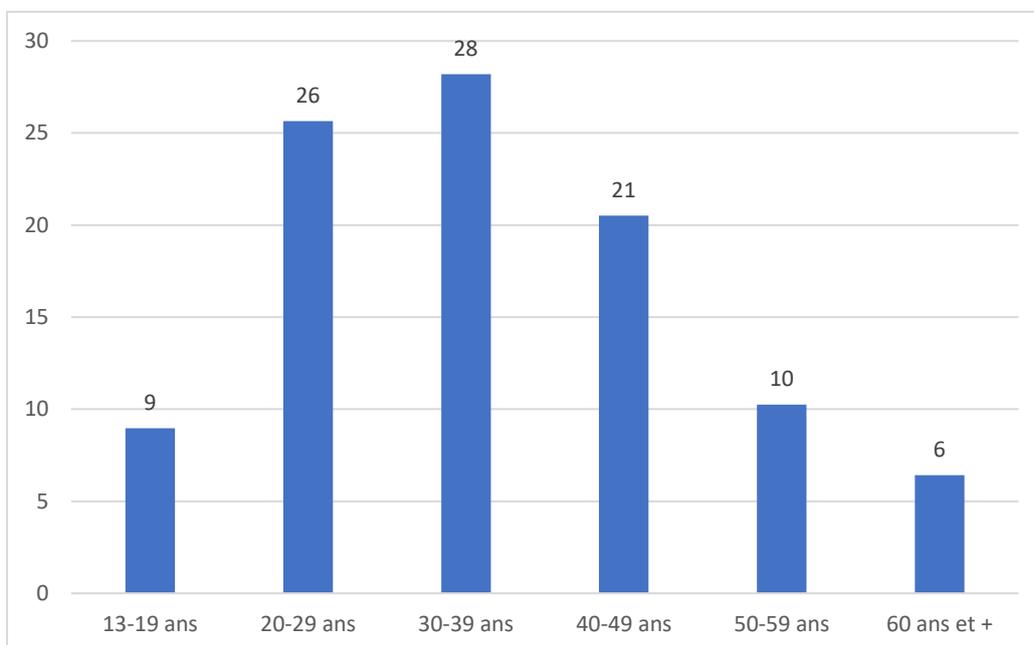


Figure 15. Répartition des âges (%).

2.2.1.2. L'insertion professionnelle

Avant la condamnation, les individus étaient insérés professionnellement pour 67% d'entre eux, c'est-à-dire qu'ils avaient soit un travail (64%), soit une formation (3%). 22% étaient sans emploi et 8% étaient retraités. 9% avaient des problèmes de santé justifiant une Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou une pension d'invalidité.

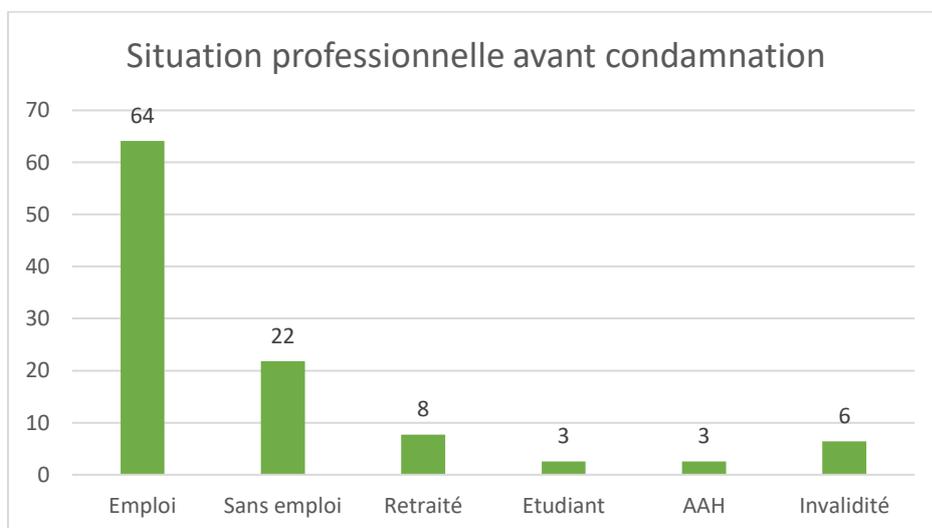


Figure 16. La situation professionnelle avant la condamnation (%).

Après condamnation, on note une baisse de l'emploi (47%). Le nombre de personnes sans emploi est resté stable (22%). Le nombre d'auteurs étudiant ou en formation a augmenté à 8%. Le nombre d'auteurs retraités a augmenté à 10%. Le nombre de sujets bénéficiant de l'AAH ou de l'invalidité monte à 17%.

2.2.1.3. Le statut conjugal

Avant la condamnation, les individus sont majoritairement célibataires ou divorcés pour 62% d'entre eux, contre 38% qui sont soit en couple soit mariés. Plus de la moitié (55%) ont au moins un enfant.

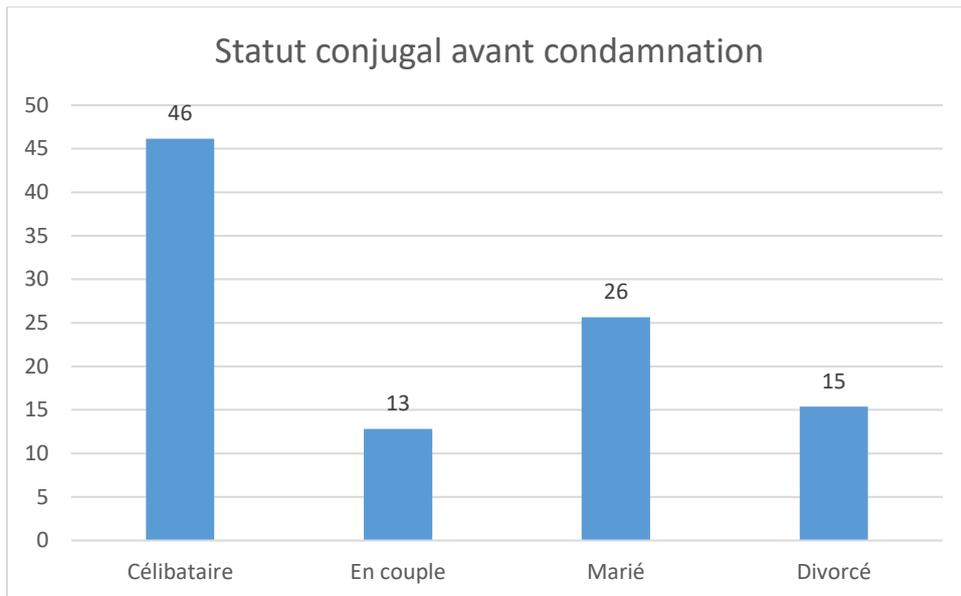


Figure 17. Statut conjugal avant la condamnation (%).

On s'est intéressé aussi à l'évolution de la situation maritale à la suite de la l'incarcération ou du jugement. La majorité des AVS sont célibataires (41%), puis viennent les divorcés (24%). Ensuite, 18% des sujets sont en couple, 16% sont mariés.

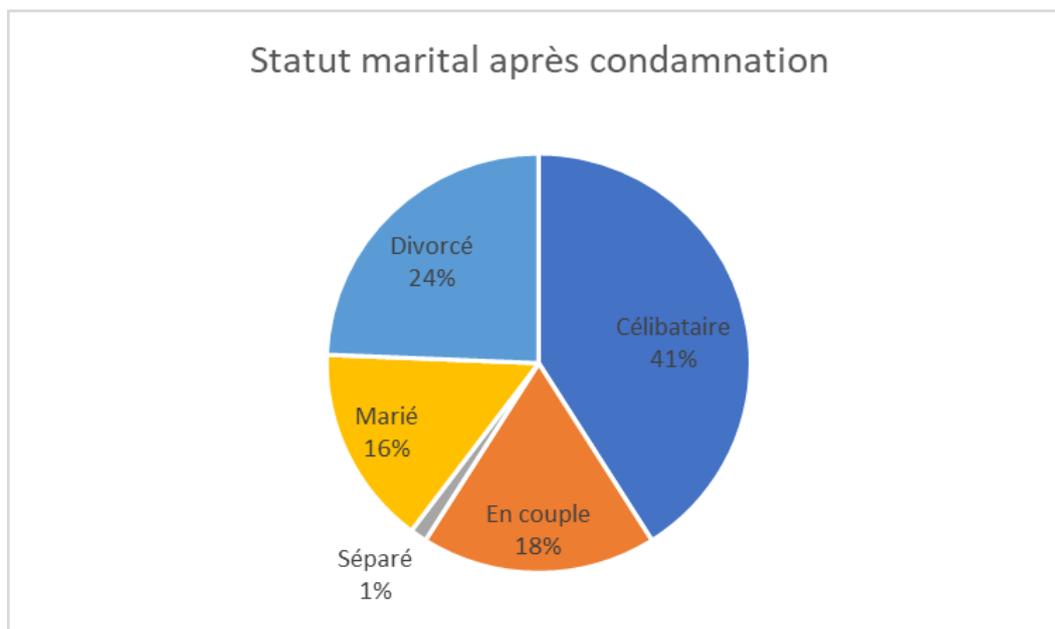


Figure 18. Statut marital après la condamnation.

Parmi ces auteurs, 8% ont vu leur statut évoluer de façon positive par rapport à leur statut précédent. C'est-à-dire qu'ils se sont mariés ou mis en couple. 12% ont un statut qui a évolué de façon négative. C'est-à-dire qu'il se sont séparés ou ont divorcé à la suite de la condamnation.

2.2.1.4. Le logement

Avant la condamnation, La majorité des sujets ont un logement (94%). Parmi ces derniers : 41% habitaient en concubinage ou avec leurs enfants, 32% vivaient seuls, 18% vivaient chez un proche. Une personne vivait en foyer social et une personne en foyer éducatif.

Après la condamnation ou l'incarcération, tous les auteurs ont un logement. La majorité de cette population vivent chez un proche (34%). Les auteurs qui habitent seuls arrivent en deuxième position (27%). Ils vivent en concubinage ou avec leur enfant dans 26% des cas. Enfin, 13% des sujets vivent dans un foyer social.

Finalement, il y a un changement de logement pour 49% des individus.

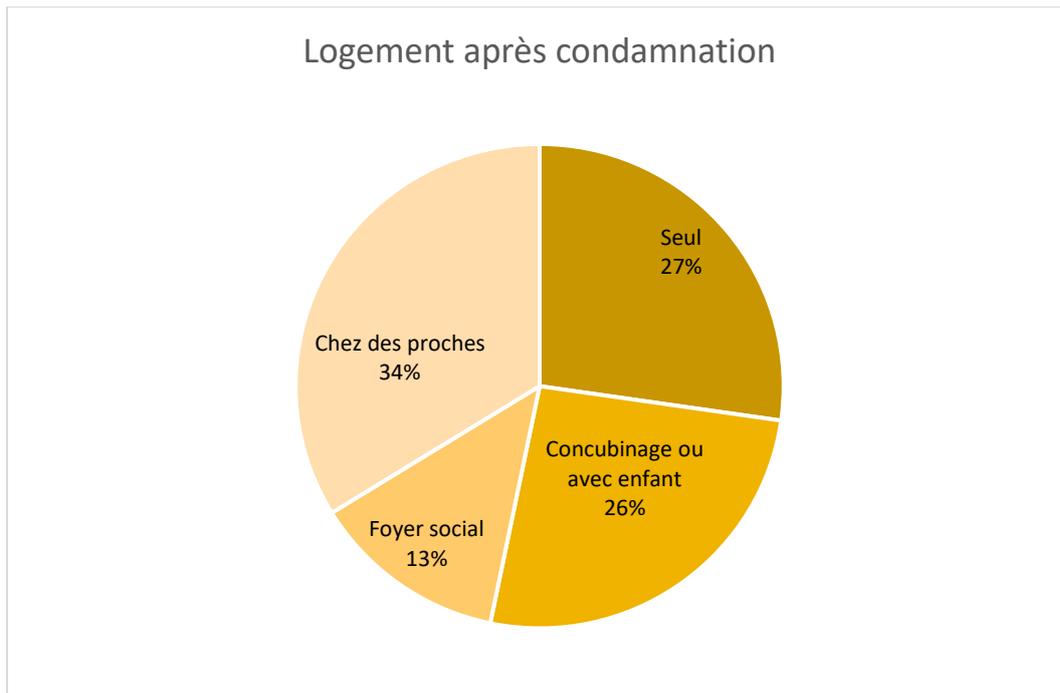


Figure 19. Situation du logement après la condamnation.

2.2.1.5. Les évènements adverses dans l'enfance

Les évènements adverses dans l'enfance ont aussi été étudiés dans cette population : 75% des sujets avaient vécu au moins un événement adverse dans l'enfance, 21% n'en avait pas vécu, pour 4% des sujets les données n'étaient pas disponibles.

Les événements néfastes ou traumatisants les plus fréquents sont les violences physiques (37%), puis les violences sexuelles, le divorce des parents et le placement dans un foyer, une famille d'accueil ou chez des grand parents (28%). Les violences psychologiques ont été vécues par 13% des sujets. Pour finir, 5% des auteurs ont grandi dans une situation de précarité et 4% ont grandi durant une guerre.

Les évènements peuvent être combinés chez une même personne.

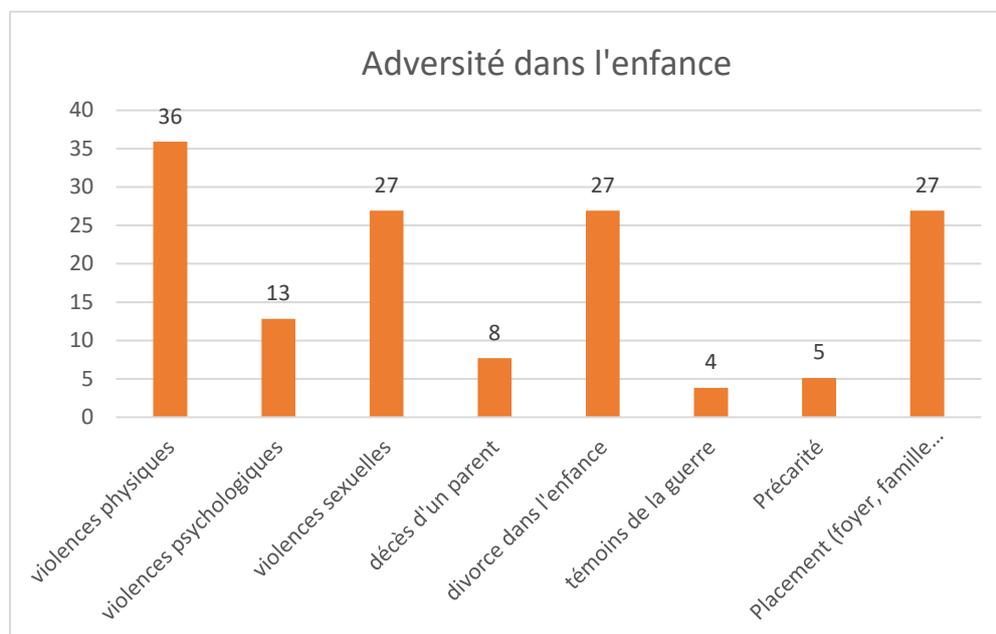


Figure 20. Evènements adverses dans l'enfance (%).

2.2.1.6. Le parcours scolaire

Le parcours scolaire est ponctué de redoublements pour 17% des auteurs. Les données concernant le parcours scolaire ne sont pas disponibles dans 4% des cas.

10% des sujets ont eu une scolarité adaptée type SEGPA (4%), ITEP (3%) OU IME/IMPRO (3%). Parmi les diplômés, les individus ayant un CAP sont majoritaires (26%), 18% ont eu le BAC, 6% ont un BTS et 4% ont un BEP. Enfin, un peu moins de la moitié des auteurs n'ont aucun diplôme (49%). Ils se sont parfois engagés dans des parcours scolaires sans parvenir au terme de la formation ou sans réussir les examens finaux.

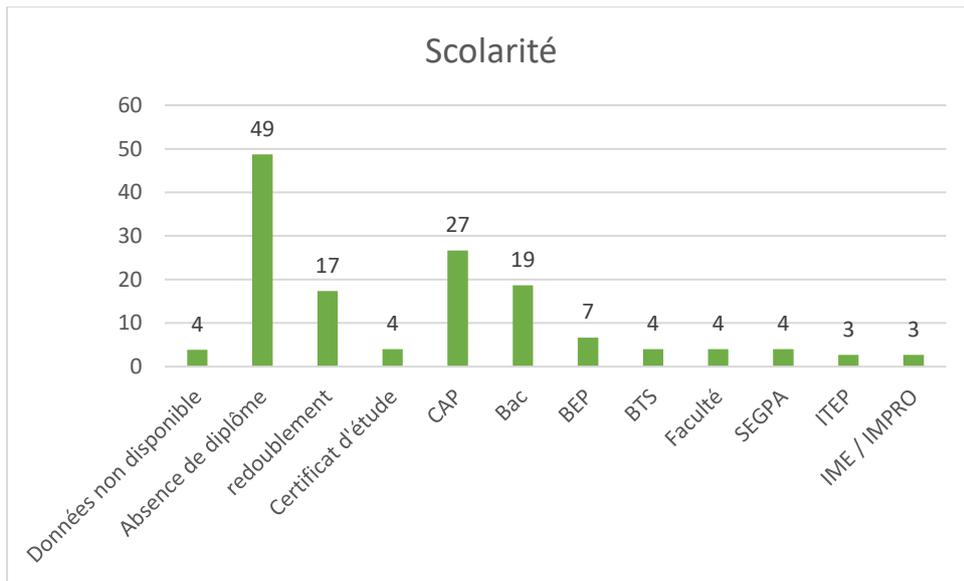


Figure 21. Etat des lieux de la scolarité (%).

2.2.1.7. Les antécédents médicaux

Certains auteurs ont des antécédents médicaux pouvant avoir un impact sur le fonctionnement cérébral. C'est le cas pour 15% d'entre eux : 6 auteurs (8%) ont déjà eu un traumatisme crânien, 2 auteurs (3%) ont eu un AVC, 1 seul auteur (1%) a une épilepsie, un autre sujet (1%) a des nodules cérébraux, un auteur (1%) a une malformation cérébrale, et le dernier a eu une méningite (1%).

2.2.1.8. Les antécédents psychiatriques

La majorité de la population de l'étude a des antécédents psychiatriques (63%).

Plus de la moitié des AVS (54%) ont déjà eu au moins une hospitalisation, un suivi psychiatrique ou un suivi psychologique. De plus, 10% des auteurs avaient déjà eu des soins pénalement ordonnés.

Près de 30% de la population présente au moins une addiction. L'addiction la plus fréquente est l'alcool (27%), puis le cannabis (13%), l'héroïne (3%), la cocaïne (1%). Le mésusage de psychotrope, comprenant les benzodiazépines et la Buprénorphine, est présent chez 4% des auteurs.

Concernant les paraphilies (12%), la plus fréquente est la pédophilie 9% (7 AVS) et l'exhibitionnisme 3% (2 AVS), puis vient le voyeurisme 1% (1 AVS) et l'éphébophilie 1% (1 AVS).

On retrouve aussi 9% de trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites, 5% de retard dans les acquisitions ou des apprentissages, 4% de déficience intellectuelle et tout autant de bas niveau intellectuel.

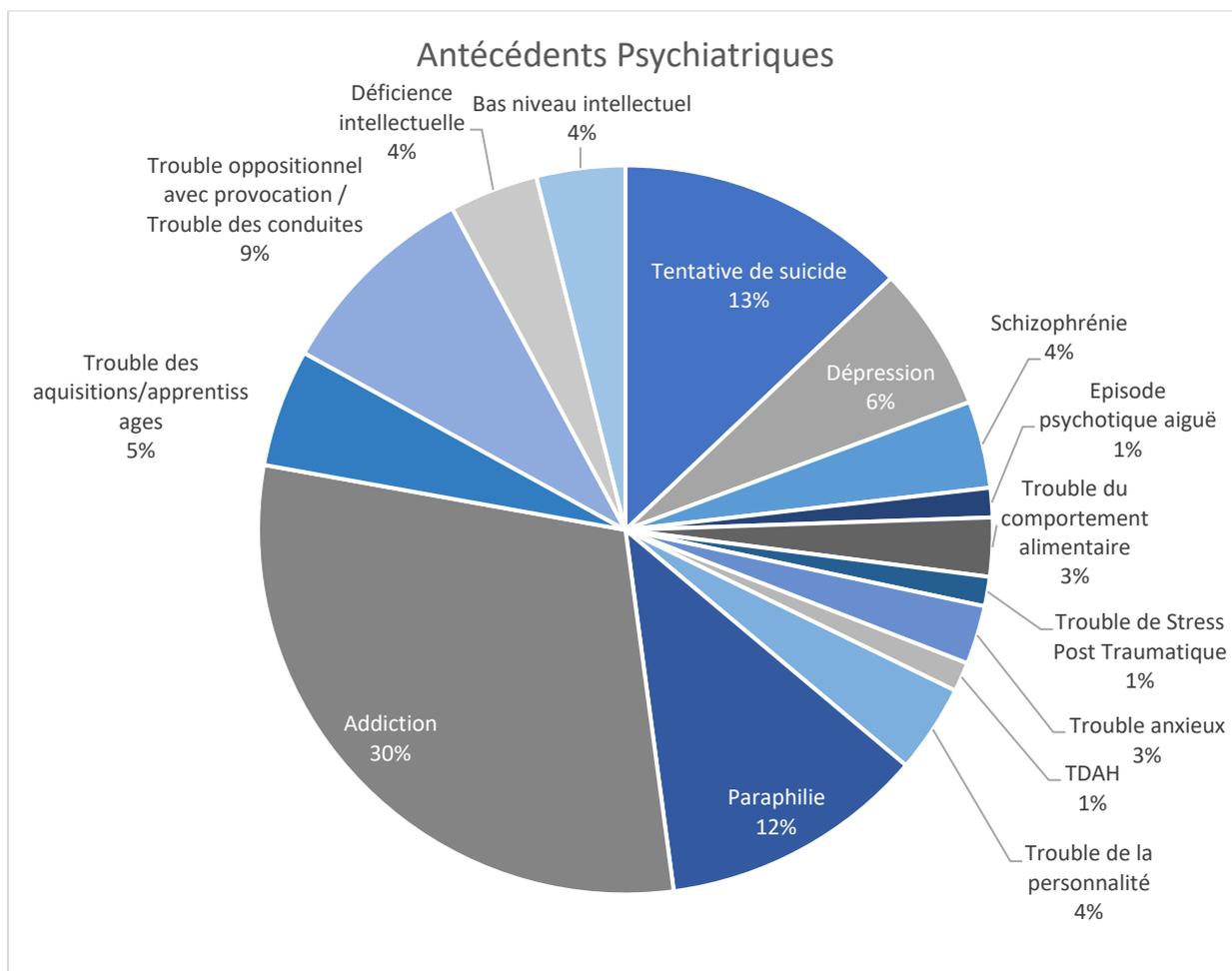


Figure 22. Les antécédents psychiatriques

2.2.1.9. Les antécédents judiciaires

Par rapport aux antécédents judiciaires, 40% des auteurs ont ou ont eu un casier judiciaire.

Les antécédents de violences sexuelles concernent 24% des auteurs de notre étude. Sans compter les infractions à caractère sexuel classées sans suite (2 AVS/3%) et celles non judiciairisées (5 AVS/6%).

En dehors des poursuites judiciaires pour des violences sexuelles, on retrouve aussi des antécédents de violences volontaires (10 %), de destruction de biens (9%), de vol (9%), de délit routier (5%), d'outrage (4%), de détention d'arme (3%) ou de stupéfiant (3%) puis viennent les violences conjugales (3%) et l'homicide involontaire (1%).

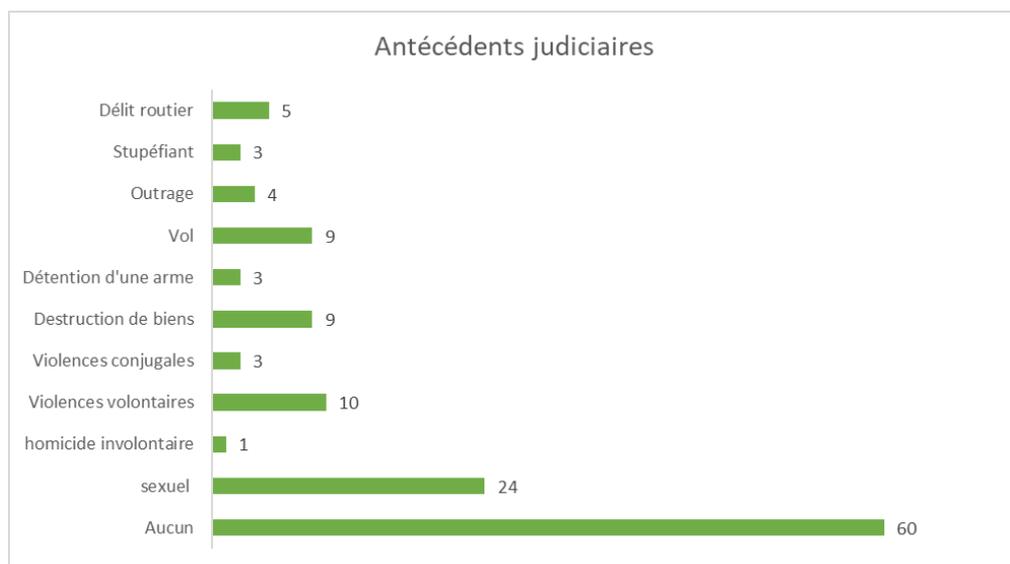


Figure 23. Les antécédents judiciaires (%).

2.2.1.10. Les caractéristiques de l'infraction menant aux soins

L'infraction à caractère sexuel est commise sur une victime mineure majoritairement (76%).

La condamnation peut concerner une ou plusieurs infractions à caractère sexuel sur une ou plusieurs victimes et peut inclure d'autres faits non sexuels.

Une autre infraction à caractère non sexuel est associée pour deux auteurs uniquement.

Un des auteurs était également poursuivi pour détention d'arme et possession de stupéfiants. Le deuxième a été poursuivi pour homicide sur sa victime et rentre dans la catégorie des meurtriers sexuels.

Dans 32% des dossiers, il y a plusieurs victimes. Les infractions sont combinées dans 46% cas. La pédopornographie fait automatiquement plusieurs victimes, car il n'y a jamais qu'une seule image, et qu'une victime.

Concernant les infractions sur majeur, le viol est l'infraction la plus fréquente 12% (9 AVS), suivi de l'agression sexuelle 6% (5 AVS), de l'exhibition 5 % (4 AVS) et enfin la complicité de viol 1% (1 AVS).

Chez les victimes mineurs, l'agression sexuelle est majoritaire 47% (37 AVS), suivi du viol 33% (26 AVS), de la pédopornographie 18% (14 AVS), de la corruption de mineur 14 % (11 AVS), puis de l'exhibition 4% (3 AVS) et enfin la complicité de viol et d'agression sexuelle 1% (1 AVS).

Les auteurs condamnés pour pédopornographie ont une autre infraction associée dans 8 dossiers (58%). Les faits associés sont soit l'agression sexuelle sur mineur soit la corruption de mineur ou les deux.

2.2.1.11. Les caractéristiques de l'injonction de soins

2.2.1.11.1. La durée du suivi

Les individus sont condamnés à des injonction de soins pour une durée de 1 à 10 ans maximum. La moyenne du suivi est de 4 ans. Les durées de suivi allant de 3 à 4 ans sont les plus fréquentes (41%), puis les suivis d'une durée de 5 ans (35%), ceux d'une durée de moins de 2 ans (14%), viennent les longues peines entre 6 et 9 ans (5%), et enfin les durées de suivi de 10 ans (5%).

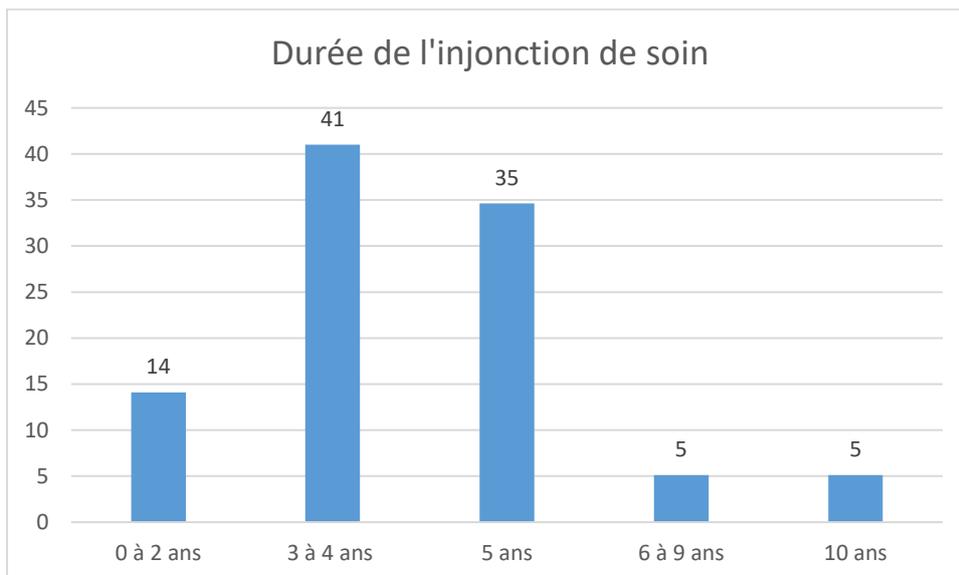


Figure 24. Durée de l'injonction de soins (%).

2.2.1.11.2. L'évaluation par l'expertise

Les expertises retrouvaient au moins un trouble psychiatrique dans 88% des cas.

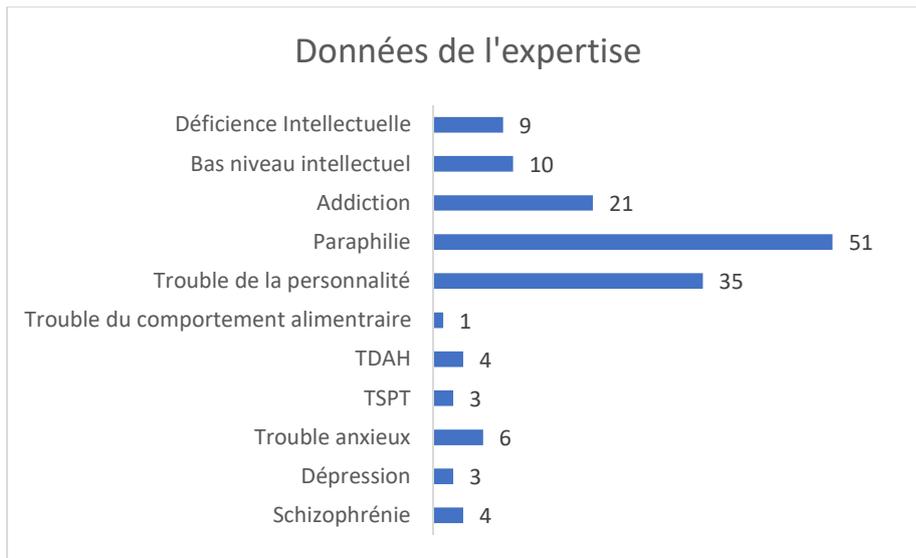


Figure 25. Le diagnostic des experts (%).

Le trouble le plus fréquent est le trouble paraphilique (51%). La pédophilie (36%), l'exhibitionnisme (9%), l'éphébophilie (8%), le sadisme (7%), et enfin le voyeurisme (5%) sont les paraphilies les plus rapportées. On retrouve aussi le fétichisme (4%) et le frotteurisme/toucherisme (3%).

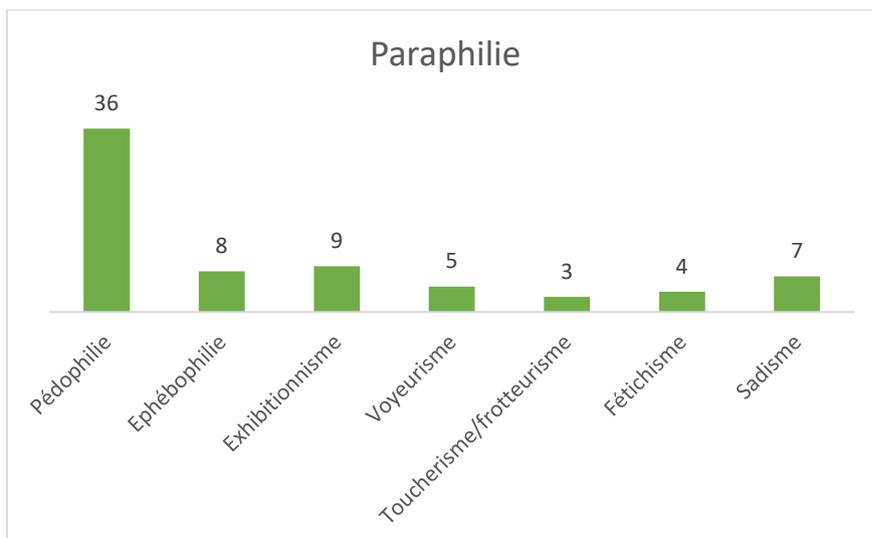


Figure 26. Les paraphilies (%).

En deuxième, vient le trouble de la personnalité (35%). Au sein de ce trouble, la personnalité borderline (9%) et antisociale (8%) sont les plus fréquentes. Les aménagements pervers de la personnalité sont également fréquents (10%). On retrouve aussi le trouble de la personnalité obsessionnel (2%), narcissique (1%), schizoïde (1%), paranoïaque (1%). Certains auteurs ont également un trouble de la personnalité mais la sous-catégorie n'est pas précisée par l'expert (5%).

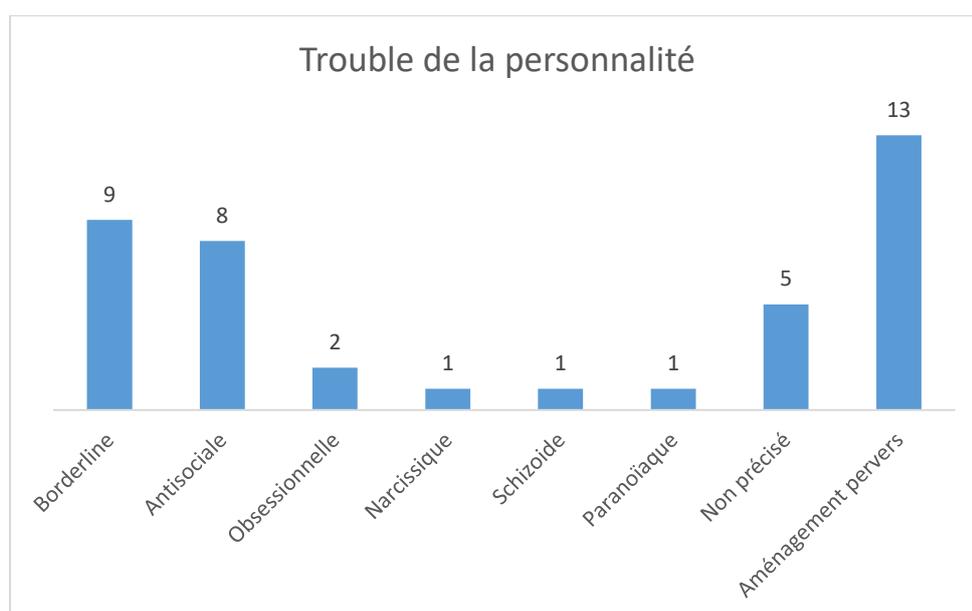


Figure 27. Le trouble de la personnalité (%).

Les addictions arrivent en troisième position en termes de fréquence (21%). L'alcool est toujours prédominant, suivi du cannabis puis du mésusage de médicament.

Addiction	Alcool	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Mésusage	Comportemental
Nombre d'AVS (%)	14 (18%)	7 (9%)	1 (1%)	1 (1%)	2 (3%)	1 (1%)

Tableau 12. Les addictions

Lors du suivi, le diagnostic porté sur certains auteurs a pu évoluer. C'est le cas pour 9 individus : 3 patients ont été diagnostiqués schizophrènes, 3 patients ont eu un diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, schizotypique ou obsessionnelle, un patient a eu un diagnostic de trouble bipolaire, un patient a eu un diagnostic de déficience intellectuelle, un patient a eu un diagnostic d'addiction à l'alcool.

2.2.1.11.3. Les caractéristiques du suivi

Les soins débutent pendant l'incarcération pour 40% des auteurs : 38% des AVS ont eu un suivi psychologique ou psychiatrique, 4% ont été hospitalisés, et 6% ont participé à des groupes thérapeutiques.

Concernant le suivi lors de l'injonction de soins, la majorité des auteurs ont au moins un suivi psychiatrique (71%). Certains auteurs ont eu un suivi psychologique (45%), tandis que d'autres ont participé à des groupes thérapeutiques (8%). Aussi, 17% des sujets avaient un thérapeute au sein du CRAVS Alsace.

Au sujet des traitements, seuls 29% des auteurs avaient un traitement psychotrope. La majorité des auteurs prenant des psychotropes avait un traitement par anxiolytique (15%), puis viennent les traitements par neuroleptique (14%), suivi des antidépresseurs (9%), des traitements d'aide au maintien de l'abstinence (8%), des thymorégulateurs (4%) et hypnotiques (4%). Seuls 3% des auteurs (2 sujets) ont bénéficié d'un traitement anti-androgène.

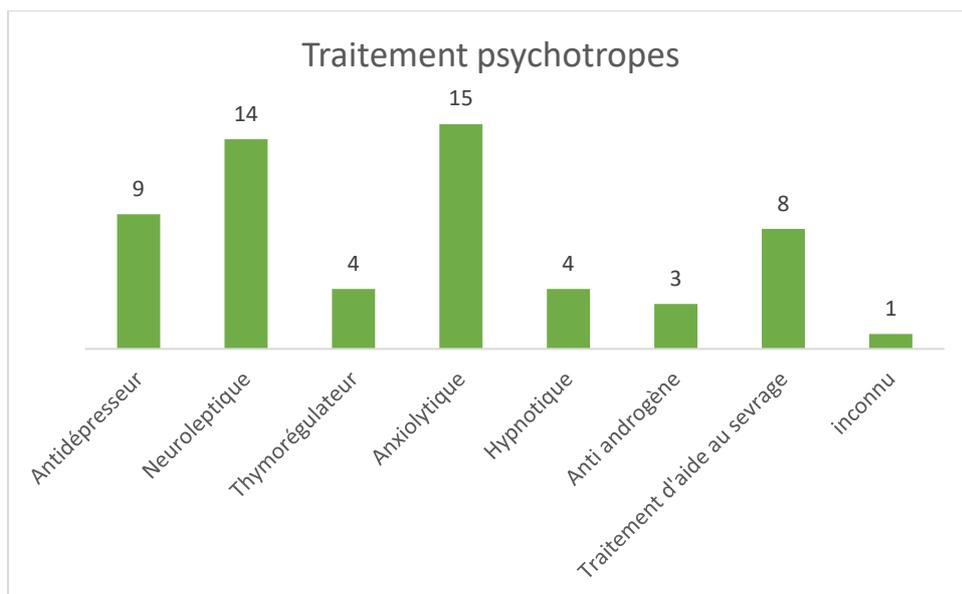


Figure 28. Les auteurs ayant eu un traitement psychotrope (%).

2.2.1.11.4. La reconnaissance des faits et son évolution

La conscience des faits a aussi été évaluée. Elle a été évaluée proche du jugement par l'expertise et durant le suivi mis en place par l'injonction de soins. Certaines données n'ont cependant pas pu être récupérées dans les comptes rendus de suivi par le médecin coordonnateur.

Plusieurs stades de la reconnaissance sont déterminés :

- Absente : les faits sont niés.
- Superficielle : les faits sont partiellement reconnus, minimisés.
- Modérée : les faits sont entièrement reconnus mais les conséquences sur la victime ne le sont pas.

- Totale : reconnaissance de l'entièreté des faits et des conséquences pour la victime.

Lors de l'expertise, la majorité des individus avait une reconnaissance superficielle des faits (46%). Ensuite, 35% des auteurs ont une reconnaissance modérée des faits. La reconnaissance des faits est absente pour 15% des sujets. Et enfin, seuls 4% des AVS ont une reconnaissance totale des faits.

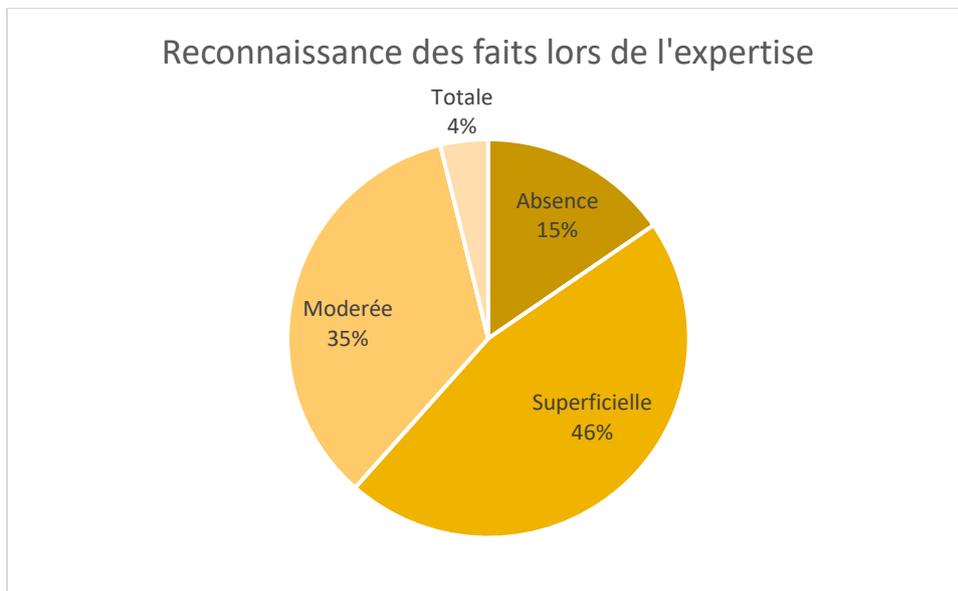


Figure 29. La reconnaissance des faits lors de l'expertise.

On constate une évolution de la reconnaissance des faits lors du suivi. En effet, la majorité des sujets ont une reconnaissance des faits modérés (49%). La reconnaissance totale s'élève à 20%. La part d'auteurs ayant une reconnaissance superficielle descend à 17%. L'absence de reconnaissance des faits chute à 8%. Enfin, on note 6% de données non disponibles à ce sujet.

On note une amélioration de la reconnaissance des faits pour 53% des auteurs qui n'avait pas encore de reconnaissance totale.

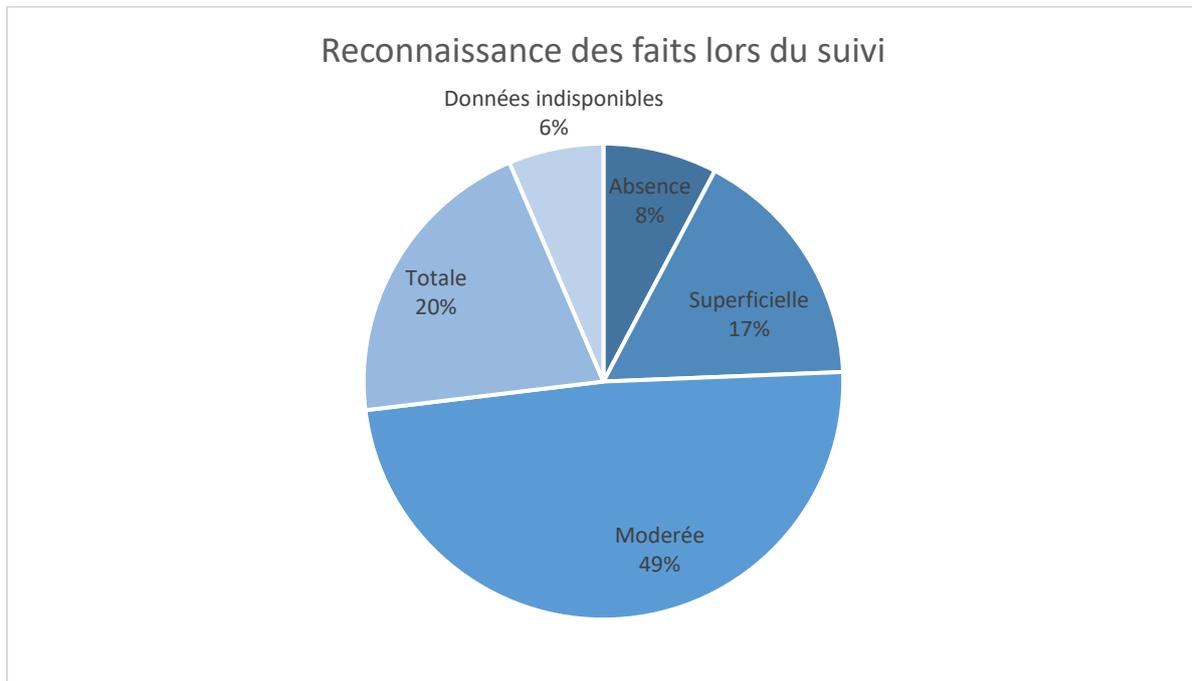


Figure 30. La reconnaissance des faits au cours du suivi.

2.2.1.12. Une population particulière

Dans cette étude, il y a deux femmes incluses pour des faits de violences sexuelles.

La première est accusée de viol sur mineur ainsi que complicité de viol et d'agression sexuelle sur mineur avec facteurs aggravants. Les violences étaient commises principalement par le mari de l'auteure sur leur enfant. Elle n'avait pas d'antécédent judiciaire. On retrouve un contexte de violences conjugales.

Elle présentait des évènements néfastes dans l'enfance : elle a grandi dans le contexte de la guerre d'Algérie et a été témoin de plusieurs meurtres et actes de torture.

Cela a eu pour conséquence le développement d'un trouble de stress post traumatique chronique, diagnostiqué par l'expert psychiatre. Le TSPT n'avait jamais été pris en charge. Le suivi était régulier et respecté. Il n'y pas eu de récurrence ni répétition.

La reconnaissance de l'acte était initialement modérée et est restée modérée après le suivi.

La deuxième a été condamnée pour agression sexuelle sur mineurs, corruption de mineurs et détention d'images à caractère pédopornographique. Les faits ont été commis par le couple, sur leur enfant ou sur des enfants du voisinage. Son mari lui aurait ordonné de filmer les violences sexuelles qu'il faisait subir aux mineurs. On retrouve un contexte de violences conjugales.

Au niveau des événements dommageables dans l'enfance, on retrouve la présence d'une précarité sociale et des violences par son mari car elle a été mariée mineure.

Elle n'avait pas d'antécédent judiciaire. L'expertise retrouve un trouble de la personnalité borderline qui n'a jamais été pris en charge auparavant.

Le suivi a été régulier et respecté. Il n'y a pas eu de récurrence ni répétition. La reconnaissance des faits était d'abord superficielle et a évolué au cours du suivi vers une reconnaissance modérée.

2.2.1.13. La récidive et la réitération

La récidive est définie comme la survenue d'une nouvelle infraction à caractère sexuel durant le suivi. La réitération est définie comme la survenue d'une infraction pour un autre motif durant le suivi.

On note un taux de récidive de 6% [2,11 ; 14,33] et un taux de réitération de 9% [3,68 ; 17,62]. Dans 32% ([21,93 ; 43,58]) des suivis, une rupture a été constatée.

Dans le cas des récidivistes, 67% des auteurs ont interrompu leur suivi avant le passage à l'acte et 80% ont eu au moins une rupture de suivi durant leur injonction de soins. Pour les auteurs en situation de réitération, seuls 43% ont arrêté leur suivi avant l'infraction.

Un des auteurs est à la fois récidiviste et réitérant.

Il n'y a eu ni récidive ni réitération dans 84% des cas.

Au total, 28% des sujets ont eu une nouvelle condamnation soit pour une récidive, ou une réitération ou encore un non-respect de la mesure d'injonction de soins. Dans 23% des cas il s'agit d'une nouvelle condamnation pour récidive et 32% des nouvelles condamnations sont des réitérations.

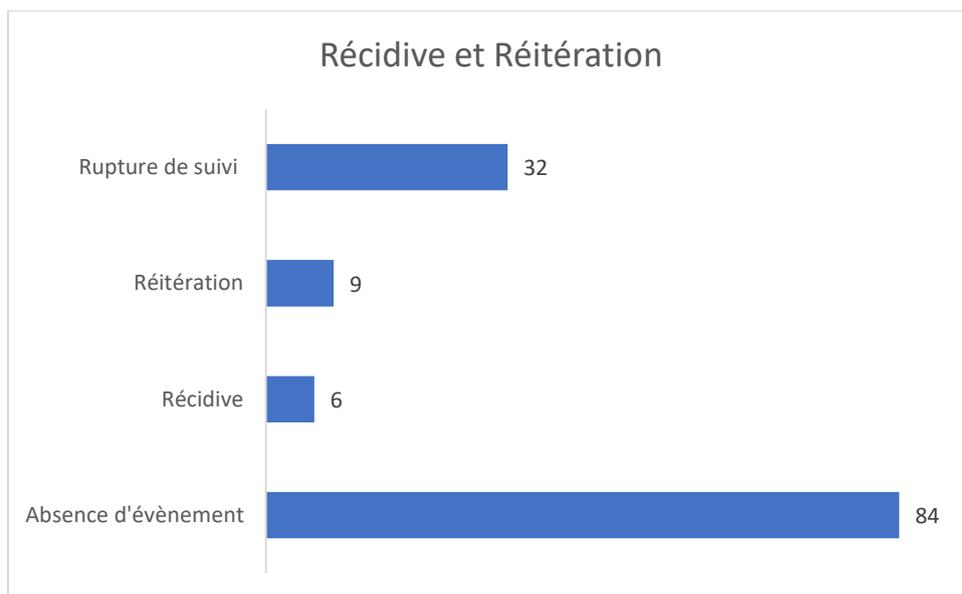


Figure 31. Taux de récidive, réitération et rupture de suivi (%).

2.2.1.13.1. L'étude de la récidive

2.2.1.13.1.1. Les motifs

Parmi les motifs de récidive, il y a eu deux condamnations pour agressions sexuelles sur mineur, une condamnation pour pédopornographie, une condamnation pour corruption de mineur, une condamnation pour exhibitionnisme sur mineur et majeur.

Globalement, les récidives semblaient de moindre gravité. Deux sujets sont à nouveau condamnés pour des faits identiques à ceux qui ont été à l'origine de l'injonction de soins : agression sexuelle sur mineur ou pédopornographie.

Un individu a été à nouveau condamné pour exhibitionnisme. Il était initialement en injonction de soins pour des faits d'agression sexuelle sur mineur et exhibitionnisme sur mineur. Un autre auteur est condamné pour agression sexuelle sur mineur. Il était initialement suivi à la suite d'un viol et agression sur mineur de moins de 15 ans.

Le dernier auteur, condamné pour corruption de mineur, était initialement suivi pour agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans.

2.2.1.13.1.2. La reconnaissance des faits

La reconnaissance des faits oscille entre la superficialité et la reconnaissance modérée. Il y a peu d'évolution dans la conscience des faits chez les récidivistes. Deux sujets ont une reconnaissance superficielle stable, deux ont une reconnaissance stable modérée, et un sujet voit sa reconnaissance passer de la superficialité à la reconnaissance modérée.

2.2.1.13.1.3. Les facteurs de risque de récurrence retrouvés

L'analyse univariée permet de retrouver plusieurs facteurs de risque de récurrence et un facteur protecteur.

Les auteurs ayant des enfants avant la condamnation ont significativement moins de risque de commettre une récurrence.

La situation du logement et le travail sont significativement liés au risque de récurrence. Cependant, du fait de l'effectif faible de la population d'étude, il n'est pas possible de prouver le sens de l'association.

Néanmoins, les personnes détenues avec une AAH après la condamnation ont presque 12 fois plus de risque d'avoir une récurrence sexuelle que celles avec un emploi (odds ratio = 11,67, [2,15 ; 259,92], p-value = 0,03912).

Les auteurs présentant un antécédent de violence sexuelle sont presque 15 fois plus à risque de récidiver (odds ratio = 14,77 [1,34 ; 770,46], p= 0,02277).

Les individus présentant une déficience intellectuelle ont 40 fois plus de risque de récidiver (odds ratio :40,28 [1,70 ; 2788,71], p= 0,01945).

Les sujets ayant un trouble des acquisitions ou des apprentissages voient leur risque de récurrence multiplié par 21 [1,17 ; 391,62] (p=0,03788).

Enfin les personnes ayant effectué leur scolarité en Institut médicoéducatif (IME) ou Institut médico professionnel (IMPro) ont 36,5 fois plus de risque de commettre à nouveau une infraction à caractère sexuel (odds ratio = 36,5 [4,19 ; 2628,33], p=0,00666).

L'analyse multivariée retient principalement deux variables qui influent sur le risque de récurrence :

- Les troubles des acquisitions ou des apprentissages (rapport des cotes =28,49 [2,84 ; 285,90]) ;
- Les études réalisées en IME ou Impro (rapport des cotes=261,90 [5,35 ; 12811,65]).

2.2.1.13.1.4. L'étude du suivi des récidivistes

Le premier récidiviste n'avait pas de trouble psychiatrique caractérisé et n'avait pas de traitement médicamenteux. La corruption de mineur est le motif de récurrence. Il s'agit de sa troisième condamnation pour des faits sur mineur. Les deux premières étaient des agressions sexuelles sur mineur.

Cela laisse supposer une paraphilie de type pédophilie. Le premier passage à l'acte date de 1994. Il s'agit également de sa première injonction de soins. Le traitement psychologique était mensuel.

Le deuxième récidiviste présentait une paraphilie de type pédophilie, une schizophrénie, un trouble de la personnalité antisociale avec des aménagements pervers, une addiction à l'alcool, aux benzodiazépines et au Subutex.

Un traitement antipsychotique et un traitement d'aide au sevrage alcool lui était prescrit, ce qui paraissait adapté à sa situation. Il a présenté de multiples irrégularités de suivi notamment addictologique, des ruptures de traitement et un suivi psychothérapeutique inadapté. Il a également déménagé et changé de région à plusieurs reprises ce qui a compliqué son suivi par le médecin traitant et coordonnateur. La récidive est constituée de faits de pédopornographie, même motif que pour l'initiation de l'injonction de soins. Il a également commis une réitération, à savoir une destruction de biens d'autrui. Il a un antécédent de condamnation pour agression sexuelle sur mineur.

Le troisième récidiviste présentait un trouble de la personnalité antisociale avec aménagements pervers, ainsi que des paraphilies de type pédophilie, exhibitionnisme, et sadique. Il a rencontré des difficultés à trouver un psychiatre traitant, s'est fait refuser du CMP et a dû changer de psychiatre au cours de son suivi. Il aurait eu un traitement psychotrope sans précisions supplémentaires. Le suivi psychiatrique était mensuel. La récidive étaient composée de faits d'exhibitions sur majeur et mineur.

Ce sujet avait comme antécédents judiciaires de multiples passages à l'acte d'exhibitionnisme et d'agressions sexuelles sur mineur.

Le quatrième récidiviste présentait une paraphilie de type pédophile. Il avait un suivi psychiatrique tous les deux mois, ce qui paraissait assez espacé pour réaliser une thérapie. Il n'avait pas de traitement médicamenteux. Le sujet a été incarcéré après la fin de sa période de suivi pour des faits d'agression sexuelle sur mineur datant de la période de son suivi. A la suite de cette incarcération, il a bénéficié d'une autre injonction de soins, sans récidive a priori. Il n'avait pas d'antécédent judiciaire. Il était initialement condamné pour des faits identiques et n'avait pas d'autre antécédents judiciaires.

Le dernier récidiviste présentait un retard mental, un trouble de la personnalité non précisé et une paraphilie de type pédophilie. Le prise en charge consistait en un suivi psychiatrique bimensuel sans traitement médicamenteux. Le suivi aurait été inadapté et la psychothérapie aurait consisté principalement en une conversion religieuse. Avant ces deux condamnations (viol sur mineur, puis agression sexuelle sur mineur), il avait déjà été condamné pour agression sexuelle sur mineur.

A noter que les récidives ont eu lieu entre 2009 et 2017. Aucune récidive n'a été constatée depuis 2017.

De même, les réitérations sont comprises entre 2013 et 2015.

2.2.1.13.2. L'étude de la réitération

2.2.1.13.2.1. Les motifs

Les motifs de réitérations étaient :

- vol ;
- détérioration et destruction de biens d'autrui ;
- détention de stupéfiant ;
- conduite sans permis ;
- tentative d'enlèvement de mineur ;
- violences conjugales ;
- escroquerie.

2.2.1.13.2.2. Les facteurs de risque de réitération

L'analyse univariée retrouve plusieurs variables impliquées dans la réitération.

Les personnes ayant réitérés sont significativement plus jeunes au moment des faits ayant conduit à l'injonction de soins.

La situation maritale avant et après la condamnation sont également liées de façon significative au risque de réitération. Néanmoins, le faible effectif de la population étudiée ne permettait pas de déterminer le sens de l'association.

Les auteurs qui ont connu une évolution du statut célibataire ou divorcé ont plus de chance de commettre une réitération (odds ratio = 16,63 [1,38 ; 277,30], $p=0,02365$).

Les personnes ayant un antécédent judiciaire de destruction de biens sont plus à risque de réitérer (odds ratio = 11,73 [1,29 ; 103,65, p= 0,0273).

De même, les individus ayant un antécédant judiciaire d'outrage ont 25 fois plus de risque de réitérer (odds ratio = 25,05 [1,13 ; 1649,16], p=0,04012).

Les sujets ayant un antécédent de trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites sont presque 12 fois plus à risque de faire une réitération (odds ratio=11,73 [1,29 ; 103,65], p= 0,0273).

Les sujets ont également plus de risque de réitérer si l'expert retrouve un trouble de la personnalité (odds ratio=13,78 [1,53 ; 667,28], p=0,0121) ou plus précisément un trouble de la personnalité antisociale (odds ratio= 15,63 [1,60 ; 161,46], p=0,01627).

L'analyse multivariées retrouve 3 facteurs de risque de réitération :

- La présence d'un trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites (rapport des cotes= 14,83 [1,60 ; 137,38]) ;
- La présence d'un trouble de la personnalité antisocial (Rapport des cotes = 29,04 [2,78 ; 302,77]) ;
- Le fait d'avoir été en couple avant la condamnation (Rapport des cotes = 11,25 [1,32 ; 95,71]).

2.2.1.13.2.3. L'étude du suivi des réitérants

Le premier réitérant a été condamné pour le motif de vol.

Il avait un trouble de la personnalité antisociale avec des aménagements pervers, associé à un bas niveau intellectuel. Le suivi psychologique mensuel a été chaotique et peu investi. Du fait de rupture de suivi, il a été convoqué devant le JAP pour un rappel de ses obligations.

Le deuxième a été condamné pour escroquerie. Il avait un trouble de la personnalité schizoïde/frustre avec aménagement pervers. Il a bénéficié d'un suivi psychologique mensuel, suivi qu'il a désinvesti à la fin de sa mesure, conduisant à un prolongement de celle-ci. Il avait déjà été condamné pour viol sur mineur en 1990 et pour homicide involontaire en 1989.

Le troisième a été condamné pour tentative d'enlèvement de mineur. Il présentait un trouble de la personnalité antisociale avec des aménagements pervers et une addiction à l'alcool sevrée. Le suivi psychologique était régulier et mensuel. Le passage à l'acte est survenu dans un contexte de perte d'emploi. Il aurait été impliqué dans des affaires de violences volontaires, sans condamnation.

Le quatrième réitérant a été condamné pour violences conjugales. Il présentait une déficience intellectuelle et un trouble anxieux. Le suivi psychologique mensuel était régulier. Il n'avait aucun antécédent judiciaire.

Le cinquième a été condamné pour conduite sans permis. Il présentait un trouble de la personnalité borderline, un TDAH, et une addiction à l'alcool sevrée.

Le suivi psychologique bimensuel et psychiatrique mensuel au CRAVS étaient régulier. Un traitement par Methylphénidate était prescrit ainsi qu'un traitement neuroleptique. Vers la fin du suivi il a bénéficié d'une prise en charge en groupe thérapeutique au CRAVS. Il n'avait pas d'antécédent judiciaire.

Le dernier a été condamné pour détention de stupéfiant. Il présentait un trouble de la personnalité borderline et une addiction au cannabis. Le suivi psychiatrique initial a été irrégulier et une incarcération pour rupture de suivi a été ordonnée par le JAP. Le suivi psychologique et addictologique ont été mis en place après l'incarcération. Les antécédents judiciaires étaient nombreux et essentiellement liés à des violences volontaires.

Concernant la reconnaissance des faits chez les réitérants, elle varie de superficielle à totale. Trois sujets auront un reconnaissance superficielle stable dans le temps, un sujet verra sa reconnaissance passer de modérée à totale, un sujet aura une reconnaissance totale stable, un sujet aura une reconnaissance superficielle évoluant en modérée.

2.2.1.13.3. Les ruptures de suivi et conséquences

La rupture de suivi concerne 32% des sujets. Il y a une réponse de la justice dans moins de la moitié des cas (40%).

Lorsqu'il y a une réponse, il peut s'agir d'une incarcération (40%), d'un rappel des obligations (50%), ou d'une prolongation de mesure (10%).

2.3. La discussion

2.3.1. Les résultats principaux

Les données seront notamment comparées aux résultats de l'étude ELIS Grand Angle réalisée avec la collaboration de 17 CRIAVS et recensant les données de 1900 personnes en injonction de soins. Cette étude comprenait également des individus en injonctions de soins pour un motif autre que sexuel (10%).(74)

Lorsque l'étude ELIS sera insuffisante, d'autres études régionales seront utilisées pour servir de comparaison : une étude réalisée en Haute Garonne (75) , une étude à Anger (76).

Concernant les données sur la récidive, nous utiliserons les données statistiques judiciaires nationales afin de mettre en perspective les résultats.(49)

Enfin, lorsque les dernières études ne permettent pas de comparer nos résultats, nous utiliserons des données d'études internationales.

2.3.1.1. Les données socio-démographiques

Dans notre étude on retrouve une majorité d'homme et 3% de femmes. La proportion de femme est légèrement supérieure à l'étude ELIS.

En effet l'étude ELIS retrouvait 2% de femmes en injonction de soins tout motif confondu. Les femmes en injonction de soins pour un motif sexuel étaient au nombre de 11 soit 1%. (74)

L'étude d'Anger retrouvait 2% de femme tandis que l'étude de Haute Garonne ne comprenait aucune femme dans son effectif.(76) (75)

Les femmes sont moins présentes dans la catégorie des auteurs de violences sexuelles. Cela peut s'expliquer par le fait que les victimes de femme, portent moins plaintes. Les violences sexuelles chez les hommes sont très souvent invisibilisées, voire minimisées par les victimes elles-mêmes mais surtout par la société. D'une part les violences commises par les femmes constituent un tabou, car cela va à l'encontre de l'image de la femme dans la société qui est présumée aimante, bienveillante et protectrice.

Il a été en effet montré que les hommes ont tendance à sous rapporter les violences sexuelles commises par des femmes plus âgées (Vaillancourt-Morel and al 2016).(63)

Ainsi, selon Jean-Raphaël Bourge, docteur en science politique, les soins prodigués par les femmes sur les enfants ne sont pas perçus comme une source de maltraitances. Les violences des femmes sont considérées comme moins graves par rapport aux violences des hommes. Dans les cas d'agressions de femmes sur des adolescents, le mythe de "l'initiation" se poursuit.

Ce mythe est parfois même vu comme une chance par les homologues masculins, ce qui entrave les hommes dans la prise de conscience de leur statut de victime et empêche ces derniers de porter plainte. Le fait qu'il y ait des hommes victimes de femmes agresseuses entre en conflit avec la définition sociétale de la masculinité et de la féminité.(1)

Les agressions par les femmes impliquent souvent un co-auteur, qui est le partenaire amoureux. Les femmes tendent à ne pas récidiver. Les échelles d'évaluation du risque de récidive ne seraient pas valables pour les femmes car les facteurs prédictifs de la récidive des hommes ne le sont pas pour les femmes. (37)

La moyenne d'âge de notre étude était plus faible (36,5) que celle des autres études : 47 ans pour l'étude ELIS.(74) Cela s'explique par le fait que nous avons considéré l'âge au moment des faits plutôt que l'âge au moment de l'injonction de soins. L'âge s'étendait de 13 à 78 ans, tandis que l'étendue de l'âge de l'étude Elis allait de 18 à 86 ans. L'âge aux moments des faits nous paraissait indiqué pour décrire la période de vie dans laquelle se trouvent les auteurs au moment des faits. De plus, il y avait 3 AVS mineurs. Les sujets de notre étude sont donc nécessairement plus jeunes.

La majorité des auteurs de notre étude avait la trentaine (28%) lors des faits, tandis que la majorité des auteurs de l'étude ELIS avaient la quarantaine (25%). Si on compare avec l'âge des auteurs de violences sexuelles mis en cause en 2017, la catégorie d'âge la plus représentée était les plus de 60 ans (20%).(74)

Concernant la situation professionnelle avant la condamnation, les sujets de notre étude avaient un travail dans 64% des cas.

On constate une nette diminution de l'emploi chez les sujets (47%) ainsi qu'une augmentation des sujets en formation (8%), des retraités (10%) ou des sujets dans l'incapacité de travailler et bénéficiant d'une AAH ou invalidité (17%). La proportion d'auteurs sans emploi était restée stable (22%). Ces données concordent avec les données de l'étude ELIS. L'étude ELIS retrouve une proportion d'emploi de 44%, un taux de chômage de 23% et un taux d'inactivité de 29% comprenant les personnes retraités, étudiantes et en incapacité de travailler.(74)

Concernant la situation matrimoniale avant la condamnation, la majorité des individus de l'étude étaient célibataires ou divorcés (62%) contre 38% d'individus en couple ou mariés. Après la condamnation on a observé une baisse de la proportion d'individu en couple ou marié de 4% et une hausse de 3% de célibataire et divorcé. Ainsi, 12% des sujets qui étaient initialement en couple ou mariés se sont séparés après le jugement.

Nos résultats diffèrent de ceux de l'étude ELIS. En effet, les sujets de l'étude ELIS avaient plus d'individus en couple initialement (45%). Cette proportion diminue plus drastiquement à 29% après la condamnation.

Au sujet du logement, 94% des sujets de notre étude avaient un logement avant les faits. Les auteurs vivent principalement en couple et/ou avec leurs enfants pour 41% d'entre eux, 32% vivent seuls, 17% vivent chez un proche, 1% vivait en foyer social et 1% en foyer éducatif.

Le nombre de personnes ayant un logement augmentent à 100% après la condamnation. En effet, les services d'insertion et de probation veillent à ce que tous les auteurs sortent d'incarcération avec un hébergement.

Après les faits, les sujets habitent majoritairement chez un proche (32%). Les auteurs vivent seul dans 27% des cas. La proportion d'individus qui habitent en famille tombe à 26%. Enfin 13% des sujets vivent dans un foyer social. Dans 49% des cas, il y a eu un changement de logement.

L'étude ELIS retrouve des résultats différents. En effet, la portion de sujets habitant dans un logement individuel est supérieure et majoritaire (60%). Il s'agit de sujets qui habitent dans une location ou un logement dont ils sont propriétaires. Les auteurs qui habitent chez leur famille arrivent en deuxième position avec 19%.

La proportion de sujets qui vivent en foyer est similaire (12%). Enfin, 7% des sujets sont dans des résidences d'accueil spécialisée, chez des amis ou encore en détention.(74)

On constate donc aussi une diminution de la proportion des auteurs qui vivent avec leur épouse ou leurs enfants. Cela est dû en partie au fait qu'une partie des auteurs ont commis des infractions sur mineurs, notamment des violences sexuelles intrafamiliales, ce qui rend leur retour à domicile impossible. On explique aussi cette diminution par le fait qu'il y ait une séparation des auteurs avec leur conjointe précédente.

Parmi les sujets qui habitent dans leur famille, la majorité des auteurs serait hébergé par leurs parents (19%). La proportion plus faible de sujet habitant dans un logement individuel pourrait s'expliquer par une plus grande précarité dans notre étude.

Les événements traumatiques vécus dans l'enfance n'étaient pas pris en compte dans l'étude ELIS ni dans les études régionales.

Des événements adverses dans l'enfance sont retrouvés dans notre population (76%). L'étude Levenson and al (2016) révèle que 84% des auteurs de violences sexuelles ont vécu des événements néfastes dans leur enfance.(77)

Il est difficile de trouver des données précises concernant ces événements dans l'enfance au sein de la population d'agresseurs sexuels. Cependant, l'étude de Reavis et Al. (2013) fournit des résultats qui peuvent nous servir de comparatifs pour notre étude. Il s'agit d'une étude sur 151 sujets auteurs de violences, dont 96 auteurs de violences sexuelles.(78)

Dans notre étude on retrouve essentiellement la présence de violences physiques, 37% contre 40% dans l'étude de Reavis. Les violences sexuelles ont été retrouvées chez 28% des sujets contre 35% dans l'autre étude. La séparation parentale a été retrouvée chez 28% de nos sujets contre 52% dans l'autre étude. Les violences psychologiques ont été décrites par 13% de nos auteurs contre 55% dans l'étude de Reavis.

Les placements dans un foyer, une famille d'accueil ou chez des proches (28%), l'enfance dans un contexte de précarité (5%) ou dans un contexte de guerre (4%) n'ont pas été détaillés dans l'autre étude.

Selon Pr Thibaut Florence, psychiatre, les études rapportent que 30 à 40% des auteurs de violences sexuelles auraient été eux-mêmes victimes de violences sexuelles ou physiques dans leur enfance. Ces résultats sont proches de ce que nous avons retrouvé dans notre étude.(79)

Les résultats de notre étude concernant la présence d'événements néfastes dans l'enfance est plus bas que dans l'autre étude car notre étude est une étude observationnelle sur dossier médical. En effet, l'autre étude se basait sur le remplissage de questionnaire précis sur les événements dommageables dans l'enfance par les auteurs de violences. Il est donc possible que les dossiers aient été incomplets en ce qui concerne la présence de ces événements. Les violences physiques et psychiques peuvent également être minimisées et donc ne pas être mentionnées spontanément lors de la consultation ou lors de l'expertise.

L'étude de Levenson (2016) montre que les auteurs de violences sexuelles ont une fréquence plus élevée de violences sexuelles (x3), de violences physiques (x2), de violences verbales (x13), de négligence ou séparation parentale (x4) par rapport à la population générale.(77)

Les événements adverses dans l'enfance ont longtemps été considérés comme prédictifs de la récurrence. Il semblerait qu'il s'agit plutôt de facteurs pouvant favoriser une construction pathologique de la personnalité, qui lui est un facteur de risque de récurrence mais que ces événements ne seraient pas un facteurs de risque à proprement parler.(37)

Concernant le niveau scolaire, 17% des sujets ont redoublé au moins une fois. On retrouve aussi 10% des auteurs qui ont eu une scolarité adaptée (SEGPA, IME, IMPro). La majorité des sujets n'ont pas obtenu de diplôme (49%).

Parmi les diplômés, la majorité avait un CAP (26%). 18% des auteurs ont eu le bac. Une petite proportion des auteurs a eu un BTS (6%), un BEP (4%), ou un diplôme facultaire (4%).

Il n'existe pas de données concernant le parcours scolaire et le niveau d'éducation des auteurs de violences sexuelles. Pourtant, le faible niveau scolaire est considéré comme un facteur limitant les possibilités thérapeutiques et donc de la réhabilitation mais aussi comme un facteur de risque de récurrence. Les difficultés scolaires sont notamment recherchées dans certaines échelles d'évaluation de la récurrence violente (Sex Offender Risk Appraisal Guide : SORAG, Violence Risk Appraisal Guide : VRAG). Les difficultés scolaires peuvent indiquer une instabilité, un décrochage et donc être un marqueur de mode de vie antisocial mais aussi limiter les chances d'obtenir un diplôme puis un travail.(80)

2.3.1.2. Les données judiciaires

2.3.1.2.1. Les antécédents

Les antécédents judiciaires sont présents pour 40% des auteurs de notre étude contre 53% des auteurs de l'étude ELIS. Dans notre étude, 24% des auteurs ont des antécédents d'infraction à caractère sexuel soit 60% des auteurs avec des antécédents judiciaires contre 59% des auteurs ayant des antécédents de l'autre étude.(74)

Ces résultats sont concordants.

Les études ne font jamais état des antécédents judiciaires non judiciairisés ou judiciairisés mais classés sans suite.

Ajouter ces antécédents pourrait être intéressant pour approcher une représentation plus juste des antécédents de passage à l'acte. Dans notre étude, on retrouve 3% des auteurs qui ont eu des plaintes pour des infractions à caractère sexuel classées sans suite et 5% des auteurs qui ont commis des faits à caractère sexuel qui n'ont pas été judiciairisés. En effet, on sait que les antécédents d'infraction à caractère sexuel sont un facteur de risque de récidive.(80)

2.3.1.2.2. Les motifs de la condamnation actuelle

Les faits sont commis majoritairement sur des victimes mineures pour 76% des sujets contre 71% dans l'étude ELIS. Dans l'étude ELIS, 2% des données n'étaient pas disponibles. Les données de cette étude portent sur toutes les infractions menant à l'injonction de soins. Même si 90% des justiciables de l'étude ELIS sont en injonction de soins pour des faits à caractère sexuel, il se peut que dans les résultats, certaines victimes ne soient pas victimes de violences sexuelles.

Les agressions sexuelles sont majoritaires avec 53% (47% sur mineurs, 6% sur majeurs) contre 42% des auteurs de violences sexuelles de l'étude ELIS. Le viol arrive en deuxième position avec 45% (33% sur mineurs, 12% sur majeurs) contre 41% des auteurs de violences sexuelles de l'étude de référence. La pédopornographie concerne 18% de nos auteurs contre 9% des AVS de l'étude ELIS.

Dans moins de la moitié des cas (46%), les infractions à caractère sexuel étaient combinées. L'étude ELIS n'a pas étudié la diversité des infractions et ne retenait que l'infraction la plus grave au niveau pénal pour chaque auteur.(74)

Dans le cas des auteurs impliquant des faits de pédopornographie, une autre infraction à caractère sexuel est associée dans plus de la moitié des cas (58%). Il est marquant de constater que les infractions liées à la pédopornographie ne sont pas isolées et qu'elle s'associe souvent à des infractions à caractère sexuel impliquant le contact.

L'infraction à caractère sexuelle est associée à une autre infraction non sexuelle pour deux auteurs (3%).

2.3.1.2.3. La durée de l'injonction de soins

La durée moyenne de l'injonction de soins des sujets de notre étude est de 4 ans contre 6 ans et 3 mois dans l'étude ELIS. La majorité des auteurs de notre étude ont une durée de suivi de 3 à 4 ans (41%), contre 5 ans dans l'étude ELIS (42%).

La durée de l'injonction de soins est plus faible dans notre étude.

Cela s'explique par le fait que l'étude ELIS comporte des injonctions de soins de durée supérieure (21% dure 10 ans contre 5% dans notre étude). Cela s'explique aussi par le fait qu'une proportion plus grande d'auteurs aient commis des crimes dans l'étude ELIS. En effet, la durée de la peine de l'injonction de soins est liée à la gravité des faits mais aussi à la peine d'emprisonnement prononcée.(74)

2.3.1.3. Les données médicales et psychiatriques

2.3.1.3.1. Les antécédents médicaux

Concernant les antécédents médicaux, on s'est surtout intéressé aux pathologies pouvant affecter le fonctionnement cérébral et notamment diminuer le contrôle des impulsions ou favoriser l'impulsivité. Les sujets de notre étude ont eu un antécédent de ce type dans 15% des cas. Il s'agit majoritairement de traumatisme crânien (8%) mais aussi d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (2%) et enfin d'épilepsie, une méningite, malformation cérébrale ou nodules cérébraux (1% chacun). Une étude de Simpson et Al datant de 2013 rapporte 8.9% de comportements sexuels inappropriés après un traumatisme crânien. Il s'agit notamment d'exhibitionnisme, d'attouchement, de propos sexuels dans l'espace public. (81)

Certaines crises d'épilepsie peuvent également avoir une séméiologie au niveau sexuel et peuvent être à l'origine de comportement sexuels inappropriés, comme l'exhibitionnisme par exemple.(82)

Les antécédents médicaux sont peu détaillés dans les études sur les auteurs de violences sexuelles. Pourtant, il paraît intéressant de connaître le taux de traumatisme crânien parmi les auteurs de violences sexuelles. En effet, les traumatismes crâniens peuvent être responsables de troubles du comportement, de troubles de l'humeur, de modifications de la personnalité, de difficultés de régulation des émotions, et troubles du contrôle des impulsions. La prévalence de ces troubles est forte chez les traumatisés crâniens sévères (74% à 5 ans).

Des troubles de la métacognition, c'est-à-dire de la conscience de leurs états mentaux, ont aussi été rapportés.

C'est cet ensemble de difficultés qui pourrait expliquer une augmentation des infractions à caractère sexuel chez les traumatisés crâniens. (83)

2.3.1.3.2. Les antécédents psychiatriques

Des antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 63% des sujets de notre étude. Ces sujets avaient déjà eu une hospitalisation, un suivi psychologique ou psychiatrique dans 54% des cas contre 24% dans l'étude ELIS. Cela s'explique car les données étaient non disponibles dans 35% des cas. Aussi, 10% des auteurs de notre étude avaient déjà eu des soins pénalement ordonnés par le passé contre 11% dans l'étude ELIS.(74)

2.3.1.3.3. Les données de l'expertise

L'expertise retrouve, dans 88% des cas, un trouble psychiatrique.

L'étude ELIS ne mentionne pas les données de l'expertise. Une autre étude réalisée à Anger sur les auteurs en injonction de soins retrouve 24% de troubles psychiatriques caractérisés. (76)

Dans notre étude, le trouble le plus fréquent est le trouble paraphilique soit 51% des sujets.

Le trouble paraphilique est également présent chez les sujets de l'étude d'Angers (14%). Dans les deux études la pédophilie est le trouble paraphilique le plus fréquent.

Le trouble de la personnalité arrive en deuxième position dans notre étude avec 35% contre 11% des sujets de l'étude d'Angers. Les principaux troubles de la personnalité dans notre étude sont le trouble de la personnalité borderline (9%), antisociale (8%) et les aménagements pervers (13%). L'étude de Haute Garonne rapporte que le trouble de la personnalité antisociale et borderline sont majoritaires dans leur étude (6%) et retrouve des aménagements pervers dans 12% des cas. (75)

Le troisième trouble le plus fréquent dans notre étude est le trouble lié à l'usage de substances (21%).

L'étude d'Angers retrouve 51% de sujets atteints d'un trouble lié à l'usage de substance. Dans cette étude, ce trouble ne semble pas avoir été comptabilisé dans les troubles psychiatriques caractérisés.

Ceci pourrait expliquer la différence de fréquence des troubles psychiatriques entre nos deux études. En effet, si on inclut le trouble de l'usage de substance, la fréquence de trouble psychiatrique augmente à 76% dans l'étude d'Angers.(76)

Concernant la schizophrénie, 4% des sujets de notre étude en avait le diagnostic, contre 2% dans l'étude de Haute Garonne.

Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé de patient présentant un trouble bipolaire, contrairement à l'étude de Haute Garonne qui retrouve 3% de trouble bipolaire parmi ses sujets. (75)

Il est possible que certains auteurs de notre étude n'aient pas déclaré encore leur maladie. Notamment, il est possible qu'ils aient présenté plutôt des épisodes dépressifs et donc n'aient pas été catégorisés dans le trouble bipolaire.

On retrouve en effet plus d'épisode dépressif dans notre étude (3%), contre 1% dans l'étude de Haute Garonne. (75)

Le taux de TSPT est supérieur à celui de l'étude de Haute Garonne (3% contre 1%).(75)

On a également retrouvé 6% de sujets présentant un TDAH. Ce trouble n'est pas mentionné dans les autres études. Il est difficile de retrouver des études se penchant sur le TDAH dans la population des auteurs de violences sexuelles. Ils sont souvent étudiés en association avec une comorbidité.

Le taux de déficience intellectuelle et le taux de bas niveau intellectuel sont tous les deux retrouvés à 9% et 10% respectivement dans notre étude, contre 12% de déficience dans l'étude de Haute Garonne. (75)

Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'ils aient décomptés que les individus présentant une déficience intellectuelle.

Contrairement à nous, qui avons choisi de différencier les individus présentant une déficience, c'est à dire un QI inférieur à 70, des sujets a bas niveau intellectuel, c'est à dire avec un QI dans la norme mais proche de la normale basse.

Au cours du suivi le diagnostic a évolué pour 9 sujets (12%). En effet, un diagnostic de schizophrénie a pu être porté pour 3 individus, un diagnostic de trouble bipolaire pour un individu, trois diagnostics de trouble de la personnalité schizotypique, dépendante et obsessionnelle respectivement. Un sujet s'est vu attribuer un diagnostic de déficience intellectuel et un autre d'addiction a l'alcool. Cette évolution n'est pas rapportée dans les études.

Cette évolution permet de montrer la fluctuation des diagnostics en psychiatrie.

2.3.1.3.4. La reconnaissance des faits

La majorité des auteurs de violences sexuelles avaient une reconnaissance des faits superficielle lors de l'expertise (46%). On a constaté une évolution de la reconnaissance des faits durant le suivi pour 53% des sujets n'ayant pas déjà atteint la reconnaissance totale. La majorité des auteurs avaient une reconnaissance des faits modérés (49%) durant le suivi. La reconnaissance était totale dans 20% des cas, et absente dans 8% des cas. Enfin, elle était superficielle chez 17% des sujets.

Ciavaldini a étudié la reconnaissance des faits dans son étude. Il a retrouvé 41% de reconnaissance totale, 18% des reconnaissance modérée, 27% de reconnaissance superficielle et 14% d'absence de reconnaissance des faits. Cependant, il n'est pas précisé à quel moment la reconnaissance des faits a été recueillie.(18)

Nos données diffèrent de celles de l'étude de Ciavaldini.

La reconnaissance des faits de nos sujets était collectée à différents moments du suivi, souvent au début du suivi et parfois également à la fin. La reconnaissance a pu être sous-estimée car elle n'était pas forcément toujours recherchée à la fin du suivi.

Néanmoins la mauvaise reconnaissance des faits n'est pas un facteur de risque selon les études. De multiples facteurs peuvent entrer en compte dans la reconnaissance des faits ou la rendre inaccessible par l'évaluateur.(37)

Les soins semblent néanmoins permettre une évolution de la réflexion vis à vis du passage à l'acte pour la majorité des auteurs.

Cette évolution semble se maintenir dans notre étude, car aucun sujet n'a présenté une régression au niveau de la reconnaissance des faits. (37)

2.3.1.4. Les soins pénalement ordonnés

Les soins débutent en prison pour 40% des auteurs de violences sexuelles. Les autres études n'ont pas inclus les données concernant les soins en prison. Il est difficile d'obtenir des données concernant les soins psychiatriques en prison.

Concernant l'injonction de soins, la majorité des auteurs ont un suivi psychiatrique (71%). Certains auteurs avaient un suivi psychologique (45%). Quelques-uns ont eu une prise en charge en groupe thérapeutique (8%). Enfin, 17% des auteurs avaient un suivi thérapeutique par le CRAVS Alsace.

Aucune autre étude ne précise la nature des soins psychologiques ou le suivi des sujets sous injonctions de soins.

On notera que parmi les sujets suivis au CRAVS Alsace, seul un sujet a présenté une répétition et aucun n'a présenté de récurrence.

Au sujet des traitements médicamenteux, il semblerait que les sujets de notre étude aient moins bénéficié de traitements psychotropes. En effet, seuls 29% des sujets avaient un traitement psychotrope contre 37% dans l'étude de Haute Garonne. (75)

La majorité des auteurs ont un traitement anxiolytique (15%) contre 4% dans l'étude de Haute Garonne. Cela peut s'expliquer par le fait que les sujets de notre étude avaient plus de troubles anxieux mais aussi par le fait qu'ils présentaient plus de troubles liés à l'usage d'une substance, ce qui nécessite le recours à des anxiolytiques lors du sevrage. Les traitements neuroleptiques (14%) viennent en deuxième position contre 12% dans l'autre étude. La fréquence d'utilisation est assez élevée du fait de leur utilisation dans les troubles de la personnalité pour réguler l'humeur et réduire l'impulsivité. Les traitements antidépresseurs sont aussi prescrits dans 9% des cas contre 6% dans l'étude de Haute Garonne. On connaît leur utilisation pour traiter les paraphilies.

Les traitements d'aide au maintien de l'abstinence sont à 8% contre 3% dans l'étude de Haute Garonne. Ceci s'explique par le fait que les sujets de notre étude étaient plus nombreux à souffrir d'une addiction par rapport à l'autre étude. Les traitements thymorégulateurs sont utilisés chez 4% des auteurs contre 5% dans l'autre étude. Ces traitements sont majoritairement utilisés à visée anti-impulsive, notamment dans les troubles de la personnalité.

Enfin seul 3% des sujets ont eu un traitement anti androgène, ce qui concorde avec les résultats de l'étude de Haute Garonne. (75)

2.3.1.5. La récidive, la réitération et la rupture de soins

2.3.1.5.1. Le taux de récidive, réitération et rupture

Dans notre étude, 28% de sujets font l'objet d'une nouvelle condamnation. Il peut s'agir d'une condamnation pour une récidive, une réitération ou un non-respect de l'injonction de soins. Cela correspond au même taux de nouvelles condamnations que l'étude ELIS. L'étude ELIS ne permettait pas de déterminer le taux de récidive. En effet, taux de nouvelles condamnations a été étudié sans distinction entre la récidive et la réitération.

Le taux de récidive des sujets de notre étude est de 6%, ce qui correspond à 23% des nouvelles condamnations.

L'étude ELIS retrouve 42% de nouvelles infractions parmi les nouvelles condamnations dont 37% sont liées à une thématique sexuelle.

Cependant, la temporalité des faits menant à la nouvelle condamnation n'étaient pas précisées dans l'étude ELIS. Il se peut donc que les données des nouvelles condamnations comprennent des faits qui se soient déroulés avant la première condamnation voire pendant l'incarcération.

L'étude d'Angers est une des rares études sur les AVS en injonction de soins qui recense le taux de récidive. Elle rapporte un taux de récidive sexuelle de 5,3% au total et un taux de récidive légale de 13,4% chez les sujets qui avaient terminé leur injonction de soins.(76)

On constate que les données sur la récidive sexuelle des AVS en injonction de soins sont rarement disponibles en France. Celles qui sont disponibles sont anciennes et/ou partielles. Il n'est pas simple d'obtenir des données de récidives globales, les données sur les crimes et délits étant souvent séparées. En 2019, le taux de récidive générale est de 22,2%. En matière de crime, la récidive légale était de 8,1%. Les auteurs de viol étaient récidivistes dans 5,3% des cas. La même année, le taux de récidive délictuelle était de 14%. Les auteurs de délits sexuels ont un taux de récidive de 6,8%.(49)

Dans notre étude, la récidive est essentiellement délictuelle. Cela semble confirmer qu'il y a plus de récidive délictuelle que criminelle.

Le taux de réitération est de 9% dans notre étude soit 32% des nouvelles condamnations. En 2019, les auteurs de délits sexuels étaient en état de réitération dans 11,7% des cas.(49)

Les ruptures de suivi concernent 32% des sujets de notre étude, ce qui correspond à 45% des nouvelles condamnations. Cette rupture fait l'objet d'une réponse dans 40% des cas. Une partie des individus fait l'objet d'une réincarcération (40%) ou d'une prolongation de mesure (10%). La majorité se voient rappeler leurs obligations (50%).

Dans l'étude ELIS, sur les 21% de nouvelles condamnations, 49% des sujets ont été sanctionnés pour non-respect de leurs obligations. Les caractéristiques des sanctions ne sont pas précisées. Nous n'avons pas trouvé de données concernant les ruptures de suivi lors de l'injonction de soins.(74)

Dans notre étude, la majorité des récidivistes avait interrompu leur suivi avant la récidive (60%) ou après celle-ci (80%). Seuls 43% des réitérants ont interrompu leur suivi avant l'infraction. Les études ne mentionnent pas la temporalité de la rupture ou sa survenue avant un passage à l'acte.

2.3.1.5.2. Les facteurs de risque de récidive et réitération

Etant donné le faible effectif de notre étude, la majorité des analyses univariées ou multivariées n'ont pas retrouvé de lien significatif entre les caractéristiques des auteurs et leur passage à l'acte. Néanmoins, quelques liens ont pu être retrouvés de façon significative.

Concernant la récidive, l'analyse univariée retrouve un facteur protecteur. Les auteurs ayant des enfants avant le passage à l'acte ont significativement moins de risque de repasser à l'acte. De même, la situation du logement et du travail sont significativement liées à la récidive.

En effet, un environnement social, familial et professionnel étayant et soutenant ont été décrits comme des facteurs importants pour la désistance. Leur absence peut favoriser la récidive. (84)

L'analyse univariée retrouve que les personnes bénéficiant d'une AAH, ont 11 fois plus de risques de présenter une récidive.

La population de notre étude a majoritairement une AAH pour un motif psychiatrique. Le handicap empêchant l'obtention d'un emploi, qui est un pilier important dans la désistance. Certaines échelles évaluant le risque de récurrence incluent les troubles de la personnalité et les troubles psychiatriques graves comme la schizophrénie.(80) Néanmoins, ces échelles sont anciennes et d'autres auteurs estiment qu'il s'agit de « faux » facteurs de risque de récurrence.(37)

Les antécédents judiciaires de violences sexuelles sont également retrouvés comme un facteur de risque de récurrence, ce qui concorde avec les données de la littérature.(37)

Les autres facteurs de risques de récurrence retrouvés par l'analyse univariée sont : la déficience intellectuelle, l'antécédent de trouble des acquisitions ou des apprentissages, la scolarité en IME ou IMPro.

Ces caractéristiques amènent forcément à des difficultés scolaires et des difficultés liés à l'emploi mais sont souvent aussi associées à la déficience intellectuelle.

La déficience intellectuelle s'associe à des troubles des fonctions exécutives, ce qui entraîne des conséquences sur l'autorégulation et les problématiques liées à l'intimité. Ces dernières sont un facteurs de risque de survenue de comportement violents, notamment sexuels.(37)

Plusieurs études auraient décrit la déficience intellectuelle comme un facteur de risque de récurrence. D'autres études ont décrit un taux de récurrence équivalent par rapport aux personnes neurotypiques.

Il est aussi rappelé qu'il faut être prudent lors de comparaison d'étude, la définition de la récidive étant variable d'une étude à l'autre.(85)

L'analyse multivariée confirme deux facteurs de risque de récidive : l'antécédent de retard des acquisitions ou trouble des apprentissages et la scolarité en IME ou IMPro. Les sujets ayant une telle scolarité sont des sujets qui ont généralement une déficience intellectuelle.

Concernant la réitération, d'autres facteurs de risque ont été mis en évidence.

L'analyse univariée rapporte que les personnes ayant réitéré sont significativement plus jeunes au moment du passage à l'acte initialement reproché.

De plus, on trouve aussi que le statut marital avant et après condamnation est lié significativement à la réitération, sans pouvoir préciser le sens de l'association du fait d'un faible effectif.

Il est également montré que les personnes faisant évoluer leur statut de célibataire ou divorcé sont plus à même de réitérer.

Ces données semblent concorder avec les données de la littérature : le jeune âge et le statut relationnel sont fortement liés à la récidive et à la réitération. (37)

Les sujets ayant des antécédents judiciaires d'outrage ou de destruction de biens ont plus de risque de réitérer. Les statistiques de 2019 montrent que les justiciables ayant commis un délit d'outrage ou destruction de bien ont parmi les trois plus importants taux de réitération avec la détention d'arme. (49)

Au niveau psychiatrique, plusieurs facteurs de risque sont retrouvés : les antécédents de trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites, mais aussi la mention par l'expert de trouble de la personnalité et plus précisément trouble de la personnalité antisociale. Le trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites sont souvent des troubles évoluant vers un trouble de la personnalité, notamment antisocial. Le trouble de la personnalité antisociale est un facteur de risque de récurrence et de réitération.(37)

L'analyse multivariée confirme que les facteurs de risque de réitération sont : le trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation, le troubles de la personnalité antisociale et le fait d'avoir été en couple avant l'incarcération.

2.3.2. Forces et faiblesses

Notre étude est assez innovante car, en France, il existe peu d'études sur les soins pénalement ordonnés et plus rarement encore sur la population d'auteurs de violences sexuelles. Nous avons tenté d'assembler le plus de données possibles mais certaines données étaient manquantes. Cela s'explique par le fait que les dossiers ne contiennent pas toujours tous les documents judiciaires et qu'il peut y avoir des pertes de documents car il s'agit de dossiers papiers. Cela peut mener à un manque d'informations et de données.

Les dossiers ne présentant pas d'expertise ont été exclus car le nombre de données manquantes était trop important. Certains sujets présentaient des données manquantes sur la scolarité ou la reconnaissance des faits après la condamnation.

Une autre limite est que certaines données sont imprécises. Notamment celles liées à la scolarité, celles sur la période de rupture de suivi ou encore la période de récidive ou réitération. Il était parfois difficile de retrouver le motif de la nouvelle condamnation dans le dossier mais il a pu être retrouvé grâce à la coopération du Médecin Coordonnateur. Pour un des sujets, la condamnation a eu lieu après la fin du suivi mais la récidive avait eu lieu avant. Aussi, les données sur la récidive peuvent être sous estimées. En effet, les seules données utilisées sont celles de la justice mais les auteurs ayant récidivés ont peut-être commis des récidives passées inaperçues.

Les diagnostics psychiatriques fournis par les expertises pouvaient parfois diverger. Notamment vis à vis des troubles de la personnalité. Les experts n'étaient pas toujours d'accord concernant le type de trouble de la personnalité. Lorsqu'il y avait une divergence, nous avons sélectionné le trouble de la personnalité le plus fréquemment décrit dans les expertises. De même, certaines caractéristiques comme les traits de la personnalité ou l'immaturation étaient souvent mentionnées mais ne constituent pas un trouble psychiatrique donc ces données n'ont pas été analysées.

Certaines données n'ont pas été collectées alors qu'elles auraient pu être intéressantes. Il aurait été intéressant de collecter le sexe des victimes et le type de relation ou son absence entre la victime et l'agresseur.

Aussi il aurait pu être intéressant de collecter les données relatives au lieu du suivi : libéral ou CMP.

L'âge des auteurs est très éloigné comparé à la population de l'étude ELIS. Cela s'explique par une différence de collection de données. Nous aurions dû également collecter l'âge au début du suivi.

Par ailleurs, nous avons choisi de limiter notre étude aux sujets qui avaient complété leur suivi ou avaient présenté un évènement tel que la récidive ou la réitération. Nous avons décidé d'exclure les sujets ayant encore un suivi en cours pour ne pas sous-estimer la fréquence de la récidive.

En effet, certains sujets auraient pu déjà présenter une récidive mais que celle-ci ne soit connue qu'après la clôture du recueil de données. Cependant, inclure les sujets ayant un suivi encore en cours nous auraient permis de collecter plus de données.

2.3.3. Perspectives et enjeux

L'évaluation de l'efficacité de l'injonction de soins est essentielle pour mettre en évidence les voies d'améliorations possibles de cette mesure. Elle permettrait de pouvoir notamment évaluer quelles prises en charge sont efficaces et celles qui ne le sont pas. Les modalités de prises en charge sont diverses et les différents acteurs doivent être régulièrement formés par les CRIAVS.

Une évaluation par région pourrait permettre d'évaluer aussi l'efficacité des centres de prise en charge spécialisée comme le CRAVS Alsace.

Malgré la réalisation de plusieurs études sur les auteurs de violence en injonction de soins, cela reste insuffisant pour conclure sur l'efficacité de l'injonction de soins sur la prévention de la récidive en France. Malgré les alertes du rapport de l'IGAS et de l'ISNG de 2011 déplorant l'absence de données statistiques sur l'injonction de soins, il n'est toujours pas possible de conclure sur son efficacité de façon certaine. Il est toujours impossible d'avoir le nombre exact de sujets sous injonction de soins. Malgré un effectif de population d'étude satisfaisant, l'étude ELIS n'a pas pu conclure sur l'efficacité de l'injonction de soins. En effet, elle s'est concentrée sur la recherche des caractéristiques des auteurs de violences sous injonction de soins ainsi que les nouvelles condamnations et n'a pas étudié spécifiquement la récidive ou la réitération.

Les études réalisées sont majoritairement rétrospectives, ce qui augmente les biais possibles. L'idéal serait de pouvoir faire une cohorte prospective pour limiter les biais et avoir une étude de meilleure qualité et de puissance suffisante. La comparaison avec un groupe témoins de sujets non soumis à l'injonction de soins serait également souhaitable pour évaluer la différence de récidive et donc l'efficacité de l'injonction de soins. Pour cela, il faudrait comparé avec un groupe d'individu d'un pays ne disposant pas d'injonction de soins. Par ailleurs, il est possible que certains auteurs de violences sexuelles ne soit pas soumis à une injonctions de soins en France. En effet, l'expert doit donner un avis favorable à sa mise en place et il arrive que l'expert soit opposé à sa mise en place. Il arrive aussi que le JAP ordonne une obligation de soins à la place d'une injonction de soins, moins contraignante car elle ne nécessite pas l'avis d'un expert ni le suivi par un médecin coordonnateur. Cependant, l'obligation de soins est également moins contraignante pour l'auteur de violences sexuelles et son non-respect entraine très rarement des réincarcérations.

Ainsi, un groupe témoin composé d'auteurs de violences sexuelles en obligation de soins pourraient également s'envisager. Il faudrait dans ce cas, une coopération avec les services judiciaires et notamment du SPIP qui ont accès aux sujets sans injonction de soins et avec obligations de soins.

Les données judiciaires sont collectées car des bulletins d'information statistiques sont régulièrement publiés.

Néanmoins, elles sont souvent découpées en catégorie en fonction de la gravité des faits (crime/délit) , en fonction de l'âge de l'auteur, en fonction de lien avec la victime (intrafamiliale/extrafamiliale) ce qui rend difficile l'appréciation globale des auteurs de violences sexuelles.

Il est à noter en outre qu'il n'y a pas de consensus clair concernant les indications de l'injonction de soins. Chez plusieurs sujets de notre étude, on note des divergences d'avis entre les experts concernant la pertinence de l'injonction de soins.

De plus, deux auteurs qui ont été exclus de l'étude avaient récidivé avant de débiter le suivi, c'est-à-dire dans le mois après leur sortie d'incarcération. Des études supplémentaires permettraient de préciser les indications et les contre-indications de cette mesure.

Cependant, même s'il n'existe pas d'étude française prouvant l'existence d'une efficacité de l'injonction de soins dans la prévention de la récidive, d'autres études étrangères ont prouvé l'efficacité des soins dans la prévention de la récidive.

C'est le cas de plusieurs méta-analyses (Hanson et al., 2002 ; Lösel et Schmucker, 2005) qui montrent une réduction de la récidive allant de 27 à 37%.(63)

Néanmoins, les études réalisées en France ont le mérite d'exister mais comportent plusieurs biais, dû aux petits effectifs et aussi du fait qu'elles soient rétrospectives. En outre, les individus inquiétés par la justice pour des faits d'agressions sexuelles, ne constituent qu'une petite partie des auteurs de violences sexuelles. En effet, la grande majorité des victimes ne portent pas plainte. Selon l'enquête du ministère de l'intérieur " vécu et ressenti en matière de sécurité 2022", seulement 6% des victimes portent plainte. Les motifs d'absence de dépôts de plainte sont : la crainte que les faits ne soient "pas assez graves", la crainte que cela ne "serve à rien", la crainte que la plainte ne soit pas prise au sérieux, mais aussi pour éviter que cela se sache, ou pour éviter des épreuves supplémentaires, ou encore la crainte de représailles. D'autres victimes souhaitaient éviter d'avoir affaire à la justice ou aux forces de l'ordre, ou encore cherchaient une autre solution.(86)

Et lorsqu'il y a une plainte pour des violences sexuelles, moins d'un tiers fait l'objet de poursuites judiciaires. (44)

Aussi, cela pose la question de l'efficacité de la loi pour sanctionner les violences sexuelles. En effet, la loi française implique un "consentement par défaut", c'est-à-dire que c'est à la victime de prouver à la justice son absence de consentement.

Cela implique que s'il y a une absence de preuve concernant ce consentement absent, alors il n'y a pas d'infraction. Ce consentement est défini par la loi française par l'absence de menace, contrainte, violence ou surprise.

Cela semble être une définition très réductrice par rapport à la complexité du concept social qu'est le consentement. Certains pays ont ainsi choisi de réformer leur code pénal.

Dès 1992, le Canada définit le consentement comme un « accord volontaire du plaignant à l'activité sexuelle, permanent et extériorisé de façon à être explicite ». La réforme de la loi espagnole de 2002 définit que seul un oui clairement exprimé permet d'établir le consentement et que c'est à l'accusé d'apporter la preuve du consentement de la victime.

En Suède, la loi pénale a été modifiée en supprimant la nécessité de l'exercice d'une forme de violence et en plaçant le consentement au centre de la loi. Cette loi exige le recueillement d'un consentement explicite, sans quoi le prévenu pour être poursuivi pour une infraction appelée "viol par négligence". Ainsi en Suède, les poursuites pour viol a augmenté de 70% depuis la modification de la loi, alors qu'elles ont diminué en France.(3)

Une telle réforme permettrait d'atteindre une proportion plus grande d'auteurs de violences sexuelles dans le but d'une part de les rendre accessibles à une sanction pénale mais aussi de les faire accéder aux soins. Une telle réforme pourrait rendre la loi plus dissuasive.

L'objectif final étant de réduire la récurrence et ainsi la création de nouvelles victimes.

2.4. La conclusion

L'injonction de soins existe depuis plus de 25 ans en France et pourtant aucune étude n'a pu permettre d'évaluer son efficacité. Dans le cadre de notre étude, les auteurs de violences sexuelles qui en bénéficient sont majoritairement des hommes ayant commis des faits sur des victimes mineures.

La prise en charge de ces auteurs est diversifiée avec notamment des suivis psychologiques et psychiatriques conjoints ainsi que des prises en charge groupales.

Les auteurs de violences sexuelles de notre étude présentent un taux faible de récurrence.

Dans notre étude, le taux de récurrence et le taux de réitération sont inférieurs aux taux de récurrence et au taux de réitération de crimes et délits sexuels issus des statistiques judiciaires françaises. Le taux de récurrence et le taux de réitération de notre étude sont également plus faibles par rapport au taux de récurrence et au taux de réitération criminel et délictuel toutes catégories confondues.

Les sujets ayant récidivé ont parfois eu des prises en charge inadaptées ou insuffisantes. Par exemple, certains individus ont rencontré des difficultés à trouver un thérapeute ou se sont vu refuser l'accès au dispositif de soins publics (CMP). Il apparaît nécessaire que les sujets sous injonctions de soins soient pris en charge par des thérapeutes formés et que les CRIAVS poursuivent leur mission d'information et de formation pour limiter la discrimination des auteurs de violences dans l'accès aux soins. Le CRAVS Alsace mène à bien ces missions. Il permet en outre de prendre en charge des auteurs qui éprouvent des difficultés à accéder aux soins mais aussi de proposer aux justiciables des soins adaptés et diversifiés.

Les indications de l'injonction de soins doivent encore être précisées car des contradictions apparaissent encore dans les expertises. Il paraît nécessaire de mettre au point des critères indiquant ou contre-indiquant la mise en place de soins contraints.

Les efforts pour réaliser des études sur l'efficacité de l'injonction de soins doivent se poursuivre. Des méta-analyses étrangères ont montré une efficacité de l'injonction de soins ou de mesures similaires sur la réduction de la récidive des auteurs de violences sexuelles.

Réaliser davantage d'études permettraient de mettre en évidence des voies d'amélioration dans la prise en charge mais aussi l'intérêt des prises en charge spécialisées et adaptées. Pour cela, la coopération avec les services de la justice apparaît comme une voie indispensable sur le plan statistique.

VU
Strasbourg, le...17/09/2024
Le président du jury de thèse Professeur...G. SERISCUY



VU et approuvé
Strasbourg, le...19 SEP. 2024
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Médiéutique et Sciences de
la Santé Professeur Jean SIBILIA



ANNEXE 1 : Avis Favorable du Comité d'éthique de l'Université de Strasbourg

CER#2024-06

Nom prénom du rapporteur : xxxxxxx

Mention d'un éventuel conflit d'intérêt : ras

Nom du porteur de projet : Dr Rohmer, PH, Pôle de psychiatrie, HUS, responsable du CRAVS Alsace

Titre du projet : Etude de l'efficacité de l'injonction de soins sur une population d'auteurs d'infraction à caractère sexuel sur la réduction du passage à l'acte. Etude quantitative de la récurrence d'un acte d'agression sexuelle à partir de l'étude de dossiers médicaux d'auteurs d'infraction à caractère sexuel suivi en injonction de soins par le Centre de Ressources des Auteurs de Violences Sexuelles Alsace (CRAVS Alsace)

1. DESCRIPTION SOMMAIRE DU PROJET

Etude rétrospective sur dossiers médicaux portant sur la récurrence concernant les actes d'agression sexuelle, concernant les auteurs de violence sexuelle suivis en injonction de soins. Les caractéristiques socio-démographiques des récidivistes sont également étudiées.

L'hypothèse principale est que l'injonction de soins permet la réduction de la récurrence de l'acte d'agression sexuelle.

Totalité des items satisfaisants OUI
NON

Si non, précisez :

2. MATERIEL ET METHODES

A. Participants

Inclusions des auteurs de violence sexuelle en injonction de soins suivis par le CRAVS (Centre de Ressource des auteurs de Violences Sexuelles)

Totalité des items satisfaisants OUI
NON

Si non, précisez :

B. Méthode : collecte, gestion et analyse des données

Inclusion prévisionnelle entre 100 et 900 dossiers avec anonymisation des données

L'étude étant menée au Centre de Ressources de Auteurs de Violences Sexuelles Alsace Nord, situé dans le bâtiment de Psychiatrie dans l'Hôpital Civil du Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg.

Totalité des items satisfaisants OUI
NON

Si non, précisez :

C. Bénéfices et risques prévisibles et connus pour la santé physique et mentale (estime de soi, etc.) et la vie sociale (p.ex. sa réputation)

Etude rétrospective sur dossiers avec anonymisation sans risques spécifiques, en l'absence d'interférences avec la prise en charge au CRAVS.

Totalité des items satisfaisants OUI

NON

Si non, précisez :

D. Vigilance/ Arrêt prématuré de l'étude

Totalité des items satisfaisants OUI X

NON

Si non, précisez :

3. TRAITEMENT DES DONNEES – Confidentialité et sécurité

Anonymisation des données, respect de la sécurité et de la confidentialité

Totalité des items satisfaisants OUI X

NON

Si non, précisez :

4. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE INCLUANT L'INFORMATION A DONNER AUX PARTICIPANTS

S'agissant d'une étude observationnelle, le consentement éclairé n'est pas recueilli. En revanche, la recherche d'une opposition à participer à une étude sera activement recherchée dans les dossiers médicaux.

Satisfaisant OUI X

NON

Si non, précisez :

5. REFERENCES

Satisfaisant OUI X

NON

Si non, précisez :

6. ANNEXES AU DOSSIER DE RÉPONSE

Satisfaisant OUI X

NON

Si non, précisez :

Avis synthétique sur le projet

Etude rétrospective sur dossiers médicaux portant sur la récurrence concernant les actes d'agression sexuelle et autres infractions également, absence de modifications de la prise en charge et du suivi des personnes incluses suivies au CRAVS, avec anonymisation des données.

Avis favorable

BIBLIOGRAPHIE

1. Le rapport public de la CIIVISE - CIIVISE Commission Inceste [Internet]. CIIVISE. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ciivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciivise/>
2. Nolde D. Les violences sexuelles faites aux enfants. Un état des recherches. Clio Femmes Genre Hist [Internet]. 2020 [cité 3 févr 2024];52(2):137-61. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-clio-femmes-genre-histoire-2020-2-page-137.htm>
3. Catherine Le Magueresse. Les pièges du consentement. iXe; 2021. 225 p.
4. Histoire de la pénalisation des violences sexuelles en France - [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <http://prendredroit.org/histoire/>
5. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction | Ministère de la justice [Internet]. 2018 [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/violences-sexuelles-atteintes-aux-moeurs-decisions-du-parquet-linstruction>
6. Section 3 : Des agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) - Légifrance [Internet]. [cité 19 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006165281/2021-01-25/>
7. Article 222-24 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289570/2018-08-30
8. Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, éditeur. Auteurs de violences sexuelles suivi de Synthèse du rapport de la commission d'audition: prévention, évaluation, prise en charge audition publique, [Paris, ministère des Solidarités et de la santé, 14-15 juin 2018] rapports des experts et du groupe bibliographique 35 propositions concrètes pour lutter efficacement contre les violences sexuelles. Éd. collector. Rouen: FFCRIAVS; 2019.
9. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
10. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Présentation des paraphilies et des troubles paraphiliques - Troubles mentaux. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/paraphilies-et-troubles-paraphiliques/pr%C3%A9sentation-des-paraphilies-et-des-troubles-paraphiliques>
11. Julien Daniel Guelfi, Frédéric Rouillon, Luc Mallet. Manuel de Psychiatrie. 4^e éd. Elsevier Masson; 2021. 999 p.
12. Tarana Burke. Mee too the fight goes on. 2022.
13. Mercier E, Merceron A. VOS CONTACTS IPSOS FRANCE.
14. Rose Lamy. En bons pères de famille. JC lattès; 2023.
15. Baromètre santé 2017 [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>
16. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles - Documents de travail - Ined éditions. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles>

17. Mémoire traumatique et victimologie [Internet]. Disponible sur : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>
18. André Ciavaldini. Psychopathologie des agresseurs sexuels. Masson; 2001.
19. evaluation-de-la-souffrance-psychique-en-detention.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2024]. Disponible sur: <http://www.gip-recherche-justice.fr/publication/view/evaluation-de-la-souffrance-psychique-en-detention/>
20. Belet B, D'Hondt F, Horn M, Amad A, Carton F, Thomas P, et al. Trouble de stress post-traumatique en milieu pénitentiaire. *Encéphale*. 10 sept 2020;46.
21. Céline Dédier. Répétition transgénérationnelle des traumatismes. Congrès Français de Psychiatrie 15ème édition; 2023.
22. Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée | Ministère de la justice [Internet]. 2023 [cité 1 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/statistiques-mensuelles-population-detenu-ecrouee>
23. VSI-INFRACTIONS-SEXUELLES.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <https://violences-sexuelles.info/dl/VSI-INFRACTIONS-SEXUELLES.pdf>
24. Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Relationship between sexual offences and mental and developmental disorders: a review. *Arch Clin Psychiatry São Paulo* [Internet]. 2013 [cité 17 févr 2024];40:97-104. Disponible sur: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/vMrCCnqJzZtpBFTNJQ94rVn/>
25. Tesson J, Cordier B, Thibaut F. Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *L'Encéphale* [Internet]. 1 avr 2012 [cité 12 févr 2024];38(2):133-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001370061100131X>
26. Lussier P, McCuish E, Chouinard Thivierge S, Frechette J. A meta-analysis of trends in general, sexual, and violent recidivism among youth with histories of sex offending. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 1 janv 2024 [cité 25 févr 2024];25(1):54-72. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/15248380221137653>
27. Lussier P, Blokland A. The adolescence-adulthood transition and Robins's continuity paradox: Criminal career patterns of juvenile and adult sex offenders in a prospective longitudinal birth cohort study. *J Crim Justice* [Internet]. 1 mars 2014 [cité 1 janv 2024];42(2):153-63. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004723521300072X>
28. Dunsieath NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, Holcomb JL, Beckman D, Welge JA, et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry*. mars 2004;65(3):293-300.
29. Fazel et al. Severe Mental Illness and Risk of Sexual Offending in Men: A Case-Control Study Based on Swedish National Registers. *J Clin Psychiatry*. 2007;
30. Sigler A. Risk and Prevalence of Personality Disorders in Sexual Offenders.
31. Hamilton JA. Exploring the relationships between personality disorder, sexual preoccupation, and adverse childhood experiences among individuals who have previously sexually offended.
32. Eher R, Rettenberger M, Turner D. The prevalence of mental disorders in incarcerated contact sexual offenders. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2019 [cité 19 févr 2024];139(6):572-81. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.13024>

33. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders. *Sex Abuse* [Internet]. 1 oct 2002 [cité 19 févr 2024];14(4):349-66. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/107906320201400405>
34. André Ciavaldini. *Processus de Réhabilitation des auteurs de violences sexuelles - un modèle psychanalytique*. Elsevier Masson; 2022.
35. Daspe1 et al. - 2017 - *Personnalité et distorsions cognitives des agresseurs*.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: https://marieevedaspe.ca/wp-content/uploads/2020/10/Daspe_et_al_2017_Criminologie.pdf
36. Joyal CC, Beaulieu-Plante J, de Chantérac A. The neuropsychology of sex offenders: a meta-analysis. *Sex Abuse J Res Treat*. avr 2014;26(2):149-77.
37. Franca Cortoni, Thierry H. Phalm. *Traité de l'agression sexuelle : théorie explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*. Mardaga; 2017. 412 p.
38. Jean-Louis Senon, Carol Jonas, Mélanie Voyer, Jean Louis Senon, Carol Jonas. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013.
39. Adam C. Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature. *Déviance Société* [Internet]. 2006 [cité 5 mai 2024];30(2):233-61. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2006-2-page-233.htm>
40. Marx C. Soins psychologiques obligés des agresseurs sexuels : impasse ou défi réaliste ? *Actual En Anal Trans* [Internet]. 2010 [cité 5 mai 2024];136(4):50-63. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2010-4-page-50.htm>
41. Hanafy I, Clervoy L, Brenot P. Exhibitionists, so much inhibition.... *Sexologies* [Internet]. nov 2016 [cité 21 juill 2024];25(4):e61-3. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1158136016000402>
42. Dorothée Dussy. *Le Berceau des dominations*. Pocket; 2013.
43. Fédération française des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles - 2019 - *Auteurs de violences sexuelles suivi de Synthèse d*.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2024]. Disponible sur: https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/be/9d/be9d96aa-809a-422f-838a-0583b906da49/volume_1.pdf
44. Juillard M, Timbart O. *Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction*.
45. Sous-titre 1er : *De l'action publique et de l'action civile (Articles 1 à 10) - Légifrance* [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000024458641>
46. *Viols et agressions sexuelles hors cadre familial – Sécurité et société | Insee* [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763559?sommaire=5763633#tableau-figure1>
47. *Les violences sexuelles | Ministère de la justice* [Internet]. 2023 [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/violences-sexuelles>
48. <https://dispositifstop.fr/> [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Accueil. Disponible sur: <https://dispositifstop.fr/>
49. *Récidivistes et réitérants – Sécurité et société | Insee* [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763587?sommaire=5763633>

50. Lussier P, Chouinard Thivierge S, Fréchette J, Proulx J. Sex Offender Recidivism: Some Lessons Learned From Over 70 Years of Research. *Crim Justice Rev* [Internet]. 21 févr 2023 [cité 1 janv 2024];07340168231157385. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/07340168231157385>
51. McCann K, Lussier P. Antisociality, Sexual Deviance, and Sexual Reoffending in Juvenile Sex Offenders: A Meta-Analytical Investigation. *Youth Violence Juv Justice* [Internet]. 1 oct 2008 [cité 1 janv 2024];6(4):363-85. Disponible sur: <https://doi.org/10.1177/1541204008320260>
52. Caldwell MF. Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. avr 2010;54(2):197-212.
53. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis. Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness Canada; 2007. (Corrections research).
54. Bernard J, Le Gal D, Brugallé J, Gohier B, Orsat M. Évaluation des pratiques de l'injonction de soins : étude sur 119 sujets. *L'Encéphale* [Internet]. 1 sept 2019 [cité 1 janv 2024];45(4):297-303. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700619300363>
55. Langlade A, Vanier C, Biamba LP. État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins.
56. Desistance from Crime among Chinese Delinquents: The Integrated Effects of Family Bonding, Prosocial Models, and Religious Bonding [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/10/5894>
57. Glowacz F, Puglia R, Devillers B. Mineurs judiciairisés pour délit sexuel : soutien de la désistance par le Good Lives Model. *Criminologie* [Internet]. 2020 [cité 6 mai 2024];53(1):127-49. Disponible sur: https://www.erudit.org/fr/revues/crimino/2020-v53-n1-crimino05397/1070504ar/guide_injonction_de_soins.pdf [Internet]. [cité 24 juin 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_injonction_de_soins.pdf
58. Gérard Lopez, Geneviève Cédile. L'expertise pénale psychologique et psychiatrique en 32 notions. Dunod; 2014.
59. Coutanceau R. Dangerosité criminologique et prévention de la récidive : évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 24 juin 2024];88(8):641-6. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-8-page-641.htm>
60. Guay JP, de Vries Robbé M. L'évaluation des facteurs de protection à l'aide de la SAPROF. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 1 déc 2017 [cité 21 juill 2024];175(10):894-900. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448717301968>
61. Roussel V, Savin B. Groupe de parole pour des auteurs d'agression sexuelle incarcérés. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe* [Internet]. 2008 [cité 23 mai 2024];50(1):97-112. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2008-1-page-97.htm>
62. Daspe MÈ, Lussier Y, Desaulniers V, Godbout N, Perron A, Sabourin S, et al. Personnalité et distorsions cognitives des agresseurs sexuels : changements longitudinaux à la suite d'un traitement pour agression sexuelle envers les enfants. *Criminologie* [Internet]. 2017 [cité 13 juill 2024];50(1):233-62. Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/crimino/2017-v50-n1-crimino03059/1039803ar/>
63. Holper L, Mokros A, Habermeyer E. Moderators of Sexual Recidivism as Indicator of Treatment Effectiveness in Persons With Sexual Offense Histories: An Updated Meta-analysis. *Sex Abuse J Res Treat*. avr 2024;36(3):255-91.

65. aas_-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf
66. Barros S, Oliveira C, Araújo E, Moreira D, Almeida F, Santos A. Community intervention programs for sex offenders: A systematic review. *Front Psychiatry* [Internet]. 24 nov 2022 [cité 10 juill 2024];13:949899. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9729871/>
67. Tyler N, Gannon TA, Olver ME. Does Treatment for Sexual Offending Work? *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2021 [cité 7 juill 2024];23(8):51. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249288/>
68. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(4):297-305.
69. Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending - PMC [Internet]. [cité 13 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6544815/>
70. Dionisie V, Filip GA, Manea MC, Manea M, Riga S. The anti-inflammatory role of SSRI and SNRI in the treatment of depression: a review of human and rodent research studies. *Inflammopharmacology* [Internet]. 1 févr 2021 [cité 3 oct 2024];29(1):75-90. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10787-020-00777-5>
71. Autry AE, Monteggia LM. Brain-Derived Neurotrophic Factor and Neuropsychiatric Disorders. *Pharmacol Rev* [Internet]. avr 2012 [cité 3 oct 2024];64(2):238-58. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310485/>
72. CRAVS Alsace [Internet]. [cité 15 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ch-rouffach.fr/index.php/offres-de-soins/cravs-alsace>
73. Rapport d'activité année 2023 CRAVS ALSACE. CRAVS;
74. Langlade A, Vanier C, Biamba LP. État des lieux d'un dispositif de soins pénalement ordonnés : l'injonction de soins.
75. Lebeau L. Etat des lieux sur l'injonction de soin en Haute Garonne : Une étude quantitative. [Internet]. Sept 2018 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2445/1/2018TOU31567.pdf>
76. Bernard J, Le Gal D, Brugallé J, Gohier B, Orsat M. Évaluation des pratiques de l'injonction de soins : étude sur 119 sujets. *L'Encéphale* [Internet]. sept 2019 [cité 26 août 2024];45(4):297-303. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700619300363>
77. Levenson JS, Willis GM, Prescott DS. Adverse Childhood Experiences in the Lives of Male Sex Offenders: Implications for Trauma-Informed Care. *Sex Abuse* [Internet]. juin 2016 [cité 28 août 2024];28(4):340-59. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1079063214535819>
78. Reavis JA, Looman J, Franco KA, Rojas B. Adverse Childhood Experiences and Adult Criminality: How Long Must We Live before We Possess Our Own Lives? *Perm J* [Internet]. 2013 [cité 28 août 2024];17(2):44-8. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662280/>
79. Les paraphilies, diagnostic et prise en charge - Pr Florence THIBAUT - YouTube [Internet]. [cité 28 août 2024]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=YYGIWSA1u_w&feature=youtu.be
80. Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence | Request PDF [Internet]. [cité 29 août 2024]. Disponible sur:

https://www.researchgate.net/publication/281010185_Presentation_comparative_des_outils_d'evaluation_du_risque_de_violence

81. Simpson GK, Sabaz M, Daher M. Prevalence, Clinical Features, and Correlates of Inappropriate Sexual Behavior After Traumatic Brain Injury: A Multicenter Study. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. juin 2013 [cité 6 oct 2024];28(3):202. Disponible sur: https://journals.lww.com/headtraumarehab/abstract/2013/05000/prevalence,_clinical_features,_and_correlates_of.7.aspx
82. JLE - Epilepsies - Troubles sexuels chez les patients épileptiques [Internet]. [cité 29 août 2024]. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/epi/e-docs/troubles_sexuels_chez_les_patients_epileptiques_282663/article.phtml
83. Vallat-Azouvi C, Chardin-Lafont M. Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2012 [cité 29 août 2024];88(5):365-73. Disponible sur: https://shs.cairn.info/article/INPSY_8805_0365?lang=fr&tab=resume
84. de Vries Robbé M. Protective Factors. Validation of the Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk in Forensic Psychiatry. 2014.
85. Rousseau_Katrina_2016_mémoire.pdf [Internet]. [cité 30 août 2024]. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16102/Rousseau_Katrina_2016_m%C3%A9moire.pdf?sequence=2
86. l'Intérieur M de. <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>. [cité 25 août 2024]. Rapport d'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » 2022, victimation - délinquance et sentiment d'insécurité. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Rapport-d-enquete-Vecu-et-ressenti-en-matiere-de-securite-2022-victimation-delinquance-et-sentiment-d-insecurite>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Document avec signature originale devant être joint :

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

Nom : HOLSTEIN Prénom : FLORIANE

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 03/09/2024

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

RÉSUMÉ :

L'injonction de soins a été instaurée il y a plus de 25 ans par la loi du 17 juin 1998. Cependant, malgré l'ancienneté de cette mesure de soins pénalement ordonnés, il demeure toujours impossible de connaître, faute de données disponibles, le nombre de sujets en bénéficiant et les indications pour la mise en place de cette mesure.

Notre étude évalue les caractéristiques d'une population de 78 auteurs de violences sexuelles sous injonction de soins coordonnées par le CRAVS Alsace.

Les sujets sont majoritairement des hommes ayant commis des violences sexuelles sur des mineurs. Plus de $\frac{3}{4}$ des individus ont vécu au moins un événement adverse dans l'enfance.

La population considérée a des antécédents psychiatriques dans près de $\frac{2}{3}$ des cas. L'expertise retrouve un trouble psychiatrique dans 88% des cas.

La durée de l'injonction de soins est en moyenne de 4 ans. Concernant le suivi, les sujets bénéficient dans 71% des cas d'un suivi psychiatrique, dans 45% des cas d'un suivi

psychologique. Dans 8% des cas, il existe une prise en charge en groupe thérapeutique. Un tiers des sujets ont un traitement psychotrope.

Dans notre étude, la récidive est définie comme la survenue d'une nouvelle infraction à caractère sexuel. La réitération est définie comme la survenue d'une infraction autre que sexuelle. Dans la population étudiée, le taux de récidive est de 6%. La récidive est essentiellement délictuelle. Le taux de réitération est de 9%. Une rupture de suivi est constatée chez 32% des sujets au cours de la mesure et fait l'objet d'une réponse judiciaire dans 40% des cas.

Comparativement, les statistiques judiciaires nationales rapportent, au sein de la population des auteurs de violences sexuelles, un taux de récidive délictuelle de 6.8% et un taux de réitération de 11.7%.

Les analyses univariées et multivariées retrouvent un facteur protecteur de récidive et plusieurs facteurs de risque de récidive et de réitération.

Néanmoins, plus de deux décennies après la mise en place de l'injonction de soins en France, on ne peut que déplorer le manque de données médicales et judiciaires entravant toujours l'étude de son efficacité. L'évaluation de celle-ci est nécessaire pour connaître les axes d'amélioration possible et cerner ses indications.

Rubrique de classement : DES Psychiatrie

Mots-clés : Injonction de soins, auteur de violences sexuelles, agresseurs sexuels, soins pénalement ordonnés, récidive, réitération, Alsace.

Président : Pr Bertschy Gilles, Professeur Universitaire-Praticien hospitalier

Assesseurs :

- Dr Rohmer Jean George, Praticien Hospitalier
- Pr Vidailhet Pierre, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier
- Dr Godard Estelle, Praticien Hospitalier

Adresse de l'auteur : 1 place de l'hôpital 67 000 STRASBOURG