



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

**Prise en charge  
des auteurs d'agression sexuelle  
à l'encontre des mineurs  
de moins de 15 ans**

**ARGUMENTAIRE**

Juillet 2009

*(Document rendu public avant corrections orthographiques et mise en page finales)*

Les recommandations sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé  
Service Documentation – Information des publics  
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX  
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en juillet 2009  
© Haute Autorité de santé – 2010

## Sommaire

<b>Abréviations utilisées .....</b>	<b>9</b>
<b>Recherche documentaire : méthodes et résultats.....</b>	<b>11</b>
<b>Argumentaire .....</b>	<b>12</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
<b>Définitions .....</b>	<b>14</b>
<b>1 Définitions internationales .....</b>	<b>14</b>
<b>2 Autres typologies.....</b>	<b>14</b>
<b>Contexte de la prise en charge des AAS en France.....</b>	<b>17</b>
<b>1 Cadre législatif du soin pénalement ordonné .....</b>	<b>17</b>
1.1 Obligation de soins	18
1.2 Injonction de soins	18
<b>2 Acteurs de la prise en charge des AAS.....</b>	<b>19</b>
2.1 Médecin coordonnateur	19
2.2 Mise en pratique du dispositif de prise en charge en France	20
<b>3 Cadres de la prise en charge des AAS .....</b>	<b>20</b>
3.1 Prise en charge en milieu fermé	21
3.2 Prise en charge en milieu ouvert	22
<b>4 Objectifs de la prise en charge psychothérapeutique selon le contexte.....</b>	<b>23</b>
4.1 En milieu ouvert	23
4.2 En milieu pénitentiaire	23
4.3 Objectifs de prise en charge identifiés dans la littérature	23
4.4 Synthèse	24
<b>Données épidémiologiques concernant les agressions sexuelles .....</b>	<b>26</b>
<b>1 Problèmes méthodologiques posés par l'estimation de la prévalence et de l'incidence des AAS .....</b>	<b>26</b>
1.1 Définition de l'agression sexuelle	26
1.2 Âge des victimes	26
1.3 Période historique de réalisation de l'étude	27
1.4 Effet cohorte	27
1.5 Sous-déclaration d'abus sexuels	27
1.6 Recherche des femmes « auteurs agression sexuelle »	27
1.7 Choix de l'échantillon	27
1.8 Différence dans la collecte de données	27
1.9 Type et nombre de questions	27
1.10 Taux de réponse	28
1.11 Synthèse	28
<b>2 Etudes de prévalence .....</b>	<b>28</b>
2.1 Etudes descriptives réalisées en France	28
2.1.1 Données sur les auteurs d'agression sexuelles en prison	28

2.1.2	Données issues des études centrées sur les victimes	29
2.1.3	Synthèse des données épidémiologiques en France	30
2.2	Etudes réalisées dans d'autres pays	31
2.2.1	Etudes descriptives centrées sur les victimes	31
2.2.2	Synthèse	33
<b>3</b>	<b>Description épidémiologique de la population des pédophiles.....</b>	<b>33</b>
3.1	Sous-types de pédophilie	33
3.1.1	Pédophiles exclusifs (attraction spécifique vers les enfants) ou non exclusifs	34
3.1.2	Inceste-pédophilie intrafamiliale	34
3.1.3	Pédophiles hétérosexuels-homosexuels-bisexuels	35
3.1.4	Synthèse	36
3.2	Nombre de victimes, fréquence des actes	36
3.3	Types d'actes sexuels commis	37
3.4	Modus operandi	38
3.5	Âge des victimes	38
3.6	Femmes auteurs d'agression sexuelle	39
3.6.1	Fréquence dans la littérature internationale	39
3.6.2	Etudes d'évaluation des femmes AAS	40
3.6.3	Synthèse	41
3.7	Comorbidités	41
3.7.1	Autres paraphilies (axe 1 du DSM IV)	42
3.7.2	Comorbidité psychiatrique	42
	<b>Quelle évaluation initiale mettre en place ? .....</b>	<b>51</b>
<b>1</b>	<b>Dimensions de l'évaluation des AAS.....</b>	<b>51</b>
1.1	Objectifs de l'évaluation clinique des AAS	51
1.2	Différentes composantes de l'évaluation des AAS	52
1.3	Expérience d'évaluation	53
1.3.1	Expériences en France	53
1.3.2	Dans la littérature	54
<b>2</b>	<b>Evaluation générale de type clinique (non psychométrique).....</b>	<b>55</b>
2.1	L'utilisation des épreuves projectives dans le cadre de l'évaluation des AAS	55
2.1.1	Le Thematic apperception test (T.A.T)	55
2.1.2	Test de Rorschach	56
2.2	Quand réaliser une évaluation projective ?	57
<b>3</b>	<b>Evaluation des troubles de la personnalité chez les AAS ou évaluation générale standardisée (psychométrique) .....</b>	<b>57</b>
3.1	Million Clinical Multiaxial inventory (MCMI-I)	57
3.2	Modèles dimensionnels de la personnalité et AAS	58
3.2.1	16 personality factor (16 PF)	58
3.2.2	Eysenck personality questionnaire (EPQ)	58
3.2.3	NEO personality Inventory (Neo-PI)	58
3.2.4	Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)	58
3.2.5	SWAP (Shedler-Westen Assessment Procedure)	59
3.3	Evaluation de la psychopathie chez les AAS : le PCL-R	59
3.4	Quand étudier le profil de la personnalité des auteurs d'agression sexuelle avec un instrument psychométrique ?	60
<b>4</b>	<b>Evaluation clinique non psychométrique de dimensions spécifiques à l'agression sexuelle .....</b>	<b>60</b>
4.1	Questionnaire d'Investigation Clinique pour Auteurs d'Aggression Sexuelle (QICPAAS)	60
4.2	Guide d'investigation clinique	61

<b>5</b>	<b>Evaluation psychométrique de dimensions spécifiques à l'agression sexuelle .....</b>	<b>61</b>
5.1	Evaluation du déni ou de la non-reconnaissance des faits ou actes chez les AAS	61
5.1.1	Quels sont les outils disponibles du déni ?	62
5.1.2	Guide d'évaluation clinique	62
5.1.3	Grille de déni et de minimisation	62
5.1.4	Classification de Pollock et Hasmail.	62
5.1.5	Facet of Sexual Offender Denial (FoSOD)	63
5.2	Evaluation des distorsions cognitives chez les auteurs d'agression sexuelle	63
5.2.1	Abel and Becker Cognitive Scale (ABCS)	64
5.2.2	Autoquestionnaire de Bumby : la <i>Molest Scale</i> (1996)	64
5.2.3	Questionnaire des Croyances Anticipatoires, Soulageantes et Permissives des Auteurs d'Aggression Sexuelle sur Enfant	64
5.3	Evaluation de l'empathie chez les auteurs d'agression sexuelle	65
5.3.1	Définition	65
5.3.2	Quels sont les outils disponibles d'évaluation de l'empathie ?	65
5.4	Evaluation des désirs et fantasmes sexuelles déviantes des auteurs d'agression sexuelle : questionnaire Intensité des Désirs et des Comportements Sexuels (IDCS)	66
5.5	Evaluation phallométrique des auteurs d'agression sexuelle	67
5.5.1	Pléthysmographie pénienne	67
5.5.2	Utilisation en pratique de la pléthysmographie pénienne	68
<b>6</b>	<b>Evaluation du risque de récurrence chez les auteurs d'agression sexuelle.....</b>	<b>68</b>
6.1	Quel est le taux de récurrence d'agressions sexuelles ?	69
6.1.1	Quels sont les problèmes méthodologiques posés par l'estimation du taux de récurrence ?	69
6.1.2	Quel est l'impact des problèmes méthodologiques sur l'estimation du taux de récurrence d'agressions sexuelles ?	70
6.1.3	Estimation du taux de récurrence	71
6.2	Quels sont les facteurs de risque de récurrence d'agression sexuelle ?	75
6.2.1	Évaluation de la qualité des études	75
6.3	Facteurs de risque statiques	76
6.3.1	Psychopathie	77
6.3.2	Aggressions antérieures	77
6.3.3	Déviance sexuelle	77
6.3.4	Statut marital	77
6.3.5	Facteurs psychosociaux fixes	78
6.3.6	Type de victimes	78
6.3.7	Âge de l'AAS	78
6.3.8	Synthèse	78
6.4	Les facteurs de risque dynamiques	79
6.4.1	Mécanismes de défense	80
6.4.2	Capacité d'autorégulation (autogestion)	80
6.4.3	Connaissances sexuelles	80
6.4.4	Fonctions socio-affectives	80
6.4.5	Comorbidités psychiatriques	81
6.4.6	Troubles de la personnalité	81
6.4.7	Adhésion au traitement	81
6.4.8	Motivation pour le traitement	81
6.4.9	Synthèse	81
6.5	Évaluation spécifique de certains facteurs de risque	82
6.5.1	Rôle du déni	82
6.5.2	Rôle de l'âge	83
6.5.3	Rôle du traitement	88
6.6	Quels sont les outils validés d'évaluation du risque de récurrence ?	91
6.6.1	<i>Violent Risk Appraisal Guide</i> (VRAG)	92
6.6.2	<i>Sex Offender Risk Appraisal Guide</i> (SORAG)	92
6.6.3	<i>Rapid Risk Assessment for sex offender recidivism</i> (RRASOR)	94
6.6.4	<i>Static 99</i>	95
6.6.5	<i>Minnesota sex offender screening tool, Revised</i> (MnSOST-R)	98

6.6.6	SVR-20	98
6.6.7	Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR)	100
6.6.8	Risk Matrix 2000 (RM 2000)	101
6.6.9	Violence risk scale – sexual offender Version (VRS-SO)	102
6.6.10	Abel Assessment for Interest in Paraphilia (AAIP)	103
6.6.11	HCR-20	104
6.7	Problèmes méthodologiques posés par l'utilisation de ces outils d'évaluation	106
6.8	Comment évaluer le risque dans le cadre de la prise en charge ?	107
6.8.1	Quelle est la place de ces outils dans l'évaluation du risque en Europe	107
6.8.2	Quand réaliser une évaluation du risque de récidive ?	108
6.8.3	Exemples d'utilisation des outils d'évaluation dans un programme de prise en charge en France	108
6.8.4	Recommandations disponibles dans la littérature sur l'évaluation du risque de récidive chez les AAS	109

## **Quelles sont les stratégies de prise en charge psychothérapeutiques utilisées chez les AAS ? ..... 111**

<b>1</b>	<b>Quels sont les modèles de psychothérapie utilisés ?.....</b>	<b>111</b>
1.1	En France	111
1.2	En Europe	115
1.3	Répartition des différentes prises en charge des AAS dans les publications disponibles	116
<b>2</b>	<b>Quelle est l'efficacité des différentes stratégies de prise en charge psychothérapeutiques des AAS ?.....</b>	<b>117</b>
2.1	Impact de la prise en charge psychothérapeutique (sans distinction du type de psychothérapie)	118
2.2	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	120
2.2.1	Impact d'une psychothérapie fondée sur le modèle TCC	121
2.2.2	Impact des programmes de prise en charge avec TCC de groupe	121
2.2.3	Programme de prise en charge avec TCC de groupe + application des principes de du risque et des besoins criminogènes	121
2.2.4	Impact des programmes de prise en charge avec TCC de groupe + stratégies prévention de la récidive	122
2.2.5	Impact de programmes de prise en charge avec TCC de groupe + stratégies de prévention de la récidive + thérapie individuelle	123
2.2.6	Impact des programmes de prise en charge avec TCC de groupe + stratégie de prévention de la récidive + thérapie individuelle + thérapies familiale	124
2.2.7	Impact de programme de prise en charge avec TCC de groupe + prévention de la récidive + suivi après la prise en charge avec un détecteur de mensonge (polygraphe)	124
2.2.8	Impact de programmes de prise en charge avec thérapie cognitive, sociale et éducationnelle	125
2.2.9	Impact des programmes de prise en charge avec une psychothérapie cognitive de groupe	126
2.2.10	Impact des programmes de prise en charge avec psychothérapie comportementale	126
2.3	Psychothérapies d'orientation psychodynamique	126
2.3.1	Données disponibles	126
2.3.2	L'impact des psychothérapies d'orientation psychodynamique	127
2.4	Impact de la qualité méthodologique des études sur les résultats	127
2.4.1	Etudes randomisées contrôlées ou avec allocation aléatoire	127
2.4.2	Etudes non randomisées	128
2.4.3	Quelle est l'efficacité des psychothérapies chez les AAS avec un diagnostic de psychopathie ?	128
2.5	Quelles sont les indications des psychothérapies ?	132
2.5.1	Indications des différentes psychothérapies dans le cadre de la prise en charge en France	132
2.5.2	L'analyse des critères d'éligibilité des différentes études qui ont évalué les psychothérapies	135
2.6	Quels sont les modérateurs et les médiateurs de l'effet des psychothérapies chez les AAS ?	136
2.6.1	Quel est l'impact du cadre d'application des thérapies ?	136

2.6.2	Quel est l'impact du format de la psychothérapie utilisée ?	138
2.6.3	Quel est l'impact du mode de participation au traitement : volontariat ou recommandation ?	142
2.6.4	Quel est l'effet de l'adhésion (compliance) au traitement ? (Le problème des perdus de vue)	146
2.6.5	Facteurs protecteurs de l'effet thérapeutique	152
2.6.6	Ateliers de médiation thérapeutique	154
2.6.7	Quel est l'impact du thérapeute ?	154
2.6.8	Quelle est la place de la formulation de cas dans la stratégie thérapeutique ?	158
2.7	Quels sont les critères prédictifs d'une bonne réponse à la prise en charge ?	161
2.7.1	Indicateurs de bonne réponse des AAS à la prise en charge	161
2.7.2	Perception des AAS sur l'impact des psychothérapies	164

## **Quelle est la place du traitement médicamenteux dans la stratégie de prise en charge des AAS ?..... 167**

<b>1</b>	<b>Médicaments disponibles en France .....</b>	<b>167</b>
<b>2</b>	<b>Principes généraux de la prescription des anti-androgènes et des analogues de la GnRH chez les AAS.....</b>	<b>168</b>
<b>3</b>	<b>Indications des traitements médicamenteux chez les AAS .....</b>	<b>169</b>
3.1	Indication de première intention des anti-androgènes et des analogues de la GnRH	169
3.2	Stratégie de prise en charge thérapeutique des AAS	170
3.3	Cas particuliers	171
<b>4</b>	<b>Contre-indications.....</b>	<b>172</b>
4.1	Analogues de la GnRH (ex. triptoréline)	172
4.2	Acétate de cyprotérone	172
<b>5</b>	<b>Quelle est la durée du traitement ? .....</b>	<b>173</b>
<b>6</b>	<b>Quels sont les effets indésirables associés à la prise des agonistes de la GnRH et des anti-androgènes chez les AAS ? .....</b>	<b>174</b>
6.1	Analogues de la GnRH	174
6.1.1	Effets sur les relations sexuelles normales	174
6.1.2	Déminéralisation osseuse	174
6.1.3	Réduction du volume testiculaire	175
6.1.4	Douleur au point d'injection	175
6.1.5	Autres effets indésirables	175
6.1.6	Synthèse sur les effets secondaires des analogues de la GnRH dans la prise en charge des AAS	176
6.1.7	Gestion des événements indésirables	176
6.2	Quels sont les effets indésirables des anti-androgènes	176
6.2.1	Résumé des caractéristiques produits de l'acétate de cyprotérone (CPA)	176
6.2.2	Médroxyprogestérone (MPA)	178
<b>7</b>	<b>Quel bilan mettre en place lors du démarrage et du suivi du traitement ? .....</b>	<b>178</b>
7.1	Quel est le bilan initial avant la mise en place du traitement ?	178
7.1.1	Analogues de la GnRH	178
7.1.2	Acétate de cyprotérone	179
7.2	Quel bilan réalisé au cours du suivi de la prise en charge	179
7.2.1	Analogues de la GnRH	179
7.2.2	CPA	180
<b>8</b>	<b>Recommandations disponibles dans la littérature .....</b>	<b>180</b>
8.1	Indications des traitements médicamenteux	181
8.1.1	Traitements hormonaux	181

8.1.2	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)	181
8.2	Bilan clinique initial	181
8.3	Bilan à réaliser dans le cadre du suivi d'un traitement hormonal des AAS	181
8.3.1	Durée du traitement	182
<b>Annexe 1. Tableaux cités dans le texte de l'argumentaire .....</b>		<b>183</b>
<b>Annexe 3. Stratégies de la recherche documentaire.....</b>		<b>243</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>		<b>249</b>
<b>Participants .....</b>		<b>256</b>



## Abréviations utilisées

16 PF	16 Personality Factor
AAS	auteur d'agression sexuelle
ASC ROC	aire sous la courbe ROC
BPI	<i>Borderline Personality Inventory</i>
CIM-10	Classification internationale des maladies version 10
CIP	conseiller d'insertion et de probation
CMEM	<i>Child Molester Empathy Measure</i>
CP	Code pénal
CPP	Code de procédure pénale
CRAVS	centre ressource pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version IV)</i>
EPQ	<i>Eysenck personality questionnaire</i>
FoSOD	<i>Facet of sexual offender Denial</i>
FSH	hormone de stimulation folliculaire
HCR-20	(Facteur) Historique Clinique et de Risque
IC 95 %	intervalle de confiance à 95 %
IDA	<i>Initial deviance assessment</i>
JAP	Juge d'application des peines
LH	hormone lutéinique
LSI-R	<i>Level of service Inventory-revised</i>
MMPI	<i>Minnesota multiphasic personality inventory</i>
MnSOST-R	<i>Minnesota Sex offender screening toll</i>
Neo-PI	<i>NEO personality Inventory</i>
OR	odds ratio
PARI	psychothérapies, applications et recherches intersectorielles
PCL-R	<i>Psychopathy check list – revised</i>
QICPASS	Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle
RES	<i>Rape Empathy Scale</i>
RRASOR	<i>Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism</i>
SPIP	service pénitentiaire d'insertion et de probation
SMPR	service médico psychiatrique régional

SONAR	<i>Sex Offender Assessment Need Rating</i>
SORAG	<i>Sex offender Risk appraisal guide</i>
Static-99	Échelle de variables statiques-version de 1999
SVR-20	Risque de violence sexuelle – 20
TAT	<i>Thematic apperception test</i>
TCC	Thérapies cognitivo-comportales
VRAG	<i>Violence Risk Appraisal Guide</i>
VRS :SO	<i>Violence Risk Scale : sexual offender</i>
WFSBP	<i>World Federation of Societies of Biological Psychiatry</i>

## Recherche documentaire : méthodes et résultats

Une recherche documentaire systématique a été conduite. Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : bases de données Medline, Embase et PsycINFO ;
- pour la littérature francophone: bases de données Pascal et la Banque de Données Santé Publique ;
- Cochrane Library ;
- sites internet publiant des recommandations, des rapports d'évaluation technologique ou économique ;
- sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié.

La liste des sources consultées est présentée en annexe 2 et la stratégie de recherche dans les bases de données est détaillée en annexe 3.

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et la bibliographie des documents analysés.

Une veille documentaire a été réalisée sur Medline jusqu'à fin juin 2009 sur les thèmes suivants :

- psychothérapie ;
- épidémiologie (France et autres pays) ;
- risque de récurrence ;
- échelles d'évaluation ;
- traitement par les antiandrogènes ;
- traitement par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ;
- autres traitements médicamenteux.

Les résultats de la recherche documentaire sont les suivants :

- nombre de références identifiées, toutes sources confondues : 2 323 ;
- nombres de références analysées : 722
- nombre de références retenues : 257

# Argumentaire

## Introduction

### 1 Thème et objectifs

Ces recommandations de bonne pratique professionnelle ont été élaborées par la HAS à la demande du ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La demande s'inscrit dans le contexte des évolutions législatives sur la prévention de la récidive (loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs), avec notamment le renforcement des mesures d'injonction de soins instituées par la loi du 17 juin 1998. Elle vise également à participer à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des auteurs d'agression sexuelle<sup>1</sup> (AAS) à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans<sup>2</sup>.

La demande initiale était centrée sur la prise en charge des pédophiles. Cependant l'analyse de la littérature a montré qu'il y avait peu d'études spécifiques centrées sur cette population. En général, les études identifiées concernaient différents types d'AAS (pédophiles hors inceste, pédophiles incestueux, fétichistes, auteurs d'agressions à l'encontre de mineurs, auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de majeurs, etc.). L'analyse de la littérature est donc basée sur des articles ayant évalué cette population hétérogène, et les recommandations sont centrées sur les AAS à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans.

L'objectif principal de ce travail est de proposer aux professionnels des stratégies de prise en charge thérapeutique des AAS à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans.

Les recommandations répondent aux questions suivantes :

- Quelle est l'évaluation initiale à réaliser ?
- Quelle est la place d'une prise en charge psychothérapique ?
- Quelle est la place du traitement pharmacologique ?

### 2 Personnes concernées

Une grande hétérogénéité caractérise la population concernée, qui est essentiellement celle des auteurs d'infraction à caractère sexuel<sup>3</sup>, mais qui peut comprendre des personnes qui ne font pas l'objet d'une procédure judiciaire, ce qui rend difficile la dénomination même de cette population.

Les personnes concernées peuvent être placées sous main de justice en milieu fermé (incitation au soin) ou en milieu ouvert (dans le cadre d'une obligation de soins ou d'une injonction de soins) ou venir spontanément en soins.

Le choix du terme « auteur d'agression sexuelle » a été privilégiée par rapport à celui d'agresseur sexuel, car la notion d'auteur fait référence au sujet dans sa globalité et amène à penser la prise en charge comme non spécifiquement centrée sur le passage à l'acte. Le

---

<sup>1</sup> Le terme agression a été choisi de façon consensuelle et renvoie à une notion générique et non à la notion juridique d'agression sexuelle.

<sup>2</sup> Dans ce texte, le terme « mineur » s'applique systématiquement à tous les mineurs de 15 ans ou moins.

<sup>3</sup> Le terme d'infraction est un terme générique au plan pénal qui renvoie à un acte pénalement sanctionné. Les agressions sexuelles constituent une catégorie spécifique d'infractions, dont les qualifications pénales diffèrent selon la gravité de l'acte incriminé et les éléments constitutifs de l'infraction. Ainsi, constitue une agression sexuelle au sens de l'article 222-22 du Code pénal toute atteinte sexuelle commise avec violence, menace ou surprise. Il s'agit d'une infraction délictuelle, relevant de la compétence du tribunal correctionnel. En revanche, tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol, selon les termes de l'article 222-23 du Code pénal. Il s'agit d'une infraction criminelle, relevant de la compétence de la cour d'assises.

terme « délinquant sexuel » n'a pas été retenu pour ne pas s'inscrire dans la seule logique judiciaire, de même que le terme « abuseur sexuel », qui est une mauvaise traduction de l'anglais.

La catégorisation pénale ne recouvre ni la clinique psychiatrique ni la psychopathologie. Les critères diagnostiques qui sont retrouvés dans la littérature (DSM-IV-TR, CIM-10) ne recouvrent que partiellement le champ de l'agression sexuelle. En effet, ces définitions ne rendent pas compte de la complexité et de la diversité des problématiques rencontrées. En outre l'agression sexuelle n'est pas nécessairement sous-tendue par une pathologie psychiatrique.

Les travaux publiés et disponibles ont presque exclusivement été réalisés chez des hommes auteurs d'agression sexuelle. Le peu de données disponibles concernant les femmes auteurs d'agression sexuelle ne permettent pas de proposer des recommandations spécifiques pour cette population.

Sont exclus des recommandations les mineurs auteurs d'agression sexuelle qui justifieraient un travail spécifique avec des professionnels du champ de l'enfance et l'adolescence.

### 3 Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées :

- prioritairement aux acteurs du soin, en particulier psychiatres, psychologues, infirmiers, médecins généralistes ;
- aux experts psychiatres et psychologues dans le cadre de la discussion de l'indication de l'injonction de soins ;
- aux médecins coordonnateurs<sup>4</sup>.

Elles concernent à titre d'information, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, les acteurs du champ socio-éducatif et judiciaire.

---

<sup>4</sup> Selon la loi du 17 juin 1998, le médecin coordonnateur est un « psychiatre ou médecin ayant suivi une formation appropriée » qui intervient dans le suivi sociojudiciaire en dehors de la prison. Ses missions sont les suivantes :

- inviter le condamné à choisir avec son accord un médecin traitant ;
- conseiller le médecin traitant ;
- transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ;
- informer le condamné de la possibilité de poursuivre au-delà de la mesure qui a été prononcée ;
- coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

Le décret n°2007-1627 prévoit son intervention, en lien avec le médecin traitant, dans le suivi du bon déroulement de l'injonction de soins. La loi du 25 février 2008 lui assigne une mission supplémentaire qui est celle « de coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude ». Il est également prévu que les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu carcéral communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant sans qu'ils puissent être condamnés pénalement ou disciplinairement pour violation du secret médical ou plus largement professionnel.

## Définitions

### 1 Définitions internationales

La pédophilie est définie dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) dans le cadre des troubles sexuels et des troubles de l'identité sexuelle dans le sous-chapitre des paraphilies, et dans la Classification internationale des maladies-10<sup>e</sup> édition (CIM-10) elle figure dans le cadre des troubles de la personnalité.

D'après le DSM-IV-TR, la pédophilie fait partie des paraphilies, décrites dans le chapitre « troubles sexuels ». Les caractéristiques essentielles d'une paraphilie sont les fantasmes sexuellement excitants, les impulsions sexuelles ou les comportements survenant de façon répétée et intense et impliquant 1) des objets inanimés, 2) la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire, 3) des enfants ou d'autres personnes non consentantes, et qui s'étendent sur une période d'au moins 6 mois.

La pédophilie est l'activité sexuelle avec un enfant ou des jeunes enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins). Le sujet doit avoir au moins 16 ans et au moins 5 ans de plus que l'enfant. Pour les sujets en fin d'adolescence, on ne spécifie pas de différence d'âge précise. L'attirance sexuelle peut concerner les garçons, les filles ou les deux. Le sentiment de désarroi lié aux fantasmes, impulsions ou comportements n'est pas nécessaire au diagnostic de pédophilie.

Selon la CIM-10 (OMS 1993), la pédophile est une 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.

### 2 Autres typologies

La conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie en 2001 (1) souligne que les classifications psychiatriques du DSM-IV-TR et de la CIM-10 coïncident peu avec les catégories pénales dans la mesure même où la dimension de l'agression sexuelle n'y constitue pas un axe classificatoire. Les classifications psychiatriques tiennent compte du sujet dans sa diachronie (la récurrence ou la persistance du trouble), alors que les catégories pénales ne se fondent que sur la commission et l'intention de l'acte. Dans l'exemple de la pédophilie, la pédophilie est définie au sens des catégories psychiatriques, comme : « préférence sexuelle pour les enfants, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté ». Pour le DSM-IV-TR, il faut au moins une répétition de l'acte ou « des fantasmes imaginatives<sup>5</sup> sexuellement existantes » pendant 6 mois ainsi que la notion « de souffrance personnelle ou d'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autre domaine important ». Le DSM-IV-TR exclut de ce diagnostic un sujet en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec un enfant de 12-13 ans. De plus, il spécifie s'il s'agit d'une attirance pour les garçons, les filles ou les deux ; s'il est limité à l'inceste ; si c'est un type exclusif (attiré uniquement par les enfants) ou non exclusif.

Les classifications psychiatriques n'ont pas pour finalité l'étude des infractions sexuelles, mais elles gardent leur utilité, lors de l'expertise psychiatrique pénale, pour l'identification

---

<sup>5</sup> Dans la traduction française du DSM-IV-TR (DSM-IV-TR. Ed. Masson, 2003, page 661), le terme « fantasmes » traduit l'anglais « *fantasies* », qui correspond à la notion de « fantasmes ». Le terme « impulsions sexuelles » traduit l'anglais « *sexual urges* », que l'on peut traduire par « pulsions sexuelles » ou « besoins sexuels urgents ». Le texte anglais original est le suivant : A. *Over a period of at least six months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).* B. *The person has acted on these sexual urges, or the sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty.* C. *The person is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in Criterion A.*

d'une maladie mentale dont pourraient dépendre des comportements sexuels transgressifs (schizophrénie, état démentiel, trouble bipolaire, déficience mentale). Elles permettent également le repérage d'une comorbidité (alcoolisme, toxicomanie) ou de troubles de la personnalité répertoriés (1).

Les critères utilisés dans les définitions internationales de la pédophilie notamment les critères du DSM-IV-TR font l'objet d'un débat important dans la littérature. Plusieurs auteurs ont critiqué l'utilité de ces critères car ils ne seraient pas concordants avec les données théoriques, empiriques et cliniques rencontrées dans la pratique. Par exemple, dans des articles d'analyse de l'utilité de ces critères, O'Donohue *et al.* (2) et Marshall (3) ont identifié les limites d'applicabilité suivantes pour la pratique :

- la période de 6 mois semble arbitraire : si un AAS commet plusieurs agressions sur une courte période (par exemple sur 2 à 3 mois) est-ce que c'est insuffisant pour le diagnostic de pédophilie ? Est-ce que dans ce cas le nombre de victimes apporte une information sur le diagnostic ou est-ce que cela peut être considéré comme la répétition d'un comportement ? Pour O'Donohue *et al.* (2) l'utilisation de ce critère peut entraîner un diagnostic de paraphilie chez un AAS ayant commis deux agressions sexuelles sur une période de 6 mois alors que son orientation sexuelle principale n'est pas la pédophilie. Marshall (3) précise par ailleurs que, dans la pratique, la majorité des fantasmes se produisent dans une période très courte avant l'agression ;
- le critère d'intensité des fantasmes pose également des problèmes dans la pratique. En effet sur quelle dimension se mesure cette intensité ?
- une implication pour la pratique est la limite d'âge de 13 ans. Selon ces critères, les AAS sur des enfants entre 13 et 15 ans ne correspondent pas au diagnostic de pédophilie, même si les agressions sont répétées et si elles impliquent des fantasmes ;
- une étude réalisée sur un échantillon de 138 AAS a montré que ces critères n'avaient pas de valeur pronostique : ils n'étaient pas associés à la récurrence à long terme.

Afin d'apporter quelques données sur la pertinence des critères de du DSM-IV dans la pratiques, Levenson (4) a évalué l'accord inter-juge sur ces critères dans le cadre de leur utilisation en pratique aux Etats-Unis. L'échantillon de l'étude était constitué de 295 AAS dont la moyenne d'âge était 40 ans ; 45 % avaient commis une agression sur un enfant de moins de 18 ans, 23 % avaient des victimes de plus de 18 ans, 30 % avaient les deux et 2 % étaient des AAS sans contact. Pour 97 % de l'échantillon, les victimes étaient extrafamiliales ; 67 % avaient une victime de sexe féminin et 11 % une victime de sexe masculin et 21 % avaient des victimes des deux sexes. En moyenne, les AAS avaient commis 3 agressions sexuelles. Ces AAS étaient évalués par des psychologues et des psychiatres avec les critères DSM-IV pour établir le diagnostic de paraphilie. L'accord inter-juge (estimé par le test kappa) était de 0,65 pour le diagnostic de pédophilie dans cette étude.

D'autres auteurs ont proposé des classifications d'AAS plus adaptées à la pratique. Baron-Laforêt (5) a identifié d'autres classifications permettant de penser la singularité de la situation et de situer l'acte dans ce qu'il met en scène, basées sur le degré et la signification de l'agression, la volonté de contrôle ou de domination, les attitudes irrationnelles, les compétences sociales, l'utilisation de désinhibiteurs. Selon cet auteur, ces classifications sont faciles à utiliser par différents types de professionnels, elles permettent un recueil d'informations échangeables entre les professionnels.

Plusieurs classifications sont retrouvées dans les livres de références. Est présentée ci-dessous la classification de Groth qui est considérée comme particulièrement adaptée à la pratique (5). Cette classification (cf. tableau 1) différencie les types de fonctionnement selon la relation entre l'AAS et la victime (les termes ne renvoient pas à des définitions légale des faits).

**Tableau 1. Classification de Groth (5).**

Agression sexuelle sur enfant				
Attentat à la pudeur		Viol		
Fixation	Régression	Colère	Puissance	Sadisme

- Catégorie « attentat à la pudeur » : l'AAS obtient ce qu'il veut de la victime par la persuasion, la séduction ; il propose à la victime un pseudo-rapprochement, une pseudo-relation. Deux sous-catégories se retrouvent dans ce groupe :
  - la fixation, avec une préférence sexuelle pour les enfants. Peu de désinhibiteur utilisé en général. Les contacts avec les adultes sont limités ou formels. L'auteur se méfie des adultes et idéalise le monde de l'enfance comme un monde sans agressivité, compréhensif, sincère, etc. ;
  - la régression : les délits apparaissent à une période de la vie, en série, ils sont limités dans le temps, dans un contexte d'échec, de perte et la présence d'un désinhibiteur est fréquente.
- Catégorie « viol » : l'AAS utilise des menaces, l'intimidation, la force psychique. L'enfant est le réceptacle de l'hostilité ou du désir de domination, de soumission de l'AAS. Trois sous-catégories sont distinguées dans ce groupe :
  - la colère : l'agression est commise pour se venger des injustices qu'il estime avoir subies. Il utilise l'obscénité, des injures, et plus de force que nécessaire pour maîtriser les victimes ;
  - la puissance ; il veut être maître de la situation, qu'on lui obéisse et n'utilise pas plus de force que nécessaire pour contrôler leur victime. Il donne des ordres, dirige l'échange, interroge la victime sur sa vie personnelle, etc. ;
  - le sadisme : selon un rituel précis, la victime est enlevée, agressée. La douleur, les cris de la victime et sa terreur suscitent l'excitation.



## Contexte de la prise en charge des AAS en France

La prise en charge est un processus complexe à construire dans ses modalités et le temps : repérage, rencontre, étayage, évaluation, suivi social, psychothérapie individuelle, psychothérapie en groupe et dans certains traitement médicamenteux. Cette prise en charge fait donc intervenir plusieurs acteurs et nécessite la mise en place d'un dispositif permettant une articulation entre les soins psychologiques et le suivi sociojudiciaire.

### 1 Cadre législatif du soin pénalement ordonné

Le cadre législatif est présenté ici pour l'importance qu'il a pour tout intervenant dans le travail d'accompagnement et de soins : connaître et prendre appui sur le cadre légal d'intervention retentit sur la réalisation et l'impact de la prise en charge.

Une personne peut être soumise à des soins pénalement obligés à plusieurs stades du procès pénal. Cette mesure peut prendre deux formes, lesquelles renvoient à des régimes juridiques différents (cf. tableau 2).

<b>Nature de la mesure</b>	<b>Cadre légal et textes de référence</b>	<b>Modalités</b>
<b>Obligation de soins</b>	<p>Non spécifique à la délinquance sexuelle</p> <p>Avant déclaration de culpabilité : art.138-10 du CPP</p> <p>Après déclaration de culpabilité : art.132-45 du CP</p>	<p>Peut être ajoutée ou supprimée à tout moment de la mise en œuvre de la mesure</p> <p>Pas d'expertise préalable nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer</p> <p>Aucune organisation des liens entre les acteurs de la justice et du soin</p>
<b>Injonction de soins</b>	<p>Spécifique à certaines infractions dont la délinquance sexuelle</p> <p>Obligation particulière de la peine de suivi sociojudiciaire : art.131-36-4 du CP</p> <p>Ces dispositions s'appliquent dans le cadre des mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● suivi sociojudiciaire ;</li> <li>● surveillance judiciaire ;</li> <li>● libération conditionnelle ;</li> <li>● sursis avec mise à l'épreuve ;</li> <li>● surveillance de sûreté ;</li> <li>● rétention de sûreté</li> </ul>	<p>Peut être ajoutée à tout moment de la peine par le juge de l'application des peines</p> <p>Expertise médicale préalable nécessaire pour l'ordonner ou la supprimer</p> <p>Organisation des liens entre les acteurs de la justice et du soin</p>

## 1.1 Obligation de soins

L'obligation de soins est une mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité. Elle n'est pas spécifique à la délinquance sexuelle et peut être prononcée sans expertise médicale préalable. Les relations entre les autorités judiciaires et sanitaires ne sont pas définies par la loi.

Elle est définie par l'article 132-45 du Code pénal (CP) comme « l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » :

- avant déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une modalité du contrôle judiciaire ;
- après déclaration de culpabilité, l'obligation de soins constitue une modalité de :
  - l'ajournement avec mise à l'épreuve,
  - l'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve,
  - l'emprisonnement avec sursis et travail d'intérêt général,
  - une mesure d'individualisation d'une peine privative de liberté (permission de sortir, semi-liberté, placement extérieur, bracelet électronique, libération conditionnelle, suspension ou fractionnement de peine).

## 1.2 Injonction de soins

L'injonction de soins est une mesure initialement attachée à la peine de suivi socio-judiciaire, spécifique à certaines infractions dont les agressions sexuelles. Les relations entre les autorités judiciaires et les professionnels du soin sont organisées par la loi, notamment par l'instauration d'un médecin coordonnateur.

La loi du 10 août 2007 a institué le caractère automatique de cette injonction dans les cas suivants :

- prononcé d'une peine privative de liberté avec condamnation à un suivi sociojudiciaire ne comportant pas d'injonction de soins (article 763-3 du Code de procédure pénale [CPP]) ;
- surveillance judiciaire (article 723-30 du CPP) ;
- libération conditionnelle (article 731-1 du CPP) ;
- peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve (art 132-45-1 du CP).

Cette injonction de soins « automatique » est soumise à deux conditions :

- la personne doit avoir été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi sociojudiciaire est encouru ;
- une expertise médicale doit avoir établi que la personne condamnée était susceptible de bénéficier d'une injonction de soins.

Cette automaticité de l'injonction de soins peut être écartée par une décision contraire de la juridiction d'application peine compétente.

Il existe d'autres cas pour lesquels le prononcé d'une injonction de soins est facultatif. Il est alors laissé à l'appréciation de la juridiction d'application des peines :

- le placement extérieur avec ou sans surveillance du personnel pénitentiaire ;
- la semi-liberté ;
- les permissions de sortir ;
- la suspension de peine pour raison médicale.

La peine de suivi sociojudiciaire peut être ordonnée indépendamment de l'incarcération de la personne condamnée :

- lorsque le condamné est détenu, la mise en œuvre de l'injonction de soins débute à la sortie de l'établissement pénitentiaire. Durant l'incarcération, la peine de suivi sociojudiciaire avec injonction de soins ne constitue qu'une incitation au soin. Cependant la démarche de soin conditionne l'octroi des réductions de peine ;

- lorsque le condamné est libre, la peine de suivi sociojudiciaire avec injonction de soins est mise en œuvre.

## 2 Acteurs de la prise en charge des AAS

Dans un numéro spécial de la revue « *Pluriels* » (6) sur les « infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique », 7 professionnels spécialisés dans la prise en charge des AAS ont été audités. Il apparaît dans ces textes que 3 catégories d'acteurs sont essentielles à la prise en charge des AAS en France : le juge d'application des peines (JAP), les services pénitentiaires et le personnel soignant. Par exemple, selon Baron-Laforêt, chacune de ces 3 dimensions joue un rôle important dans la réussite de la prise en charge :

- l'intervention du JAP a un impact important, tant directement sur les AAS que sur les équipes et les professionnels vis-à-vis desquels il représente la loi et une partie de l'organisation sociale souhaitée. Il est souvent assez peu disponible ;
- le suivi sociojudiciaire repose sur les professionnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et les conseillers d'insertion et de probation (CIP) ;
- la prise en charge thérapeutique repose sur les personnels soignants : médecins coordonnateurs, médecins traitant au sens de la loi, les psychiatres d'exercice public et privé, équipes pluridisciplinaires de secteur.

Dans un autre article Ciavaldini (7) a préconisé que, pour la prise en charge des AAS, il était nécessaire de travailler avec les éléments environnementaux à la disposition des thérapeutes. Particulièrement l'ensemble des instances judiciaires et du champ social éducatif et d'insertion, afin de constituer un environnement qui soit adapté aux compétences de ces sujets. Ciavaldini a précisé dans un autre article (6) que, compte tenu de l'organisation psychique de ces sujets, « il est nécessaire de comprendre leur prise en charge thérapeutique comme une alliance entre ces 3 champs (justice, santé, travailleurs sociaux) qui doivent devenir intercontenant les uns des autres pour atteindre une réelle efficacité thérapeutique. Cette mise en lien doit se réaliser dans une optique permettant qu'un travail psychique puisse s'effectuer et en aucun cas dans un but strictement sécuritaire. »

### 2.1 Médecin coordonnateur

La fonction de médecin coordonnateur a été créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs qui prévoit, pour les AAS, la possibilité d'une condamnation à un suivi sociojudiciaire avec injonction de soins. Il a une fonction :

- d'interface santé justice ;
- d'évaluation clinique ;
- de suivi de l'évolution du sujet.

Son rôle a été renforcé avec la loi du 25 février 2008<sup>6</sup> et surtout par le décret du 4 novembre 2008. Ce médecin rencontre le sujet soumis à l'injonction de soins et réalise une évaluation clinique du fonctionnement psychique et de la psychopathologie du sujet :

- cette évaluation, qui lui sert ensuite de repère dans le suivi du sujet, doit être mise en perspective avec les expertises antérieures pour obtenir une évaluation longitudinale de l'évolution du sujet ;
- la première rencontre a lieu si possible avant la sortie de prison. Si la personne a été condamnée pour un crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP, c'est une obligation légale et une autorisation de sortie sous escorte peut être aménagée dans ce but.

Il est destinataire des pièces du dossier qui lui sont adressées par le JAP : expertises présentencielles, post-sentencielles, de la victime, condamnation, réquisitoire, etc.

---

<sup>6</sup> Loi n°2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Il valide le choix du médecin traitant ou du psychologue traitant<sup>7</sup> :

- le sujet garde le libre choix du médecin mais ce choix doit être validé par le médecin coordonnateur selon les besoins et capacités du sujet ;
- quand le sujet n'a pas de médecin traitant le médecin coordonnateur est souvent amené à guider l'accès au soin. Cette fonction d'accompagnement est également assurée par les travailleurs sociaux (CIP, chargés du suivi sociojudiciaire ou des autres mesures). Le médecin coordonnateur et le CIP peuvent se concerter sur ces orientations ;
- le choix du médecin ou psychologue traitant doivent intervenir avant la libération ou avant la cessation de la rétention de sûreté.

Il transmet les éléments nécessaires au contrôle du respect de l'injonction de soins au JAP. Un rapport est transmis au JAP une fois par an ou deux fois par an en cas de crime mentionné à l'article 706-53-13 du CPP. Ce rapport dresse un bilan de la mise en œuvre de l'injonction de soins. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins, ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure.

Il informe le sujet qu'il peut poursuivre les soins à la fin de la mesure.

## 2.2 Mise en pratique du dispositif de prise en charge en France

Ces principes sont opérationnalisés dans plusieurs centres de prise en charge des AAS en France par la mise en place d'un dispositif permettant de construire une coopération entre les différents acteurs impliqués dans leur prise en charge. Sont présentés ci-dessous des exemples mis en place dans le centre PARI au centre hospitalier de St-Égrève et du CRIAVS Limousin Poitou-Charentes et dans une unité fonctionnelle de prise en charge des AAS à Niort.

- Au centre de soins ambulatoires PARI, une articulation de la prise en charge avec les services sociaux est réalisée ; des rencontres de synthèse trimestrielles sont organisées avec les services judiciaires et pénitentiaires pour évaluer la prise en charge et la modifier si nécessaire (8).
- Au CRIAVS Limousin-Poitou-Charentes, les services du JAP et les SPIP sont associés de manière étroite tout au long de la prise en charge. Ces rencontres permettent d'organiser des liens, favoriser les rencontres entre différents intervenants, et ce en miroir des parties clivées des AAS : d'un côté le délinquant ou criminel, les actes commis et la réalité judiciaire ; d'autre part, une façade plus ou moins adaptative déniait les faits, en projetant la responsabilité sur la victime ou alléguant une pulsion dans son fonctionnement psychique à l'abri de tout mouvement émotionnel ou affectif (9) .
- Harrault et Hugon (10) ont rapporté que la prise en charge des AAS dans une unité fonctionnelle de prise en charge des AAS avait nécessité la mise en place d'un dispositif comprenant 3 espaces : un lieu de travail psychothérapeutique classique, un lieu de rencontre et d'articulation santé-justice et un lieu pour le soignant uniquement, d'articulation des deux espaces précédents et des deux logiques différentes : la peine et le soin.

## 3 Cadres de la prise en charge des AAS

Un rapport récent (2007) (11), commandé par le ministère de la Justice, sur les stratégies de prise en charge pénitentiaires des AAS a fait un état des lieux des différentes pratiques de prise en charge des AAS utilisées en France. Les auteurs de ce rapport ont mené une étude de terrain afin de répondre à deux questions :

- existe-t-il un traitement pour les AAS ?
- quelle est la prise en charge mise en place par l'administration pénitentiaire ?

---

<sup>7</sup> Les termes « médecin traitant » et « psychologue traitant » sont inscrits dans les articles R 3711-23 et R 3711-25 du Code de la santé publique.

Pour répondre à ces questions, les auteurs ont visité une quinzaine de sites de l'administration pénitentiaire et ont interrogé une quarantaine de professionnels. Ils se sont rendus en Belgique pour recueillir des témoignages d'expériences significatives menées dans le cadre de la prise en charge des AAS dans ce pays depuis plusieurs années. Il ressort de ce rapport que la prise en charge des AAS peut se diviser en deux temps : une prise en charge en milieu fermé et une prise en charge en milieu ouvert.

### 3.1 Prise en charge en milieu fermé

Les modalités de prise en charge des AAS en milieu fermé en France peuvent être regroupées en cinq grands groupes :

- le repérage du détenu ;
- les psychothérapies individuelles, une pratique adaptée au cas par cas ;
- les psychothérapies de groupe, en plein essor et qui sont adaptées à certains AAS ;
- les autres pratiques psychothérapeutiques : en général ce sont des outils supplémentaires utilisés dans le cadre de la prise en charge des AAS (par exemple les thérapies familiales) ;
- la prise en charge sociale qui comprend notamment ;
  - le suivi des détenus tout au long de la détention,
  - la préparation des aménagements de peine auprès du JAP,
  - la préparation à la sortie auprès des détenus en mettant en place des moyens permettant de favoriser leur réinsertion et la prévention de la récidive.

Ces différentes modalités sont réalisées dans un contexte particulier : le milieu carcéral dont les spécificités et les contraintes doivent être considérées pour la mise en place d'une prise en charge adaptée. Par ailleurs, les AAS pris en charge dans ce contexte ont une peine à purger : le sens de la peine est un point qui fait débat chez les professionnels pour l'instauration d'une prise en charge.

#### ► Milieu carcéral

Selon le rapport Balier (12), les AAS percevant mal ou pas les conséquences de leurs actes pour eux-mêmes et pour la victime, ils n'en connaissent pas non plus les dimensions judiciaires et pénales. Le temps du jugement et le temps d'incarcération ont pour effet de favoriser cette prise de conscience et de faire apparaître la volonté de changement. Ainsi, « l'incarcération des AAS, même si elle les place dans un univers inquiétant, leur permet de trouver une ébauche d'organisation psychique les rendant a minima accessibles à un processus de soins. » Pour tous les soignants, la prison constitue donc un point d'accroche pour une thérapie future (11). Cependant, le milieu carcéral est un contexte particulier et plusieurs éléments propres à ce contexte peuvent avoir un impact sur l'organisation et le déroulement d'une prise en charge notamment (11) :

- la question de la demande de soins (les remises de peines en raison de l'acceptation d'un suivi thérapeutique sont majoritairement dénoncées par les équipes soignantes comme venant fausser la démarche qui n'est plus qualifiée de fait de volontaire) ;
- les très longues peines sont évoquées comme posant des problèmes (pour certains professionnels, elles constituent un frein à l'entrée ou au bon déroulement de la thérapie, par manque de cadrage temporel) ;
- les transferts de détenus qui, par leur imprévisibilité, viennent compromettre l'engagement dans le soin ;
- le travail en maison d'arrêt est pointé par d'autres professionnels comme mettant en difficulté le soin en raison du manque de prévision à moyen voire à long terme ;
- la non-prise en compte d'un suivi antérieur lorsque l'AAS change d'établissement ;
- la spécificité de la prison implique de composer avec l'intitution pénitentiaire et ses exigences notamment celles concernant l'emploi du temps des détenus ;
- la prise en charge des AAS dans ce milieu nécessite un surcroît de précautions et de négociations pour que soient assurés au quotidien les principes de confidentialité.

### 3.2 Prise en charge en milieu ouvert

Le moment de la libération est l'un des plus délicats dans le processus de prise en charge des AAS. En milieu ouvert, elle est essentiellement un suivi individuel qui est fondé sur une intervention judiciaire, socio-éducative et sanitaire. Selon Doron (13), cette prise en charge est un « *dispositif qui vise à sécuriser le parcours de l'AAS en milieu ouvert* ». Elle peut se faire sous trois formes (11) :

- sursis avec mise à l'épreuve avec obligation de soins ;
- suivi sociojudiciaire avec injonction de soins ;
- libération conditionnelle ou suivi post-pénal.

Dans ces trois situations, les différents acteurs du dispositif de prise en charge participent de façons plus ou moins importantes selon le type de mesure :

- le JAP en tant que garant judiciaire de l'accomplissement de la décision de justice ;
- le CIP en tant qu'opérateur et garant « social » de l'accompagnement de la mesure ;
- le professionnel de santé en tant que garant de l'application concrète de la décision judiciaire.

D'après le rapport d'Alvarez et Gourmelon (11), la qualité de la prise en charge post-carcérale varie considérablement d'une région à l'autre, et d'une ville à l'autre. Néanmoins, aucun AAS pris en charge en détention ne sort de prison sans adresse pour la continuité des soins. Les services sanitaires et sociaux doivent cependant faire face à des paramètres contextuels qui peuvent avoir un impact sur la cohérence du suivi. Par exemple de nombreux sortants de prison ne savent pas où ils vont habiter ; certains vont faire un passage par un centre d'hébergement social et d'autres vont rester sans domicile fixe durant une période. L'articulation des soins fait partie des missions des soignants travaillant en détention.

Dans certains centres, des dispositifs se mettent en place notamment pour assurer la continuité de la prise en charge en faisant intervenir la même équipe de professionnels à l'intérieur et à l'extérieur de la prison. Ce type de dispositif est retrouvé par exemple à Montpellier entre la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone et au CHU de la Colombière ; le service médico-psychiatrique régional (SMPR) de Fresnes a mis en place des accueils post-carcéraux. Cette organisation s'avère bénéfique notamment pour la prise en charge des AAS condamnés à de courtes peines qui sortaient de prison avant que la prise en charge en détention n'ait permis un réel travail thérapeutique, pour les AAS sortant de prison et ayant des difficultés à se faire suivre par leur secteur de rattachement, ainsi que pour le suivi sociojudiciaire.

Alvarez et Gourmelon (11) ont rencontré d'autres équipes qui ont fait le choix de ne pas participer à la prise en charge extérieure, mais plutôt de promouvoir une rupture du détenu avec le milieu carcéral en encourageant celui-ci à aller vers des structures extérieures. Pour ces équipes, il ne faut pas créer des filières « sortant de prison », mais plutôt organiser la sortie très tôt et avec beaucoup de pédagogie : la prise en charge en établissement pénitentiaire des AAS devrait être organisée en fonction de la préparation à la sortie, à travers une prise en charge psychiatrique et psychologique plus concentrée sur la fin de la peine.

Enfin Alvarez et Gourmelon (11) ont identifiées des expériences de prises en charge groupales, articulées autour de ce suivi individuel. Les auteurs précisent que cette prise en charge est à caractère socio-éducatif et se fait sous forme de « groupes de parole contre la récidive ». Des expériences mise en place sont rapportées par certains SPIP, notamment le SPIP d'Angoulême et celui d'Albi. Ceux-ci sont voués à se multiplier, la prévention de la récidive étant inscrite dans les missions des SPIP.

## 4 Objectifs de la prise en charge psychothérapeutique selon le contexte

### 4.1 En milieu ouvert

Dans le centre de soins ambulatoires PARI (8), les objectifs de prise en charge sont :

- réorganiser le système défensif psychique et augmenter la capacité de mentalisation ; le travail consiste à une réorganisation de la configuration psychique du patient. Ces réaménagement rendront obsolète la conduite délinquante. Pour atteindre cet objectif global, il est souvent nécessaire de construire un programme avec des objectifs étagés qui vont progressivement amender la configuration psychique du sujet pris en charge ;
- renforcer le contrôle pulsionnel ; le travail consiste à utiliser les moyens disponibles pour permettre à l'AAS :
  - d'acquérir des compétences sociales et affectives conduisant à des relations satisfaisantes avec son environnement,
  - de développer des capacités de maîtrise de son excitation sexuelle,
  - de corriger les distorsions en matière de sexualité,
  - d'identifier les situations (sociales, affectives) qui favorisent le passage à l'acte, afin de les éviter, s'en échapper ou d'y mettre fin,
- améliorer (à terme) la qualité de vie de l'AAS ; cette amélioration a pour indice une meilleure insertion sociale, professionnelle et affective.

Dans le cadre d'une prise en charge à caractère socio-éducatif, par des groupes de parole contre la récidive, en milieu ouvert, les objectifs ci-dessous sont retrouvés dans le programme mis en place par le SPIP d'Angoulême (11) :

- amener les AAS à prendre conscience de leur dysfonctionnement ;
- leur donner des outils en vue d'une meilleure insertion sociale ;
- favoriser une meilleure autonomie et estime de soi ;
- favoriser l'accès aux soins ou une meilleure adhésion aux soins ;
- retisser des liens sociaux qui ont tendance à se distendre.

### 4.2 En milieu pénitentiaire

Selon Paulet (14), la prise en charge en milieu pénitentiaire n'a pas pour objectif *stricto sensu* la prévention d'une récidive délinquante ; elle a pour objectif la mise en œuvre d'un travail (difficile et incertain) d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire si possible. Le soin peut ainsi contribuer à la prévention.

### 4.3 Objectifs de prise en charge identifiés dans la littérature

Dans les recommandations de 2009 (15) de la *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP), deux grands objectifs de prise en charge thérapeutique d'une paraphilie sont proposés :

- éviter les comportements sexuels déviants ;
- réduire le niveau de souffrance des AAS.

En Belgique, Hayez<sup>8</sup> a proposé deux dimensions pour les objectifs de la prise en charge :

- en ce qui concerne l'individu AAS, la prise en charge devrait l'amener à désirer développer une sexualité agréable, mais aussi sociable, c'est-à-dire qui respecte les lois et qui respecte le partenaire. Pour y parvenir, il faut le plus souvent travailler avec lui sur son psychisme et créer un contexte social de sa vie quotidienne accueillant et vigilant ;

---

<sup>8</sup> Site : <http://www.Hayez.net> visité le 21 octobre 2008

- prévention de la récurrence car personne, ni l'ex-AAS, ni les témoins de sa vie ne peuvent jamais être sûrs que ce désir nouveau d'une sexualité sociable sera suffisamment puissant et durable.

Marshall *et al.* (16) ont proposé une synthèse générale des objectifs des interventions psychothérapeutiques retrouvées dans la littérature en 2 grands modèles. Chaque modèle a pour objectif de changer les caractéristiques de l'individu impliqué dans une agression sexuelle, mais les 2 modèles utilisent des orientations différentes :

- modèle de gestion du risque : l'objectif principal de la réhabilitation de l'AAS est d'éviter les risques pour la communauté plus qu'améliorer la qualité de vie de l'AAS. Dans ce modèle, l'amélioration des capacités fonctionnelles de l'AAS est souhaitable, mais elle ne constitue pas l'objectif principal de la prise en charge pour ceux qui développent le programme. Ce modèle implique que le trouble psychologique existant ne peut être traité, mais qu'il est uniquement possible d'apprendre à le gérer ;
- modèle du changement : ce modèle a pour objectif principal d'améliorer la qualité de vie de l'AAS et ainsi de réduire le risque de commettre une nouvelle agression. Ce modèle est centré sur les conditions nécessaires (compétences, valeurs, opportunités, support social, etc.) qui, si elles sont remplies, vont permettre de réduire le risque d'une nouvelle agression sexuelle. L'objectif principal ici n'est pas la réduction des agressions sexuelles, mais c'est l'amélioration du bien-être de l'AAS qui va ensuite entraîner une réduction du risque de récurrence dans le suivi.

Ces deux objectifs identifiés dans la littérature sont également rencontrés dans les pratiques de prise en charge des AAS en France. En effet, dans une analyse des pratiques de prise en charge des AAS en France, Doron (13) a identifié deux modèles :

- un modèle d'aide à la gestion par le sujet de ses dysfonctionnements relationnels et sociaux, dont le but est « d'apprendre au sujet à éviter le passage à l'acte et de le réadapter à la vie sociale en lui apprenant à contrôler ses dysfonctionnements relationnels, en corrigeant certains comportements ». L'auteur précise que ce modèle est adapté aux techniques cognitivo-comportales (TCC) et éclectiques dans le sens où d'une part, ceux qui font des TCC utilisent également des concepts issus de la psychanalyse, et d'autre part, ceux qui ont une pratique psychanalytique peuvent utiliser des outils issus des TCC à certains moments de la prise en charge ;
- un modèle de prise en charge que certains auteurs appellent « thérapie humanisante » qui a pour objectif de rétablir les AAS comme des sujets humains à part entière : le soin se donne pour objectif de les resubjectiver de sorte qu'ils puissent participer autant que possible à la vie en communauté. Il s'agit alors d'un changement complet de l'individu, qui passe souvent par un accompagnement de son développement psychique déficitaire ; on lui apprend à devenir un sujet humain en distinguant ses affects, en les mentalisant ; la thérapie n'est plus seulement la gestion d'un comportement à risque, mais une réforme totale du sujet pour le réinsérer dans la communauté. Ce modèle est essentiellement fondé sur une pratique psychanalytique.

#### 4.4 Synthèse

La prise en charge des AAS nécessite la mise en place d'un dispositif qui facilite l'articulation des interventions de différents acteurs : le JAP, l'acteur du champ social, le personnel soignant. Chacun de ces acteurs intervient de manière plus ou moins importante en fonction des différentes étapes du parcours de l'AAS. Ces actions s'inscrivent dans deux contextes environnementaux : le milieu ouvert et le milieu fermé. Chacun de ces contextes possède des spécificités et contraintes sur lesquels les professionnels s'appuient pour mettre en place une prise en charge adaptée à l'AAS. La continuité de prise en charge peut être assurée dans les deux contextes par la même équipe soignante ou par des équipes différentes. Les objectifs de la prise en charge varient en fonction du contexte dans lequel se trouve l'AAS et en fonction de type de prise en charge qui est mis en place.



Dans la suite de cet argumentaire, sont présentées les différentes études retrouvées dans la littérature qui ont évalué la valeur ajoutée d'une prise en charge thérapeutique dans le dispositif de prise en charge des AAS. Pour évaluer cette valeur ajoutée, les études concernant 6 domaines ont été recherchées dans la littérature :

- études épidémiologiques sur l'agression sexuelle ;
- études disponibles sur les outils d'évaluation utilisés dans la prise en charge des AAS ;
- études concernant les différentes psychothérapies ;
- études d'évaluation des différentes formes de psychothérapies ;
- études sur les médiateurs et modérateurs de l'effet des psychothérapies ;
- études sur les thérapies médicamenteuses chez les AAS.

## **Données épidémiologiques concernant les agressions sexuelles**

Malgré le retentissement social important de la pédophilie, il y a peu d'études spécifiques. Les AAS dans leur ensemble diffèrent selon leur histoire personnelle et criminelle et selon les circonstances précédant l'agression, l'âge de la victime, le sexe de la victime, le degré d'utilisation de la force ou les blessures physiques envers leurs victimes, et les attitudes et les croyances qui sous-tendent leurs comportements déviants. Aussi, les AAS sont un groupe hétérogène d'individus nécessitant des évaluations adaptées à leurs spécificités. Dans 90 % des cas, les AAS ayant une paraphilie sont des individus de sexe masculin. La majorité des études suggèrent que les premiers cas surviennent assez tôt dans la vie (17). En général, le comportement pédophile apparaît progressivement, à long terme (18). La gravité des actes paraphiles tient essentiellement aux conséquences potentielles (psychiques, physiques, socioprofessionnelles) sur les victimes.

### **1 Problèmes méthodologiques posés par l'estimation de la prévalence et de l'incidence des AAS**

Il est difficile d'estimer la vraie prévalence de la pédophilie, car peu de pédophiles demandent volontairement un traitement et la majorité des bases de données disponibles concernant les pédophiles qui ont été en contact avec la police ou la justice. Dans une revue (17) sur la pédophilie, les auteurs ont mis en évidence que la majorité des études était réalisée à partir de pédophiles qui avaient été arrêtés ou condamnés. Ces études n'incluaient donc ni les pédophiles qui n'étaient pas entrés dans le système judiciaire, ni les individus qui avaient des fantasmes mais étaient capables de contrôler leurs pulsions sexuelles. Il y avait une hétérogénéité importante entre les échantillons inclus dans les études : certaines incluaient des AAS en institutions (prison ou hôpital), d'autres des AAS suivis en ambulatoire et en liberté surveillée, pour lesquels la justice avait recommandé un traitement. La majorité des études spécifiaient la source du recrutement des pédophiles, mais ne précisaient pas leur statut vis-à-vis de la justice ou leur comportement. Certaines études reposaient sur des cohortes de patients établies depuis de plusieurs décennies. Toute cette variabilité entre les études entraîne des problèmes méthodologiques qui sont à prendre en compte dans l'interprétation des études de prévalence.

L'analyse de la littérature a identifié une étude (19) qui a analysé les différents problèmes méthodologiques observés dans les études d'estimation de la prévalence des agressions sexuelles. Ces différents problèmes sont synthétisés ci-dessous.

#### **1.1 Définition de l'agression sexuelle**

Une raison fréquente de la disparité des estimations est l'utilisation de définitions différentes de l'agression sexuelle. Quatre facteurs modulent cette définition :

- comment est défini le contact sexuel ?
- est-ce que les événements sexuels sans contact, comme l'exhibitionnisme, la pornographie, ou une invitation à caractère sexuel, sont inclus ?
- est-ce que seules les relations sexuelles non désirées sont incluses ?
- est-ce qu'un différentiel d'âge entre les agresseurs et les victimes est pris en compte ?

#### **1.2 Âge des victimes**

La définition de l'âge des victimes varie en fonction des études. Pour certaines études, la limite d'âge est fixée à 11 ans, pour d'autres à 13 ans et 15 ans en France.

### **1.3 Période historique de réalisation de l'étude**

Les études conduites pendant les périodes où le problème de l'agression sexuelle a été extrêmement médiatisé n'ont pas les mêmes estimations de la prévalence que les études réalisées dans les autres périodes. En effet, pendant les périodes de médiatisation, les adultes peuvent être plus enclins à déclarer les cas d'abus sexuels dont ils ont connaissance ou dont ils ont été victimes dans leur enfance.

### **1.4 Effet cohorte**

Il semblerait que le taux d'agressions sexuelles augmente. Cependant, il n'y a pas de données permettant de conclure que proportionnellement il y a plus d'AAS actuellement que dans le passé.

### **1.5 Sous-déclaration d'abus sexuels**

De manière générale, il y a une sous-déclaration des cas d'abus sexuels. Cette sous-déclaration serait plus importante dans les cas d'abus sexuels sur des garçons.

### **1.6 Recherche des femmes « auteurs agression sexuelle »**

Jusqu'à très récemment, les femmes étaient considérées comme rarement impliquées dans les cas d'agressions sexuelles contre les enfants. Les études récentes rapportent plus clairement des agressions sexuelles sur des garçons ou des filles et impliquant des femmes. Cependant les hommes restent largement prédominants dans les cas d'agressions sexuelles.

### **1.7 Choix de l'échantillon**

Il y a dans les études en population au moins 3 modes de choix d'échantillonnage : l'échantillonnage aléatoire, l'échantillonnage hiérarchique (exemple choix d'une université et enquête sur toutes les personnes présentes) et les échantillonnages de convenance (échantillonnage constitué de volontaires). Toutes ces procédures différentes d'échantillonnage peuvent avoir un impact sur les taux de prévalence.

### **1.8 Différence dans la collecte de données**

Deux aspects de la collecte des données peuvent avoir un impact : la procédure de collecte (autoquestionnaire, interview face-à-face, interview par téléphone) et la structuration des questions (une question simple, plusieurs questions, utilisation d'un questionnaire validé). Les taux varient en fonction de la manière dont les évaluations ont été opérationnalisées : par exemple, l'estimation du taux d'agressions sexuelles sur victimes de plus de 16 ans : (un item contenant le mot viol (11,2 %) ; une seule question (12,1 %) ; une checklist ou une évaluation spécifique (6 %) ; une enquête sur les expériences sexuelles (14,6 %).

### **1.9 Type et nombre de questions**

Le type et le nombre de questions utilisées pour permettre à une personne de parler de son expérience d'abus sexuel sont cruciaux. Les études ayant seulement une question ont tendance à rapporter des prévalences faibles, par rapport aux études utilisant plusieurs questions structurées et validées.

## 1.10 Taux de réponse

Il est assez difficile d'évaluer l'impact du taux de réponse sur la prévalence. Dans les études sur les agressions sexuelles, le taux de réponse varie entre 50 % et 100 %.

## 1.11 Synthèse

Il existe plusieurs problèmes méthodologiques dans les études de prévalence des agressions sexuelles et des AAS. Ces problèmes méthodologiques montrent qu'il est difficile d'avoir une estimation précise de la prévalence de l'agression sexuelle à l'encontre des enfants. La disparité méthodologique des études montre qu'il est important, dans ce domaine, d'avoir une standardisation des procédures d'évaluation.

## 2 Etudes de prévalence

Malgré ces problèmes méthodologiques, des études bien conduites peuvent permettre de tirer des conclusions. Les données sur la prévalence des AAS peuvent être approchées par 2 types d'études :

- les études centrées sur les AAS (données en général issues de la justice) ;
- les études centrées sur les victimes, qui sont un moyen d'évaluer l'importance des agressions sexuelles.

Les données sur les AAS en France sont issues du rapport Lamanda (20), de l'enquête sur les violences sexuelle en France (21), des données de la police nationale (22), du rapport d'Avarez et Gourmelon (11) et des conclusions de la conférence de consensus de 2001 sur les psychopathologies et les traitements actuels des AAS (1).

L'analyse des données épidémiologiques a été complétée par une recherche plus élargie de la littérature pour avoir les estimations de la prévalence des agressions sexuelles dans d'autres pays. Les études suivantes ont été analysées :

- 3 études (23-25) descriptives en population générale ;
- 3 revues (17,18,26) de la littérature sur la pédophilie.

La synthèse de ces différentes études est présentée ci-dessous. La majorité des auteurs considèrent que ces estimations sont conservatrices (sous-estimation). Cela est d'autant plus important compte tenu de la sous-notification et de la stigmatisation des personnes qui avoueraient être des agresseurs sexuels afin d'entrer dans une stratégie de prise en charge.

### 2.1 Etudes descriptives réalisées en France

#### 2.1.1 Données sur les auteurs d'agression sexuelle en prison

Les données statistiques issues des institutions policières ou judiciaires ne permettent pas de connaître l'ampleur du phénomène des agressions sexuelles, car nombre d'actes restent inconnus faute de plaintes. Elles permettent tout de même de disposer d'un ordre de grandeur en termes de prises en charge potentielles ou effectives sur le plan pénal comme sur le plan médical (1).

Dans son rapport, V. Lamanda, premier président de la Cour de cassation (20), a rapporté que les condamnations pour viol sur mineur de moins de 15 ans progressent régulièrement depuis les années 1980. Leur accroissement s'amplifie au point qu'elles sont désormais presque 2 fois plus nombreuses qu'au début des années 1990 (environ 8 pour un million d'habitants en 2005 au lieu de 4,5 en 1994). Ce rapport précise qu'en 2005, les viols sur mineurs représentaient 0,092 % des 540 077 condamnations pour crimes ou délits prononcés en France. Selon les chiffres produits par l'administration pénitentiaire, 1,12 % de

la population carcérale était, à la date du 1<sup>er</sup> avril 2008, détenue pour crime commis sur mineur dont 0,96 % soit 473 détenus, pour viol (20). En 2005, les dernières statistiques publiées par le ministère de la justice montraient que les cours d'assises avaient prononcé 512 condamnations pour viol sur mineur de moins de 15 ans (20). Entre 1980 et 2005, le nombre de condamnés pour agression sexuelle a été multiplié par 8, passant de 1 118 à 8 670 (20).

Les durées moyennes (en mois) de privation des libertés pour viols sur mineur en France en fonction des années sont (27) :

- en 1998 107,5 mois ;
- en 1993 110,5 mois ;
- en 1989 121 mois ;
- en 1984 72,6 mois.

Dans la population générale des AAS condamnés et incarcérés en France, un rapport récent (2006) a rapporté que 98 % cas étaient des hommes (11). Ils étaient en moyenne plus âgés que les autres détenus (moyenne d'âge 44 ans contre 34 ans pour les autres détenus). Les AAS représentaient 12 % de la population des condamnés dans la tranche des 60 ans et plus.

## **2.1.2 Données issues des études centrées sur les victimes**

### **► Données d'enquête en population générale**

La conférence de consensus de 2001 rapportait les données suivantes sur les enquêtes centrées sur les victimes (1). Pour les abus sexuels sur enfants, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ODAS) a recensé 4 800 signalements pour l'année 1999. L'enquête sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 sur un échantillon de 6 970 femmes représentatives de la population des 20-59 ans, indique que 11 % ont subi au moins une agression sexuelle au cours de leur vie. Les agressions sexuelles les plus souvent déclarées sont les tentatives de rapport forcé (5,7 %), les attouchements (5,4 %) et les rapports forcés (2,7 %).

Une enquête récente sur la sexualité en France montre que 16 % des femmes et 5 % des hommes interrogés en 2006 déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de viol au cours de leur vie (6,8 % des femmes déclaraient des rapports forcés et 9,1%, des tentatives, et respectivement 1,5 % et 3,0 % pour les hommes) (21).

Parmi les personnes qui avaient subi ces agressions sexuelles, 59 % des femmes et 67 % des hommes rapportaient que les premiers rapports forcés ou tentative s'étaient produits avant 18 ans. En population générale, parmi les femmes de 18-39 ans, 11 % avaient connu un rapport forcé ou une tentative avant 18 ans (21).

### **► Les victimes ont-elles parlé de l'agression avant l'enquête ?**

La conférence de consensus de 2001 (1) rapportait qu'environ la moitié des femmes qui ont été victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie n'en ont pas parlé avant l'enquête.

De nouvelles données issues d'une enquête sur la sexualité en France (21) rapportent que 46 % des femmes et 62 % des hommes, interrogés en 2006, ayant subi une agression sexuelle, disaient qu'ils n'en avaient jamais parlé avant l'enquête. C'est dans les générations anciennes (les femmes de 60 à 69 ans et les hommes de 50 à 59 ans) que les personnes avaient le moins parlé à quelqu'un (respectivement 33 % et 30 %). Dans les plus jeunes générations, par exemple les femmes de 18-24 ans, 71 % en avaient déjà parlé.

► **Quand les victimes parlent-elles de l'agression ?**

**Quelques heures ou jours qui suivent l'agression**

Chez les femmes qui ont subi une tentative de rapport forcé, 38 % en parlent dans les heures ou jours qui suivent à leur entourage ou à des professionnels de santé ou de justice, contre seulement 17 % de celles qui ont subi des rapports forcés (21).

**Plusieurs années après l'agression**

Chez les femmes ayant subi une tentative de rapport forcé, 12 % en parlent plusieurs années après à leur entourage ou à des professionnels de santé ou de justice, contre 29 % de celles qui ont subi des rapports forcés (21).

Une indication sur le délai avant consultation est donnée par l'étude de Saint-Martin et al. (28) réalisée en France. Dans cette étude, les auteurs ont évalué les caractéristiques des 756 victimes d'agressions sexuelles qui étaient pris en charge dans un centre de référence à Tours :

- dans les cas d'agression sexuelle intrafamiliale sur des mineurs de moins de 15 ans, le délai moyen avant consultation était de 2,4 ans ;
- dans les cas d'agression sexuelle extrafamiliale sur des mineurs de moins de 15 ans le délai moyen avant consultation était de 1,1 ans.

► **A qui les victimes parlent-elles des agressions sexuelles subies ?**

Pour les femmes, seuls 8 % des rapports sexuels forcés ou des tentatives sont signalés à des médecins et 4 % à la police ou la gendarmerie (21).

Pour les hommes agressés sexuellement, (21) :

- 20 % en ont parlé à des amis ;
- 14 % à un membre de leur famille ;
- seulement 0,6 % à la police.

► **Agressions sexuelles et recours en justice**

En ce qui concerne les viols, les harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles sur mineurs, les données de la police nationale (22) donnent des indications sur le nombre d'actes enregistrés :

- en 2006, 5 341 viols sur mineurs ;
- en 2005, 5 581 viols sur mineurs ;
- en 2006, 8 257 harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles sur mineurs ;
- en 2005, 9 132 harcèlements sexuels et autres agressions sexuelles sur mineurs.

► **Sous notification des agressions sexuelles : exemple des agressions sexuelles à l'encontre des femmes**

Seule une minorité des agressions sexuelles font l'objet d'une plainte auprès des services de justice. D'après les données de l'enquête CSF (21), 0,44 % (IC 95 % : 0,30 %–0,64 %) des femmes avaient subi un rapport sexuel imposé ou une tentative de rapport sexuel imposé dans les 12 derniers mois soit entre 50 000 et 120 000 femmes. Lorsque ces données sont comparées aux 9 993 plaintes de viols de femmes enregistrées en 2005, on constate que les plaintes correspondent environ à 10 % de la population ayant subi une agression.

### 2.1.3 Synthèse des données épidémiologiques en France

Les personnes sanctionnées pour infractions sexuelles, qu'elles soient criminelles ou délictuelles, commises sur des majeurs ou des mineurs, représentent actuellement le groupe de détenus le plus important parmi les condamnés incarcérés dans les prisons françaises (22 % en moyenne).

En population générale, 16 % des femmes et 5 % des hommes interrogés en 2006 déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de viol au cours de leur vie (6,8 % des femmes déclaraient des rapports forcés et 9,1 %, des tentatives de viol, et respectivement 1,5 % et 3,0 % des hommes). Parmi les femmes de 18–39 ans, 11 % avaient subi un rapport forcé ou une tentative de viol avant 18 ans (21).

Les rapports récents contenant des données épidémiologiques (1,20) montrent qu'il existe une forte hausse des faits constatés et des condamnations pour agression sexuelle depuis le début des années 1980.

Lors de la conférence de consensus de 2001 (1), il a été rapporté que de nombreux indices permettaient de penser que cette augmentation correspondait à une facilitation du dépôt de plainte, à une meilleure prise en considération des victimes par l'ensemble du système police-justice, à une plus grande attention portée à la maltraitance des mineurs, au rôle des mouvements féministes, au développement de la victimologie, à la médiatisation de la question, à la création de numéros verts, au développement des associations d'aide aux victimes, à la féminisation et à la formation de la police. Par ailleurs, des signes ont été donnés par le législateur et l'institution judiciaire qui manifestaient la prise en compte par la société de la gravité des faits : aggravation des peines encourues, des peines prononcées et appliquées, report de la prescription en matière d'agressions sexuelles sur mineur, amélioration des procédures d'indemnisation des victimes (commission d'indemnisation).

Malgré cette hausse observée, la mise en perspective des données des enquêtes et des plaintes déposées fait apparaître qu'il y existe une sous-notification importante des cas d'agression sexuelle. En effet, on observe une évolution des déclarations d'agressions sexuelles enregistrées dans les enquêtes auprès de la population, mais les plaintes déposées devant la justice restent assez stables depuis les années 2000 (9 574 en 2001, 10 506 en 2004, 9 993 en 2005) (21).

## **2.2 Etudes réalisées dans d'autres pays**

### **2.2.1 Etudes descriptives centrées sur les victimes**

#### **► Canada**

Une étude réalisée avec un échantillon de 750 hommes et 750 femmes sélectionnés de manière aléatoire, âgés de 18 à 27 ans, rapportait que 32 % des femmes et 15,6 % des hommes interrogés avaient eu un contact sexuel non désiré avant l'âge de 17 ans, et que parmi ces derniers 21 % des femmes et 44 % des hommes avaient eu des contacts répétés (18).

#### **► Etats-Unis**

Une enquête (23) réalisée sur un échantillon représentatif de 1 099 femmes de plus de 21 ans donnait les résultats suivants :

- lorsque l'agression sexuelle était définie par toute activité sexuelle intrafamiliale non désirée impliquant un membre de la famille plus âgé d'au moins 5 ans, ou toute activité sexuelle extrafamiliale non désirée avant l'âge de 18 ans ou bien avant l'âge de 13 ans avec une personne plus âgée de plus de 5 ans, l'estimation du taux d'agression sexuelle était 21,4 % (IC 95 % : 18,4-24,4 %) ;
- lorsque l'agression sexuelle était définie par toute activité sexuelle avant l'âge de 18 ans non désirée ou impliquant un membre de la famille plus âgée d'au moins 5 ans ou toute activité sexuelle extrafamiliale avant l'âge de 14 ans, ou toute relation sexuelle non désirée

entre 14 et 17 ans, l'estimation du taux d'agression sexuelle était 15,4 % (IC 95 % : 13,0-17,8 %) (tableau 3<sup>9</sup>).

Hall *et al.* (18) ont rapporté dans une revue de la littérature que 17 % à 31 % des femmes et 7 % à 16 % des hommes rapportaient un contact sexuel non désiré avant 18 ans.

Spitzberg (26) a réalisé une revue dont l'objectif était d'estimer la prévalence des agressions sexuelles en fonction de différents facteurs. Sur une période de 40 ans (de 1960 à la décennie 90) 120 études ont été identifiées. Ces études ont réuni plus de 100 000 personnes. Les estimations de la prévalence des agressions sexuelles selon leurs types sont présentées dans le tableau 4. En moyenne 12,85 % des femmes rapportaient avoir été victimes d'un viol et 3,3 % des hommes. On constate que le taux des autres formes d'agressions sexuelles est beaucoup plus élevé que celui des viols.

**Tableau 4. Estimations de la prévalence des agressions sexuelles en fonction de différentes définitions**

	Viol	Tentative de viol	Agression sexuelle	Contact sexuel	Coercition sexuelle
Définition	Pénétration vaginale obtenue par la force ou la menace	Toute tentative de viol sans succès	Utilisation du pénis, de la langue, ou tout autre objet pour une pénétration (anale, orale, vaginale) avec force ou des menaces	Caresses, baisers, jeu sexuel, attouchement sexuel non désiré	Relation sexuelle obtenue par des moyens symboliques comme l'autorité
Victimes féminines (ET)	12,85 % (8,27 %)	18,2 % (12,62 %)	22,03 % (14,92 %)	23,96 % (20,35 %)	24,93 % (17,66 %)
Victimes masculines (ET)	3,3 % (3,68 %)	5,57 % (6,4 %)	14,18 % (15,2 %)	7,86 % (6,20 %)	23,18 % (23,57 %)
Agresseurs masculins (ET)	4,73 % (5,14 %)	10,75 % (7,23 %)	8,88 % (8,27 %)	13,40 % (16,26 %)	24,09 % (16,86 %)

ET : écart type.

#### ► **Australie**

Mazza *et al.* (24) ont estimé en 1996 la prévalence de l'agression sexuelle dans l'enfance (avant 16 ans) chez des femmes consultant leur médecin généraliste : 3 026 questionnaires ont été distribués à des femmes âgées de 18 ans au moment de la consultation, avec 2 181 retours (taux de réponse = 72 %) :

- lorsque l'agression sexuelle était définie comme une agression sans contact sexuel (une personne s'est exposée ou s'est masturbée devant l'enfant), le taux d'agressions sexuelles était de 29 % (IC 95 % : 25 %-32 %) ;
- lorsque l'agression sexuelle était définie comme une agression avec contact sexuel (il y avait un contact physique entre l'agresseur sexuel et l'enfant allant de la caresse à la pénétration), le taux d'agressions sexuelles était de 28 % (IC 95 % : 25 %-31 %), dont 6 % (IC 95 % : 4 %-7 %) d'agression avec pénétration (tableau 3<sup>10</sup>).

Dans une étude plus récente (2001), Mazza *et al.* (25) ont réestimé la prévalence de l'agression sexuelle avant 16 ans chez des femmes en population générale. Sur 362 questionnaires retournés, le taux d'agressions sexuelles avec contact sexuel était de 35,7 %,

<sup>9</sup> Voir annexe 1.

<sup>10</sup> Voir annexe 1.



et de 6,7 % pour les agressions sexuelles dans l'enfance avec pénétration. Le taux d'agressions sexuelles dans l'enfance sans contact sexuel était de 42,3 % (tableau 3<sup>11</sup>).

#### ► **Revue de la littérature**

Dans une revue, Cohen *et al.* (17) ont rapporté les résultats suivants :

- dans un échantillon de 501 femmes adultes en population générale, 55 % rapportaient au moins un incident sexuel avant l'âge de 14 ans, dont 37 % par un homme qu'elles ne connaissaient pas, 13,4 % par un homme qu'elles connaissaient et 11,9 % par un homme membre de leur famille. Pour les contacts sexuels : 5 % rapportaient un attouchement, < 1 % des rapports buccaux et 2 % des rapports sexuels.

#### **2.2.2 Synthèse**

La majorité des études sont des études centrées sur les victimes. La majorité des auteurs considèrent que ces estimations sont conservatrices (sous-estimation).

Les estimations obtenues sont proches de celles retrouvées en France. Par exemple, la dernière enquête en population générale en France concernant la sexualité montre que 16 % des femmes et 5 % des hommes interrogés en 2006 déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentative de viol au cours de leur vie. Aux Etats-Unis, une étude (26) montre que ce taux varie en moyenne de 12,85 % à 25 % pour les femmes et de 3,3 à 23% pour les hommes.

En France, parmi les femmes de 18-39 ans, 11 % déclarent avoir subi un rapport forcé ou une tentative avant 18 ans (21). Au Canada, 32 % des femmes et 15,6 % des hommes rapportent avoir eu un contact sexuel non désiré avant l'âge de 17 ans (18). Aux Etats-Unis, en moyenne 17 % à 31 % des femmes et 7 % à 16 % des hommes rapportent un contact sexuel non désiré avant 18 ans (18).

Ces estimations de la prévalence des agressions sexuelles obtenues dans les différentes études sont assez proches mais non homogènes. La variabilité observée dans les estimations peut s'expliquer par les problèmes méthodologiques qui ont été identifiés dans le chapitre précédent. Ces données montrent néanmoins l'importance de la fréquence des agressions sexuelles.

### **3 Description épidémiologique de la population des pédophiles**

Les études épidémiologiques et les différentes revues de la littérature identifiées sur la pédophilie permettent de décrire la population des pédophiles selon plusieurs critères :

- les sous-types de pédophilie ;
- le nombre de victime et la fréquence des actes commis ;
- le type d'actes sexuels commis ;
- le *modus operandi* ;
- l'âge des victimes ;
- les comorbidités.

La synthèse des articles évaluant chacun de ces critères est présentée ci-dessous.

#### **3.1 Sous-types de pédophilie**

Plusieurs sous-types de pédophilie sont décrits dans la littérature : exclusifs, non exclusifs, incestueux, non incestueux, homosexuels, hétérosexuels, bisexuels, etc. L'analyse de la

---

<sup>11</sup> Voir annexe 1.

littérature a permis d'identifier 2 revues (17,18) et 3 études descriptives (29-31) qui ont estimé la fréquence des différents sous-types.

### 3.1.1 Pédophiles exclusifs (attraction spécifique vers les enfants) ou non exclusifs

Cohen *et al.* (17) ont rapporté que la majorité des pédophiles sont non exclusifs et ont des rapports sexuels fréquents avec des adultes.

Hall *et al.* (18) ont confirmé cette idée générale selon laquelle les pédophiles constituent un groupe non exclusif en rapportant une étude de 2 429 hommes pédophiles dans laquelle seul 7 % avaient été identifiés comme exclusivement attirés par les enfants.

### 3.1.2 Inceste-pédophilie intrafamiliale

#### ► En France

En 1996 Balier *et al.* (12) ont publié une des études les plus importantes (en taille d'échantillon) réalisée sur les AAS en France. Le recrutement de la cohorte de cette étude a été réalisé dans 18 SMPR et centres de détention repartis sur l'ensemble du territoire français. Ainsi, 179 AAS ont été recrutés. En considérant les catégories pénales, cette étude montrait que 65 % étaient inculpés pour un acte concernant les victimes de moins de 15 ans dont 30 % (n = 52) étaient des auteurs de viol sur mineur de moins de 15 ans et 35 % (n = 62) des AAS sur mineur de moins de 15 ans ; 21 % (n = 31) avaient commis un acte incestueux.

Parmi les auteurs de viol sur mineurs de moins de 15 ans, la distribution suivante des ascendants était observée :

- père : 8 % ;
- frère : 1 % ;
- grand-père : 2 % ;
- beau-père : 4 %.

Parmi les auteurs d'agression sexuelle sur mineurs de moins de 15 ans (au sens pénal), la distribution suivante des ascendants était observée :

- père : 8 % ;
- frère : 1 % ;
- grand-père : 2 % ;
- beau-père : 2 %.

Les études réalisées avec les victimes d'AAS apportent également des indications sur l'implication des ascendants dans les cas d'agression sexuelle. Dans une enquête en France en 2006 (21), chez les femmes de plus de 40 ans qui avaient connu un épisode de violence sexuelle incriminant principalement leur père, beau-père ou une personne de la famille (27 % des cas) ou une personne connue d'elles (31 %) la distribution des auteurs de la première agression est résumée dans le tableau 5.

**Tableau 5. Auteur de la première agression sexuelle déclarée chez les femmes de plus de 40 ans (enquête en France, 2006)**

Auteurs de la première agression	Tentatives d'agression sexuelle	Rapports forcés
Conjoint, partenaire, ami	17 %	34 %
Père, beau-père	6 %	8 %
Homme de la parenté	10 %	13 %
Autre personne connue	39 %	25 %
Collègue	5 %	2 %
Inconnu	24 %	19 %

Dans une étude réalisée à Fort-de-France, Brunod *et al.* (29) ont réalisé une revue des cas d'agressions sexuelles intrafamiliales. La distribution suivante était observée : père (5/13 ; 38 %) ; beau-père ou concubin de la mère (5/13 ; 38 %) ; frère (2/13 ; 15 %) ; oncle (3/13 ; 23 %) ; étranger à la famille (en plus de l'inceste) (1/13 ; 8 %).

Dans une étude réalisée dans le Finistère, De Saint Martin Perbnot *et al.* (30) ont estimé les fréquences suivantes dans les cas d'agression sexuelle sur des mineurs de moins de 15 ans : agression sexuelle intrafamiliale (parents, beaux-parents, grands-parents, fratrie) 65,29 % ; individu connu de l'enfant hors milieu familial (voisin, ami, enseignants, famille éloignée, etc.) 5,88 % ; inconnu de l'enfant 7,05 %.

#### ► **Autres pays**

Au Royaume-Uni, Crassatti *et al.* (31) ont trouvé la distribution suivantes de victimes à partir d'un échantillon de 80 pédophiles à Londres, de moyenne d'âge 41,3 ans : belle-fille (n = 13, 10,5 %) ; fille (n = 19, 15,5 %) ; connaissances (n = 54, 44 %), inconnu (victime masculine (n = 7, 6 %) ; victime féminine (n = 6, 5 %).

Aux Etats-Unis, Vogeltanz *et al.* (23) ont trouvé chez des victimes d'agression sexuelle, une estimation de cas d'agressions intrafamiliales de 41,3 %, avec la distribution suivante : père = 9,2 %, grand-père = 3,6 % ; beau-père-concubin de la mère 5,2 %, frère = 6,3 % ; oncle = 7 % ; cousin = 12,5 %, autre homme de la famille = 5,5 %.

#### ► **Données issues des revues de synthèse**

Pour Cohen *et al.* (17), les pédophiles incestueux représentent en moyenne 20 % des pédophiles. Les victimes de l'inceste sont souvent exposées à des agressions multiples et plus sévères. La distinction entre les pédophiles incestueux et non incestueux n'est pas nette. En effet, dans un échantillon de 446 pédophiles non incestueux, 29 % avaient aussi agressé un membre de leur famille. Dans une autre étude sur 199 pédophiles incestueux, 95,8 % avaient également agressé une victime extrafamiliale.

Hall *et al.* (18) ont rapporté les résultats suivants concernant les pédophiles incestueux :

- les données fédérales américaines sur les pédophiles intrafamiliaux indiquent que 27 % des AAS ont agressé un membre de leur famille, 50 % des agressions sexuelles commises sur des enfants de moins de 6 ans ont été faites par un membre de la famille, 42 % des agressions sur des enfants de 6-11 ans, et 24 % des agressions sur des enfants de 12-17 ans. ;
- une étude décrivant que 68 % des agresseurs sexuels d'enfants avaient déjà agressé un membre de leur famille.

### **3.1.3 Pédophiles hétérosexuels-homosexuels-bisexuels**

Pour Cohen *et al.* (17), il y a approximativement un ratio de 2 pédophiles hétérosexuels pour 1 pédophile homosexuel. Le nombre de victimes peut être plus important dans le cas des pédophiles homosexuels. Cependant, les distinctions ne sont pas nettes : par exemple, dans une étude avec un échantillon de 489 agresseurs sexuels, 22,9 % qui avaient agressé des filles avaient également agressé des garçons et 62,6 % de ceux qui avaient agressé des garçons avaient également agressé des filles.

Hall *et al.* (18) ont rapporté les fréquences suivantes selon ces sous-types :

- pédophiles homosexuels : la fréquence varie entre 9 et 40 %. Ils ont en moyenne abusé 10,7 enfants et ont en moyenne commis 52 agressions sexuelles.
- pédophiles hétérosexuels : ils ont en moyenne abusé 5,2 enfants et ont en moyenne commis 34 agressions sexuelles.
- pédophiles bisexuels : ils ont en moyenne abusé 27,3 enfants et ont en moyenne commis 120 agressions sexuelles.

### 3.1.4 Synthèse

Les données de la littérature montrent qu'il existe plusieurs sous-types de pédophiles (exclusif ou non, hétérosexuel, homosexuel, bisexuel, incestueux). Ces données montrent également qu'il est difficile de définir des groupes homogènes de pédophiles car, souvent, différentes agressions peuvent être commises par le même pédophile.

## 3.2 Nombre de victimes, fréquence des actes

L'analyse de la littérature a permis de retenir 2 revues récentes (17,18) qui proposaient des données sur le nombre de victimes et la fréquence des actes.

Cohen *et al.* (17) ont rapporté les résultats suivants sur le nombre de victime :

- une étude réalisée en 1967 sur un échantillon de 376 pédophiles en institution et condamnés pour agression sexuelle sur des enfants de moins de 11 ans montrait que le nombre de condamnations pour agression sexuelle variait de 1,57 à 2,24. Par contre, en garantissant la confidentialité et la protection des données, les pédophiles admettaient plus d'actes ;
- dans une autre étude, 453 pédophiles recrutés dans des programmes de traitement admettaient en moyenne 236 actes et 148 victimes par pédophile. Lorsque la restriction était faite aux contacts physiques, 371 AAS admettaient en moyenne 210 actes pour 104 victimes.

Ces mêmes auteurs (17) ont synthétisé les données sur le nombre de victime de la manière suivante :

- la médiane pour les pédophiles agresseurs de garçons non connus d'eux était de 10,7 actes et pour les agresseurs de filles non connues d'eux de 1,4 acte ;
- la médiane dans les cas d'inceste était de 4,4 actes contre des filles et 5,2 actes contre des garçons ;
- la moyenne du nombre de victimes pour les agresseurs de garçons non connus était de 150,2 victimes ; pour les agresseurs de filles de 19,8 victimes et en cas d'inceste de 1,7 victimes garçons et 1,8 victimes filles.

Hall *et al.* (18) ont rapporté les résultats suivants :

- dans une étude réalisée sur un échantillon de 377 pédophiles, non incestueux, non incarcérés, ayant fini leur peine de prison, et qui étaient suivis par une enquête anonyme, les pédophiles hétérosexuels rapportaient entre 19,8 enfants et 23,2 actes et les pédophiles homosexuels rapportaient 150,2 enfants et 281,7 actes.
- les pédophiles hétérosexuels rapportaient des agressions sexuelles sur 1,8 enfants et 81,3 actes en moyenne, et les pédophiles homosexuels et incestueux avaient abusé en moyenne de 1,7 enfants et commis 62,3 actes.

En France, une étude récente (2007) de Saint-Martin *et al.* (28), réalisée avec un échantillon 756 victimes d'agressions dont 496 étaient des mineurs de moins de 15 ans :

- dans les cas d'agression sexuelle intrafamiliale, 38 victimes mineures de moins de 15 ans rapportaient un seul événement et 71 des événements répétés ;
- dans les cas d'agression sexuelle extrafamiliale, 63 victimes mineures de moins de 15 ans rapportaient un seul événement et 27 des événements répétés

### ► Synthèse

Il y a une variabilité importante du nombre de victimes et de la fréquence des actes des pédophiles. Il apparaît qu'en fonction du contexte dans lequel se trouve l'AAS, il y a une sous-déclaration importante des actes commis. Néanmoins, ces études montrent que le nombre d'enfants agressés par pédophile est souvent important.

### 3.3 Types d'actes sexuels commis

Deux revues sur la pédophilie (17,18) et 2 études transversales (23,28) comprenant des données sur la distribution du type d'actes sexuels ont été identifiées dans la littérature. La synthèse de ces données est présentée ci-dessous.

Hall *et al.* (18) ont identifié les actes suivants : exhibitionnisme, voyeurisme, déshabillage des enfants, masturbation en présence des enfants, ou des actes plus intrusifs impliquant un contact physique (frotter ses parties génitales contre les enfants, caresser un enfant, rapport sexuel oral, pénétration buccale, anale et/ou vaginale).

Cohen *et al.* (17) ont identifié la distribution suivante des actes de pédophilie :

- 2,3 % des agressions contre les filles s'accompagnaient d'une relation sexuelle ;
- en cas d'agressions sexuelles violentes, l'incidence de relation sexuelle complète était de 23 % ;
- en cas d'inceste, une relation sexuelle était notée chez 8,7 % des condamnations ;
- les condamnations hétérosexuelles non incestueuses impliquaient 74 % de contact génital, qui était retrouvé dans 90-99 % des autres types de pédophilie ;
- dans une étude de 453 pédophiles, 72,9 % avaient réalisé des actes avec un contact, 27,1 % des actes sans contacts (exhibitionnisme, voyeurisme).

En France, Saint-Martin *et al.* (28) ont publié une étude dont l'objectif était de décrire les caractéristiques des 756 victimes d'agressions sexuelles. Les actes suivants étaient retrouvés dans les cas d'agressions sur mineurs de moins de 15 ans :

- 49 % d'accusations de caresses ;
- 43 % des victimes féminines accusaient de pénétration (doigts, pénis, instruments) ;
- 18,6 % des victimes rapportaient une pénétration anale ;
- 14 % des victimes rapportaient une pénétration orale ;
- au total, une forme de pénétration était notée dans 50,1 % des cas (un garçon avait été agressé plus de 5 fois).

Dans une autre étude (30) réalisée en France (Finistère) sur des victimes de moins de 15 ans, la fréquence des viols était de 27,64 % et les attouchements de 52,35 %.

Dans une étude transversale (23) réalisée aux Etats-Unis, les auteurs ont utilisé 2 définitions de l'agression sexuelle dans l'enfance. Les distributions des actes retrouvées chez les victimes d'agression sexuelle sont présentées dans le tableau 6.

**Tableau 6. Distributions des actes retrouvées chez les victimes d'agression sexuelle.**

	Définitions de l'agression sexuelle	
	Activité sexuelle intrafamiliale non désirée impliquant un membre de la famille plus âgé d'au moins 5 ans. Toute activité sexuelle extrafamiliale non désirée avant l'âge de 18 ans ou qui est arrivée avant l'âge de 13 ans avec une personne plus âgé de 5 ans	Activité sexuelle avant l'âge de 18 ans non désirée ou impliquant un membre de la famille plus âgé d'au moins 5 ans. Activité sexuelle extrafamiliale avant l'âge de 14 ans, ou toute relation sexuelle non désirée entre 14 et 17 ans
Tout contact	73,8 %	72,9 %
Caresses	63,9 %	56,8 %
Contacts oraux et génitaux	37,6 %	26,1 %
Vaginal/ anal	18,7 %	23,8 %

#### ► Synthèse

Il existe dans la littérature différents actes qui sont commis par les AAS : exhibitionnisme, voyeurisme, déshabillage des enfants, masturbation en présence des enfants, ou des actes plus intrusifs impliquant un contact physique (frotter ses parties génitales contre les enfants,

caresser un enfant, rapport sexuel oral, pénétration buccale, anal et/ou vaginale). La fréquence de ces actes est très variable en fonction des études.

### 3.4 Modus operandi

Deux revues (17,18) et une étude observationnelle (31) qui proposaient des données sur le processus par lequel les pédophiles arrivent à leurs fins ont été identifiées dans la littérature.

Pour Hall *et al* (18) généralement les pédophiles n'utilisent pas la force pour impliquer les enfants dans leurs activités. Ils utilisent des manipulations psychiques, la désensibilisation (progression de touchés innocents vers des touchers inappropriés, montrer de la pornographie aux enfants).

Cohen *et al.* (17) ont rapporté dans leur revue les résultats suivants :

- 6,6 % des cas impliquaient la violence ;
- dans un échantillon de 127 AAS :
  - 42 (33 %) utilisaient la manipulation,
  - 29 (23 %) utilisaient la corruption, la subordination,
  - 22 (17 %) utilisaient des méthodes coercitives,
  - 2 (1,6 %) utilisaient l'agression (force physique pour réaliser une agression sexuelle),
  - 3 (2,4 %) utilisaient des menaces,
  - 29 (23 %) utilisaient la force (force physique utilisée uniquement pour commettre l'agression sexuelle),
  - lorsque l'échantillon était réduit aux 82 personnes qui avaient admis les faits, 42 % avaient utilisé la manipulation, 27 % la corruption ; 22 % la force, 1 % menaces et attaques.

Craissati *et al* (31) ont réalisé une étude dont l'objectif était d'évaluer 80 pédophiles dans le sud de Londres :

- 12 (15 %) admettaient utiliser la pornographie avec les enfants avant l'agression et 13 (16,5 %) la pornographie adulte,
- 35 (44 %) admettaient qu'ils avaient des fantasmes sur les enfants, incluant leur victime, avant l'agression ;
- 14 (17,5 %) admettaient l'utilisation abusive d'alcool avant l'agression et 9 (11 %) une consommation modérée d'alcool ;
- 6 (7,5 %) une consommation abusive de drogues illicites et 5 (6,25 %) une consommation modérée de drogue illicites.

#### ► Synthèse

Les données de la littérature montrent que, bien qu'il y ait des pédophiles qui utilisent la violence pour commettre leurs actes, généralement les pédophiles n'utilisent pas la force pour impliquer les enfants dans leurs activités. Ils utilisent plus souvent des manipulations psychiques, la désensibilisation (progression de touchés innocents vers des touchers inappropriés), la corruption, le recours à la pornographie montrée aux enfants.

### 3.5 Âge des victimes

En France, la conférence de consensus de 2001 (1) a rapporté que l'âge auquel était survenu la première agression sexuelle était inférieur à 15 ans pour 59,9 % de ceux qui ont subi des attouchements, 15,9 % pour ceux qui ont subi une tentative de rapport forcé et 16,7 % pour ceux qui ont subi un rapport forcé.

Dans une autre étude réalisée en France, Brunod *et al.* (29) ont évalué 55 dossiers de victimes d'agressions sexuelles intrafamiliales à Fort de France. Sur 55 victimes contactées par lettre, 13 ont accepté de venir en entretien pour cette étude. Les informations sont celles

recueillie au cours de l'entretien et au cours de l'expertise médico-chirurgicale. L'âge au début de l'inceste est : 8-10 ans (4/13 ; 31 %), 11-13 ans (8/13 ; 62 %), plus de 13 ans (1/13 ; 8 %). La distribution de l'âge des victimes lors de l'instruction était de : 12-16 ans (7/13 ; 54 %) ; 17-20 ans (4/13 ; 30 %) ; plus de 20 ans (2/13 ; 15 %).

En France, une étude récente (2007) (28), réalisée avec un échantillon de 756 victimes d'agressions sexuelles dont 496 victimes de moins de 15 ans, rapportait les résultats suivants chez les victimes de moins de 15 ans :

- dans les cas d'agression sexuelle intrafamiliale, l'âge moyen de la victime au moment des faits était de 8,3 ans ;
- dans les cas d'agression sexuelle extrafamiliale, l'âge moyen des victimes au moment des faits était de 9,5 ans

Au Royaume-Uni, une étude réalisée à Londres sur un échantillon de 80 pédophiles, d'âge moyen 41,3 ans, montrait que l'âge moyen des victimes était de 10,5 ans allant de 1 à 21 ans (31).

### 3.6 Femmes auteurs d'agression sexuelle

La majorité des pédophiles sont des hommes. Mais des cas de pédophilie féminine sont également décrits dans la littérature. Les agressions sexuelles perpétrées par des femmes ne sont pas quantitativement suffisantes pour susciter des recherches spécifiques. Le peu d'études existant dans ce domaine semblent donner des résultats hétérogènes, qui soulignent la difficulté d'appréhender le phénomène. Harrati *et al.* (32) ont fait une synthèse de ces résultats :

- pour certains auteurs, les femmes agissent généralement en présence de complice alors que pour d'autres elles agissent le plus souvent en solitaire ;
- pour certains auteurs, les femmes jouent un rôle passif alors que pour d'autres elles sont actives et n'agiraient pas toujours sous la contrainte ;
- les motivations des femmes AAS sont très variables d'une étude à l'autre, ce qui ne permet pas de dégager une typologie.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier deux revues de la littérature (17,18) sur la pédophilie qui apportaient quelques indications sur la fréquence des femmes pédophiles et une étude réalisée par Harrati *et al.* (32) en France qui donnait quelques indications sur les femmes AAS.

#### 3.6.1 Fréquence dans la littérature internationale

Cohen *et al.* (17) ont rapporté les résultats de plusieurs études sur les femmes AAS :

- sur une période de 3 ans au Texas, 29 femmes ayant agressé sexuellement un mineur ont été identifiées (soit 4 % de l'échantillon total des AAS) dont 6 étaient en association avec un homme pédophile ;
- dans une étude ayant inclus 4 402 pédophiles, il y avait 21 femmes (0,4 %). Il est possible que les différences de taux de déclarations et de poursuites judiciaires puissent masquer la vraie prévalence des femmes AAS ;
- dans une autre étude, des pédophiles femmes étaient rapportées pour 1 % à l'encontre des filles et 17 % à l'encontre des garçons.

Hall *et al.* (18) ont identifié les résultats suivants pour les cas de femmes AAS :

- dans les données fédérales américaines, les femmes représentent 6 % des agresseurs sexuels d'enfants.
- dans une étude sur un échantillon de 4 007 AAS d'enfants, il y avait 1 % de femmes, mais les auteurs de cette étude considéraient ce taux comme faible car il y avait une sous-déclaration systématique d'agressions sexuelles par des femmes. Les femmes AAS étaient en général jeune (22-33 ans).

Au Canada, Tardif *et al.* (33) ont rapporté une étude d'évaluation des femmes AAS réalisée à l'Institut Philippe Pinel. Ces auteurs précisait que cette clinique, spécialisée dans la prise

en charge des AAS depuis 1986, avaient eu à évaluer son premier cas de femme AAS en 1992 et, sur une période de 10 ans, 13 femmes adultes (> 18 ans) avaient été évaluées pour agression sexuelle.

### 3.6.2 Etudes d'évaluation des femmes AAS

Harrati *et al.* (32) ont réalisé une étude en France sur un échantillon de 13 femmes, de moyenne d'âge 39 ans, incarcérées en centre pénitentiaire, jugées et condamnées pour viol-agression sexuelle en tant qu'auteurs et/ou complice. Toutes ont été évaluées par la *Symptom Check-List* (SCL-R) pour évaluer la symptomatologie psychopathologique polymorphe, le Questionnaire d'investigation pour auteurs d'agression sexuelles (QICPAAS) et par le *Thematic Apperception test* (TAT) pour l'évaluation des processus psychodynamiques. Les résultats ci-dessous ont été retrouvés.

#### ▪ Sur le plan psychocriminologique

- Avant l'acte

Aucune des 13 femmes n'avait été incarcérée antérieurement. Cependant, des antécédents judiciaires ayant fait l'objet de condamnation avec sursis pour complicité de viol ont été relevés pour 1 sujet et pour vols chez 2 sujets.

- Déroulement de l'acte :

- Les 13 femmes étaient condamnées pour viol et agressions sexuelles : 4 en tant que complice, 6 en tant que complices et auteures et 3 comme auteures. Pour 11 d'entre elles la victime était un mineur de moins de 15 ans et pour 2 la victime était un adulte. Huit avaient pour victime des enfants légitimes et deux des enfants membres de la famille (nièce, neveu). Une femme avait agi seule et 12 avait agi en groupe (participation de membres de la famille) ;
- 5 décrivaient des éprouvés d'apaisement, de dégoût, de haine ou de colère lors de l'acte, alors que 2 rapportaient un sentiment de confusion identitaire. Sept d'entre elles se percevaient comme anormales en raison de sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation ; 6 étaient dans le déni ou la négation de l'acte et ne pouvaient qualifier leur état.

- Vécus après l'acte :

- 8 décrivaient des ressentis après l'acte : 2 signalaient un sentiment de culpabilité, 4 un sentiment de honte, 2 un sentiment de honte et de culpabilité, 2 aucun éprouvé et 3 étaient dans la négation et le déni de l'acte ;
- 12 sujets exprimaient une volonté de changement.

#### ▪ Sur le plan psychopathologique

L'analyse psychopathologique de ces 13 femmes donnait les résultats suivants : 4 avaient eu des consultations psychologique ou psychiatrique pendant l'enfance. Les motifs de consultation étaient liés à des difficultés psychologiques à la suite d'événement traumatiques, de tentatives de suicide. Sept présentaient des comportements addictifs (à l'alcool principalement) avant l'incarcération. Six avaient fait plusieurs tentatives de suicide avant l'incarcération et 5 pendant l'incarcération. Des difficultés relationnelles dans la vie quotidienne étaient rencontrées chez 9 d'entre elles. Toutes (n = 13) présentaient des symptômes dépressifs, paranoïaques et des symptômes de vulnérabilité.

#### ▪ Sur le plan anamnestique

- Séparation avec la famille d'origine :

- 6 sur 13 avaient été séparées de leur famille pendant une période de leur vie (placement en institution ou chez d'autres membres de la famille).

- Qualité de la relation avec les parents ;

- 9 décrivaient un père manifestant amour et protection, 4 un père plutôt sévère et rejetant et 8 décrivaient une mère autoritaire.

- Traumatismes familiaux ;

- des traumatismes liés aux relations conflictuelles des parents (alcoolisme, violence) étaient décrits par 10 sujets,



- Problématique alcoolique : une problématique alcoolique dans la famille d'origine (parents) et dans la famille actuelle (conjoint ou elles-mêmes) étaient signalée par 8 femmes.
- Violence physique : une problématique de violence physique dans la famille d'origine ou actuelle était retrouvé chez 7 femmes ;
- Antécédents d'agression sexuelle : 1 avait été victime d'agression sexuelle dans l'enfance, 2 dans l'adolescence, 3 dans l'adolescence et l'enfance et 7 n'avaient pas d'antécédents d'agression sexuelle.
- Qualité de la vie affective : 12 des 13 femmes se disaient insatisfaites de leur vie sexuelle et affective en raison des difficultés conjugales (violence, alcoolisme, pratiques sexuelles imposées inconvenantes), de l'absence de sentiments, d'une sexualité difficile avec absence de désir et de plaisir.

#### ▪ Sur le plan psychodynamique

Les données psychodynamiques montraient que le fonctionnement psychique des 13 femmes se caractérisait par un registre défensif archaïque marqué par un recours prépondérant à l'évitement et à l'inhibition, ainsi que par la précarité des assises narcissiques relevant d'une défaillance des identifications féminines, d'une instabilité de l'intégration des représentations de soi et de l'objet (32).

Au Canada, Tardif *et al.* (33) ont évalué un échantillon de 13 femmes AAS de moyenne d'âge 36,2 ans :

- 46,2 % rapportaient une séparation, un abandon ou un décès de l'un des parents. Deux rapportaient des relations satisfaisantes avec leur mère et 3 se sentaient rejetées par leur mère. Trois n'avaient aucun contact avec leur père. Quatre évoquaient un père absent ou distant et 2 un père sévère et violent ;
- en termes de comorbidités, 4 (30,8 %) présentaient des symptômes dépressifs et une personnalité dépendante. Un abus de substances psychoactives était retrouvé chez 61,5 %, une tentative de suicide chez 38,5 % et des automutilations chez 15,4 % ;
- en termes de statut marital, 8 étaient séparés et 5 vivaient en couple ou étaient mariées à un homme ;
- en termes de *modus operandi*, plusieurs variables étaient évaluées : l'âge moyen à la première agression était de 30,6 ans. Dix (76,9 %) avaient des victimes de sexe féminin, 1 (7,7 %) avait des victimes de sexe masculin et 2 des victimes des deux sexes. Pour deux d'entre elle c'était la première fois, et 3 femmes avaient réalisé 2 à 9 agressions et 5 entre 10 à 35 agressions. Le type d'actes commis variait entre les femmes AAS : masturbation de la victime, masturbation devant la victime, masturbation par la victime, fellation devant la victime, pénétration vaginal avec les doigts, photographie, sadisme et séquestration, prostitution, etc.

### 3.6.3 Synthèse

Bien que la majorité des AAS soit des hommes, l'analyse de la littérature montre des cas de femmes AAS. Les études d'évaluation des femmes AAS sont de petites tailles. Leur interprétation doit se faire avec beaucoup de précaution et les résultats ne peuvent être généralisés. Ces études fournissent néanmoins des pistes de compréhension et de réflexion sur le phénomène des femmes AAS. Elles peuvent également être utilisées pour générer des hypothèses de recherche. Pour différents auteurs, la fréquence des femmes AAS est probablement sous-estimée par la sous-notification des cas.

## 3.7 Comorbidités

Les comorbidités chez les AAS ont des implications importantes pour le traitement et l'évaluation. La connaissance du type et de la prévalence des différentes pathologies psychiatriques chez les AAS est importante pour différentes raisons :

- une meilleure compréhension de la relation qui existe entre l'agression sexuelle et la maladie mentale peut permettre la mise en place d'une meilleure stratégie de prise en charge des AAS ;

- la mise en place d'un traitement approprié pour la pathologie psychiatrique, en combinaison avec la prise en charge psychosociale, peut améliorer les chances de succès de la prise en charge ;
- l'identification des facteurs de risque et le développement des stratégies préventives pour les auteurs d'agression sexuelle.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- 4 revues de la littérature (17,18,34,35) qui décrivaient des données sur la fréquence des autres paraphilies et des données de diagnostic d'autres troubles psychiatriques chez les pédophiles ;
- 11 études observationnelles (36-46) qui décrivaient des troubles psychiatriques chez les pédophiles.

Les études analysées pour cette questions sont présentées dans le tableau 7<sup>12</sup>. La synthèse des données de ces études est présentée ci-dessous.

### 3.7.1 Autres paraphilies (axe 1 du DSM IV)

Dans une revue de la littérature sur la comorbidité chez les pédophiles Marshall (34) a identifié les résultats suivants :

- dans une étude, 61,1 % des pédophiles ayant des victimes féminines avaient au moins 3 autres types de paraphilie, et 54,2 % de ceux qui avaient des victimes masculines avaient au moins 3 autres types de paraphilie ;
- chez les AAS d'enfants prépubères, 23 % avaient également agressé un adulte, et 34 % de ceux qui avaient agressé des adultes avaient agressé des enfants ;
- dans un autre échantillon, 23 AAS sur adultes avaient commis 319 agressions sexuelles sur des enfants et 30 AAS sur enfants déclaraient avoir agressé au total 213 adultes ;
- dans un autre échantillon d'AAS, 32 % des AAS sur adultes admettaient avoir agressé des enfants, et 12 % des AAS sur enfants admettaient avoir agressé des adultes ;
- dans une étude récente avec un échantillon d'AAS sur enfants, le diagnostic d'une autre paraphilie n'était retrouvé que chez 5,6 % à 11 % de l'échantillon.

Cohen et Galynker (17) ont rapporté les résultats suivants pour la présence d'une autre paraphilie :

- dans l'échantillon de l'étude d'Abe (47), parmi 359 AAS sur enfants de moins de 14 ans, 70 % avaient d'autres paraphilies, notamment l'exhibitionnisme et le voyeurisme ;
- dans l'étude Raymond *et al.* (37), 53 % des AAS avaient une autre paraphilie.

Dans une revue de la littérature sur la pédophilie, Hall et Hall (18) ont rapporté que 50 à 70 % des pédophiles avaient un autre diagnostic de paraphilie, notamment l'exhibitionnisme, le voyeurisme, le sadisme.

### 3.7.2 Comorbidité psychiatrique

La définition des troubles mentaux est décrite dans 2 classifications : la CIM-10 et le DSM-IV. Les maladies mentales et notamment les psychoses schizophréniques ou les troubles de l'humeur (dépression, manie) sont représentés sur l'axe 1 et opposés aux troubles de la personnalité de l'axe 2. Senon et Mananera (48) ont rapporté qu'en moyenne 1 à 5 % des AAS présentent une pathologie psychiatrique au sens clinique du terme. Les données des différents articles identifiés sur les comorbidités sont synthétisées ci-dessous et sont regroupé en troubles de l'axe 1 et trouble de l'axe 2.

#### ► Troubles psychiatriques de l'axe 1

##### Études réalisées en France

Dans le rapport Balier (49), il est rapporté les résultats d'une étude sur 452 personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces pour un crime ou un délit à caractère

---

<sup>12</sup> Voir annexe 1.

sexuel. Dans cette cohorte, l'âge moyen était 32 ans ; 24 % avaient des antécédents psychiatriques (dont 16,8 % des antécédents de consultation pendant l'enfance, 49,7 % de consultation à l'âge adulte et 33,5 % d'hospitalisation en milieu psychiatrique).

### Études réalisées en Europe

En Suède, dans un échantillon de 8 596 AAS, la prévalence des troubles psychiatriques a été mesurée et comparée entre les AAS et la population générale. En termes de comorbidités en général, la prévalence d'une comorbidité psychiatrique était de 24,1 % chez les AAS contre 5,2 % en population générale. Les distributions des troubles de l'axe 1 étaient (34) :

- Schizophrénie : 2,8 % (0,3 % en population générale) ;
- tout type de psychose : 4,4 % (0,9 % en population générale) ;
- dépression : 2,2 % (0,8 % en population générale) ;
- abus de substances illicites : 11,3 % (1,5 % en population générale).

En Suède, l'étude de Långström *et al.* (40) avait pour objectif d'estimer la prévalence des comorbidités psychiatriques chez les AAS. Tous les hommes (n = 1 400) condamnés pour agression sexuelle en Suède entre 1993 et 1997 étaient éligibles pour cette étude. Après application des critères d'exclusion, 1 215 personnes ont été évaluées (83 % citoyens des pays nordiques, 4 % européens non nordiques, 4 % africains, 6 % asiatiques, 3 % américains). La moyenne d'âge était 40,2 ans ; 11,1 % avaient un diagnostic de troubles psychiatriques dont 3,9 % avaient été admis à l'hôpital pour troubles psychiatriques dans les 12 mois avant la date de récidive (taux sous-estimé car seul les cas graves sont hospitalisés).

En Suède, Carlstedt *et al.* (2005) (50) ont évalué la présence de comorbidité psychiatrique chez tous les pédophiles AAS sur des victimes de moins de 15 ans, envoyés dans un hôpital de psychiatrie légale entre 1993 et 1997. L'échantillon était constitué de 185 personnes dont 182 hommes et 3 femmes. L'âge médian était de 37 ans au moment de l'agression. Dans cet échantillon, le diagnostic de pédophilie sur la base des critères du DSM-IV était posé pour 70 personnes. Il y avait 103 AAS qui n'avaient pas de diagnostic de pédophilie et 12 non évaluables notamment en raison des données manquantes.

- Chez les AAS pédophiles (n = 70) les auteurs ont observé :
  - 22/70 (31 %) troubles de l'humeur ;
  - 11/70 (16 %) troubles psychotiques ;
  - 16/70 (23 %) abus de substances psychoactives ;
  - 13/70 (19 %) troubles anxieux ;
  - 65 % des personnes avaient eu au moins un trouble psychiatrique dans l'enfance.
- Chez les AAS non pédophiles (n = 103) les auteurs ont observé :
  - 29/103 (28 %) troubles de l'humeur ;
  - 19/103 (18 %) troubles psychotiques ;
  - 34/103 (33 %) abus de substances psychoactives ;
  - 17/103 (17 %) troubles anxieux ;
  - 56 % des personnes avaient eu au moins un trouble psychiatrique dans l'enfance.

En Allemagne, Harsch *et al.* (45) ont réalisé une étude avec 40 AAS hospitalisés en service de psychiatrie légale et 30 AAS incarcérés.

- Parmi ceux qui étaient hospitalisés, la distribution suivante des troubles de l'axe 1 était observée :
  - abus de substance psychoactive : 22/40 (55 %) ;
  - dysfonctionnement sexuel : 4/40 (10 %) ;
  - troubles de l'humeur : 3/40 (7,5 %) ;
  - troubles anxieux : 3/40 (7,5 %) ;
  - troubles somatique : 3/40 (7,5 %) ;
  - autres (hyperactivité avec déficit d'attention) : 2/40 (5 %).
- Parmi ceux qui étaient en prison, la distribution suivante des troubles de l'axe 1 était observée :
  - abus de substance psychoactive : 20/30 (66,7 %) ;

- dysfonctionnement sexuel : 1/30 (3,3 %) ;
- troubles de l'humeur : 3/30 (10 %) ;
- troubles anxieux : 1/30 (3,3 %) ;
- troubles somatiques : 2/30 (6,7 %) ;
- autres (hyperactivité avec déficit d'attention) : 1/30 (3,3 %).

En Allemagne, Leue *et al.* (38) ont publié une autre étude dont l'objectif était de donner une description détaillée des troubles mentaux chez les AAS ; 55 AAS étaient incarcérés au moment de l'étude. Les AAS étaient évalués dans 2 hôpitaux médico-légaux en Allemagne ; 30 AAS avaient un diagnostic de paraphilie (18 pédophiles, 10 sadiques sexuels), 25 avaient un diagnostic de troubles de pulsions non contrôlées :

- 93 % (n = 28) des AAS ayant un diagnostic de paraphilie avaient au moins un diagnostic de troubles de l'axe 1 ou de troubles de la personnalité ;
- tous les patients avec des troubles de pulsion non contrôlés avaient un diagnostic ou plus de troubles de l'axe 1 ou de troubles de la personnalité ;
- dans l'échantillon total, les fréquences (vie entière) suivantes étaient retrouvées :
  - anxiété (n = 38 ; 69 %),
  - phobie sociale (n = 21 ; 38 %),
  - phobie simple (n = 22 ; 40 %),
  - stress post-traumatique (n = 15 ; 27 %),
  - tout abus de substances (n = 31 ; 56 %), dont alcoolisme (n = 31 ; 56 %), substances illicites (n = 9, 16 %),
  - troubles de l'humeur (n = 31 ; 56 %),
  - dépression majeure (n = 29 ; 53 %).

En Allemagne, l'étude de Hoyer *et al.* (39) avait pour objectif d'estimer la prévalence des comorbidités psychiatriques. L'échantillon était constitué de 30 hommes, de moyenne d'âge 36,7 ans, qui avaient un diagnostic de paraphilie au moment de l'incarcération et de 26 hommes avec des troubles de pulsions non contrôlées de moyenne d'âge 31,2 ans. L'évaluation était réalisée dans des hôpitaux médico-légaux en Allemagne.

- Chez les personnes ayant un diagnostic de paraphilie, un diagnostic de phobie sociale était posé chez 7/30 (23,3 %) ; d'antécédents de phobie sociale chez 16/30 (53,3 %) ; pas de diagnostic de phobie sociale chez 14/30 (46,7 %).
- Chez les personnes ayant un diagnostic de troubles de pulsions non contrôlées, un diagnostic de phobie sociale était posé chez 2/25 (8 %) ; d'antécédents de phobie sociale chez 5/25 (20 %) ; pas de diagnostic de phobie sociale chez 20/25 (80 %).

Au Royaume-Uni, Fazel *et al.* (43) ont estimé la prévalence des troubles psychiatriques sur un échantillon de 101 AAS âgés de 60 ans ou plus (moyenne d'âge = 65,9 ans), incarcérés. Dans cet échantillon, des antécédents de troubles psychiatriques étaient retrouvés chez 41,6 % (42/101) des sujets. Ces auteurs ont notamment rapporté :

- 6/101 (5,9 %) cas de psychose ;
- 1/101 (1 %) cas de démence ;
- 4/101 (3,9 %) cas d'épisode dépressif caractérisé ;
- 1/101 (1 %) cas d'abus de substances psychoactives.

#### Etudes réalisées en dehors de l'Europe

Aux Etats-Unis, Raymond *et al.* (37) ont estimé la prévalence des troubles de l'axe 1 et 2 du DSM-IV chez 45 AAS recrutés dans les programmes de traitement ambulatoires et résidentiels. La moyenne d'âge était de 37 ans ; 42 (93 %) avaient un diagnostic de l'axe 1 en plus de la pédophilie, 56 % (n = 25) avaient au moins 5 comorbidités psychiatriques en plus de la pédophilie. Les diagnostics suivants étaient retrouvés :

- trouble de l'humeur : 67 % (n = 30/45) ;
- dépression caractérisée : 55,6 % (n = 25/45) ;
- anxiété : 64 % (n = 29/45) ;
- phobie sociale : 38,7 % (n = 17/45) ;
- stress post-traumatique : 37,8 % (n = 15/45) ;

- histoire d'abus de substances illicites : 60 % (n = 27/45) ; la substance la plus consommée était l'alcool dans 51 % des cas, le cannabis dans 38 % des cas et la cocaïne dans 18 % des cas.

Aux Etats-Unis, Dunsieith *et al.* (44) ont estimé la prévalence des troubles psychiatrique chez les AAS. L'échantillon était constitué de 113 AAS admis à un programme de traitement entre novembre 1996 et mars 2001. La distribution suivante des troubles de l'axe 1 a été observée :

- trouble de l'humeur : 66/113 (58,4 %) ;
- abus de substances psychoactive : 96/113 (85 %), dont uniquement alcool 9 (8 %) uniquement substance psychoactive 17 (15 %) et les deux 70 (61,9 %) ;
- troubles d'anxiété : 26/113 (23 %) ;
- autre paraphilie : 84/113 (74,3 %) ;
- trouble de contrôle des pulsions 43/113 (38 %).

Aux Etats-Unis, McElroy *et al.* (51) ont réalisé une évaluation des troubles psychiatrique chez 36 AAS condamnés et recrutés pour l'étude entre 1996 et 1998. La distribution suivante des troubles de l'axe 1 a été observée :

- troubles de l'humeur : 22/36 (61 %) ;
- abus de substances psychoactives : 30/36 (83 %) dont alcool 22/36 (61 %) et autres substances 27/36 (75 %) ;
- troubles anxieux : 13/36; (36 %) ;
- troubles du contrôle des pulsions : 14/36 (39 %).

Aux Etats-Unis, Kafka *et al.* (42) ont évalué un échantillon de 42 personnes avec une paraphilie dont 30 auteurs d'agression et 12 non-agresseurs.

- Parmi les paraphiles auteurs d'agression sexuelle, les auteurs ont observé (26/30) pathologies de l'axe 1 avec la distribution suivante des différents troubles :
  - trouble de l'humeur : 23 (76,7 %) dont 16 (53,3 %) dépressions majeures ;
  - trouble anxieux : 13/30 (43,3 %) ;
  - substance psychoactive : 16/30 (53,3 %) dont 12/30 (40%) abus d'alcool ;
  - déficit d'attention et hyperactivité : 16/30 (53,3 %) ;
  - psychose : (2/30 (6,7 %) ;
  - stress post traumatique : 5/30 (16,7 %).
- Parmi les paraphiles non-auteurs d'agression sexuelle, il y avait (9/12) pathologies de l'axe 1 :
  - trouble de l'humeur : 8/12 (66,7 %), dont 4 (33,3 %) dépression majeure ;
  - trouble anxieux : 5/12 (41,7 %) ;
  - consommation de substance psychoactive : 4/12 (33,3 %), dont 3/12 (25 %) abus d'alcool ;
  - déficit d'attention et hyperactivité : 5/12 (41,7 %) ;
  - psychose : (0/15) ;
  - stress post traumatique : 1/12 (8,3 %).

Aux Etats-Unis, Kafka et Hennen (52) ont publié en 2002, une étude avec un échantillon de 120 hommes âgés entre 17 et 65 ans, volontaires pour un traitement pour paraphilie ou trouble associé à la paraphilie (ex. hypersexualité). Cet échantillon était constitué de 88 volontaires pour un traitement pour paraphilie dont 28 paraphiles sans agression et 60 paraphilie ayant commis une agression sexuelle. Parmi les 88 paraphiles, la moyenne des pathologies de l'axe 1 par personne était de 3,4 (sd = 2,5). Onze (12,5 %) paraphiles ne présentaient pas de troubles de l'axe 1. La distribution suivante de pathologies de l'axe 1 était observée :

- trouble de l'humeur : 71,5 % (n = 63), dont 61 (69,3 %) troubles dysthymiques et 34 (38,6 %) dépressions caractérisées ;
- trouble anxieux : 38,6 % (n = 34) ;
- abus de substances psychoactives : 42 % (n = 37) ;
  - 31,8 % (n = 28) abus d'alcool,
  - 18,1 % (n = 16) abus de cocaïne,
  - 18,1 % (n = 16) abus de marijuana,

- 20,4 % (n = 18) polyconsommation de substances psychoactives ;
- trouble du contrôle des impulsions non classé ailleurs : 30,6 % (n = 27) ;
- déficit d'attention et hyperactivité : 42 % (n = 37) ;
- tout trouble de l'adaptation : 22,7 % (n = 20) ;
- psychose : 5,6 % (n = 5).

Au Brésil, dans une cohorte de 100 AAS ayant comme victimes des enfants, Baltieri et De Andrade (36) ont montré que le score de l'échelle de mesure de la dépendance à l'alcool (SADD) était plus important chez les agresseurs de garçons (n = 48) que chez les agresseurs de filles (n = 52). Dans un modèle de régression logistique, après ajustement sur des facteurs confondants (revenu mensuel, consommation d'alcool au moment de l'agression), il y avait une association statistiquement significative entre le score de l'échelle de mesure de dépendance à l'alcool et l'agression de garçon (OR = 1,05 ; IC 95 % : 1,01 - 1,08).

Au Kenya, Kanyanya *et al.* (2007) (53) ont estimé la fréquence des comorbidités psychiatriques chez 76 hommes AAS condamnés et âgés de 18 à 73 ans (moyenne d'âge : 33,5 ans) : 50/76 (65,8%) ne présentaient pas de comorbidités psychiatrique, 15 (19,7 %) avaient un trouble de l'axe 1 et 2, 12 (15,8 %) avaient un trouble de l'axe 1 et 11 (14,5 %) avaient un trouble de l'axe 2 uniquement.

- Parmi ceux qui avait une comorbidité de l'axe 1 :
  - 71,1 % avaient un abus ou une dépendance à une substance psychoactive (l'alcool et le cannabis était les substances les plus utilisées) ;
  - 15,8 % avaient un troubles anxieux ;
  - 13,1 % un trouble de l'humeur ;
  - il n'y avait pas de diagnostic de psychose dans cet échantillon.

#### ► Troubles de la personnalité (troubles de l'axe 2 du DSM IV)

##### Études réalisées en Europe

En Suède, dans un échantillon de 8 596 AAS, la prévalence des troubles de la personnalité a été mesurée et comparée entre les AAS et la population générale. Dans cet échantillon, 4,2 % des AAS présentaient des troubles de la personnalité (0,2 % en population générale) (34).

En Suède, dans l'étude de Carlstedt *et al.* (2005) (50), un trouble de personnalité était observé chez 68 % des AAS pédophiles et chez 59 % des AAS à l'encontre de victimes de moins de 15 ans et non pédophile.

En Allemagne, dans l'étude de Leue *et al.* (38), la distribution suivante des différents clusters de troubles de la personnalité était observée :

- pour le cluster B, au total 33 sujets présentaient un trouble, soit 60 % ;
- pour le cluster C, au total 21 sujets présentaient un trouble, soit 38 %.

En Allemagne, l'étude de Harsch *et al.* (45) donnait les distributions suivantes pour les troubles de la personnalité dans un échantillon de 40 AAS hospitalisés :

- pour le cluster A : 5/40 (12,5 %) :
  - personnalité paranoïaque : 5/40 (12,5 %) ;
- pour le cluster B : 24/40 (60 %) :
  - personnalité antisociale : 20/40 (50 %),
  - personnalité borderline : 5/40 (12,5 %),
  - personnalité narcissique : 5/40 (12,5 %) ;
- pour le cluster C : 8/40 (20 %) :
  - évitant : 8 (20 %),
  - dépendant : 1 (2,1 %).

Au Royaume-Uni, l'étude de Fazel *et al.* (43) réalisée sur un échantillon d'AAS a observé que 32,7 % (33/101) présentaient un trouble de personnalité avec notamment :

- personnalité antisociale : 5/101 (5 %) ;

- personnalité évitante : 11/101 (10,9 %) ;
- troubles obsessionnels compulsifs : 10/101 (9,9 %) ;
- personnalité schizoïde : 10/101 (9,9 %) ;
- personnalité paranoïaque : 4/101 (3,9 %).

#### Études réalisées en dehors de l'Europe

Aux Etats-Unis, Raymond *et al.* (37) ont mis en évidence dans un échantillon que 60 % des AAS avaient un diagnostic de l'axe 2 :

- cluster B :
  - personnalité narcissique : 8/40 (20 %),
  - personnalité antisociale : 9/40 (22,5 %) ;
- cluster C :
  - évitant : 8/40 (20 %),
  - dépendant : 5/40 (12,5 %),
  - troubles obsessionnels compulsifs : 10/40 (25 %),
  - passifs-agressifs : 5/40 (12,5 %).

Aux Etats-Unis, Dunsieith *et al.* (44) ont mis en évidence les distributions suivantes des troubles de la personnalité :

- cluster A :
  - paranoïaque : 29/113 (25,7 %),
  - schizoïde : 8/113 (7,1 %),
  - schizotypique : 1/113 (0,9 %) ;
- cluster B :
  - antisocial : 63/113 (55,8 %),
  - borderline : 32/113 (28,3 %),
  - narcissique : 28/113 (24,8 %) ;
- cluster C :
  - évitant : 23/113 (20,4 %),
  - dépendant : 5/113 (4,4 %),
  - TOC : 17/113 (15 %).

Aux Etats-Unis, McElroy *et al.* (51) ont mis en évidence les distributions suivantes des troubles de la personnalité :

- cluster A : 10/36 (28 %) :
  - paranoïaque : 10/36 (28 %) ;
- cluster B : 33/36 (92 %) :
  - antisociale : 26/36 (72 %),
  - borderline : 15/36 (42 %),
  - narcissique : 6/36 (17 %) ;
- cluster c : 13 (36 %) :
  - évitant : 8/36 (22 %),
  - dépendant : 3/36 (8 %),
  - TOC : 9/36 (25 %).

Aux Etats-Unis, Ahlmeyer *et al.* (41) ont évalué la différence en termes de psychopathologie entre les AAS et les non-agresseurs sexuels : 7 226 détenus condamnés pour agression non sexuelle (fraudes, vols, meurtres, etc.) ont été comparés à 695 AAS détenus (223 agressions sexuelles sur femmes adultes et 472 AAS sur enfants) ont été évalués dans une prison du Colorado. A l'aide d'un modèle de régression logistique, les auteurs ont trouvé que les AAS avaient plus souvent une personnalité dépendante ( $p = 0,001$ ) et schizotypique ( $p = 0,039$ ) par rapport aux auteurs d'agression non sexuelle ; les personnalités narcissiques ( $p = 0,001$ ), antisociales ( $p = 0,001$ ) étaient plus fréquentes chez les auteurs d'agression non sexuelle.

Au Kenya, Kanyanya *et al.* (2007) (53) ont observé dans un échantillon de 76 AAS emprisonnés que, chez ceux qui avaient des troubles de la personnalité, les personnalités antisociales (26,9 %) et les personnalités impulsives (19,2 %) formaient les troubles de personnalité les plus fréquents dans cet échantillon (46,2 %). Les troubles de la personnalité

non spécifiés représentaient 23,1 %. Le groupe de personnes qui avaient les personnalités histrioniques, schizoïdes, paranoïques ou borderline représentaient 30,7 % de l'échantillon.

#### ► **Retard mental (axe 2 du DSM IV)**

L'analyse de la littérature n'a permis d'identifier que peu d'études qui avaient évalué la prévalence du retard mental chez les AAS. Les données présentées sont issues d'une étude Thibaut *et al.* (46) et d'une revue Lindsay (35).

#### **En France**

Dans une étude réalisée en France sur 6 cas de paraphilie sévère, Thibaut *et al.* (46) ont rapporté 2 patients avec un léger retard mental et 1 patient avec un retard mental modéré selon les critères du DSM-III-R.

Dans une autre étude en France qui avait inclus 11 hommes de 16 à 57 ans dont 7 pédophiles, 2 exhibitionnistes et 2 ayant commis des viols sur des femmes adultes, demandeurs d'un traitement antilibidinal, Thibaut *et al.* (54) ont rapporté que 6 d'entre eux présentaient un retard mental.

#### **Autres pays**

Au Danemark, en 1992, une étude rapportait que les AAS avec retard mental avaient 5 fois plus de risque de commettre une agression violente. Malheureusement il n'y avait pas de données spécifiques sur les AAS. En effet, l'agression était définie par viol, vol, agression sexuelle sur enfant (35).

Aux États-Unis, une étude rapportait une forte prévalence (38 %) des personnes avec un retard mental (QI < 70) parmi les personnes ayant commis un crime grave notamment une agression sexuelle (35). Cette forte prévalence doit être interprétée avec beaucoup de précaution car ici aussi il n'y avait pas de données spécifiques sur les AAS : l'agression était définie par le meurtre, le vol, l'agression sexuelle etc. Une étude réalisée aux États-Unis en 1979 sur un échantillon de 436 adultes AAS montrait des prévalences plus faibles. Dans cet échantillon, les taux de personnes avec un retard mental variaient de 0,6 % à 2,3 % (35).

#### ► **Existe-t-il des différences entre les paraphilies qui ont commis des agressions et ceux qui n'en pas commis ?**

Dans la littérature, il y a peu de données sur les personnes ayant une paraphilie et n'ayant pas commis d'agression sexuelle. Dans l'étude de Kafka et Hennen (2002) (52) réalisée aux États-Unis, l'échantillon de 120 hommes âgés entre 17 et 65 ans, volontaires pour un traitement pour paraphilie ou trouble associé à la paraphilie (ex. hypersexualité) comprenait 28 paraphiles sans agression. Quand l'échantillon était divisé en paraphiles ayant commis une agression (n = 66) et paraphile n'ayant pas commis d'agression (n = 28), il n'y avait pas de différence sur l'âge, le statut marital, le fait d'avoir un emploi, les antécédents d'abus sexuel ou physique dans l'enfance, et la durée totale du trouble sexuel de l'axe 1. Il y avait cependant une différence statistiquement significative sur les variables associées au niveau d'éducation, les antécédents avec la justice, l'incidence d'hospitalisation pour troubles psychiatriques. Plus spécifiquement, les AAS avaient en moyenne moins d'année d'étude (p = 0,0001), avaient tendance au redoublement au cours des études (p = 0,0003). Ils avaient plus d'arrestations (p = 0,0001) ou étaient plus souvent incarcérés (p = 0,0001). Les troubles de l'axe 1 étaient statistiquement plus prévalents chez les paraphiles AAS que ceux qui n'avaient pas commis d'agression : plus de troubles des conduites (p = 0,0006), de troubles anxieux généralisés (p = 0,05), d'abus d'alcool (p = 0,03) et d'abus de cocaïne (p = 0,05). L'association entre déficit d'attention avec hyperactivité et paraphiles ayant commis une AAS était non statistiquement significative (p = 0,09).



### ► Troubles cognitifs et émotionnels

Dans une étude récente (2008), Francis et Wolfe (55) ont évalué les distributions des troubles cognitifs et émotionnels d'un échantillon de pères AAS sur leurs enfants de moins de 12 ans. Sur une période de 28 mois, 23 pères incestueux ont été inclus dans l'étude. L'âge variait entre 25 et 61 ans et la moyenne d'âge était 38,4 ans. Les données de cet échantillon étaient comparées à celles d'un échantillon de 25 pères non incestueux dont l'âge variait entre 29 et 50 ans et la moyenne d'âge était 39,20 ans. Cette étude montrait que les pères incestueux avaient été significativement plus maltraités dans l'enfance que les pères non incestueux, avec de multiples formes de maltraitance. La nature de la maltraitance était en générale plus sévère (ex. violences physiques) que pour celle des pères n'ayant pas commis d'inceste. Les pères incestueux présentaient de manière cliniquement significative plus de paranoïa, d'hostilité, de dépression, de troubles psychotiques, de somatisation et un score plus élevé à l'index de sévérité globale. Les pères incestueux avaient significativement moins d'empathie pour leurs enfants, étaient plus coléreux (expression de la colère sous forme d'agression verbale ou physique). Ils avaient significativement plus tendance à percevoir les émotions des enfants comme des émotions négatives (colère, dégoût).

### ► Synthèse

#### Présence de comorbidités

Il existe une variabilité importante dans l'estimation de la prévalence des différentes comorbidités psychiatriques chez les individus pédophiles. Cette variabilité peut être attribuée à la disparité des critères utilisés pour le diagnostic et à l'hétérogénéité des populations de pédophiles. Les études montrent néanmoins une prévalence importante d'autres troubles psychiatriques chez les individus pédophiles. Il y a notamment plusieurs études qui rapportent la présence d'une autre paraphilie chez les personnes pédophiles. Marshall (34) donne dans sa revue une synthèse des données de fréquence des comorbidités psychiatriques en fonction des études :

- en termes de pathologies psychiatriques (axe 1 du DSM IV) :
  - troubles de l'humeur : 3 % à 95 %,
  - psychose : 1,7 % à 16 %,
  - troubles anxieux : 2,9 à 38,6 %,
  - abus ou dépendance aux substances illicites : 7,8 % à 60 %,
  - dysfonctionnement sexuel : 57 %,
  - déficit d'attention avec hyperréactivité : 35,8 % ;
- en termes de troubles de la personnalité (axe 2 du DSM IV) :
  - tout trouble de la personnalité : 33 % à 52 %,
  - personnalité antisociale : 35 % à 40 %.

D'autres auteurs retrouvent des personnalités de type schizoïde, évitantes, dépendantes et un diagnostic d'un retard mental. Les données sur les comorbidités psychiatriques montrent qu'il peut exister des troubles majeurs tels que la dépression caractérisée. Dans une étude (52), le déficit d'attention avec hyperactivité était le troisième trouble de l'axe 1 du DSM-IV le plus retrouvé derrière les troubles dysthymiques et la dépression caractérisée.

Ces données de la littérature suggèrent une évaluation minutieuse des AAS afin d'identifier les différentes comorbidités qui peuvent avoir un impact sur la stratégie thérapeutique à mettre en place. En dehors des problèmes d'agressions sexuelles, les troubles psychopathologiques doivent être pris en compte dans l'évaluation.

Sur le plan cognitif, une étude montre que, dans le cas de l'inceste, les pères ayant commis des agressions sexuelles ont moins d'empathie pour leurs enfants, sont plus coléreux (expression de la colère sous forme d'agression verbale ou physique) et ne perçoivent pas de manière adéquate les émotions de leurs enfants.

#### Implications des comorbidités psychiatriques pour le traitement

La présence de comorbidités psychiatriques implique un ajustement de la stratégie thérapeutique pour prendre en compte ces troubles additionnels. Lorsque qu'un diagnostic d'un autre trouble psychiatrique est réalisé, cela implique que les différentes stratégies thérapeutiques doivent inclure des interventions permettant de travailler spécifiquement sur ces différents problèmes, et utiliser des médicaments appropriés.

Marshall (34) a proposé les implications suivantes en termes de stratégie de prise en charge :

- l'abus ou la dépendance de substances illicites sont des problèmes importants nécessitant une prise en charge spécifique. Dans certains cas de dépendance, le meilleur choix est l'envoi du patient dans un centre spécialisé. Et si possible, les éléments permettant de prendre en compte spécifiquement ces problèmes doivent être intégrés dans la stratégie de prise en charge ;
- le diagnostic de troubles de l'humeur a un impact sur la probabilité de récurrence et les études ont montré que la stabilisation des troubles de l'humeur réduisait l'expression du caractère sexuel déviant ;
- la personnalité antisociale peut être diagnostiquée à l'aide du PCL-R dont le score contribue à la prédiction du risque de récurrence. Le diagnostic de la personnalité antisociale a un impact important sur le traitement. Dans le cadre d'un programme de traitement, les auteurs considèrent que les AAS avec un score PCL-R > 20 ne doivent pas être plus de 2 (plus généralement un seul) à participer au même moment à un groupe de traitement. Ceci a pour objectif de réduire l'influence qu'ils peuvent avoir sur le groupe et permet d'atténuer leur comportement d'opposition, de manipulation (il est à noter que la majorité des personnes qui posent des problèmes au cours des traitements ont un score PCL-R < 20) ;
- les AAS avec d'autres troubles de personnalité, notamment ceux ayant une personnalité narcissique, nécessitent une attention particulière individualisée leur permettant d'entrer dans un programme de prise en charge avec un groupe ;
- les personnalités borderline posent également un problème pour le traitement. Ces personnes présentent plusieurs caractéristiques : instabilité émotionnelle, impulsivité, troubles de l'identité, relations instables et intenses, etc. Tous ces points peuvent être associés à l'agression sexuelle et la majorité doivent être des cibles spécifiques de traitement.

#### **Conclusion de la conférence de consensus 2001**

Les agressions sexuelles sont à replacer et à comprendre dans un contexte plus global, notamment en terme de comorbidités somatiques et psychiques, voire psychiatriques, ainsi que de contexte social général. Des traitements et prises en charge spécifiques de ces éléments contextuels sont donc nécessaires et peuvent contribuer à l'accompagnement thérapeutique.

## Quelle évaluation initiale mettre en place ?

L'entretien clinique est l'étape indispensable par laquelle le clinicien peut accéder à une compréhension du fonctionnement psychique d'un auteur d'agression sexuelle et appréhender toute la complexité de ses conduites déviantes, qui ne peuvent être réduites à de simples paramètres biologiques, physiologiques, psychologiques ou sociologiques. En ce sens, l'entretien clinique se situe au centre de tout test, de toute épreuve et de toute échelle, aussi sophistiqués soient-ils (56). L'entretien clinique poursuit des objectifs différents selon qu'il s'inscrit dans le cadre d'une expertise ou d'une évaluation clinique. Ce chapitre est centré sur l'entretien clinique quand il s'inscrit dans le cadre d'une évaluation clinique. Dans ce cadre, l'utilisation de certains outils d'évaluation peut fonctionner comme des aménageurs de la relation thérapeutique en permettant d'explorer de manière satisfaisante certains aspects cliniques centraux de la vie psychique de ces sujets et ainsi aborder des problématiques clés qui permettront de définir une stratégie de prise en charge adaptée.

### 1 Dimensions de l'évaluation des AAS

#### 1.1 Objectifs de l'évaluation clinique des AAS

Aubut (1993) (57) distingue trois types d'objectifs à propos de l'évaluation clinique : les objectifs diagnostiques, les objectifs thérapeutiques et les objectifs administratifs :

- Les objectifs diagnostiques reviennent à situer le sujet examiné par rapport à un système de classification des troubles mentaux tel que le DSM-IV-TR ou la CIM-10. Aubut considère que poser un diagnostic implique en outre l'identification des facteurs passés et présents liés au passage à l'acte, l'attribution d'un sens à l'acte délictueux et l'établissement d'un lien entre cet acte et les actes antérieurs ;
- les objectifs thérapeutiques de l'évaluation clinique consistent à identifier les déficits spécifiquement liés à la délinquance sexuelle et les déficits non spécifiques et, dans le cas où un traitement est recommandé, à proposer un plan adapté aux déficits et aux capacités du sujet ;
- l'évaluation clinique vise un objectif administratif lorsqu'elle aboutit à la rédaction d'un rapport destiné à éclairer un tiers sur le diagnostic posé et les modalités thérapeutiques à adopter.

A ces 3 types d'objectifs décrits par Aubut, Giovannangeli *et al.* (56) ont proposé de rajouter un quatrième objectif auquel l'évaluation clinique pré et post-thérapeutique doit répondre dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique des AAS centrée sur la prévention de la récurrence, à savoir la formulation d'un pronostic quant à la dangerosité et au risque de récurrence.

Selon Clipson (58) aux États-Unis, les objectifs de l'évaluation d'un individu AAS sont :

- comprendre la personne évaluée :
  - établir le diagnostic de paraphilie,
  - rechercher si l'AAS présente certains critères de trouble de la personnalité,
  - rechercher la consommation de substances psycho-actives,
  - rechercher des troubles anxieux et tout autre trouble psychopathologique,
  - évaluer le fonctionnement cognitif ;
- comprendre les dynamiques intrapersonnelles :
  - cette compréhension est possible grâce à l'utilisation des théories du développement de la personnalité en général, les théories psychodynamiques ou cognitivo-comportementales sont les plus utilisées dans cette phase. Cette compréhension permet est la construction d'une thérapie adaptée et la mise en place d'un programme de gestion du risque ;

- comprendre les facteurs contextuels : les 2 variables importantes à considérer dans cette phase sont :
  - les caractéristiques des victimes choisies par l'AAS,
  - les facteurs contextuels qui favorisent le passage à l'acte ;
- évaluer le risque de récurrence :
  - l'évaluation du risque est une étape centrale dans le processus d'évaluation des AAS.

Pour remplir ces objectifs, la majorité des évaluations des AAS doit apporter une réponse aux questions suivantes (58) :

- est-ce que le sujet a une pathologie psychiatrique qui le prédispose à commettre des agressions sexuelles ?
- quelle est la probabilité que le sujet commette une nouvelle agression sexuelle, et/ou dans quelles circonstances il est plus à risque de commettre cette agression ?
- quels sont les besoins thérapeutiques de l'AAS et quel est la prise en charge optimale à mettre en place pour répondre à ses besoins ?
- quelle intensité du suivi en ambulatoire faut-il mettre en place ?

En plus, l'évaluateur peut prendre en compte les dynamiques individuelles et situationnelles qui sont impliquées dans un cas en particulier.

## 1.2 Différentes composantes de l'évaluation des AAS

L'évaluation psychologique peut prendre 2 formes complémentaires : clinique et/ou standardisée. L'évaluation clinique est fondée majoritairement sur des méthodes hétéro-évaluatives et les techniques projectives. L'évaluation standardisée, quant à elle, repose sur l'utilisation de questionnaires menant à une évaluation globale du sujet ou à l'évaluation de dimensions spécifiques.

Dans le cadre de l'évaluation standardisée, 3 domaines sont fréquemment développés : l'évaluation générale du sujet, l'évaluation des problématiques associées à l'agression sexuelle, l'évaluation des problématiques cliniques spécifiques à l'agression sexuelle.

- L'évaluation générale du sujet comprend notamment :
  - l'évaluation des troubles de la personnalité ou des troubles mentaux ;
  - l'évaluation des capacités intellectuelles ;
  - l'évaluation neuro-psychologique : attention, mémoire, orientation temporo-spatiale, planification, inhibition, etc.
- L'évaluation des problématiques associées à l'agression sexuelle comprend notamment :
  - l'évaluation des relations interpersonnelles, du fonctionnement social ou compétences sociales et de l'attachement ;
  - l'évaluation de la désirabilité sociale ;
  - l'évaluation des habiletés sociales (affirmation de soi, gestion de l'excès de stress, gestion des émotions dont la colère, de lieu de contrôle etc.) ;
  - l'évaluation des connaissances et des croyances sexuelles générales ;
  - l'évaluation de l'estime de soi ;
  - l'évaluation des maltraitements vécus durant l'enfance et l'adolescence.
- L'évaluation des problématiques cliniques spécifiques à l'agression sexuelle comprend notamment :
  - l'évaluation des distorsions cognitives relatives au passage à l'acte ;
  - l'évaluation de l'empathie envers la victime ;
  - l'évaluation de la sphère psycho-sexuelle ;
  - l'évaluation du déni ou minimisation des faits ;
  - l'évaluation du risque de récurrence.

La majorité de ces composantes d'évaluation est retrouvée dans les éléments d'évaluation, fondé sur le modèle psychodynamique, proposés par Ciavaldini (7) :

- les données sociodémographiques ;
- la nature du délit et les récurrences judiciaires ou pas ;
- la qualité de la reconnaissance du délit ;

- la perception de la victime ;
- l'état émotif, affectif : période avant l'acte délictueux ;
- l'état émotif, affectif : pendant l'acte (que se passe-t-il pendant l'acte ?) ;
- l'état émotif, affectif : période après l'acte délictueux ;
- l'étude précise détaillée des caractéristiques de l'acte d'agression (étude des gestes faits) ;
- la vie sexuelle de l'AAS avant l'acte ;
- la qualité des angoisses ;
- l'étude des phobies, des peurs, des « passions » ;
- la qualité de l'activité onirique ;
- les vécus d'enfance et d'adolescence ;
- la vie familiale passée, présente (repérage historique des pertes et des séquestrations) ;
- la qualité de l'insertion sociale, affective, familiale avant l'acte ;
- l'étude historique des pathologies développées et des accidents.

A ces différentes dimensions peuvent être associées les capacités d'insight et de compréhension des états psychiques d'autrui, les capacités d'attachement, la maturité de la représentation de soi et d'autrui, la maturité et la qualité des relations interpersonnelles, la diversité des intérêts et des capacités d'investissement, la tolérance affective et les modalités de réponse au stress.

Pour réaliser ces évaluations, différents outils peuvent être utilisés. L'utilisation des outils d'évaluation nécessite une formation générale à l'évaluation propre aux psychologues, psychiatres, criminologues, mais aussi une formation spécifique aux outils spécialisés.

La grande majorité des outils d'évaluation présentés sont issus d'études anglo-saxonnes ou d'études francophones canadiennes. Il est donc nécessaire, avant leur utilisation, de vérifier si un travail de validation a bien été mené sur une traduction française de ceux-ci au sein d'une population française. Sans quoi il sera difficile de tirer quelque conclusion que ce soit.

Concernant les questionnaires standardisés et leur utilisation, ceux-ci font beaucoup débat en France. Rappelons que les questionnaires ne considèrent que certains aspects du fonctionnement de l'individu. Ils ne peuvent le considérer dans sa globalité, ce qui met en lumière leurs limites dans le cadre d'une compréhension globale d'un individu. Toutefois, ils permettent d'affiner les concepts, de les clarifier, de les questionner, d'apporter des pistes de réflexions et d'améliorer la pratique clinique.

## 1.3 Expérience d'évaluation

### 1.3.1 Expériences en France

Au centre de soins ambulatoire le PARI (Psychothérapie, application et recherches intersectorielles), Ciavaldini (8) a rapporté que, avant toute acceptation de prise en charge dans ce centre, diverses potentialités du sujet étaient évaluées afin d'identifier si le sujet est un bon répondeur ou pas aux possibilités de traitement disponibles dans ce centre. Les évaluations mises en œuvre sont polyaxiales :

- psychiatrique ;
- psychodynamique de l'organisation psychique ;
- préférences sexuelles.

A ces évaluations s'ajoute l'apport des épreuves projectives :

- tests de performance ;
- épreuves projectives ;
- échelles spécifiques ;

Au cours de ces entretiens d'évaluation, sont systématiquement explorées :

- la qualité de la reconnaissance des faits ;
- la position du sujet à l'égard :

- de la loi,
- de la sentence,
- de la peine effectuée,
- des mesures de probation,
- de la ou des victimes
- des soins déjà engagés.
- ce que le sujet peut attendre d'une mesure de prise en charge.

A l'issue des entretiens d'évaluation, les informations obtenues sont confrontées aux 5 critères de « bon répondeur » à un traitement psychothérapeutique de type psychodynamique, qui ont été identifiés dans l'étude de Balier *et al.* (12) réalisée en France :

- reconnaissance du délit ;
- se sentir anormal au moment du délit ;
- reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte ;
- arrestation = soulagement ;
- reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Les professionnels de ce centre précisent que ces critères ne fonctionnent pas comme des limites rédhitoires de la prise en charge, mais comme des indicateurs. En effet, un nombre important de patients ne remplissent pas tous les items, ce qui n'empêche pas la mise en place d'une action thérapeutique pertinente avec eux.

Un autre retour d'expérience a été obtenu du CRIVAS Limousin Poitou-Charentes (9). Dans ce centre, le premier temps du dispositif de soins est l'évaluation clinique et psychopathologique : évaluation de la personnalité à travers sa bibliographie, son parcours scolaire, professionnel, sa vie affective, sexuelle, ainsi que sa position par rapport aux faits reprochés. Cette évaluation se fait toujours par deux soignants différents et à des temps différents. L'ensemble est restitué lors d'une réunion de « fin d'évaluation » où sont définis les objectifs et les modalités possibles de la prise en charge.

### 1.3.2 Dans la littérature

Dans une revue de la littérature sur l'évaluation des AAS, Gordon et Grudin (59) ont proposé de réaliser une évaluation diagnostique et une évaluation psychologique. L'évaluation diagnostique concerne les différents domaines suivants (59) :

- l'état mental de la personne :
  - est-ce qu'il existe une pathologie mentale et quelle est sa relation avec l'agression sexuelle ou tout comportement sexuel inapproprié ?
- l'âge de début du comportement sexuel déviant et de la pathologie mentale ;
- la présence de troubles de la personnalité (notamment personnalité antisociale, borderline, narcissique), de troubles des conduites, de difficultés d'apprentissage et d'abus de substances psychoactives ;
- les antécédents psycho-sexuels, à la fois les fantasmes sexuels et le comportement sexuel ;
- les indicateurs d'une hypersexualité (par exemple, masturbations fréquentes, plusieurs partenaires) et d'une préoccupation ou ruminant fréquente des problèmes sexuels (besoin sexuels subjectifs non contrôlables, fantasmes sexuels fréquents) ;
- quand une paraphilie est diagnostiquée, la fréquence et l'intensité des fantasmes sexuels avec notamment une évaluation du passage des fantasmes à l'acte ;
- dans le cas de diagnostic d'une pathologie mentale, la chronologie des fantasmes déviants (l'évaluation doit déterminer si les fantasmes déviants se sont développés de manière concomitante à la pathologie mentale, si ils l'ont précédée ou s'ils sont arrivés après) ;
- le nombre d'agressions commises (il est également important de rappeler que souvent le nombre d'agressions commises peut être supérieur à celui enregistré dans les dossiers de la police) ;
- quand des antécédents d'abus ou de dépendance aux substances illicites sont mis en évidence, leur relation avec le comportement sexuel déviant est évaluée.

Quand c'est possible, des membres de la famille et ou des amis peuvent être rencontrés et l'ensemble des documents jugés pertinents doivent être demandés aux unités de traitement psychiatrique, aux services sociaux, de probation et scolaires.

L'évaluation psychologique comprend les différents domaines suivants (59) :

- une évaluation des caractéristiques psychologiques comme les compétences sociales, la distorsion cognitive, le manque d'empathie pour les enfants, la solitude émotionnelle ;
- des tests psychologiques de la personnalité si besoin.

Il est important de différencier les caractéristiques associées au risque de récidive (par exemple la distorsion cognitive) des caractéristiques qui sont associées à l'engagement dans un processus thérapeutique comme le déni, le manque d'empathie pour les victimes.

Aux Etats-Unis, une synthèse des différentes composantes d'une évaluation des auteurs d'agression sexuelle a également été proposée par Clipson (58). Le tableau 8<sup>13</sup> présente ces différents éléments et leur définition.

## **2 Evaluation générale de type clinique (non psychométrique)**

### **2.1 L'utilisation des épreuves projectives dans le cadre de l'évaluation des AAS**

Les épreuves projectives peuvent être utilisées pour étudier le fonctionnement psychique des auteurs d'agression sexuelle. Elles permettent d'évaluer leurs traits de personnalité ou de découvrir leurs problématiques narcissiques, agressives ou sexuelles. Lafortune (60) a proposé une synthèse des données sur 2 outils : le *Thematic apperception test* (TAT) et le Test de Rorschach qui peuvent être utilisés pour évaluer les auteurs d'agression sexuelle à la lumière des épreuves projectives.

#### **2.1.1 Le Thematic apperception test (T.A.T)**

Le T.A.T a été développé en 1935 par la Harvard psychological clinic. Il est composé de 31 images pouvant être divisées en séries destinées respectivement aux adultes, hommes (incluant les numéros de planche comprenant un M) et femmes (F), ainsi qu'aux garçons (B) et filles (G) âgées de plus de 10 ans. Les images représentent des personnages d'âge et de sexe différents, pris dans des situations relativement déterminées, mais laissant place aux interprétations des individus évalués. La consigne « Imaginez une histoire à partir de la planche) est donnée au départ et n'est pas répétée par la suite Lafortune (60).

##### **► Utilisation en France**

Vica Shentoub (61) a mené d'importants travaux d'interprétation en France en s'attachant principalement à la forme des récits plutôt qu'à leur contenu. La grille de dépouillement de Shentoub permet d'apprécier et de coter les particularités de construction de chacune des histoires.

##### **► Application de cet outils chez les AAS**

Dans l'étude de Balier *et al.* (12), le protocole TAT et de Rorschach a été appliqué à 30 auteurs d'agression sexuelle incarcérés, âgés de 25 à 45 ans, en se référant à l'approche psychanalytique en France. Cette étude a conclu que l'organisation psychique des auteurs d'agression sexuelle était très hétérogène et qu'elle se caractérisait par une grande variabilité intra et interindividuelle. En dépit de cette diversité, quelques repères ont été

---

<sup>13</sup> Voir annexe 1.

dégagés : une très grande dépendance par rapport aux stimuli perceptifs et à l'environnement extérieur, ce qui exprimerait un surinvestissement du percept, ainsi que des capacités de déplacement et de scénarisation réduite. La plupart des protocoles relevaient des structures limites de la personnalité.

### 2.1.2 Test de Rorschach

Ce test est fondé sur la libre interprétation de formes fortuites. Essentiellement, il se compose de 10 taches d'encre symétriques, imprimées sur des cartes blanches. Dans un premier temps, le sujet doit dire ce que la tache représente pour lui et, dans un deuxième temps, il doit expliquer où et comment il en venu à percevoir ces réponses.

Différents systèmes de codification et d'analyse sont proposés aux utilisateurs du Rorschach :

- l'analyse du Rorschach s'apparente à une évaluation psychanalytique/psychodynamique. Dans cette perspective cet outil met en place des conditions équivalentes à la méthode des associations libres ;

- la méthode du Rorschach peut également être envisagée comme une expérience empirique, une tâche perceptivo-conceptuelle, impliquant des stratégies de traitement de l'information et de résolution de problèmes.

Dans le cadre de l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle, le test de Rorschach permet d'évaluer :

- la capacité de tolérance et de contrôle aux stress ;
- le traitement des informations (évaluation des efforts mis par le sujet à explorer visuellement les stimuli, ainsi qu'à la qualité, l'efficacité et la consistance du traitement de l'information) ;
- la médiation cognitive (renseigne sur la façon dont les informations visuelles sont traduites et interprétées par le sujet). Elles se réfère en quelque sorte au jugement, à l'épreuve de réalité, et est obtenue via l'analyse formelle de la qualité des réponses.
- l'idéation et préoccupation (l'idéation implique l'organisation d'un ensemble de représentations mentales et elle constitue le cœur même de l'activité psychologique) ;
- l'émotion et l'affectivité :
  - ce bloc analytique soulève la question de la place que jouent les émotions dans le fonctionnement du sujet : y a-t-il des indices d'une fréquence inhabituelle d'émotions négatives, jusqu'à quel point le sujet désire t-il être stimulé émotionnellement ? les affects sont-ils contenus et modulés facilement ?
- la perception de soi :
  - le Rorschach permet également d'évaluer les caractéristiques de l'image de soi et ses possibles distorsions,
- la perception des relations interpersonnelles ; le Rorschach évalue la façon dont le sujet perçoit et interagit avec son environnement.

#### ► Application du test de Rorschach chez les AAS

Lafortune (60) a rapporté une étude (62) qui a comparé 60 pédophiles incarcérés et répondants aux critères diagnostiques du DSM-IV à 60 délinquants témoins ayant commis des crimes non sexuels. Les auteurs résument ainsi les caractéristiques de l'échantillon de pédophile :

- capacité d'attachement réduite ;
- besoin de dépendance infantile ;
- vulnérabilité narcissique ;
- ego ;
- représentations immatures ;
- représentations immature de soi et d'autrui ;
- évitement de l'affect ;
- hostilité marquée ;
- grand intérêt à chercher auprès des autres des objets gratifiants ;
- manque d'empathie et mauvaise épreuve de la réalité dans des contextes interpersonnels.



## 2.2 Quand réaliser une évaluation projective ?

Idéalement, l'administration du Rorschach devrait survenir dans un moment où, le sujet semble prêt à s'interroger sur lui-même, après avoir un peu mis à distance les pressions exercées sur lui pour qu'il consulte ou soit évalué Lafortune (60).

Lafortune (60) propose de se poser les questions suivantes avant de réaliser une épreuve projective : le responsable a-t-il réclamé une évaluation projective parce qu'il est confronté à un problème diagnostique ? Parce que le sujet est peu loquace ? Parce qu'il présente des éléments de perversion / paraphilies étranges ? Ou parce qu'il s'agit d'évaluer la dangerosité qu'il représente ou le risque de récidive ?

## 3 Evaluation des troubles de la personnalité chez les AAS ou évaluation générale standardisée (psychométrique)

Les données sur les comorbidités ont montré qu'il existait une prévalence importante des troubles de la personnalité chez les auteurs d'agressions sexuelles. Les divers auteurs qui ont fait une synthèse des différentes dimensions à prendre en compte pour réaliser une évaluation des troubles de la personnalité chez les auteurs d'agressions sexuelles. L'objectif de ce chapitre est de présenter une synthèse des outils utilisés pour évaluer les troubles de personnalité (cf. Proulx (63)).

Les questionnaires d'évaluation de la personnalité ont pour but de décrire la structure de la personnalité d'un individu, ses caractéristiques et ses traits. Plusieurs d'entre eux visent plus précisément à déceler la présence d'une pathologie psychique ou d'un trouble de la personnalité ainsi que la symptomatologie qui y est inhérente. L'évaluation des auteurs d'agression sexuelle implique l'évaluation des facteurs à l'origine du passage à l'acte. Parmi les facteurs qui précipitent le sujet vers le passage à l'acte, il y a notamment les fantasmes sexuels déviants, les distorsions cognitives et la planification du délit. L'étude de ces facteurs permet au thérapeute d'individualiser les objectifs du traitement, et d'évaluer les changements survenus à la suite de ce traitement. L'évaluation du fonctionnement psychologique, des différents facteurs internes et externes qui peuvent aider à comprendre l'état dans lequel se trouve le sujet avant l'acte et de ce qui rend cet acte « possible, désirable et nécessaire » implique l'usage de divers tests psychologiques psychométriques destinés à aborder un spectre plus ou moins large de psychopathologie, de traits de personnalité, d'attitudes et d'affects (56).

### 3.1 Million Clinical Multiaxial inventory (MCMI-I)

C'est un test objectif en 175 questions auxquelles les sujets évalués doivent répondre par vrai ou faux. Lors de la première étape de la procédure de compilation, on obtient une quantification brute de 11 troubles de la personnalité : schizoïde, évitante, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive, schyzotypique, états limite et paranoïde. Dans une seconde étape, les données brutes obtenues sont transformées en taux basaux, conversion qui repose sur les données relative à la prévalence de chacun des troubles de la personnalité évaluées. Finalement les taux de base sont interprétés en fonction de 2 seuils de discrimination.

Cet outil contient également 9 échelles qui concernent des troubles mentaux graves : anxiété, somatoforme, hypomanie, dysthymie, abus d'alcool, abus de drogue, pensée psychotique, dépression psychotique, délire psychotique.

Cet outil a été validé et ses qualités psychométriques sont décrites dans le manuel technique. Il existe une version française validée de cet outil Proulx (63).

## 3.2 Modèles dimensionnels de la personnalité et AAS

Les études du trouble de la personnalité des auteurs d'agression sexuelle qui ont été réalisées avec le MCMI-I reposent sur une conception catégorielle de la personnalité et de ses pathologies. Selon cette conception, chacun des troubles de la personnalité constitue une catégorie distincte des autres (validité discriminante). Une autre approche importante pour l'étude de la personnalité se fonde sur une conception dimensionnelle. Dans cette conception, au lieu d'accoler des catégories de troubles de la personnalité à un individu, le trouble est décrit selon des dimensions, des traits de personnalité (ex. anxiété extraversion). Ces traits varient en intensité selon les personnes. Selon certains auteurs, les traits de la personnalité déterminent l'interprétation qu'un individu fait d'une situation ainsi que le comportement qu'il adoptera alors. Les traits ne sont pas observables directement, mais ils peuvent être inférés d'après le comportement. Enfin, les traits de personnalités ont une base biologique héréditaire ; ils peuvent toutefois être en partie façonnés par des apprentissages Proulx (63).

### 3.2.1 16 personality factor (16 PF)

Cet instrument permet d'évaluer 16 traits fondamentaux de personnalité. Cependant, même s'il est utile pour distinguer les sujets normaux de ceux présentant un trouble mental, il ne discrimine pas entre les personnes présentant différents troubles de personnalité (63).

#### ► Qui utilise le 16 personality factor (16 PF) en Europe

Cet instrument est utilisé en Allemagne, en Autriche (en unité pénitentiaire spécialisée et en institution psychiatrique légale), en Finlande (par les experts), en France (par les experts) et en Grèce (56).

### 3.2.2 Eysenck personality questionnaire (EPQ)

Cet outil a été élaboré en 1975. Il permet d'évaluer 3 dimensions de la personnalité :

- le psychotisme (agressif, cherche les sensations fortes) ;
- l'extraversion (dominant, actif, affirmatif) ;
- le névrotisme (anxiété, dépression, faible estime de soi).

### 3.2.3 NEO personality Inventory (Neo-PI)

Outil d'évaluation de la personnalité élaborée en 1985. Il représente l'aboutissement de plusieurs décennies de recherche sur les dimensions de la personnalité. Il permet d'évaluer 5 facteurs de la personnalité :

- le névrotisme ;
- l'extraversion ;
- l'ouverture aux expériences ;
- la conscience (fiable, rigoureux) ;
- l'altruisme.

### 3.2.4 Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)

C'est l'outil d'évaluation de la personnalité le plus utilisé par les experts en Europe (56). Le MMPI a été élaboré aux Etats-Unis dans les années 40. Il est constitué de 566 items. Il jouit de qualités psychométriques bien établies. Il est composé de questions auxquelles la personne évaluée doit répondre par vrai ou faux. Après compilation, on obtient une quantification pour 10 échelles cliniques :

- hypocondrie ;
- dépression ;
- hystérie de conversion ;
- psychopathie ;
- masculinité-féminité ;
- paranoïa ;

- psychasténie ;
- schizophrénie ;
- hypomanie ;
- introversion sociale.

De plus le MMPI contient 3 échelles de validité :

- mensonge ;
- réponses inhabituelles ;
- orientation défensive.

Les scores pour les échelles psychopathologiques sont cliniquement significatifs lorsqu'ils sont supérieurs à 70. Ce score correspond à 2 écart-types au dessus du score moyen de la population générale, lequel est établi à 50.

#### ► Exemple d'application du MMPI chez les auteurs d'agression sexuelle

Ridenour *et al.* (64) ont réalisé une étude dont l'objectif était de montrer les capacités discriminantes du MMPI-2. L'étude a inclus 90 adultes condamnés pour agression sexuelle sur enfant de moins de 16 ans. Tous les participants étaient issus d'un programme de traitement. La moyenne d'âge était de 32 ans. Un groupe témoin de 90 adultes de moyenne d'âge 37 ans et variant entre 20 et 76 ans a été également sélectionné pour cette étude. Cette étude a montré que l'utilisation du MMPI permettait de classer correctement 146/180 (81,1 %) participants, dont 83,3 % des membres du groupe témoin et 78,9 % du groupe condamné étaient classés dans le bon groupe.

#### ► Utilisation du MMPI en Europe

L'utilisation est très répandue (dans tous les pays européens, à l'exception de l'Angleterre, du Pays de Galles et du Luxembourg, et quel que soit le cadre de l'évaluation) pour évaluer la personnalité du délinquant sexuel de manière exhaustive (56).

### 3.2.5 SWAP (Shedler-Westen Assessment Procedure)

Shedler et Westen (65) ont mis au point la SWAP, une procédure d'évaluation dimensionnelle du changement portant sur la structure de la personnalité en psychothérapie. Cet instrument peut être appliqué à toutes les psychothérapies, quelle que soit leur approche et est destiné à être utilisé par les cliniciens qui souhaitent évaluer les évolutions de structure susceptibles d'accompagner une psychothérapie. Il fonctionne sur le principe d'une série de propositions descriptives de traits de personnalité auxquelles l'utilisateur attribue un score de 0 à 7 en fonction de leur adéquation avec l'appréciation clinique du patient. Les troubles de la personnalité ne sont pas considérés comme des entités séparées mais comme une émergence liée à une sommation de traits dans un genre particulier. En atteignant un certain seuil, cette sommation de traits peut être appréhendée comme un trouble patent.

## 3.3 Evaluation de la psychopathie chez les AAS : le PCL-R<sup>14</sup>

C'est un outil de 20 items cotés 1 (absent), 2 (une certaine indication) ou 3 (présent). Le questionnaire a été validé. Les études de validations ont montré que le questionnaire était constitué de 2 facteurs :

- facteur 1 = relations interpersonnelles et caractéristiques affectives ;
- facteur 2 = antisocial chronique.

L'évaluation est réalisée sous la forme d'un entretien semi-structuré basée sur les caractéristiques interpersonnelles et affectives de la psychopathie et les caractères antisociaux statiques.

En moyenne l'accord inter-juge de cette échelle est de 0,85 pour le score global, 80 % pour le facteur 1 et 75 % pour le facteur 2 (66).

---

<sup>14</sup> Formation nécessaire et validante pour l'utilisation de cet outil. Source : [www.crd.be](http://www.crd.be)

Cet instrument suscite un intérêt croissant chez les chercheurs belges, danois (plus particulièrement à l'Institution de Traitement de Herstedvester), suédois et portugais. Toutefois, dans la pratique, il apparaît que le PCL-R commence seulement à être utilisé en Allemagne, en Belgique, au Danemark, en Espagne, au Portugal, en Grèce et en Suède lors de l'expertise des AAS. Dans d'autres pays comme l'Autriche et la Finlande, certains experts disent utiliser le PCL-R pour évaluer la psychopathie chez les AAS, mais la plupart d'entre eux continuent à évaluer cette dimension à l'aide d'outils plus généraux comme le *Structural Interview* (STI) ou le *Borderline Personality Inventory* (BPI) en Autriche, et le Rorschach, le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) en Finlande (56).

Seuls les experts anglais et irlandais semblaient utiliser le PCL-R de manière fréquente lorsqu'il s'agissait d'expertiser un délinquant sexuel. La psychopathie est également évaluée de manière régulière en milieu carcéral belge; cette évaluation est moins systématique en unité pénitentiaire spécialisée autrichienne. En Angleterre, en Finlande et en Irlande, où les délinquants sexuels incarcérés peuvent bénéficier du programme de traitement SOTP, la psychopathie est évaluée avant et après le traitement sur la base des résultats obtenus au PCL-R et au *Special Hospitals Assessment of Personality and Socialisation* (SHAPS). Enfin, dans le cadre de l'internement, seuls les professionnels des hôpitaux de sécurité anglais et ceux des institutions psychiatriques légales autrichiennes disent utiliser le PCL-R pour les délinquants sexuels faisant l'objet d'une mesure d'internement (56).

### **3.4 Quand étudier le profil de la personnalité des auteurs d'agression sexuelle avec un instrument psychométrique ?**

Si on considère le fait que les AAS présentent une diversité de profils de personnalité, il est important d'étudier le lien entre la diversité de personnalité fournie par le MMPI et la diversité des *modus operandi* chez les auteurs d'agression sexuelle. Cette démarche permet de comprendre le sens du délit sexuel dans le contexte de la personnalité de son auteur.

Notons encore, qu'il y a beaucoup de débats actuellement, en France, concernant les questionnaires et non uniquement relatifs aux troubles de personnalité. Les questionnaires ne considèrent que certains aspects du fonctionnement de l'individu. Ils ne peuvent le considérer dans sa globalité. Cependant, ils permettent d'affiner les concepts, de les clarifier, de les questionner, d'apporter des pistes de réflexions et d'améliorer la pratique clinique.

Enfin, une grande majorité des auto-questionnaires sont issus d'études anglosaxonnes ou d'études francophones canadiennes. Il est nécessaire, avant leur utilisation, de vérifier si un travail de validation a bien été mené en français au sein d'une population française. Sans quoi il sera difficile de tirer quelque conclusion que ce soit.

## **4 Evaluation clinique non psychométrique de dimensions spécifiques à l'agression sexuelle**

### **4.1 Questionnaire d'Investigation Clinique pour Auteurs d'Aggression Sexuelle (QICPAAS)**

Ce questionnaire d'inspiration psychanalytique a été créé par Balier *et al.* (12). Sa première version, le Q.I.A.P.A.S., ou Questionnaire d'Investigation pour les Auteurs Présumés d'Aggressions Sexuelles, était issue d'une demande de recherche sur la configuration de la personnalité des auteurs d'agressions sexuelles, de la Direction générale de la Santé. Pour ce faire, ce questionnaire a été administré à deux cents détenus volontaires, prévenus ou condamnés pour délit ou crime sexuel, incarcérés dans dix-huit Services Médico Psychologiques Régionaux (S.M.P.R.), Centres de Détention et Maisons d'Arrêt répartis sur

le territoire national français. Cent soixante-seize de ces dossiers ont été exploités et comparés à un groupe témoin de 32 non-agresseurs sexuels (sujets violents incarcérés pour coups et blessures volontaires sans agression sexuelle). Une version adaptée du questionnaire a donc été conçue pour la population témoin.

Un des atouts semble être l'aide importante du questionnaire (toujours administré par le biais d'un entretien) à la verbalisation par le délinquant sexuel. C'est ainsi que ses auteurs le considèrent comme permettant de développer une relation d'accueil et d'évaluation, d'amorcer une relation thérapeutique, et d'augmenter la probabilité de l'émergence d'une demande de prise en charge, puisque 50 % des sujets interrogés ont émis une demande de thérapie. Cet outil a donc été décrit par Ciavaldini (1999) (67) comme un « aménageur de la relation ».

Le Q.I.A.P.A.S. a été remodelé et est disponible sous le nom de Q.I.C.P.A.A.S<sup>15</sup>. ou Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'« Agressions Sexuelles ».

Outre les aspects communément étudiés (données d'identification, éléments anamnestiques), ce guide d'entretien structuré essaie d'aborder des éléments plus subjectifs, comme le vécu psychique entourant l'acte délictueux et, notamment, la manière dont les sujets interrogés considèrent certains éléments du délit (comme, par exemple, le niveau de violence utilisé). Il est composé de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Comme le rappellent Cornet *et al.* (68),, qui fournissent une description détaillée du questionnaire, la passation du QICPAAS dure en moyenne 3h30 et s'effectue en deux ou trois entretiens. Le QICPAAS ne possède ni critères de cotation ni grille d'interprétation.

## 4.2 Guide d'investigation clinique

Un guide d'évaluation clinique<sup>16</sup> a été élaboré par Aubut et collègues (1993). Selon ces auteurs, « le jugement clinique restera toujours essentiel et sera étayé par des données de la littérature scientifique appliquées à chaque cas individuel, de même que par une évaluation globale tenant compte des paramètres psychologiques, sociologiques, physiologiques et psychométriques » (Aubut, 1993 (57)). Ce guide reprend 23 domaines à évaluer, il ne propose pas de question type mais rappelle plutôt à l'évaluateur les données utiles, pertinentes et nécessaires à un entretien clinique.

# 5 Evaluation psychométrique de dimensions spécifiques à l'agression sexuelle

## 5.1 Evaluation du déni ou de la non-reconnaissance des faits ou actes chez les AAS

Selon le DSM-IV, le déni est une réponse au conflit et au stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe, ou de l'expérience subjective qui serait évidente pour les autres ». Il constitue ainsi un mécanisme de défense inadapté, relatif au niveau de désaveu, qui recouvre la réalité psychique et la réalité externe.

L'évaluation du déni est importante pour la compréhension et la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. En faisant partie intégrante de l'évaluation psychodiagnostique, elle

---

<sup>15</sup> On peut se procurer le QICPAAS en écrivant au secrétariat de l'ARTAAS. Il n'existe pas à l'heure actuelle, de formation spécifique pour ce questionnaire ; mais lors des formations régionales ou nationales, une information sur ce média comme « aménageur de relation » est toujours proposée. Pour plus de renseignements : [www.artaas.org](http://www.artaas.org).

<sup>16</sup> Ce guide se trouve en Annexe du livre « Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement » (Aubut, 1993 (57)).

peut aider à l'opérationnalisation de notions telles que la responsabilisation et la définition des objectifs de prise en charge. Une synthèse sur les différents outils d'évaluation du déni qui peuvent être utilisés est présentée ci-dessous.

### 5.1.1 Quels sont les outils disponibles du déni ?

Dans une revue de synthèse sur les outils d'évaluation du déni (reconnaissance des faits, voire des actes) Vanderstukken *et al.* (69) ont identifié 5 outils disponibles pour l'évaluation du déni chez les auteurs d'agression sexuelle.

### 5.1.2 Guide d'évaluation clinique

Ce guide a été élaboré en 1993 par l'équipe de Aubut de l'institut Pinel de Montréal. Il est constitué d'un catalogue de questions fermées. Il se fonde sur les propos du participant et recouvre 23 domaines au total. Il est conçu comme un aide mémoire rappelant à l'évaluateur les données pertinentes lors de l'entretien clinique. Concernant la reconnaissance des faits, cette évaluation porte sur les dimensions suivantes :

- les facteurs précipitant ;
- les signes précurseurs ;
- le degré de préméditation ;
- le choix de la victime et du lieu de l'agression ;
- la description du délit ;
- les fantasmes liés au délit ;
- les affects associés au délit (avant, pendant, après)
- les circonstances de l'arrestation.

Ce guide distingue 4 niveaux de reconnaissance :

- le déni complet des faits ;
- la reconnaissance de contacts sexuels mais pas de leur caractère délictuel ;
- la reconnaissance du délit mais évocation de facteurs explicatifs extérieurs ;
- la reconnaissance du délit ainsi que d'autres déficits tels que les relations insatisfaisantes avec les femmes.

### 5.1.3 Grille de déni et de minimisation

C'est une grille spécifique d'évaluation du déni et de la minimisation chez les auteurs d'agression sexuelle développée en 1995 par Mc Kibben et collaborateurs. Cette grille est composée de 4 sous-échelles : les faits relatifs au délit, la responsabilité par rapport à ce dernier, les problèmes de leur vie (alcoolisme, pulsions sexuelles) et les conséquences sur les victimes. Cette grille propose :

- des critères minimaux d'inclusion dans un programme de traitement, critères en deçà desquels le sujet est plutôt orienté vers un groupe pré-thérapeutique de travail sur le déni et la minimisation ;
- une mesure concernant l'impact de l'intervention sur le déni et la minimisation ;
- l'identification des profils de déni/minimisation chez les auteurs d'agression sexuelle.

Chaque item est évalué sur une échelle à 5 points, 1 représentant le déni total et 5 une complète reconnaissance Vanderstukken *et al.* (69).

### 5.1.4 Classification de Pollock et Hasmall.

En 1991, Pollock et Hasmall ont développé une classification des excuses ou justifications pour auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants. Cette classification, de type hétéro-évaluative, se fonde sur les propos du sujet. Il propose 6 catégories regroupant divers types de justification. Ces catégories ont ensuite été échelonnées selon la fréquence avec laquelle elles ont été mentionnées par les auteurs d'agression sexuelle ayant participé à l'étude Vanderstukken *et al.* (69) :

- catégorie 1 (48 % des participants) : facteurs situationnels atténuants (ex. alcoolisme, privé de relation sexuelle) ;
- catégories 2 (36 %) des participants) : « les relations sexuelle avec les enfants ne sont pas mauvaises (ex. la victime était consentante) » ;

- catégorie 3 : (35 %) des participants) : le caractère non sexuel de l'incident (ex ; « c'était juste de l'affection, j'essayais d'aider la victime ») ;
- catégorie 4 (35 %) des participants) : facteurs psychologiques atténuants (ex. « avoir peur des femmes adultes, je ne sais pas ce qui ne va pas chez moi ») ;
- catégorie 5 : (22 % des participants) attribution du blâme à la victime (ex. « c'est la victime qui a commencé ») ;
- catégorie 6 : (21 % des participants) : le déni ou la négation complète (ex. « rien n'est arrivé, la victime ment »).

Ces catégories ont été ensuite organisées selon un modèle hiérarchique à 5 niveaux :

- niveau 1 : faits ;
- niveau 2 : responsabilité ;
- niveau 3 : intention sexuelle ;
- niveau 4 : gravité ;
- niveau 5 : autodétermination.

Plus on descend de niveau plus l'évaluation du discours est complexe et requiert la finesse dans le jugement clinique.

### 5.1.5 Facet of Sexual Offender Denial (FoSOD)

Cet outil est un auto-questionnaire qui a été élaboré en 2001, par Schneider et Wright, sur la base d'une vaste revue de la littérature et d'un modèle hiérarchique du déni. Ce modèle comprend différents niveaux de reconnaissance et de prise de responsabilité. Il concerne plus spécifiquement les auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants et ce en lien avec les observations cliniques recueillies au cours du traitement. Les auteurs distinguent 3 niveaux de déni :

- la réfutation (refus de l'existence d'une agression ou non implication de son auteur) ;
- la minimisation (décrit un auteur d'agression sexuelle qui reconnaît que quelque chose dans son comportement pourrait être perçu comme étant problématique voire dangereux) ;
- la dépersonnalisation (les explications visent ici à nier le fait que l'auteur d'agression puisse être prédisposé à commettre un tel acte).

Cet outil a été validé dans une population d'auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants non incarcérés qui participaient à un programme de traitement aux Etats-Unis (69).

La version finale du FoSOD est constituée de 66 items. Huit items fournissent des informations démographiques et historiques relatives au sujet. Cet outil a pour avantage d'articuler les notions de déni et de distorsion cognitive.

Cet auto-questionnaire est en cours de validation sur une population française (70).

## 5.2 Evaluation des distorsions cognitives chez les auteurs d'agression sexuelle

Le concept de distorsion cognitive a été adopté dans le champ de l'agression sexuelle pour désigner des croyances, des pensées relatives aux comportements sexuels déviants qui ont pour fonction de les légitimer ou d'en minimiser les conséquences. Ces distorsions visent donc à réduire le sentiment de responsabilité de l'auteur d'agression sexuelle et rendent son comportement sexuel plus acceptable par lui. L'auteur d'agression peut ainsi commettre une agression sexuelle sans anxiété manifeste, ni sentiment de honte ou de culpabilité qui accompagnent en général les actes contraires aux normes sociales. Toutefois, il n'existe pas d'unanimité sur le fait que les distorsions cognitives ne constituent que des processus conscients. Le manque de consensus sur une définition opérationnelle complique l'évaluation des distorsions cognitives (Vanderstukken *et al.* (69)). Quels sont les outils disponibles d'évaluation des distorsions cognitives ?

Dans une revue de synthèse sur les outils d'évaluation des distorsions cognitives, Vanderstukken *et al.* (69) ont identifié différents outils disponibles pour l'évaluation des distorsions cognitives chez les auteurs d'agression sexuelle.

### 5.2.1 Abel and Becker Cognitive Scale (ABCS)

Cet auto-questionnaire évalue les distorsions cognitives relatives à l'agression sexuelle sur enfant. Cet instrument était plus spécifiquement employé dans le contexte d'expertise en Angleterre, aux Pays-Bas et en Belgique (où cette échelle a fait l'objet d'une validation sur une population de délinquants sexuels incarcérés) (56).

### 5.2.2 Autoquestionnaire de Bumby : la *Molest Scale* (1996)

La *Molest Scale* (1996) est un auto-questionnaire qui évalue, les distorsions cognitives chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant. Plusieurs items de cet instrument proviennent de l'échelle cognitive d'« Abel et Becker ».

Les participants expriment leur opinion sur une échelle de Lickert à 4 points allant de fortement en désaccord à fortement d'accord. Le score de chaque item est additionné afin d'obtenir le score total. Un score élevé traduit un recours à des justifications, minimisations, rationalisations ou excuses concernant les agressions sexuelles sur les enfants. Ce questionnaire présente de très bonnes qualités psychométriques. Il démontre une très bonne validité discriminante. Les auteurs d'agression sexuelle sur enfant obtiennent des scores significativement plus élevés que les autres groupes d'étude. Il existe des versions françaises, validées sur des populations françaises de ce questionnaire (71).

### 5.2.3 Questionnaire des Croyances Anticipatoires, Soulageantes et Permissives des Auteurs d'Aggression Sexuelle sur Enfant

Il existe un ensemble de convergences entre la littérature actuelle sur les distorsions cognitives chez les auteurs d'agression sexuelle et le modèle des addictions de Beck (72) Leur place au regard de la chaîne de l'abus ou du modèle de l'addiction renvoie à de nombreux parallélismes. Les distorsions cognitives, telles qu'elles sont évoquées par les différents auteurs, pourraient rencontrer les trois catégories répondant à la définition de Beck des croyances A, S et P.

Afin de répondre à ces interrogations, les auteurs (Robin *et al.*, 2009 (73)) ont construit un instrument d'évaluation auto-rapporté des croyances A.S.P. chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant : le Questionnaire des croyances A.S.P. des AASE. Et ce, tout comme l'avaient fait Hautekeete *et al.* (1999) (74) en ce qui concernait la création d'un questionnaire sur les croyances A, S, et P. chez les personnes alcoolo-dépendantes. Les items des trois catégories proposées par Beck *et al.* (72) (A, S, P) ont été rédigés sur la base de la littérature scientifique développée sur ce thème, et sur des entretiens exploratoires pour formuler des manifestations possibles de ces trois schémas de base. Le questionnaire est composé de 30 items, 10 par catégorie de croyances. Ces items ont ensuite été soumis à des juges. L'objectif était que ceux-ci retrouvent la catégorie d'appartenance de chaque item. Nous avons pu ainsi contrôler la pertinence de la rédaction des items. Les items mal rédigés ont pu également être retravaillés ou remplacés.

La construction du questionnaire à proprement parler a été équilibrée et contrôlée. Les items ont été répartis aléatoirement dans le questionnaire. Ces 2 items appartiennent aux croyances anticipatoires : « Avoir une relation sexuelle avec un enfant, c'est lui montrer qu'on l'aime bien » ; « Caresser un enfant avec une intention sexuelle permet de se sentir mieux. ».

Dans les croyances soulageantes, nous retrouvons : « Avoir une relation intime avec un enfant soulage de la dureté du monde adulte. » ; « Il y a moins de crainte à avoir dans le cadre de relation sexuelle avec un enfant. ». Et enfin, dans les croyances permissives : « Un enfant a besoin qu'un adulte fasse son éducation sexuelle en l'initiant au sexe. » ; « Le besoin sexuel des hommes est incontrôlable. ». Une échelle de type Lickert à cinq degrés a été adoptée pour la cotation, allant de 0 « pas du tout d'accord » à 4 « tout à fait d'accord ». Ainsi, nous obtenons quatre notes de base correspondant aux catégories A, S, P, et A.S.P.



De plus, précisons que les scores possibles vont de 0 à 4 points par item, ce qui fait de 0 à 40 points par croyance. Le score total ASP peut donc s'étendre de 0 à 120 points. Plus le score est élevé, plus on relève la présence de croyances A, S, et P. (Vanderstukken O., Robin M. & Hautekeete M., 2009)<sup>17</sup>.

## 5.3 Evaluation de l'empathie chez les auteurs d'agression sexuelle

### 5.3.1 Définition

Depuis longtemps, les chercheurs et cliniciens se sont intéressés à l'évaluation de l'empathie chez les auteurs d'agression sexuelle. Cet intérêt s'explique notamment par les importantes conséquences dévastatrices de ce type d'agression et le manque paradoxal de considération pour la souffrance de la victime. La grande majorité des programmes de traitement des auteurs d'agression sexuelle intègre un volet relatif au développement de l'empathie.

L'empathie peut se définir de manière plurielle selon qu'elle renvoie à sa dimension cognitive ou à sa dimension émotionnelle. Sur le plan cognitif, l'empathie désigne la capacité de prendre le rôle d'une personne afin de s'en représenter les pensées, les sentiments et les actes. Sur le plan émotionnel, elle renvoie à une réaction affective liée à une expérience émotionnelle interpersonnelle.

### 5.3.2 Quels sont les outils disponibles d'évaluation de l'empathie ?

Dans une revue de synthèse sur les outils d'évaluation de l'empathie, Vanderstukken *et al.* (69) ont identifié 2 outils disponibles pour l'évaluation de l'empathie chez les auteurs d'agression sexuelle.

#### ► **Mesure de l'empathie générale et de l'empathie pour les victimes d'agression sexuelle : l'Empat**

L'Empat a été développé pour évaluer tant l'empathie générale que l'empathie envers les victimes d'agression sexuelle auprès des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants. Cet instrument comprend 2 parties :

- l'Empat A, composé de 34 items, mesure l'empathie envers les victimes d'agression sexuelle ;
- l'Empat G, composé de 18 items, mesure l'empathie générale.

Chaque item est évalué à l'aide d'une échelle à 5 points type Lickert allant de « fortement en accord » à « fortement en désaccord ». Sur l'ensemble des items le score élevé reflète un niveau élevé d'empathie.

Différentes dimensions de la validité ont été évaluées sur cet outil : consistance interne, validité discriminante, validité convergente et sensibilité au traitement. Mais, une enquête menée auprès de psychologues ayant utilisé l'Empat pour l'évaluation et la planification de traitement souligne le manque d'utilité clinique de l'instrument. Les critiques émises à l'égard de l'outil ont porté essentiellement sur la trop grande transparence des items.

#### ► **Mesure de l'empathie cognitive et émotionnelle chez les auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants : La Child Molester Empathy Measure**

La *Child Molester Empathy Measure* (CMEM), de Fernandez *et al.* a été développée pour évaluer l'empathie, dans ces dimensions cognitives et affectives auprès d'auteur d'agression à l'encontre des enfants. Elle différencie l'empathie générale de l'empathie liée au contexte

---

<sup>17</sup> Vanderstukken, O., Hautekeete, M. & Robin, M. (2009). Pensées dysfonctionnelles chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant. Adaptation du modèle de Beck : croyances anticipatoires, soulageantes et permissives (A, S, P). Cinquième Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS), Montréal.

de l'agression. Elle distingue également l'agression perpétrée par un tiers et l'agression commise par le participant lui-même.

La CMEM évalue l'empathie à partir de 3 situations :

- un enfant défiguré suite à un accident de la route ;
- un enfant ayant subi une agression sexuelle par un auteur d'agression inconnu pendant une période de temps déterminée ;
- la propre victime de l'auteur d'agression sexuelle.

Chaque situation est évaluée selon 2 dimensions :

- la dimension cognitive de l'empathie (partie A) composé de 30 items et porte sur l'identification des états émotionnels de l'enfant et des problèmes qu'il pourrait connaître.
- la dimension émotionnelle de l'empathie (Partie B), 20 items et permet de décrire les sentiments ressentis envers la victime.

Chaque item est coté de 0 à 10, les scores varient de 0 à 300 pour les dimensions cognitives et de 0 à 200 pour les dimensions émotionnelles et de 0 à 500 pour l'instrument total. Des scores élevés reflètent un haut degré d'empathie.

Différentes dimensions de la validité ont été évaluées sur cet outil (Vanderstukken *et al.* (69)) : consistance interne, validité discriminante, validité convergent, validité concourante avec la distorsion cognitive.

La CMEM présente des qualités psychométriques satisfaisantes. Elle permet de distinguer les déficits généraux d'empathie des déficits spécifiques liés au contexte sexuel. Elle permet par ailleurs de différencier les composantes cognitives de la composante émotionnelle. Sa validité concourante avec la distorsion cognitive la rend utile dans le contexte de l'évaluation clinique (Vanderstukken *et al.* (69)).

#### **5.4 Evaluation des désirs et fantasmes sexuelles déviantes des auteurs d'agression sexuelle : questionnaire Intensité des Désirs et des Comportements Sexuels (IDCS)**

L'adaptation française de ce questionnaire, réalisée par Stoléru et Moulier (2009)<sup>18</sup>, repose sur une hétéro-évaluation mise au point pour des auteurs d'agression sexuelle, incarcérés et non-incarcérés. Le questionnaire a été initialement mis au point pour évaluer l'efficacité du traitement hormonal. Le questionnaire sur l'« Intensité des Désirs et des Comportements Sexuels (IDCS) », version 16, se compose de deux grandes parties. La première partie porte sur l'évaluation des « fantasmes sexuels », « des désirs et pulsions sexuels » et de « l'activité sexuelle » sur « l'objet sexuel » quel que soit son âge : les enfants (garçons et filles), adolescents (garçons et filles de moins de 16 ans en fin de puberté ou complètement pubères), adultes (hommes et femmes d'au moins 16 ans), sans distinction aucune. La seconde partie se compose de ces 3 sections (les fantasmes sexuels, les désirs et activité sexuelle) mais ce uniquement envers des enfants de sexe masculin ou féminin, avant ou en début de puberté. Les sections des « fantasmes » et des « désirs et pulsions sexuels » (envie de passer à l'action et d'avoir une activité sexuelle) sont évaluées à chaque fois dans les 30 derniers jours précédant le moment de l'évaluation : la fréquence à laquelle ils surviennent (choix de 1 à 9), de l'intensité de l'excitation liée (choix de 1 à 9), avec quelques questions qualitatives. La section de « l'activité sexuelle » porte sur le fait d'avoir eu une éjaculation ou non par masturbation ou lors d'une activité sexuelle avec une autre personne. Elle est évaluée tout d'abord sur les 30 jours précédant le moment de l'évaluation et ensuite sur les 4 mois précédant le moment de sa première interpellation, ou selon un calcul particulier pour les personnes sorties de prison. Pour ce faire, une liste des comportements sexuels déviants est soumise au sujet, afin de voir lesquels sont reconnus, concernant les adultes, les adolescents ou enfants, et ceux qui sont centrés sur des comportements

---

<sup>18</sup> Stoléru S, Moulier V. Questionnaire sur l'intensité du désir et des symptômes sexuels. Version 16. Paris: Institut nationale de la santé et de la recherche médicale Unité 742; 2009.

pédophiliques. Lorsqu'un comportement sexuel déviant est présent, sa fréquence est interrogée.

La seconde partie n'est présentée au sujet, que si celui-ci donne des réponses impliquant la présence d'enfants à la première section. Après avoir demandé une confirmation de sa première réponse, surtout si le sujet nie avoir la présence de désirs, de fantasmes ou comportements, la seconde partie est passée ou non. Elle concerne donc les 3 sections en lien avec les enfants et la spécification du sexe de celui-ci. Les mêmes questions (fantasmes, désirs et pulsions sexuels, ainsi qu'activité sexuelle) que celles posées dans la première section, sont proposées (fréquence et intensité ou niveau d'excitation). Concernant l'activité sexuelle, le principe est le même : fréquence sur les 30 jours précédant le moment de l'évaluation (activité sexuelle ayant mené à éjaculation ou non, que ce soit avec un enfant imaginaire ou réel), puis sur les 4 mois précédant le moment de sa première interpellation ou pour les personnes sorties de prison selon un calcul particulier. Pour ce faire, à nouveau, la liste des comportements sexuels déviants centrés sur les comportements pédophiliques, comportements sexuels avec un enfant réellement présent, est soumise. Lorsqu'un comportement sexuel déviant avec un enfant est présent, sa fréquence est interrogée. Le but est de voir s'il est possible de dégager une spécificité propre aux fantasmes et désirs ou pulsions sexuels, ainsi qu'une activité sexuelle en lien avec des enfants imaginaires et réels. Le questionnaire se termine par une question sur le vécu et les commentaires éventuels du sujet sur celui-ci. La méthode de calcul des différents scores obtenus est réalisée par un programme informatique (Vanderstukkenet Pavy, 2009)<sup>19</sup>.

Ce questionnaire nécessite une formation, contact : [serge.stoleru@inserm.fr](mailto:serge.stoleru@inserm.fr)

## 5.5 Evaluation phallométrique des auteurs d'agression sexuelle

### 5.5.1 Pléthysmographie pénienne

La pléthysmographie pénienne consiste à mesurer les réponses péniennes de l'individu lors de la présentation de stimuli sexuels déviants (stimuli qui impliquent des enfants, des adolescents ou des adultes contraints à avoir des relations sexuelles) et non déviants (stimuli qui décrivent des relations sexuelle entre 2 adultes consentants). Les données obtenues permettent de quantifier les préférences sexuelles selon 3 dimensions : le sexe, l'âge de la victime, le comportement de l'auteur de l'agression et de la victime lors du délit, soit le scénario délictuel. La pléthysmographie pénienne est une technique employée autant en recherche qu'en clinique (75).

En clinique la pléthysmographie pénienne est un outil d'évaluation de préférences sexuelles des auteurs d'agression sexuelle. En 2002, L'association *for Treatment of Sexual Abusers* (ATSA) rapportait que la pléthysmographie pénienne était utilisé par les cliniciens pour les raisons suivantes :

- évaluer les préférences sexuelles ;
- augmenter la probabilité de l'individu de reconnaître les faits ;
- mesurer les progrès en traitement au regard de l'excitation sexuelle inappropriée.

En outre l'ATSA soulignait que la pléthymographie pénienne devait être utilisée conjointement avec d'autre source d'informations. Leclerc et Proulx ont précisé cette notion (75) en disant que : « peu importe le contexte légal entourant l'évaluation de la préférence sexuelle d'un individu, les données recueillies avec la pléthysmographie pénienne doivent être interprétées en fonction de l'histoire clinique de l'individu et d'autres données psychométriques. »

---

<sup>19</sup> Vanderstukken O, Pavy A. Fantasmes et fantaisies sexuelles déviantes chez les auteurs d'agression sexuelle: pistes de réflexion et proposition d'un questionnaire hétéro-évaluatif. In: 5e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle. Montréal: CIFAS; 2009

Sur le plan de la validation de cette procédure, Leclerc et Proulx (75) ont rapporté que certaines dimensions de la validité notamment la standardisation, la fiabilité et la validité discriminante ont été évaluées sur cette procédure.

Pour ces auteurs, en termes de standardisation, la pléthysmographie pénienne ne pouvait être considéré comme une procédure standardisée car il peut exister en pratique des différences notables entre les différents laboratoires. Dans une revue sur l'utilité de la pléthysmographie pénienne, Marshall et Fernandez (76) ont précisé ces problèmes de standardisation dans les études d'évaluation, il y avait notamment des différences sur les sujets des études, des différences sur les stimuli utilisés, des différences sur la manière d'évaluer la réponse aux stimuli.

En termes de fidélité, les coefficients de consistance interne des stimuli visuels sont satisfaisants pour les AAS extra-familiaux et les cas d'inceste. En ce qui concerne les stimuli auditifs (âge, sexe de la victime, scénario délictuels), les coefficients de consistance internes sont satisfaisants pour les cas d'inceste. Mais ils sont en deçà des standards pour les AAS à l'encontre des enfants extrafamiliaux. En termes de validité discriminante, les différentes études montrent que les profils de préférence sexuelle obtenus avec cette procédure ne sont pas homogènes. Ainsi, certains AAS à l'encontre des enfants extrafamiliaux (hétérosexuel) auraient des préférences pour les femmes adultes.

### **5.5.2 Utilisation en pratique de la pléthysmographie pénienne**

Pour Marshall et Fernandez (76) l'utilité de la pléthysmographie pénienne en clinique n'est pas démontrée notamment en raison des problèmes méthodologiques qu'ils ont identifiés dans les études qui avaient évalué cette procédure.

Leclerc et Proulx (75) considèrent que le fait que cette procédure présente des qualités psychométriques partiellement satisfaisantes, elle ne peut bénéficier d'une utilisation inconditionnelle dans l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle. Ils considèrent cependant que cette procédure peut être pertinente pour identifier les auteurs d'agression sexuelle qui ont besoin d'être intégrés dans un programme de traitement, ii) fournir de l'information permettant de vérifier si le traitement suivi a eu un impact sur les préférences sexuelles, iii) augmenter la probabilité que l'auteur d'agression reconnaisse les faits, et iv) fournir des données qui peuvent être prises en compte dans l'évaluation du risque de récidive.

Gordon et Grudin (59) ont rapporté que cette procédure était limitée en Grande Bretagne aux hôpitaux de haute sécurité et dans certaines prisons dans le contexte de traitement des auteurs d'agression sexuelle. Ils reconnaissent que l'utilisation de ce test est très controversée car pour certains la technique est très intrusive, pour d'autres la technique permet de montrer la pornographie aux auteurs d'agression sexuelle. Il y a également un manque de standardisation de la méthodologie entre les différents centres, peu de données de référence de bonne qualité sur la population normale. Néanmoins ces auteurs considèrent que l'utilisation de ce test dans le cadre de l'évaluation de l'AAS peut apporter des informations pertinentes pour le traitement dans un contexte clinique.

## **6 Evaluation du risque de récidive chez les auteurs d'agression sexuelle**

L'évaluation du risque de récidive n'est qu'une composante du processus d'évaluation des auteurs d'agressions sexuelles. En effet elle s'inscrit dans un cadre global qui est celui de l'évaluation par le clinicien, et ce dans les pays anglo-saxons ou dans ceux où le clinicien est mandaté par la Justice. Pour certains auteurs, cette évaluation du risque de récidive pour chaque auteur d'agression sexuelle est un élément essentiel pour la mise en place d'une

stratégie de prise en charge car les interventions les plus efficaces sont celles qui sont adaptées au niveau de risque du délinquant. En effet, dans le contexte de la prise en charge thérapeutique, la question en termes d'évaluation du risque de récidive est de savoir quel niveau d'effort, d'attention et d'intervention est nécessaire pour prévenir un acte de violence sexuelle qui serait commis par un délinquant sexuel donné. Cette évaluation peut se réaliser soit par l'évaluation des facteurs de risque de récidive soit par l'utilisation des outils d'évaluation du risque de récidive.

Sur le plan méthodologique, l'estimation des facteurs de risque dépend du taux de récidive dans l'échantillon analysé. Aussi, avant de présenter les données de la littérature sur les facteurs de risque de récidive chez les auteurs d'agression sexuelle et les outils d'évaluation du risque de récidive, une synthèse des données sur l'estimation du taux de récidive est présentée.

## 6.1 Quel est le taux de récidive d'agressions sexuelles ?

Dans la littérature, ce qui constitue une récidive fait débat. Par exemple Greenberg (77) a identifié 4 définitions possibles de la récidive dans la littérature :

- la récidive est la tendance à évoluer vers les comportements à risque précédents ou vers les conditions à risque précédentes ;
- la récidive peut être le fait de commettre le même type d'actes que précédemment, ou répondre à une définition plus large qui inclut tout type d'agression ;
- la récidive peut inclure, chez les auteurs d'agression sexuelle ayant commis des agressions physiques antérieurement, une nouvelle agression physique non sexuelle ;
- une autre définition peut inclure les agressions non violentes comme les « vol de biens », et de manière plus générale toute violation de la probation.

Ces différentes définitions montrent qu'il existe des problèmes méthodologiques qui peuvent avoir un impact sur l'estimation du taux de récidive. Avant d'évaluer les données sur le taux de récidive d'agression sexuelle, sont présentés les articles qui ont évalué les problèmes méthodologiques posés par l'estimation du taux de récidive.

### 6.1.1 Quels sont les problèmes méthodologiques posés par l'estimation du taux de récidive ?

Pour l'évaluation des problèmes méthodologiques, l'analyse de la littérature a permis de retenir :

- 1 revue (77) qui a proposé une synthèse des différents problèmes méthodologiques qui peuvent avoir un impact sur le taux de récidive ;
- 1 article (78) qui permet d'illustrer l'impact de ces problèmes sur l'estimation du taux de récidive.

#### ► Synthèse des différents problèmes méthodologiques

Selon Greenberg (77) les problèmes méthodologiques suivants peuvent être identifiés dans les études d'estimation du taux de récidive :

- la diversité des études sur la récidive d'agression sexuelle rend la généralisation des résultats extrêmement difficile ;
  - les études diffèrent dans le processus de sélection des délinquants sexuels. La population des délinquants sexuels est souvent dépendante du site de l'étude (ex. dans une population d'incarcérés, 41,9 % ont commis des agressions sexuelles auparavant et 57,6 % ont une condamnation antérieure ; dans une population ayant participé à un programme de traitement ambulatoire seulement 25,3 % ont déjà commis des agressions sexuelles et 35,7 % ont eu des condamnations antérieures).
- les études ont des variables descriptives différentes ;
  - il y a des variations sur les variables démographiques, les types de paraphilies, les anciennes données criminelles, les caractéristiques des victimes, le statut légal de l'agresseur, les circonstances d'entrée dans un programme thérapeutique.

- les différences de design des études, rétrospectives vs prospectives ;
- la définition opérationnelle de la récidive selon les études : d'une part, selon le cas, les arrestations, les accusations, les déclarations ou les condamnations sont utilisées. D'autre part, la récidive varie en nature : selon les cas, tout type d'agressions ou uniquement les agressions sexuelles quelles qu'elles soient ;
- Il y a également des variations sur les périodes de suivi.

### 6.1.2 Quel est l'impact des problèmes méthodologiques sur l'estimation du taux de récidive d'agressions sexuelles ?

Prentky *et al.* (78) ont estimé l'impact des différentes sources de variations méthodologique sur l'estimation du taux de récidive. L'échantillon était constitué de 265 hommes délinquants sexuels qui avaient participé à un programme de traitement pour délinquants sexuels dangereux. Ils avaient été libérés lorsqu'ils étaient considérés « non dangereux ». Des variations de taux de récidives en fonction des définitions de la récidive et la durée de suivi étaient observées. Les tableaux 9 et 10 ci-dessous illustrent les variations du taux de récidive dans cet échantillon en fonction de la définition de la récidive, du type d'agressions sexuelles et du mode de calcul du taux d'incidence et de la durée de suivi.

Population d'AAS sexuels	Définition opérationnelle	Indice de calcul	Nature de la récidive		
			Agression Sexuelle	Agression non sexuelle avec victime	Agression non sexuelle sans victime
AAS sur victime > 16 ans (n = 136)	Accusations	Proportion	26 %	33 %	36 %
		Taux d'incidence	39 %	49 %	54 %
	Condamnation	Proportion	15 %	20 %	22 %
		Taux d'incidence	24 %	31 %	38 %
	Emprisonnement	Proportion	13 %	15 %	7 %
		Taux d'incidence	19 %	23 %	12 %
AAAS sur victime ≤ 16 ans (n = 115)	Accusations	Proportion	32 %	14 %	30 %
		Taux d'incidence	52 %	23 %	48 %
	Condamnation	Proportion	25 %	0,6 %	12 %
		Taux d'incidence	41 %	10 %	22 %
	Emprisonnement	Proportion	23 %	4 %	6 %
		Taux d'incidence	37 %	7 %	21 %

La prise en compte de la dimension *durée de suivi* permet également d'illustrer l'importance de ces définitions sur le taux de récidive.

Population d'AAS sexuels	Définition opérationnelle	Taux cumulé de nouvelles agressions sexuelles en fonction de la <i>durée de suivi</i>					
		1 an	3 ans	5 ans	10 ans	15 ans	25 ans
AAS sur victime > 16 ans	Accusations	0,09	0,15	0,19	0,26	0,31	0,39
	Condamnation	0,04	0,08	0,11	0,16	0,20	0,24
	Emprisonnement	0,04	0,07	0,10	0,24	0,17	0,19
AAS sur victime ≤ 16 ans	Accusations	0,06	0,14	0,19	0,30	0,39	0,52
	Condamnation	0,04	0,10	0,14	0,23	0,31	0,41
	Emprisonnement	0,04	0,09	0,13	0,21	0,28	0,37

Ces auteurs (78) ont montré que la variabilité sur la durée de suivi et l'opérationnalisation de la définition de récidive constituent des problèmes méthodologiques ayant un impact majeur sur l'estimation du taux de récidive. Le pourcentage de sous-estimation du taux de récidive lorsqu'on le calcule en termes de proportion est très important :

- pour les AAS de personnes de plus de 16 ans, la sous-estimation pour agression sexuelle était de 33 % pour les accusations, 28 % pour les condamnations, 32 % pour l'emprisonnement ;
- pour les AAS d'enfants de moins de 16 ans, la sous-estimation pour agression sexuelle était de 38 % pour les accusations, 40 % pour les condamnations, 39 % pour l'emprisonnement.

### ► Synthèse

La prise d'une décision valide en fonction de l'évaluation du risque nécessite une estimation précise du risque de récidive et pour cela une définition claire de la nature de la récidive, du mode d'opérationnalisation et de la durée du suivi est nécessaire. Cependant, cela est loin d'être le cas car les études disponibles présentent des variabilités sur les dimensions méthodologiques à prendre en compte.

L'évaluation du taux de récidive chez les AAS nécessite de prendre en compte certaines dimensions méthodologiques importantes :

- l'échantillon de l'étude (échantillonnage à partir d'une population générale d'AAS ou d'AAS rencontrés dans un hôpital ou d'AAS présents dans les unités psychiatriques de sécurité maximale ou en prison) ;
- les critères de récidive (source d'information, type de critère de jugement utilisé pour évaluer l'activité criminelle, l'opérationnalisation de la récidive) ;
- la durée du suivi.

### 6.1.3 Estimation du taux de récidive

Pour l'estimation du taux de récidive, l'analyse de la littérature a permis de retenir :

- 2 rapports réalisés sur les auteurs d'agression sexuelle en France (12,49) ;
  - 1 rapport belge réalisé sur des auteurs d'agression sexuelle en Belgique (79) ;
  - 1 revue de 1998 (77) qui propose des estimations du taux de récidive dans différentes études publiées entre 1989 et 1997 ;
  - 6 études observationnelles (78,80-84).
- 3 méta-analyses (85-87) .

La synthèse de ces articles est présentée dans le tableau 11<sup>20</sup>.

### ► Etudes réalisées en France

Le rapport Balier (49) rapporte une étude réalisée par le SMPR de Grenoble-Varces entre 1978 et 1992. L'échantillon était constitué de 452 personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Grenoble-Varces et pour un crime ou un délit à caractère sexuel.

Concernant la "récidive", sur la totalité du groupe suivi, 88,9 % des personnes incarcérées étaient primaires et 11,1 % des récidivistes. La répartition en fonction des différents groupes était la suivante :

- attentat à la pudeur : 20,4 % de récidivistes et 79,6 % de premières condamnations ;
- viol : 8 % de récidivistes et 92 % de premières condamnations ;
- inceste : 3,7 % de récidivistes et 96,3 % de premières condamnations.

Balier *et al.* (49) ont rapporté une autre étude qui permet d'affiner sur certains aspects relatifs à la récidive, ou plus exactement à une nouvelle condamnation. L'analyse des données de cette étude était centrée sur le devenir judiciaire de sortants de prison. L'échantillon était constitué de 1157 dossiers à partir d'une cohorte de sortants de prison de 1982, étudiée en sept sous-cohortes définies à partir de l'infraction initiale : vol correctionnel, vol criminel, coups et blessures volontaires, attentat à la pudeur, viol, meurtre et trafic de stupéfiants. Le

---

<sup>20</sup> Voir annexe 1.

critère de jugement évaluait « une affaire » commise dans un délai de 4 ans après la libération.

- Dans la sous-cohorte des sortants condamnés initialement pour viol, 38,5 % ont à leur actif une affaire nouvelle pour atteinte contre les personnes, dont 5,4 % de nature criminelle (moeurs) et 10,8 % de nature délictuelle (coups et blessures volontaires, moeurs). Le délai moyen entre la libération et la commission d'une nouvelle infraction d'ordre divers était de 15 mois ;
- dans la sous-cohorte des sortants condamnés initialement pour attentat à la pudeur, le taux de nouvelles affaires était de 31 % avec le même délai moyen que précédemment de 15 mois entre la libération et les faits relatifs à la nouvelle affaire dont 2 affaires de moeurs sur 11 nouvelles condamnations.

Dans une autre étude réalisée par Balier *et al.* (12), sur un échantillon de 176 AAS, les auteurs ont observé que 67 % étaient incarcérés pour la première fois et que 45 % étaient des récidivistes. L'étude de la population des récidivistes montrait que 12 % n'avaient jamais eu de peines d'emprisonnement. Chez les AAS, la récidive sexuelle était un risque constant et occupait au moins la moitié des récidives. Les AAS avaient, à côté des récidives sexuelles, d'autres délits notamment vols, les filouteries (infractions financières, abus de confiance et problèmes de chèque) et les problèmes liés à l'alcoolisation. En prenant en compte tous ces critères de récidive, la moyenne de récidive était de 3 par sujet. Plus le nombre de récidive augmentait, plus le risque de récidive sexuelle augmentait. Les taux de récidive estimés étaient :

- 60 % pour les AAS sur mineur non-incestueux ;
- 8 % pour les AAS sur mineur incestueux ayant commis un viol ;
- 33% pour les AAS sur mineur n'ayant pas commis de viol.

#### ► Etudes réalisées dans d'autres pays

En Belgique, Ducro *et al.* (88) ont estimé le taux de récidive sur un échantillon de 219 auteurs d'agression sexuelle ayant bénéficié d'un traitement ou d'un suivi « guidance » dans une équipe de santé spécialisée en 2001 ou 2001. Les dossiers des personnes ont été évalués entre Mai et Octobre 2007 dans les fichiers du Ministère de la Justice.

Chez les AAS à l'encontre des enfants (n = 128) les taux de récidive étaient :

- 7,1 % pour la récidive sexuelle ;
- 4,7 % pour la récidive sexuelle violente ;
- 3,9 % pour la récidive sexuelle non violente.

Chez les AAS sur enfants intrafamiliaux (n = 95), les taux de récidive étaient :

- 5,3 % pour la récidive sexuelle ;
- 3,2 % pour la récidive sexuelle violente ;
- 4,2 % pour la récidive sexuelle non violente.

Chez les AAS sur enfants extrafamiliaux (n = 15), les taux de récidive étaient :

- 21,4 % pour la récidive sexuelle ;
- 14,3 % pour la récidive sexuelle violente ;
- 7,1 % pour la récidive sexuelle non violente.

Chez les AAS sur enfants extrafamiliaux et intrafamiliaux (n = 14), les taux de récidive étaient :

- 5,6 % pour la récidive sexuelle ;
- 5,6 % pour la récidive sexuelle violente ;
- Pas de récidive sexuelle non violente.

Une autre étude réalisée en Belgique par Menghini *et al.* (84) a apporté des données sur 2 phases du parcours des AAS : le taux de récidive avant la prise en charge et le taux de récidive après une prise en charge dans un établissement de Défense sociale.

- Dans la première phase, l'analyse était rétrospective. Le taux de récidive était estimé à partir de la première infraction sexuelle officielle de 118 AAS dont 69 AAS à l'encontre d'enfants internés au sein d'un établissement de défense sociale jusqu'à la date d'entrée dans l'établissement de défense sociale. L'âge moyen de la première agression était 29,88



ans. Sur une période de suivi moyenne de 1 060 jours, le taux de récidive, pour les AAS à l'encontre d'enfants (n=69), après la première agression était :

- 42 % pour la récidive sexuelle ; 5,8 % pour la récidive non sexuelle violente ; 52,1 % pour la récidive en générale.
- La deuxième phase de l'étude avait pour objectif d'évaluer le taux de récidive des AAS après le passage dans un établissement de défense sociale où une prise en charge individuelle et/ou groupale à visée éducative et thérapeutique (gestion de la colère, habiletés sociales, prévention de la récidive, éducation sexuelle, etc) était proposée aux AAS. 55 AAS à l'encontre d'enfant ont été identifiés pour cette phase. Sur une période de suivi moyenne de 903 jours, les taux de récidive dans cet échantillon d'AAS à l'encontre d'enfants ont été :
  - 27,3 % pour la récidive sexuelle ; 1,8 % pour le récidive non sexuelle violente et 30,9 % pour la récidive en générale.

Au Canada, Proulx *et al.* (80) ont évalué le taux de récidive 269 agresseurs sexuels d'enfants. La durée moyenne de suivi était 64,5 mois, la récidive était définie comme une accusation ou une condamnation pour toute agression. Le taux de récidive chez les agresseurs sexuel d'enfants était de 13 % Le taux de récidive d'agressions violentes sexuelles et non sexuelles) chez les auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants était de 15,2 %. Le taux de récidive d'actes criminels était de 21,1 %.

Aux Etats-Unis, Zgoba et Simon (81) ont publié une étude sur un échantillon de 718 AAS dont 495 AAS libérés après un programme de prise en charge et 223 AAS libérés de prison sans prise en charge. La distribution du taux de récidive chez les AAS d'enfants en fonction de la définition de la récidive est présentée dans le tableau 12.

	<b>Ensemble des AAS d'enfants</b>	<b>AAS ayant suivi un traitement</b>	<b>AAS n'ayant pas suivi un traitement</b>
<b>Arrestation pour agression sexuelle</b>	12,6 %	11,3 %	16,1 %
<b>Nouvelle condamnation pour agression sexuelle</b>	8,1 %	7,9 %	8,7 %
<b>Réincarcération pour agression sexuelle</b>	4,2 %	4,0 %	4,7 %
<b>Arrestation pour problème non sexuel</b>	19,4 %	15,5 %	29,1 %
<b>Condamnations pour problème non sexuel</b>	13,3 %	10,4 %	20,7 %
<b>Réincarcération pour problème non sexuel</b>	7,3 %	4,0 %	15,4 %

L'étude de Prentky *et al.* (78) a montré l'évolution du taux cumulé de récidive chez les AAS d'enfants de moins de 16 ans en fonction de la durée de suivi : taux de récidive à 1 an = 6 %, suivi par un taux de 4 % les 2 années suivantes, puis 2 – 3 % les 2 autres années suivantes. A 5 ans le taux de récidive était le même entre les AAS d'enfants < 16 ans et les AAS de personnes de plus de 16 ans.

► **Combinaisons des données des différents pays**

Plusieurs revues de la littérature et méta-analyse (82,85-87) ont proposé une synthèse des taux de récidive en combinant les données des études issues de plusieurs pays.

Les données les plus importantes sur l'estimation du taux de récidive chez les AAS sont celles de la revue de Hanson *et al.* (85). Dans cette revue, les taux de récidive suivants ont été rapportés :

- récidive à 5 ans = 14 % IC95 % (13 – 15 %) ;

- récidive à 10 ans = 20 % IC95 % (19 - 21 %) ;
- récidive à 15 ans = 24 % IC95 % (22 - 26 %) ;
- récidive à 20 ans = 27 % IC95 % (24 - 30 %).

Le taux cumulé augmente avec le temps, mais plus un AAS reste longtemps sans commettre d'agression, plus le risque de récidive diminue. Ainsi, dans cet échantillon, on observait 14 % de nouveaux récidivistes à 5 ans après libération et seulement 3 % après 15 à 20 ans de suivi.

Des estimations similaires ont été retrouvées par Harris *et al.* (82), dans une étude réalisée avec un échantillon de 4 724 AAS provenant du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni. Les estimations des taux de récidive étaient :

- dans l'échantillon total, les taux de récidive (14 % après 5 ans, 20 % après 10 ans et 24 % après 15 ans) étaient semblables à ceux du sous-groupe des auteurs de viols (14 %, 21 % et 24 %) et du sous-groupe des AAS à l'encontre des enfants (13 %, 18 % et 23 %).
- dans le sous-groupe des AAS à l'encontre des enfants, il y avait des différences significatives entre les types d'AAS :
  - AAS sur des filles : 9 % à 5 ans, 13 % à 10 ans, 16 % à 15 ans,
  - AAS sur des garçons : 23 % à 5 ans, 28 % à 10 ans et 35 % à 15 ans,
  - le taux le plus faible était retrouvé chez les auteurs d'incestes (6 % à 5 ans, 9 % à 10 ans, 13 % à 15 ans) ;
- les AAS ayant déjà été condamnés pour une infraction sexuelle avaient un taux de récidive environ deux fois plus élevé que les AAS qui en étaient à leur première condamnation pour une infraction sexuelle (25 % contre 10 % à 5 ans et 37 % contre 19 % à 15 ans).

Dans une étude récente réalisée au Royaume-Uni, Craig *et al.* (87) ont trouvé des taux de récidive semblables à ceux retrouvés dans d'autres échantillons en Europe, au Canada et États-Unis. Ces auteurs ont estimé le taux de nouvelles condamnations pour agression sexuelle au Royaume-Uni. Les estimations étaient obtenues à partir des échantillons publiés entre 1991 et 2005. Pendant cette période, 16 études ont été publiées réunissant des auteurs d'agression sexuelle incarcérés (8 études, n = 5 915) et des auteurs d'agression sexuelle non incarcérés (8 études, n = 1 274). La moyenne du taux de récidive dans l'échantillon des auteurs d'agression sexuelle incarcérés était :

- après 2 ans de suivi, 6 % IC95 % (1,2 % - 10,3 %) ;
- après 4 ans de suivi, 7,8 % IC95 % (4,3 % - 12 %) ;
- après 6 ans et + de suivi, 19,5 % IC95 % (8,5 % - 25 %).

La moyenne du taux de récidive dans l'échantillon des auteurs d'agression sexuelle non incarcérés était :

- après 2 ans de suivi, 5,7 % IC95 % (4 % - 7,1 %) ;
- après 4 ans de suivi, 5,9 % ;
- après plus de 6 ans de suivi 15,5 %.

### ► Synthèse

Le taux d'agressions sexuelles est considéré comme sous-estimé, notamment en raison de la sous-déclaration. Le taux de récidive est dépendant de la population étudiée, de la définition de la récidive, et de la période de suivi. En définissant la récidive par toute nouvelle accusation d'agression sexuelle, le taux de récidive varie entre 10 à 15 % sur une période de 5 ans. Entre 5 ans à 10 ans de suivi, le taux varie en fonction du type d'AAS : pour les AAS extrafamiliaux d'enfants, il varie entre 10 % et 20 %, avec la majorité des études qui suggère que le taux de récidive est plus important chez les AAS homosexuels d'enfants par rapport aux AAS hétérosexuels d'enfants.

Un exemple d'estimation pour les auteurs d'agression à l'encontre des enfants est donné par Harris *et al.* (82) :

- pour les AAS à l'encontre des filles : 9 % à 5 ans, 13 % à 10 ans, 16 % à 15 ans ;
- pour les AAS à l'encontre des garçons : 23 % à 5 ans, 28 % à 10 ans et 35 % à 15 ans ;

- l'estimation du taux de récurrence est le plus faible pour les auteurs d'incestes (6 % à 5 ans, 9 % à 10 ans, 13 % à 15 ans).

Ces données permettent de mieux comprendre et d'améliorer l'évaluation du risque :

- la variabilité du taux de récurrence entre les divers types d'AAS suggère de ne pas appliquer un type unique de programme de réduction du risque, mais d'adapter la prise en charge en fonction du niveau de risque de récurrence ;
- la stabilité temporelle du taux de récurrence suggère qu'il est nécessaire de mettre en place une prise en charge à long terme couplée à un suivi en ambulatoire après la prise en charge.

## 6.2 Quels sont les facteurs de risque de récurrence d'agression sexuelle ?

La connaissance des facteurs de risque de récurrence permet d'améliorer l'évaluation du risque et donc d'ajuster les programmes de prise en charge au niveau de risque. Cet ajustement permet d'améliorer le bénéfice attendu. L'analyse de la littérature a mis en évidence que les facteurs de risque de récurrence chez les auteurs d'agressions sexuelles étaient regroupés en 2 catégories :

- les facteurs de risque statiques (facteurs historiques) ;
- les facteurs de risque dynamique qui peuvent être divisés en 2 groupes de facteurs ;
  - les facteurs dynamiques stables qui ont tendance à changer très lentement et sur une longue période (plusieurs mois, voire des années),
  - les facteurs dynamiques aigus qui ont tendance à changer rapidement sur une période courte (semaines, jours, voire minutes).

Pour différencier les facteurs de risques dynamiques stables et aigus, on peut citer par exemple la dépendance à l'alcool et l'intoxication aiguë.

La majorité des résultats des études de risque concernent les facteurs statiques. Ces facteurs sont intéressants pour une évaluation du risque de récurrence à long terme, mais n'apportent aucune indication sur la direction à prendre pour réduire le risque de récurrence. La compréhension et le changement du risque de récurrence nécessitent l'évaluation des variables dynamiques.

Après une présentation des différentes dimensions méthodologiques qui ont permis d'évaluer la qualité des études de cohortes, la synthèse des études identifiées est présentée en fonction des différents facteurs de risque.

### 6.2.1 Évaluation de la qualité des études

#### ► Critère de jugement retenu

Dans les différentes études identifiées, la nature de la récurrence critère était opérationnalisée par différentes définitions :

- nouvelle agression sexuelle (récurrence sexuelle) correspondant à toute nouvelle accusation ou condamnation pour un délit à caractère sexuel ;
- nouvelle agression violente non sexuelle (récurrence violente non sexuelle) correspondant à toute nouvelle accusation ou condamnation pour délit violent non sexuel, par exemple agression physique non sexuelle ;
- nouvelle agression violente (inclut en général agression sexuelle et agression violente non sexuelle) correspondant à toute nouvelle accusation ou condamnation pour délit sexuel avec violence, par exemple attentat à la pudeur avec violence ;
- nouvelle agression sexuelle non violente correspondant en général à toute nouvelle accusation ou condamnation pour un délit sexuel non violent, par exemple exhibitionnisme ou attentat à la pudeur sans violence ni menace ;
- récurrence non violente non sexuelle correspondant à toute nouvelle accusation ou condamnation pour délit non violent non sexuel comme par exemple, un vol simple ;
- toute récurrence (récurrence en général) correspondant à toute nouvelle accusation ou condamnation et ce quel que soit le délit.

### ► Dimensions méthodologiques

L'évaluation de la qualité méthodologique de ces articles a été réalisée sur la base de critères méthodologique proposés par Altman (89) pour évaluer la validité des études pronostiques. Les dimensions méthodologiques suivantes ont été évaluées :

- la définition de la population ;
- la durée du suivi ;
- la définition de la récurrence ;
- la participation à un traitement ou non ;
- la définition des facteurs pronostiques pris en compte ;
- les analyses statistiques réalisées.

Plusieurs critères ont été utilisés pour évaluer chaque dimension. L'évaluation avait pour objectif d'établir si l'article donnait assez d'information sur ces critères et si le risque de biais était minimisé. Si les informations étaient suffisantes et le biais considéré comme peu probable, le critère était coté « 1 » ; si les informations n'étaient pas disponibles et le biais probable, le critère était coté « 0 » et lorsque les informations n'étaient pas disponibles ou pas claires, le critère était coté « ne sait pas ».

## 6.3 Facteurs de risque statiques

L'analyse de la littérature sur les facteurs de risque de récurrence statiques a permis d'identifier :

- 2 méta-analyses (86,90) ;
- 9 études de cohortes.

Les résultats des méta-analyses précédentes ont été complétés par l'évaluation des études de cohorte récentes ayant estimé les facteurs de risque statique de récurrence chez les auteurs d'agressions sexuelles. Globalement, les résultats de ces nouvelles études de cohorte étaient concordants avec les résultats des méta-analyses.

Les différents facteurs de risque statiques identifiés sont résumés dans le tableau 13. Les synthèses des méta-analyses sont présentées dans le tableau 14<sup>21</sup> et celles des études de cohorte dans le tableau 15<sup>22</sup>.

**Tableau 13. Facteurs de risque statiques de récurrence d'agression sexuelle**

Types de facteur de risque	Opérationnalisation de la récurrence			
	Récurrence sexuelle	Récurrence non sexuelle	Récurrence violente	Récurrence en général
Facteurs de risque statiques	Psychopathie	Psychopathie	Psychopathie	Psychopathie
	Agressions sexuelles antérieures	Agressions sexuelles antérieures	Agressions sexuelles antérieures	Agressions sexuelles antérieures
	Déviance sexuelle	Déviance sexuelle	Déviance sexuelle	
	Statut marital (vivre seul)			Statut marital (vivre seul)
	Victime d'abus dans l'enfance	Antécédents familiaux de violence	Antécédents familiaux de violence et d'abus physiques	
	Victimes extrafamiliales (non connues, connues,			

<sup>21</sup> Voir annexe 1.

<sup>22</sup> Voir annexe 1.

victimes étrangères)

Âge (jeune)

Âge (jeune)

---

### 6.3.1 Psychopathie

La psychopathie est l'un des facteurs de récurrence chez les auteurs d'agression sexuelle le plus retrouvé dans la littérature. Elle est en général évaluée dans la majorité des études par le *Psychopathy Check List – Revised* (PCL-R)). Elle est retrouvée dans des cohortes d'auteurs d'agression sexuelle aux Pays-Bas (91), en Suisse (92), au Canada (93-95). Les deux méta-analyses Hanson et Morton-Bourgon (86) et Hanson et Bussière (90) ont mis en évidence la relation entre ce facteur et le risque de récurrence pour toutes les définitions de la récurrence.

### 6.3.2 Aggressions antérieures

Dans les études, les antécédents d'agression étaient associés à une augmentation du risque de récurrence d'agression sexuelle. Les agressions antérieures étaient opérationnalisées par plusieurs critères. Par exemple Fazel *et al.* (96) ont utilisé les critères suivants : toute condamnation antérieure pour agression sexuelle, toute condamnation antérieure, condamnation sans contact sexuel, condamnation antérieure pour violence non sexuelle, et Dempster et Hart (95) ont utilisé agression non sexuelle violente dans le passé, agression non violente dans le passé. Le facteur agression antérieure a été retrouvé dans les cohortes au Pays-Bas (91), en Suède (96), au Canada (95), aux États-Unis (81).

Dans 2 méta-analyses (86,90), les auteurs ont montré qu'il y avait une augmentation du risque de récurrence chez les auteurs d'agression sexuelle qui avaient des antécédents de criminalité non sexuelle : le nombre total d'agressions antérieures, une délinquance juvénile, des agressions violentes antérieures, un trouble de la personnalité antisociale. Pour la criminalité sexuelle, il y avait une augmentation du risque chez ceux qui avaient des antécédents de viols.

### 6.3.3 Déviance sexuelle

La déviance sexuelle était définie comme intérêt sexuel pour les enfants et était mesurée par l'évaluation phallométrique dans les méta-analyses de Hanson et Morton-Bourgon (86) et Hanson et Bussière (90) et dans l'étude de Firestone *et al.* (97). Olver et Wong (93) ont utilisé la *Violence Risk Scale : sexual offender* (VRS : SO) pour évaluer la déviance sexuelle. Parmi les études analysées, ce facteur était retrouvé dans les méta-analyses (86,90), dans 2 études cohortes canadiennes (93,97).

Harris *et al.* (98) ont montré qu'il existait une interaction significative entre les valeurs médianes du score PCL-R et du score de déviance mesurée par phallométrie et la prédiction du risque de récurrence violente. Cette interaction était retrouvée dans la cohorte de Olver et Wong (93). Ces résultats montraient donc que, lorsque les deux facteurs étaient présents et élevés, le taux de récurrence augmentait plus rapidement.

### 6.3.4 Statut marital

Dans plusieurs études, les auteurs d'agression sexuelle qui vivaient seuls avaient plus de risque de récurrence. Ce résultat était retrouvé dans une cohorte en Suède l'étude de Fazel *et al.* (96), aux Pays-Bas Hildebrand *et al.* (91), et dans les méta-analyses (86,90).

### 6.3.5 Facteurs psychosociaux fixes

Au Canada Dempster et Hart (95) ont mis en évidence dans une cohorte d'auteurs d'agression sexuelle une corrélation entre le fait d'avoir été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance et le risque de récurrence sexuelle.

Dans une autre étude de cohorte au Canada, Firestone *et al.* (97) ont observé que les auteurs d'agression sexuelle qui avaient des antécédents familiaux de violences et des abus physiques dans l'enfance (avant de 16 ans) avaient plus de risque de récurrences.

Dans leur méta-analyse Hanson et Bussière (90) ont montré qu'un environnement à risque dans l'enfance : conflits et séparations avec les parents, agression sexuelle, négligence, agression physique de la part des parents étaient des facteurs de risque importants.

### 6.3.6 Type de victimes

Dans leur méta-analyse, Hanson et Morton-Bourgon (86) ont montré que les auteurs d'agression sexuelle sur des victimes extrafamiliales, ou qui agressaient spécifiquement les garçons avaient plus de risque de récurrence.

En Suède, Fazel *et al.* (96) ont trouvé dans leur étude que le type de victime avait un impact sur le risque de récurrence : ils ont retrouvé que les agresseurs sexuels ayant des victimes non connues ou des victimes étrangères avaient plus de risque de récurrence.

### 6.3.7 Âge de l'AAS

Dans les 2 méta-analyse identifiées Hanson et Morton-Bourgon (86) et Hanson et Bussière (90), il y avait une relation inverse entre l'âge et le risque de récurrence mais il y avait une variabilité importante entre les études.

Le rôle de l'âge sur le risque de récurrence fait l'objet d'une évaluation plus spécifique dans ce texte.

### 6.3.8 Synthèse

Ces études montrent que les variables statiques (historiques) expliquent une grande part de la variance de la récurrence. Elles sont retrouvées pour presque tous les critères de jugement utilisés pour évaluer le risque de récurrence d'agression sexuelle. Les variables les plus retrouvées ont été le score PCL-R, le comportement dans l'enfance, les antécédents de criminalité, la déviance sexuelle.

Selon Hanson *et al.* (85), les variables importantes pour la prédiction du risque de récurrence peuvent être regroupées en 4 dimensions :

- déviations sexuelles :
  - Intérêt sexuel pour les enfants,
  - toute préférence sexuelle déviante,
  - agression sexuelle antérieure,
  - victimes non connues,
  - début jeune (ou précocité des agressions),
  - victime connue,
  - victime garçon,
  - crimes sexuels divers,
- histoire criminelle :
  - personnalité antisociale,
  - toute agression antérieure,
- variables démographiques :
  - âge (jeune),
  - célibataire (jamais marié, vivant seul),
- antécédents de traitement
  - perdus de vue au cours d'un traitement antérieur.

Les données de la littérature sont en faveur d'une expertise en santé mentale dans les prisons pour améliorer l'évaluation et la prise en charge pour prévenir le risque de récurrence.

## 6.4 Les facteurs de risque dynamiques

Les variables dynamiques sont des variables qui peuvent montrer un changement au cours du temps. L'évaluation de ce changement peut permettre d'améliorer les propriétés prédictives de la procédure d'évaluation du risque de récidive. D'autre part, ces variables sont également la cible du traitement dans certaines formes de psychothérapies et nécessitent donc de suivre leur évolution au cours de la prise en charge car les changements observés peuvent être associés à une réduction du risque de récidive. Par exemple dans une étude récente (2007), Olver et al. (99) ont observé un effet total bénéfique de changement de la variable dynamique sur la récidive sexuelle (HR = 0,9 [p < 0,05]), (ce qui signifie qu'une amélioration d'un point sur l'échelle dynamique a été associée à une réduction de 10 % du risque de récidive sexuelle).

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- 1 méta-analyse (86) ;
- 4 études observationnelles (40,95,99,100).

La synthèse des articles sur les facteurs de risque est présentée dans le tableau 16<sup>23</sup> et le tableau 17 résume les différents facteurs de risque identifiés.

<b>Tableau 17. Facteurs de risque dynamiques de récidive de l'agression sexuelle</b>	
<b>Types de facteur de risque</b>	<b>Opérationnalisation de la récidive : Récidive sexuelle</b>
<b>Facteurs de risque dynamiques</b>	Incapacité à se contrôler
	Congruence émotionnelle avec les enfants
	Colère, Hostilité
	Tendance à se rappeler les émotions négatives
	Faible estime de soi
	Intérêt sexuel inapproprié
	Préoccupations sexuelles
	Personnalité antisociale
	Instabilité au travail
	Abus et dépendance de substances psycho-actives
	Comorbidités psychiatriques (troubles de la personnalité, psychose)
	Justification des relations sexuelle avec les enfants
	Incapacité à planifier ses activités personnelles
	Manque de motivation au changement
	Adhésion au traitement
Connaissances sexuelles	

<sup>23</sup> Voir annexe 1.

#### 6.4.1 Mécanismes de défense

Aux Etats-Unis, Thornton (100) a montré que les récidivistes avaient tendance à avoir des scores plus importants de mauvais comportements ( $p < 0,01$ ), et à vouloir justifier les relations sexuelles avec les enfants ( $p < 0,005$ ).

Hanson et Bussière (90) ont mis en évidence une corrélation entre le déni et le risque de récidive.

#### 6.4.2 Capacité d'autorégulation (autogestion)

Hanson et Morton-Bourgon (86) ont identifié dans leur méta-analyse, que le manque de capacité de régulation personnelle des problèmes en général et la présence de préoccupations sexuelles étaient des facteurs de risque de récidive chez les auteurs d'agression sexuelle.

Aux Etats-Unis, Thornton (100) a montré que les récidivistes avaient tendance à moins bien gérer leur prise en charge personnelle (faible niveau d'autocontrôle  $p < 0,001$ ).

Aux Canada, Dempster et Hart (95) ont montré que l'incapacité à construire une planification réaliste de ses activités personnelles était significativement associée au risque de récidive en général ( $r = 0,23$ ) et au risque de récidive sexuelle ( $r = 0,24$ ).

#### 6.4.3 Connaissances sexuelles

En Nouvelle Zélande, Hudson *et al.* (101) ont montré qu'il existait chez les auteurs d'agression sexuelle une corrélation entre les connaissances sexuelles et le risque de récidive. Dans cette étude, les auteurs ont observé une corrélation entre le score de post-traitement de l'*Abelt et becker cognition scale* et la récidive ( $r = 0,18$ ) et une corrélation entre le score avant traitement du *Rape myth* et la récidive ( $r = 0,21$ ).

#### 6.4.4 Fonctions socio-affectives

Aux Etats-Unis, Thornton (100) a montré dans un échantillon d'auteurs d'agression sexuelle que ceux qui avaient récidivé avaient tendance à avoir des scores plus mauvais dans l'évaluation des fonctions socio-affectives : congruence émotionnelle avec les enfants ( $p < 0,005$ ) ; rumination de la colère ( $p < 0,005$ ) ; répétition des émotions négatives ( $p < 0,01$ ), faible estime de soi ( $p < 0,01$ ), solitude plus importante ( $p < 0,07$ ).

La méta-analyse de Hanson et Morton-Bourgon (86) a montré que l'hostilité et l'instabilité dans le travail étaient un facteur de risque de récidive.

Aux Canada, Dempster et Hart (95) a montré une corrélation entre le manque d'emploi et le risque de récidive sexuelle ( $r = 0,34$ ) et le risque de récidive en général ( $r = 0,45$ ). Pour la récidive en général ces auteurs ont également trouvé une corrélation avec la présence de problèmes relationnels ( $r = 0,25$ ).

Aux Etats-Unis, dans une autre étude plus spécifique sur le rôle de l'estime de soi, Thornton *et al.* (102) ont montré que le niveau d'estime de soi (évalué avec un questionnaire validé (le *short self esteem scale*) était associé à la récidive. En effet, dans cette étude, à l'aide d'un modèle de régression logistique, l'effet du cadre de traitement (prison ou ambulatoire) ( $p = 0,023$ ) et de l'estime de soi ( $p = 0,004$ ) étaient significatifs sur le taux de récidive. Dans cette étude, le taux de récidive était plus important en cas de prise en charge ambulatoire qu'en cas de prise en charge en prison et globalement lorsque l'estime de soi était faible avant le traitement.



#### 6.4.5 Comorbidités psychiatriques

Dans les pathologies psychiatriques, les auteurs qui ont évalué le rôle de ces facteurs ont trouvé dans l'abus et la dépendance à des substances psychoactives, ainsi que dans le diagnostic de psychose un facteur de risque de récurrence.

##### ► Psychose

Långström *et al.* (40) ont montré dans une étude de cohorte en Suède que le diagnostic de psychose chez des auteurs d'agression sexuelle était associé à une augmentation du risque de récurrence OR = 5,1 IC95 % (1,6 – 16,1)).

##### ► Abus ou dépendance aux substances psychoactives

En France, dans l'étude de Balier *et al.* (12), l'alcoolisation était présente avant l'acte pour près d'un tiers de l'échantillon (29,5 %). La prise de drogue restait un phénomène très marginal (moins de 5 %).

En suède, Långström *et al.* (40) ont mis en évidence, dans un échantillon d'auteur d'agression sexuelle, une association entre l'abus et la dépendance à l'alcool (OR = 2,3 IC95 % (1,2 – 4,5)) et entre l'abus et la dépendance à des substances illicites (OR = 2,9 IC95 % (1,1 – 7,6)) et le risque de récurrence d'agression sexuelle.

Aux Pays-Bas, Hildebrand *et al.* (91) ont mis en évidence chez les auteurs d'agression sexuelle, une augmentation du risque de récurrence violente en cas d'abus de substance illicites (HR = 1,27 (1,19 – 4,55)). Pour la récurrence non sexuelle, la taille de l'effet était HR = 1,27 (1,19 – 4,55)).

Au Canada, Dempster et Hart (95) ont trouvé une corrélation entre l'abus de substance ( $r = 0,32$ ) et le risque de récurrence sexuelle. Dans une autre étude canadienne, Firestone *et al.* (97), ont observé que les récidivistes avaient un score plus élevé pour le comportement d'abus d'alcool.

Dans la méta-analyse d'Hanson et Bussière (90) les problèmes d'abus d'alcool augmentaient également le risque de récurrence.

#### 6.4.6 Troubles de la personnalité

Långström *et al.* (40) ont montré dans une étude de cohorte en Suède que le diagnostic de troubles de la personnalité chez des auteurs d'agression sexuelle était associé à une augmentation du risque de récurrence OR = 10,1 IC95 % (4,1 – 24,9).

Dans les méta-analyses de Hanson et Morton-Bourgon (86) et Hanson et Bussière (90), la présence de trouble de la personnalité (personnalité antisociale, score PCL-R) était des facteurs de risque de récurrence.

#### 6.4.7 Adhésion au traitement

Hanson et Bussière (90) ont rapporté que le risque de récurrence était augmenté par le manque d'adhésion au traitement (ne pas suivre complètement le programme de traitement).

#### 6.4.8 Motivation pour le traitement

Dans la méta-analyse de Hanson et Bussière (90), le manque de motivation pour le traitement était associé au risque de récurrence.

#### 6.4.9 Synthèse

Les facteurs dynamiques les plus importants recouvrent 4 domaines :

- l'intérêt sexuel (la direction et la force de l'intérêt sexuel) ;

- l'attitude détériorée (les croyances sur les agressions et la sexualité, ou les victimes qui peuvent être utilisées pour justifier de l'agression sexuelle) ;
- le fonctionnement socio-affectif qui est associé à la manière dont l'agresseur gère ses relations avec les autres, et les émotions ressenties dans le contexte de ses relations interpersonnelles. Les auteurs définissent 4 domaines associés à cette dimension :
  - l'inadéquation : faible estime de soi, isolement social ou comportement solitaire,
  - la congruence émotionnelle avec les enfants (être émotionnellement plus ouvert avec les enfants qu'avec les adultes),
  - le manque de relation émotionnelle intimes avec les adultes (absence de relation ; solitude),
  - l'agressivité dans le raisonnement (colérique, suspicieux, tendance à se rappeler les émotions négatives),
- la prise en charge individuelle qui est associée à la capacité à planifier, à résoudre un problème, à réguler ses impulsions pour mieux atteindre l'objectif à long terme.

L'évaluation de l'attitude des AAS, des valeurs, des sentiments, des motivations est importante pour certains objectifs, notamment pour définir l'adéquation du programme de prise en charge, l'identification de l'objectif de la prise en charge.

Ces études montrent également que la présence de comorbidités n'a pas un impact uniquement sur les modalités de prise en charge mais peut également contribuer à évaluer le risque de récurrence. L'utilisation de substances psycho-actives, les troubles de personnalité, le diagnostic de psychose ont été retrouvés dans plusieurs études comme facteurs de risque de récurrence. Ces troubles peuvent compliquer la prise en charge, et peuvent être pris en compte comme facteurs de risque pour l'évaluation du risque de récurrence.

L'évaluation des variables dynamiques est importante car les données de la littérature suggèrent qu'un changement sur ces variables est associé à une réduction du risque de récurrence.

## 6.5 Évaluation spécifique de certains facteurs de risque

Il existe dans la littérature identifiée un débat sur le rôle de certains facteurs dans l'évaluation du risque de récurrence. Les trois facteurs souvent cités sont :

- le déni ;
- l'âge ;
- l'information sur le traitement.

Une analyse spécifique de la littérature a été réalisée afin de mieux comprendre le rôle de ces facteurs sur le risque de récurrence.

### 6.5.1 Rôle du déni

Dans une méta-analyse de Hanson et Bussière (90), la relation entre le déni et le taux de récurrence n'était pas claire. En effet, une corrélation était retrouvée uniquement avec le critère récurrence en général et l'estimation de cette corrélation était instable ( $r = 0,12$  IC95 % (0,02 – 0,22)). Ce résultat inattendu peut avoir des implications pragmatiques importantes car il n'est pas en accord avec un consensus présent dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles qui considère le déni comme un facteur important à prendre en compte et une cible du travail dans la stratégie de prise en charge.

Suite à cette méta-analyse, Lund (103) a réalisé une revue de la littérature spécifique sur les articles qui avaient évalué la relation entre le déni et le taux de récurrence. Cette revue a inclus 7 articles dont 6 étaient inclus dans la méta-analyse de Hanson et Bussière (90) L'évaluation de ces 7 études a mis en évidence une grande hétérogénéité sur certains points méthodologiques entre les études :

- la taille d'échantillon variait entre 69 et 4 381 AAS ;
- la période de suivi était extrêmement variable entre les études de 12 – 30 mois jusqu'à 20 ans ;
- le taux de récurrence variait de 1 % à 20,7 % ;

- la définition du déni :
  - dans 3 études, le déni était défini comme le refus de reconnaître l'agression
  - dans 4 études, les définitions étaient variables : accepter sa responsabilité, responsabilité de comportement sexuel inapproprié, définition par des scores d'échelle ou bien ne pas penser à ses erreurs ;
- 3 études incluses dans la méta-analyse avaient exclu du traitement les AAS ;
- la taille de l'effet du déni dans chaque étude était estimée par un coefficient de corrélation et variait en moyenne de  $-0,97$  à  $0,176$ .
  - la relation était positive dans 4 études, négative dans une étude, et dans 2 études le coefficient de corrélation était estimé à zéro.

Cette hétérogénéité rend difficile une conclusion claire sur le rôle du déni.

Dans une étude récente (2007) réalisée au Canada, Nunes *et al.* (104) ont montré que le déni était associé à une augmentation non significative du taux de récurrence (OR = 4,20 IC95 % (0,53 – 33,61). Il existait cependant une interaction significative (OR = 0,50 IC95 % (0,29 – 0,85)) entre le déni et le niveau de risque de récurrence (tableau 18<sup>24</sup>).

Ces auteurs ont confirmé l'existence de cette interaction inattendue en réalisant une méta-analyse (104) dont l'objectif était d'évaluer cette interaction dans d'autres échantillons d'AAS. La méta-analyse a confirmé l'existence d'une interaction significative (OR = 0,30 IC95 % (0,12 – 0,73) entre le déni et niveau de risque des AAS : chez les sujets à faible risque, ceux qui déniaient avaient plus de risque de récurrence (OR = 2,08 IC95 % (1,21 – 3,57), alors que chez les haut risque ceux qui déniaient avaient moins de risque de récurrence OR = 0,61 IC95 % (0,31 – 1,21) (tableau 18<sup>25</sup>).

#### ► Synthèse

Dans les données disponibles, le rôle du déni comme facteur de risque de récurrence n'est pas clair, notamment en raison des problèmes méthodologiques qui existent dans les différents articles qui ont évalué cette variable. Cependant, chez les AAS à faible risque (exemple les cas d'inceste), un article récent (104) suggère que le déni est associé à une augmentation du risque de récurrence.

### 6.5.2 Rôle de l'âge

La variable « âge » est un moyen de mesurer l'effet du temps qui passe qui est corrélé à différentes variables (mesure de l'activité physique, degré de libido, maturité émotionnelle, degré d'impulsivité) ; l'âge est utilisé comme une variable intermédiaire, facile à mesurer et plus fiable pour l'évaluation de l'effet du temps qui passe.

L'analyse de la littérature a identifié 9 études qui avaient évalué le rôle de l'âge sur le taux de récurrence d'agression sexuelle. Parmi ceux-ci :

- 6 articles (81,96,105-108) ont évalué l'effet direct de l'âge sur l'évolution du taux de récurrence en fonction de l'âge des auteurs d'agressions sexuelles ;
- 3 articles (105,109,110) ont évalué l'effet de l'âge après ajustement sur le niveau de risque de l'auteur d'agression sexuelle.

Avant de proposer une synthèse des données de ces articles, une synthèse des problèmes méthodologiques à prendre en compte pour l'interprétation des données sur le rôle de l'âge est présentée.

#### ► Problèmes méthodologiques liés à l'évaluation de l'effet de l'âge

Il n'y a pas d'étude longitudinale permettant de suivre l'effet de l'âge sur le taux de récurrence. En général les études évaluaient l'effet de l'âge à un moment (souvent âge à la libération de

---

<sup>24</sup> Voir annexe 1.

<sup>25</sup> Voir annexe 1.

prison) et le risque de récidive. Aucune étude n'a suivi le même AAS au fur et à mesure que l'âge avance. Aussi, les conclusions sur l'effet de l'âge sur le risque de récidive sont des résultats en moyenne et sont peu représentatives du processus de vieillissement sur une base conceptuelle.

La majorité des études utilise l'âge à la sortie de prison comme variable. Or, une étude a évalué 3 définitions de l'âge : l'âge à la libération, l'âge à la date de l'agression, l'âge à la date de la première agression officielle. Les 3 mesures étaient corrélées avec le taux de récidive, un modèle de régression montrait que l'âge de la première agression était la variable la plus importante (111). L'âge à la libération pourrait être une variable ayant des performances moins bonnes que l'âge de la 1<sup>re</sup> agression pour la prédiction du taux de récidive.

#### ► Effet de l'âge

Plusieurs auteurs ont évalué l'hypothèse de la décroissance du risque de récidive en fonction de l'âge des AAS à la libération. L'analyse des articles de Prentky et Lee (108) Thornton (105) Dickey *et al.* (107) a permis d'avoir une distribution du taux de récidive en fonction de différentes tranches d'âge à la libération.

Aux Etats-Unis, Prentky et Lee (108) (tableau 19<sup>26</sup>) ont étudié un échantillon de 251 hommes AAS qui avaient été suivis sur une période de 25 ans. Les taux de récidive (obtenus avec un modèle de Cox) pour les agresseurs d'enfants par classe d'âge à la libération sont présentés dans le tableau 20. Les analyses montraient que ces estimations étaient peu stables, notamment après 10 ans ou plus après la sortie.

Dans une autre étude récente (2006) aux Etats-Unis, Thornton (105) a évalué la relation entre l'âge et le taux de récidive d'agression sexuelle avec un échantillon de 752 participants suivis 16 ans. L'auteur a observé une réduction du risque de récidive avec l'augmentation de l'âge à la libération OR = 0,983 IC95 % (0,96 – 0,99). Cette étude a réalisé des analyses en sous-groupes du taux de récidive en fonction de l'âge. La distribution du taux de récidive est présentée dans le tableau 20.

Aux États-Unis, Zgoba et Simon (81) (tableau 19<sup>27</sup>) ont précisé l'importance des différentes tranches d'âge en fonction du risque de récidive. L'échantillon était constitué de 718 auteurs d'agression sexuelle et l'effet des autres tranches d'âge était obtenu l'âge de plus de 50 ans à la libération.

- En termes de récidive sexuelle, les associations ci-dessous étaient observées ;
  - 20 – 30 ans : OR = 4,02 (p < 0,01),
  - 31 – 40 ans : OR = 4,56 (p < 0,01),
  - 41 – 50 ans : OR = 2,4 (NS);

On observait donc dans cet échantillon une décroissance du risque de récidive en fonction de l'âge à la libération. Pour la récidive sexuelle, l'âge restait assez stable entre 20 -30 ans et 31 – 40 ans et une réduction de l'effet était observée entre 41 – 50 ans.

En Suède, Fazel *et al.* (96) ont confirmé, dans un échantillon de 1 303 auteurs d'agression sexuelle âgés de plus 18 ans et libérés de prison en Suède, que le taux de récidive était négativement corrélé à l'âge chez les AAS d'adultes, mais cette relation variait en fonction du types d'AAS.

Au Canada Dickey *et al.* (107) ont apporté des données plus spécifiques de l'évolution du taux de récidive en fonction de l'âge à la libération chez les pédophiles. L'échantillon était constitué de 174 hommes AAS récidivistes (68 pédophiles, 53 AAS de victimes de plus de

---

<sup>26</sup> Voir annexe 1.

<sup>27</sup> Voir annexe 1.

16 ans ; 53 sadiques sexuels). L'âge variait entre 18 et 70 ans. Chez les pédophiles, les taux de récurrence suivants étaient observés en fonction de l'âge à la libération :

- pour l'âge à la libération entre 18 ans – 25 ans, le taux de récurrence était 29,3 % (12/41) ;
- pour l'âge à la libération entre 26 – 40 ans, le taux de récurrence était 31,3 % (26/83) ;
- pour l'âge à la libération entre 41 – 70 ans, le taux de récurrence était 60 % (30/50).

Une analyse de variance sur l'ensemble des données montrait que la distribution du taux de récurrence était différente entre les groupes (pédophiles, auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de victimes de plus de 16 ans et les sadiques sexuels) ( $p = 0,0009$ ). Les résultats de cette étude sont à interpréter avec précaution car il n'y a pas eu d'ajustement sur d'autres facteurs confondants (tableau 19<sup>28</sup>).

Des données sur l'évolution du risque de récurrence et l'âge dans différents groupes d'auteurs ont été observées dans la méta-analyse de Hanson (106) (tableau 19<sup>29</sup>). Dans cette étude, l'auteur a évalué la relation entre l'âge et le risque de récurrence d'agression sexuelle avec un échantillon de 4 673 AAS. Une évolution différente du taux de récurrence en fonction de l'âge des groupes était observée :

- chez les auteurs d'agression sexuelle d'enfants extrafamiliaux ( $n = 1\,411$  ; moyenne d'âge 37 ans), le risque de récurrence était plus important entre 25 et 35 ans. Le taux de récurrence dans ce groupe montrait une réduction faible jusqu'à l'âge de 50 ans ;
- dans les cas d'inceste ( $n = 1\,207$  ; moyenne d'âge = 38,9 ans), le taux de récurrence était en général faible (moins de 10 %) ; à l'exception des agresseurs âgés de 18 à 24 ans à la date de leur libération où le taux de récurrence pouvait atteindre 30,7 % ;
- chez les auteurs d'agression sexuelle libérés après 60 ans, le taux de récurrence était faible (5/131 ; 3,8 %)

---

<sup>28</sup> Voir annexe 1.

<sup>29</sup> Voir annexe 1.

Tableau 20. Évolution du taux de récidive en fonction des classes d'âge.

Auteurs, année pays, référence	classes d'âge à la libération				
	< 18 ans	18-24 ans	25-39 ans	40-59 ans	> 60 ans
<b>Thornton 2006, Etats unis (105)</b>					
taux de récidive chez ceux qui n'avaient pas de condamnation antérieure	13 % (4/31)	13 % (15/114)	18 % (32/178)	9 % (11/130)	13 (1/8)
taux de récidive chez ceux qui avaient une condamnation antérieure	0% (0/2)	38 % (8/21)	26 % (18/69)	16 % (8/51)	0 % (0/7),
taux de récidive chez ceux qui avaient deux condamnations antérieures	0%	80 % (8/10)	43 % (32/74)	49 % (24/49)	0 % (0/8)
<b>Dickey 2002, Canada (107)</b>		18 ans – 25 ans	26 – 40 ans	41 – 70 ans	
taux de récidive global de la tranche d'âge		23 % (41/174)	47,7 % (83/174)	28,7 % (50/174)	
taux de récidive chez les pédophiles		29,3% (12/41))	31,3 % (26/83)	60 % (30/50)	
<b>Prentky et Lee, Etats-Unis 2007 (108)</b>		AAS libérés à 20 ans	AAS libérés à 30 ans	AAS libérés à 40 ans	AAS libérés à 60 ans et +
Taux de récidive après 5 ans de suivi pour les agresseurs d'enfants		7,6 %	21,8 %	32,6 %	13,1 %
Taux de récidive après 15 ans de suivi pour les agresseurs d'enfants		13,1 %	35,3 %	44,1 %	2,1 %
Taux de récidive après 25 ans de suivi pour les agresseurs d'enfants		16,3 %	42,6 %	52,3 %	27,2 %

► **Effet de l'âge après contrôle des autres risques**

Les études précédentes montraient essentiellement une réduction faible du taux de récurrence avec l'effet de l'âge à la libération sans la prise en compte d'autres variables. Dans la littérature des auteurs ont cherché à savoir si cette légère décroissance continuait à être observée après la prise en compte de certaines variables, notamment le niveau de risque.

Au Canada, Hanson (109) a montré que la réduction du taux de récurrence en fonction de l'augmentation de l'âge à la libération était observée après un ajustement sur le niveau de risque. L'échantillon était constitué de 3 425 AAS âgés de 18 ans et plus lors de leur libération. 63 % de l'échantillon était des AAS sur mineurs. La durée moyenne de suivi était de 7 ans. Après un ajustement sur le niveau de risque (mesuré par la Static99), il y avait une réduction du taux de récurrence en fonction de l'âge à la libération  $RR=0,98$  (0,97 – 0,99). Cette relation restait stable après introduction dans le modèle d'une interaction entre l'âge et le niveau de risque. Mais l'effet significatif de l'âge n'est plus observé lorsque l'on introduit dans le modèle l'âge<sup>2</sup>. Ce résultat suggère que la relation entre l'âge et la récurrence serait curvilinéaire.

Cette légère réduction du taux de récurrence en fonction de l'âge à la libération après ajustement sur le niveau de risque était retrouvée par d'autres auteurs, notamment Barbaree *et al.* (110) qui ont montré que la relation inverse entre l'âge à la libération et le taux de récurrence restait significative après ajustement sur la valeur du score de risque de récurrence estimée par le *Rapid risk assessment of sexual offense recidivism* (RRASOR).

Dans une étude réalisée aux Etats-Unis, Thornton (105) a montré qu'à 10 ans de suivi, cette légère décroissance du taux de récurrence avec l'âge (âge = variable continue ;  $OR = 0,983$   $IC95 \%(0,96 - 0,99)$ ) était observée après un ajustement sur le nombre de peines pour agression sexuelle.

► **Synthèse**

Il existe en moyenne une corrélation négative entre l'âge et le taux de récurrence d'agression sexuelle. Le taux de récurrence d'agression sexuelle décroît avec l'âge de sortie, mais la taille de cet effet n'est pas importante. Le profil d'évolution en général n'est pas le même entre les différents groupes d'AAS : agression sexuelle d'enfants extra-familiaux, inceste, et les agressions sexuelles d'adultes :

- le profil d'évolution du taux de récurrence chez les AAS à l'encontre de victimes de plus de 16 ans en fonction de l'âge de sortie suit une décroissance linéaire ;
- pour les AAS d'enfants, le profil de décroissance est plus complexe car la courbe est quadratique (commence par avoir un taux faible, une augmentation avec un plateau qui s'installe sur plusieurs décennies et une réduction à partir de 60 ans).

Lorsque l'on contrôle le score de risque de Static 99, l'âge à la libération est un facteur associé à la récurrence. La période à risque majeur se trouve entre 25 et 39 ans, puis on a une diminution progressive après 40 ans. Le taux de récurrence des personnes de plus de 60 ans était 2 % alors qu'il est de 14,8 % pour les AAS de moins de 40 ans.

La décroissance du risque de récurrence avec l'âge ne semble pas être affectée par le score de personnalité antisociale. Cependant, Il est possible qu'il y ait un facteur confondant important entre l'âge à la libération et le taux de récurrence car les échantillons peuvent être différents selon la durée pendant laquelle l'AAS présente un comportement antisocial.

La relation entre l'âge à la libération en présence d'un niveau élevé de déviance semble plus complexe. Le taux de récurrence en fonction de l'âge à la libération dépend du niveau de déviance sexuelle (le taux de récurrence est affecté par l'âge de manière différente entre les personnes ayant un score de déviance élevé par rapport à ceux ayant un score faible).

Il existe une corrélation entre l'âge et le nombre de condamnations précédentes, la date d'agression et une corrélation négative avec les crimes antérieurs non sexuels. Aussi, les AAS libérés jeunes ont tendance à avoir plus une criminalité en général alors que ceux libérés à un âge avancé ont tendance à être plus spécialisés dans les crimes sexuels. Quand on ajuste sur ces variables dans un modèle de régression logistique, on observe une réduction significative de 2 % du taux de récurrence pour chaque année en plus.

#### ► Conclusion générale sur l'effet de l'âge

En général l'âge à la libération peut être considéré comme un facteur protecteur lorsque l'on ajuste sur les outils de mesure de risque. Il y a peut de changement du risque de récurrence entre 40 – 59 ans (âge à la libération) pour les personnes qui n'ont pas suivi un traitement. L'effet de l'âge de plus de 60 ans à la libération sur le taux de récurrence est largement peu documenté dans la littérature : il est donc inconnu.

L'âge à la libération est un indicateur moins puissant que l'âge de la première agression sexuelle. Aussi, le praticien doit essayer lors de l'évaluation du risque d'avoir une attention particulière à l'âge de la première agression. Ceci suggère de mettre en place une procédure spécifique en fonction de l'âge de la première agression. Ce résultat est en faveur du fait que l'évaluation du risque doit porter une attention sur le fait que l'AAS a pu avoir des troubles sexuels dans l'adolescence.

#### 6.5.3 Rôle du traitement

L'information sur les traitements antérieurs peut être une variable importante pour l'évaluation du risque de récurrence et la mise en place une nouvelle thérapie adaptée au niveau de risque. En effet, l'adhésion au traitement et l'arrêt de traitement (ceux qui ont participé à un traitement et ont arrêté en cours de route) semblent être des variables importantes à prendre en compte pour l'évaluation du risque de récurrence.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- 3 articles (81,112,113) ont estimé l'impact du traitement sur le risque de récurrence
- 3 articles (94,114,115) qui ont évalué le rôle de l'information sur le traitement dans l'évaluation du risque de récurrence après ajustement sur le niveau de risque.

La synthèse de ces articles est présentée dans le tableau 21<sup>30</sup>.

#### ► Effet de la prise en charge

Aux Etats-Unis, Zgoba et Simon (81) ont analysé un échantillon de 718 AAS dont 495 AAS libérés d'un programme de traitement et 223 AAS libérés de prison sans traitement. Cette étude montrait que les patients non traités avaient en moyenne plus de risque de récurrence que les patients traités :

- en termes de récurrence en général, les personnes non traitées avait plus de 2 fois plus de risque de récurrencer que les traitées (OR = 2,401 (p < 0,001)) ;
- en termes de récurrence sexuelle, l'augmentation du risque chez les non traités n'était pas significative (OR = 1,2) ;
- en termes de récurrence non sexuelle, l'augmentation du risque de récurrence chez les non traités était significative (OR = 2,14 (p < 0,001)).

Au Canada, 152 hommes AAS qui avaient participé à un programme thérapeutique (thérapie psychiatrique résidentielle localisée dans une prison de haute sécurité) ont été comparé à un groupe témoin (n = 89) sélectionné à partir des archives de 3 000 auteurs d'agression sexuelle sortis de prison. Les taux de récurrence suivants étaient retrouvés entre les 2 groupes :

- en termes de nouvelles agressions sexuelles, une réduction significative du taux de récurrence était observée chez ceux qui avaient participé à un traitement par rapport à ceux qui n'avaient pas participé au traitement (taille de l'effet était d = 0,48, p < 0,0001) ;

---

<sup>30</sup> Voir annexe 1.



- en termes de nouvelles agressions non sexuelles, il y avait également une réduction du taux de récurrence entre les 2 groupes, mais la différence n'était pas statistiquement significative (taille de l'effet était  $d = 0,48$ , ( $p < 0,07$ )).

Des analyses secondaires réalisées sur le nombre de nouveaux actes montraient également une différence significative entre ceux qui avaient participé au traitement et le groupe témoin.

Dans une autre étude de cohorte au Canada, Seager *et al.* (112) ont montré qu'en terme d'évaluation du risque, l'adhésion au traitement ou de son arrêt étaient des informations importantes à prendre en compte. En effet, dans un échantillon constitué de 146 hommes condamnés pour agressions sexuelles et libérés de prison au Canada dont 109 avaient participé à un programme de traitement et 37 n'avaient pas suivi l'ensemble du programme, ces auteurs ont observé après une période de suivi de 2 ans, les taux de récurrence suivants :

- en termes de nouvelles accusations :
  - chez ceux qui avaient suivi tout le traitement : 5 % ( $n = 5$ ),
  - chez ceux qui n'avaient pas suivi tout le traitement : 49 % ( $n=18$ ) ;
- en termes de nouvelles condamnations :
  - chez ceux qui avaient suivi tout le traitement : 15 % ( $n = 16$ ),
  - chez ceux qui n'avaient pas suivi tout le traitement : 32 % ( $n=12$ ).

Mander *et al.* (113) ont publié une étude avec 585 AAS condamnés et ayant participé à un programme de traitement. Le traitement était une TCC avec prévention de récurrence. La durée de suivi variait de 9 à 10 ans ; la récurrence était définie comme une accusation d'acte criminel. Il n'y avait pas de récurrence sexuelle chez ceux qui avaient suivi l'ensemble du traitement, 6,6 % de récurrences chez ceux qui avaient eu un suivi partiel et 14 % chez ceux qui n'avaient eu que la première étape du traitement. Il n'y avait pas de différence entre les AAS d'enfants et les AAS de femmes après libération. En milieu ouvert et à 9 ans de suivi, le taux de récurrence (toute agression criminelle) chez ceux qui avaient suivi tout le traitement était de 33 % contre 43 % chez les non motivés non traités et 53 % chez les motivés non traités.

#### ► Effet du traitement après ajustement sur le niveau de risque

Trois études (94,114,115) ont estimé le rôle du traitement sur le risque de récurrence après avoir ajusté sur le niveau de psychopathie. Dans ces études, la psychopathie était évaluée par le score PCL-R et une étude (112) a estimé le rôle du traitement après ajustement sur le score de la *Static 99*.

#### Ajustement au score de la *Static 99*

Dans leur étude, Seager *et al.* (112) ont réalisé des analyses secondaires en ajustant sur le niveau de risque (mesuré par la *static 99*). Cette analyse montrait l'importance potentielle de l'information sur la participation complète au traitement adapté quel que soit le niveau de risque initial :

- dans le groupe des AAS ayant suivi tout le traitement, il n'y avait pas de différence importante de récurrence entre les auteurs d'agression sexuelle à niveau de faible par rapport à ceux à niveau de risque élevé :
  - risque faible ( $n = 51$ , récurrence  $n = 2$  (4 %)),
  - risque fort ( $n = 58$ , récurrence  $n = 3$ , (5 %)),
- dans le groupe des AAS qui n'avaient pas suivi tout le traitement, il y avait une différence entre ceux qui étaient à faible risque par rapport à ceux qui étaient à risque élevé ;
  - risque faible ( $n = 11$ , récurrence  $n = 3$  (27 %)),
  - risque fort ( $n = 26$ , récurrence  $n = 9$ , (35 %)).

#### Ajustement au score de la PCL-R

Au Canada, Barbaree (114) a évalué la relation entre le comportement au cours du traitement et le taux de récurrence chez les AAS. L'échantillon était constitué de 212 hommes auteurs d'agression sexuelle. Une analyse de survie sans récurrence montrait que ceux qui

étaient dans le groupe (score PCL-R élevé, bonnes performances au traitement) récidivaient plus rapidement que ceux du groupe (PCL-R faible, bonnes performances au traitement).

Dans une autre cohorte Canadienne, Looman *et al.* (94) ont étudié le comportement du risque de récurrence après un traitement en fonction du score PCL-R. L'échantillon était 102 auteurs d'agression sexuelle traité dans un programme de traitement résidentiel de 7 mois avec TCC au Canada. L'analyse de l'évolution du taux de récurrence en fonction de la diminution du risque au cours du traitement et du score PCL-R montrait les résultats suivants :

- score PCL-R élevé et réduction du risque : taux de survie sans récurrence = 70 %, à 4 ans ;
- score PCL-R élevé et pas de réduction du risque : taux de survie sans récurrence = 50 % à 2,7 ans ;
- score PCL-R faible et réduction du risque : taux de survie sans récurrence = 75,6 % à 5 ans ;
- score PCL-R faible et pas de réduction du risque : taux de survie sans récurrence = 93,8 % à 4 ans.

La nature de la relation entre le traitement et le score PCL-R a été précisée par Langton *et al.* (115) dans une étude récente (2006) au Canada. Ces auteurs ont évalué une cohorte de 476 AAS ayant participé à un programme thérapeutique entre 1989 – 2001 au Canada. Lorsque le score PCL-R était codé 0 si  $< 25$  et 1 si  $\geq 25$ , après avoir ajusté sur le score PCL-R, on observait une réduction non significative du risque en fonction de la réponse au traitement 0,92 (IC95 % (0,56 – 1,5)) et la présence d'une interaction significative entre le score PCL-R et le score de psychopathie (HR = 4,1 ( $p < 0,05$ )).

Une analyse de survie réalisée avec le score PCL-R codé 0 si  $< 25$  et 1 si  $\geq 25$  et le score de réponse au traitement dichotomisé au niveau de la médiane montrait que :

- pour le critère récurrence sérieuse, on observait :
  - une récurrence plus rapide chez les personnes avec un PCL-R haut et une réponse au traitement faible par rapport aux PCL-R faible et une réponse au traitement forte ( $p < 0,001$ ),
  - une récurrence plus rapide chez ceux ayant un score PCL-R haut et une réponse au traitement faible par rapport aux personnes ayant un score PCL-R faible et une réponse au traitement faible ( $p < 0,0001$ ),
- pour le critère récurrence sexuelle, on observait :
  - une récurrence plus rapide chez les personnes avec un score PCL-R haut et une réponse au traitement faible par rapport à un score PCL-R faible et une réponse au traitement faible ( $p < 0,05$ ),
  - le taux de récurrence n'était pas différent entre PCL-R haut et une réponse au traitement haute et les 3 autres groupes.

### ► Synthèse

Il est tout d'abord important d'attirer l'attention sur le fait que ces études n'étaient pas des études d'évaluation du bénéfice du traitement. Elles concernent l'utilité de l'information sur le traitement et le comportement au cours du traitement lors de l'évaluation du risque de récurrence. Ces études montrent qu'en moyenne le risque de récurrence est plus important chez personnes non traités par rapport aux personnes traitées.

Les personnes qui ne suivent pas l'ensemble du programme (les perdus de vue) ont plus de risque de récurrence. La compliance (adhésion) au cours du traitement est donc une information importante.

Les études confirment l'impact important de la psychopathie sur le taux de récurrence et montrent que l'information sur le traitement peut être pertinente dans l'évaluation du risque de récurrence chez les AAS avec un diagnostic de psychopathie. En effet, les données de la littérature mettent en évidence une interaction entre ces 2 variables : les AAS avec un diagnostic de psychopathie et qui avaient peu répondu au traitement récidivaient avec une fréquence et une vitesse plus importante que les autres groupes.

il n'y a pas assez de preuves pour conclure que les personnes ayant un score élevé de psychopathie et une bonne performance en termes de traitement feront plus de récidives que les personnes ayant un score élevé de psychopathie et une mauvaise performance dans le traitement.

► **Conclusion de la conférence de consensus 2001 sur les facteurs de risque**

Les facteurs associés au risque de récidive d'agression sexuelle ou d'autres infractions ont été repérés et évalués par les chercheurs avec des résultats parfois divergents. La plupart des facteurs de risque identifiés à ce jour sont des facteurs statiques, c'est-à-dire sur lesquels on ne peut pas agir. La recherche sur les facteurs de risque dynamiques, permettant de concevoir une intervention efficace, est beaucoup moins avancée.

Dans les études faites à l'étranger, les facteurs de risque les plus fréquemment associés à la récidive non sexuelle sont les mêmes que pour le délinquant non-sexuel : les antécédents criminels, la délinquance juvénile, la personnalité antisociale, le jeune âge et la toxicomanie. Les facteurs de risque les plus reconnus dans la récidive sexuelle sont : la déviance sexuelle, les antécédents d'infraction sexuelle, la précocité de ces infractions, ainsi que l'existence d'une enfance douloureuse. Les données disponibles font apparaître une diminution du risque de récidive quand l'âge augmente. Il diminue également quand l'agresseur est le père ou le beau-père de la victime.

De façon surprenante, certaines caractéristiques habituellement considérées comme des éléments favorisant l'adhésion aux soins (reconnaissance des faits, empathie pour la victime, motivation pour les soins) ne constitueraient pas des facteurs qui préservent de la récidive dans l'état actuel de la recherche.

## 6.6 Quels sont les outils validés d'évaluation du risque de récidive ?

Aucun facteur de risque isolé n'est assez puissant et précis pour apprécier le niveau de risque de récidive d'un AAS. Aussi, toute évaluation du risque de récidive chez un AAS consiste à combiner les facteurs qui augmentent le risque de récidive et ceux qui diminuent ce risque. Les AAS ayant le plus de facteurs de risque étant à fort risque de récidive et ceux ayant peu ou pas de facteurs de risque étant à faible risque de récidive.

La formalisation de cette combinaison de facteurs de risque a permis le développement des outils d'évaluation du risque de récidive. L'objectif principal des outils d'évaluation du risque est d'aider le clinicien (psychiatre, psychologue, etc.) à évaluer le risque de récidive d'agression de manière objective (116). Ces outils d'évaluation du risque peuvent aider à rendre plus fiable (précis) le jugement clinique.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier 12 outils d'évaluation du risque de récidive chez les auteurs d'agressions sexuelles :

- *Violent Risk Appraisal Guide* (VRAG) ;
- *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG) ;
- *Rapid Risk Assessment for sex offender recidivism* (RRASOR) ;
- Static 99 ;
- *Minnesota sex offender screening tool, Revised* (MnSOST-R) ;
- SVR-20 ;
- *Sex offender Risk appraisal Guide* (SORAG)
- *Risk Matrix 2000* ;
- *Violence risk scale – sexual offender Version* (VRS-SO) ;
- *Abel Assessment for Interest in Paraphilia* (AAIP) ;
- *Sex offender Need Assessment Rating* (SONAR)
- HCR 20.

Pour être utilisés, ces outils doivent être validés :

- quelles sont les performances des outils ?
- y a-t-il eu validation dans un échantillon différents de celui qui a permis de les établir ?

- est-ce que la validation a été réalisée sans les auteurs qui ont développé l'instrument ?
- combien de validations externes ont été réalisées avec l'instrument ?

Pour chaque outil, la revue de la littérature avait pour objectif d'identifier les articles qui avaient évalués :

- l'accord inter-juge qui permet de savoir si la fiabilité de l'évaluation avec l'instrument varie en fonction de praticiens, de l'expérience, des conditions d'administration de l'instrument ;
- la corrélation du score de l'échelle avec le risque de récurrence ;
- la performance de l'outil par l'estimation du comportement de l'ASC ROC;
  - cette estimation permet d'évaluer la stabilité des propriétés discriminatives de l'outil dans des échantillons indépendants,
  - l'ASC ROC donne la probabilité avec laquelle le modèle de prédiction est concordant avec la réalité : sa valeur varie entre 0,5 et 1 ; 1 indiquant une prédiction parfaite et 0,5 indiquant que l'outil ne fait pas mieux que la chance.

La synthèse des études de validations de ces outils est présentée dans les tableaux 22 à 27<sup>31</sup>.

### 6.6.1 *Violent Risk Appraisal Guide (VRAG)*

Outil de prédiction du risque de récurrence d'agression sexuelle et d'agression violente entre les AAS et les AAS avec des troubles mentaux. Il a été développé à partir de 618 hommes (15 % étaient des auteurs d'agression sexuelle) dans un hôpital à sécurité minimale du Canada. L'ASC ROC dans cet échantillon de développement était 0,76 ; les capacités prédictives de l'instrument chez les AAS ont été validées dans d'autres études.

#### ► **Validation de cet outil**

Au Canada, Rice et Harris (117) ont réalisé une étude de validation de VRAG sur un échantillon indépendant de 288 auteurs d'agression sexuelle dont 124 auteurs d'agression sexuelle d'enfants, 88 auteurs d'agression sexuelle sur des femmes et 58 mixtes. 104 avaient suivi un traitement au long court dans les centres psychiatriques de haute sécurité pendant une longue durée. Tous les AAS étaient suivis jusqu'en janvier 1993. Durée de suivi était de 119,3 mois en moyenne. L'analyse montrait une bonne corrélation entre le score du VRAG et la récurrence violente ( $r = 0,44$ ). La corrélation était moins importante avec le risque de récurrence sexuelle ( $r = 0,17$ ). Sur le plan des propriétés prédictives, l'ASC ROC était de 0,76 pour la récurrence violente et de 0,60 pour le risque de récurrence sexuelle.

#### ► **Qui utilise cet outil en Europe ?**

Cet instrument est utilisé par certains experts allemands et anglais, pour certains professionnels des institutions psychiatriques autrichiennes (le recours au VRAG visant à identifier les facteurs de risque sur lesquels axer la thérapie), dans certains établissements de défense sociale belges (l'instrument y étant principalement employé à des fins de recherche) et pour certains experts et chercheurs suédois (56).

### 6.6.2 *Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)*

Cet outil a été développé en 1995 dans le but d'évaluer le risque de récurrence des auteurs d'agression sexuelle et plus particulièrement la récurrence sexuelle violente. Il a été construit en introduisant des variables plus spécifiquement associées à la récurrence sexuelle (préférences sexuelles déviantes, histoire des agressions) dans le VRAG. Le SORAG comprend 14 items, dont 10 du VRAG. Les items sont : vivre avec ses parents biologiques à 16 ans, problèmes à l'école primaire, antécédent de problème avec l'alcool (alcoolismes des parents, abus d'alcool dans le jeune âge, abus/dépendance à l'alcool à l'âge adulte, implication de l'alcool dans la première agression, implication de l'alcool dans la nouvelle agression sexuelle), jamais marié, antécédents d'agression non violente, antécédents d'agression criminelle

---

<sup>31</sup> Voir annexe 1.

violente, condamnation antérieure pour agression sexuelle, victime féminine de moins de 14 ans exclusivement, échec des libérations conditionnelles précédentes, jeune à la date de l'agression sexuelle, présentation des critères DSM du trouble de la personnalité, présentation des critères DSM de la schizophrénie, déviance sexuelle montrée par un test phallométrique, le score de PCL-R. La corrélation entre VRAG et SORAG est 0,90. La synthèse des données sur les études de validation est présentée dans le tableau 23<sup>32</sup>.

#### ► **Corrélation avec la récidive**

L'estimation de la corrélation entre le risque de récidive et le score de l'échelle a été retrouvée dans 3 études réalisées aux Etats-Unis (118), au Canada (119) et en Belgique (88).

En termes de récidive sexuelle, l'estimation de la corrélation entre le score de l'échelle et la récidive était de :

- $r = 0,387$  dans l'étude de Bartosh *et al.* (118) ;
- $r = 0,17$  dans l'étude de Nunes *et al.* (119) ;
- $r = 0,3$  dans l'étude de Ducro et Pham (88).

En termes de récidive en général, la corrélation était estimée à  $r = 0,3$  dans l'étude de Ducro et Pham (88). Cette étude a également obtenu une corrélation 0,24 pour les AAS spécifique d'enfants.

En termes de récidive violente, la corrélation était estimée à  $r = 0,24$  dans l'étude de Ducro et Pham (88). Cette étude a également obtenu une corrélation 0,14 pour les AAS spécifiques d'enfants et 0,39 pour les agresseurs avec victimes de plus de 14 ans sur ce critère.

#### ► **Propriétés prédictives**

Quatre études ont permis d'avoir des estimations de l'ASC ROC dans différents échantillon. En plus des 3 études qui ont donné des estimations de la corrélation (88,118,119), une nouvelle étude (66) réalisée au Canada a été identifiée.

En termes de récidive sexuelle, les estimations de l'ASC ROC

- 0,58 (NS) (118) ;
- 0,69 (NS) (66) ;
- 0,65 (IC95 % (0,52 – 0,76)) (119) ;
- 0,64 (IC95 % (0,53 – 0,75)) (88).

En termes de récidive violente, les estimations de l'ASC ROC étaient :

- 0,72 (118) ;
- 0,69 ( $p < 0,01$ ) (66) ;
- 0,72 (IC95 % (0,62 – 0,82)) (88).

En termes de récidive sexuelle et/ou violente, les estimations de l'ASC ROC étaient :

- 0,64 (118).

En termes de récidive en général, les estimations de l'ASC ROC étaient :

- 0,74 (118) ;
- 0,7 (IC95 % (0,6 – 0,79)) (88).

#### ► **Qui utilise cet outil en Europe**

Cet instrument n'était utilisé que dans certains établissements de défense sociale belges, qui n'y auraient d'ailleurs recours qu'à des fins de recherche (56).

---

<sup>32</sup> Voir annexe 1.

### 6.6.3 *Rapid Risk Assessment for sex offender recidivism*(RRASOR)

Issues de l'agrégation des facteurs de risque prédictifs de la récidive qui ont été identifiés dans une méta-analyse. Les études de validation de cet instrument identifiées dans la littérature sont présentées dans le tableau 24<sup>33</sup>.

#### ► **Corrélation avec le risque de récidive**

Quatre études dont 2 réalisées en Suède (120,121), une aux Etats-Unis et une aux Canada (122) ont permis d'avoir des estimations de la corrélation entre le score de cet échelle et le risque de récidive.

En termes de récidive sexuelle, les corrélations avec le score du RRASOR étaient estimées à :

- $r = 0,22$  (121) ;
- $r = 0,187$  (118) ;
- $r = 0,28$  (122).

Långström (120) a obtenu, pour la récidive sexuelle, une corrélation de :

- $0,30$  ( $p < 0,01$ ) pour les AAS nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) ;
- $0,52$  ( $p < 0,01$ ) pour les AAS européens non nordiques.

Sjöstedt et Långström (121) ont proposé des estimations de la corrélation avec le score de risque de récidive sexuelle en fonction de l'âge des victimes :

- pour les AAS dont les victimes étaient des femmes de plus de 16 ans,  $r = 0,12$ ,
- pour les AAS dont les victimes étaient les enfants,  $r = 0,17$

En termes de récidive violente non sexuelle, les corrélations avec le score du RRASOR étaient estimées à :

- $r = 0,22$  (122) ;
- $r = 0,17$  (121).

Långström (120) a obtenu, pour la récidive violente non sexuelle, une corrélation de :

- $r = 0,07$  pour les AAS nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) ;
- $r = 0,20$  pour les AAS européens non nordiques.

Sjöstedt et Långström (121) ont proposé des estimations de la corrélation avec le score de risque de récidive violente en fonction de l'âge des victimes :

- pour les AAS dont les victimes étaient des femmes de plus de 16 ans,  $r = 0,17$  ;
- pour les AAS dont les victimes étaient les enfants,  $r = 0,26$ .

#### ► **Propriétés prédictives**

Les estimations de l'ASC ROC ont été identifiées dans 5 études. Parmi les 4 études qui donnaient une estimation de la corrélation du score de cette échelle avec la récidive, une autre étude (123) réalisée en Australie a été identifiée.

En termes de récidive sexuelle, les estimations des propriétés prédictives de cet instrument par une analyse ROC étaient :

- ASC ROC =  $0,68$  IC95 % ( $0,65 - 0,72$ ) (122) ;
- ASC ROC =  $0,72$  (123) ;
- ASC ROC =  $0,72$  ( $0,64 - 0,80$ ) (121) ;
- ASC ROC =  $0,63$  (118).

Långström (120) a estimé l'ASC ROC, en termes de récidive sexuelle, pour cet instrument en fonction des différents groupes de l'échantillon :

- ASC ROC =  $0,76$  IC95 % ( $0,69 - 0,83$ ) chez les AAS nordiques ;
- ASC ROC =  $0,77$  IC95 % ( $0,48 - 1,05$ ) chez les AAS européens non nordiques ;

---

<sup>33</sup> Voir annexe 1.

- ASC ROC = 0,48 IC95 % (0,20 – 0,77) dans l'échantillon des AAS africains et des asiatiques.

En termes de récidives violentes, les estimations suivantes étaient observées en fonction des études :

- ASC ROC = 0,64 IC95 % (0,6 – 0,67) (122) ;
- ASC ROC = 0,46 (123) ;
- ASC ROC = 0,63 (0,58 – 0,67) (121) ;
- ASC ROC = 0,57 (NS) (118).

Långstöm (120) a estimé l'ASC ROC pour cet instrument en fonction des différents groupes de l'échantillon en termes de récidive violente :

- ASC ROC = 0,58 IC95 % (0,52 – 0,65) chez les AAS sexuels nordiques ;
- ASC ROC = 0,76 IC95 % (0,60 - 0,90) chez les AAS sexuels européens non nordiques ;
- ASC ROC = 0,53 IC95 % (0,41 – 0,66) dans un sous-groupe constitué de AAS africains et des asiatiques.

En termes de récidives sexuelles et/ ou violentes l'ASC ROC était estimé à 0,74 dans l'étude de Bartosh *et al.* (118).

En termes de récidive en général, l'ASC ROC était estimé à 0,59 (NS) dans l'étude de Bartosh *et al.* (118).

#### **6.6.4 Static 99**

C'est un instrument d'évaluation du risque de récidive à long terme (124). Il évalue le risque de récidive sexuelle avec violence auprès des sujets masculins qui sont ou qui ont été condamnés pour une ou plusieurs agressions sexuelles à l'encontre des enfants ou des adultes. Il contient 10 items issus du RRASOR de la combinaison du RRASOR et d'un instrument issu des données non statistique (le *structured Anchored Clinical judgement* SACJ). Le SCAJ est un instrument qui a été développé sur un échantillon au Royaume-Uni. Les analyses préliminaires sur le RASSOR et la SCAJ montraient que ces 2 instruments mesuraient des concepts associés mais non identiques. Il était donc possible de combiner les 2 instruments afin d'améliorer les propriétés prédictives globales. Le Static-99 a donc été construit, le nom Static indiquant que c'est un instrument contenant des variables statiques, et 99 signifiant l'année de développement 1999 et suggérant que des versions suivantes pourraient être développées.

Les items du Static 99 sont les suivants :

- antécédents d'agression sexuelle ;
- les dates des condamnations antérieures (excluant la nouvelle condamnation) ;
- toute condamnation pour agression sexuelle sans contact ;
- violence non sexuelle repertoriée ;
- antécédent de violence non sexuelle ;
- au moins une victime extrafamiliales,
- au moins une victimes qui était un inconnu ;
- au moins une victimes de sexe masculin,
- jeune (âge entre 18 – 24 ans) ;
- célibataire (jamais vécu avec un amoureux/ amoureuse depuis plus de 2 ans).

La cotation de cet outil repose donc sur des informations relatives au casier judiciaire, au sexe de la victime, au type de relation victime-délinquant ainsi qu'à l'état matrimonial de l'auteur d'agression sexuelle. Le score total varie de 0 à 12. L'évaluation finale est regroupée en 4 catégories : faible (score entre 0 – 1), modéré faible ( score entre 2 – 3), modéré élevé (score entre 4 – 5) et élevé (score  $\geq$  de 6). La static 99 évalue le risque de récidive à long terme. Puisqu'il n'a pas de variable dynamique, il ne peut prendre en compte les cibles du traitement, évaluer le changement, évaluer si un AAS a bénéficié du traitement ou prédire

quand (ou dans quelles circonstances) un AAS va récidiver (122). La synthèse des études de validation de cet outil est présentée dans le tableau 25<sup>34</sup>.

► **Accord inter-juge**

L'accord inter-juge estimé dans l'étude d'Olver *et al.* (99) sur un échantillon de 35 cas sélectionnés de manière aléatoire était estimé par le coefficient de corrélation intra-classe à 0,82. L'estimation de l'accord inter-juge par le coefficient de corrélation intra-classe était 0,80 dans l'étude de De Vogel *et al.* (125).

► **Corrélation avec le risque de récidive**

Sept études ont permis d'avoir des estimations de la corrélation entre le score de cet instrument et la récidive. Parmi ces études, 2 (119,122) étaient réalisées au Canada, 2 en Suède (120,121), 2 aux Etats-Unis (118,126) et 1 en Belgique (88)

En termes de récidive sexuelle, les corrélations entre le score de static-99 étaient :

- $r = 0,33$  (122) ;
- $r = 0,24$  ( $p < 0,01$ ) (126) ;
- $r = 0,18$  (119) ;
- $r = 0,22$  (121) ;
- $r = 0,31$  (118) ;
- $r = 0,23$  (88).

Dans l'étude de Långström (120) la corrélation entre le score du Static-99 et le taux de récidive sexuel était de 0,27 ( $p < 0,01$ ) pour les AAS nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède) et 0,42 ( $p < 0,01$ ) pour les AAS européens non nordiques.

Sjöstedt et Långström (121) ont mis en évidence une corrélation de  $r = 0,33$  entre le score de cette échelle et le risque de récidive sexuelle lorsque l'échantillon était constitué uniquement d'AAS d'enfants et de  $r = 0,15$  lorsque l'échantillon était constitué d'AAS avec victimes de plus de 14 ans.

Ces résultats sont similaires à ceux de Ducro et Pham (88) qui ont estimé des corrélations de :

- $r = 0,33$  pour les AAS d'enfants ;
- $r = 0,15$  pour les AAS avec victimes de plus de 14 ans

En termes de récidive violente, les corrélations entre le score de static-99 étaient :

- $r = 0,32$  (122) ;
- $r = 0,30$  (121) ;
- $r = 0,27$  (88).

Dans l'étude de Sjöstedt et Långström (121), les corrélations avec les récidives violentes étaient  $r = 0,26$  pour les auteurs d'agressions sexuelle sur des femmes de plus de 16 ans et  $r = 0,27$  pour les auteurs d'agression sur des enfants

Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés par Ducro et Pham (88). En effet dans cet échantillon, les corrélations étaient  $r = 0,33$  pour les AAS d'enfants et  $r = 0,25$  pour les AAS avec victimes de plus de 14 ans.

En termes de récidive en général, une corrélation  $r = 0,32$ , a été trouvée dans une étude (88). Les analyses en sous-groupes dans cette étude ont permis une corrélation  $r = 0,38$  pour les AAS d'enfants et une corrélation  $r = 0,38$  pour les AAS avec victimes de plus de 14 ans

---

<sup>34</sup> Voir annexe 1.



► **Propriétés prédictives**

10 études ont permis d'avoir une estimation de l'ASC ROC. Parmi ces études 3 étaient réalisées au Canada (66,119,122) 2 en Suède (120,121), 2 aux Etats-Unis (118,126) 1 en Belgique (88), 1 aux Pays-Bas (125) 1 en Australie (123).

En termes de récidive sexuelle, les estimations de l'ASC ROC étaient :

- ASC ROC = 0,71 IC95 % (0,68 – 0,74) (122) ;
- ASC ROC = 0,76 IC95 % (0,69 – 0,83) (121) ;
- ASC ROC = 0,66 IC95 % (0,56 – 0,76) (88) ;
- ASC ROC = 0,70 IC95 % (0,60 – 0,79) (119) ;
- ASC ROC = 0,71(125) ;
- ASC ROC = 0,636 (118) ;
- ASC ROC = 0,66 (118) ;
- ACS ROC = 0,63 (NS) (66) ;
- ASC ROC = 0,62 (126).

Långstöm (120) a montré que l'estimation des propriétés prédictives de cet instrument par l'ASC ROC pouvait varier en fonction de la culture des AAS. En effet, en termes de récidive d'agressions sexuelles, l'estimation de l'ASC ROC était de :

- 0,76 (IC95 % (0,70 – 0,84)) chez les AAS nordiques ;
- 0,79 (IC95 % (0,55- 1,03)) chez AAS les européens non nordiques ;
- 0,50 (IC95 % (0,25 – 0,74)) dans l'échantillon des AAS africains et des asiatiques.

Allan *et al.* (123) ont proposé une synthèse des ces différentes estimations de l'ASC ROC concernant la récidive sexuelle :

- au Canada, l'estimation de l'ASC ROC était en moyenne de 0,68 ;
- aux Pays-Bas, l'estimation de l'ASC ROC était de 0,71 ;
- dans un échantillon constitué de AAS au Canada et au Royaume-Uni, l'estimation de l'ASC ROC était de 0,71 ;
- en Suède, l'estimation de l'ASC ROC variait en moyenne de 0,75 et 0,76.

En termes de récidives violentes, les estimations de l'ASC ROC étaient :

- ASC ROC = 0,69 IC95 % (0,66 – 0,72) (122) ;
- ASC ROC = 0,74 IC95 % (0,70 – 0,78) (121) ;
- ASC ROC = 0,68 IC95 % (0,56 – 0,80) (88) ;
- ACS ROC = 0,56 (NS) (66);
- ASC ROC = 0,54 (125).

En termes de récidives sexuelle et/ ou violentes, les estimations de l'ASC ROC étaient

- ASC ROC = 0,73 (118).

En termes de récidives en général, les estimations de l'ASC ROC étaient :

- ASC ROC = 0,7 IC95 % (0,61 – 0,80) (88) ;
- ASC ROC = 0,69 (118) ;
- ASC ROC = 0,57 (125).

Une étude de validation de cette échelle a été réalisée au Japon (127) sur un échantillon de 45 AAS dont 36 (14 avec troubles mental, 22 traitements par groupes de parole) étaient condamnés pour agression sexuelle et 9 (8 avec troubles mentaux, 1 groupe de parole) étaient condamnés pour des violences non sexuelles mais avaient eu précédemment des agressions sexuelles. Certains items du Static 99 ont été modifiés pour prendre en compte la qualité de l'échantillon. Le score 6 était pris comme limite de score de risque élevé car au-delà de ce score, il y a 50 % de chance d'avoir une récidive dans les 15 ans. 36 avaient un score de risque faible ( $\leq 6$ ) et 9 un score élevé ( $> 6$ ). La distribution des score des 36 agresseurs inférieurs à 6 suivaient une distribution normale (15 : score = 3 ; 8 score = 2 ; 8 : score = 4).

► **Qui utilise cet outil en Europe ?**

Cet instrument était surtout utilisé dans les prisons anglaises, finlandaises et irlandaises, lors de l'évaluation pratiquée avant et après l'application du programme thérapeutique SOTP. Certains experts suédois disaient recourir au STATIC-99 ou à l'un des éléments qui le composent : le RRASOR (56).

**6.6.5 Minnesota sex offender screening tool, Revised (MnSOST-R)**

Outil développé en prenant en considération des variables statiques et des variables dynamiques, il est constitué de 12 variables statiques :

- nombre de condamnations pour agression sexuelle ;
- durée de l'histoire d'agression sexuelle ;
- sous contrôle judiciaire au moment de l'acte ;
- localisation de l'agression sexuelle<sup>35</sup> ;
- utilisation de la force ou de menaces ;
- agressions multiples chez la même victime ;
- relation avec la victime ;
- nombre de groupes d'âge des victimes ;
- âge de la victime par rapport à celui de l'agresseur ;
- comportement antisocial de l'agresseur dans l'enfance ;
- consommation de substances psycho-actives ;
- avec ou sans emploi ;

Quatre variables dynamiques étaient incluses dans l'instrument :

- comportement lorsqu'il était incarcéré ;
- participation à un traitement pour auteur d'agression sexuelle ;
- âge de l'auteur d'agression sexuelle ;
- dépendance à des traitements.

► **Corrélation avec le risque de récurrence**

Dans un échantillon de 186 AAS ayant participé à un programme de notification pour AAS de l'Arizona (États-Unis), la corrélation entre le score MnSOST-R et le risque de récurrence était  $r = 0,248$  (118).

► **Propriétés prédictives**

Bartosh *et al.* (118) ont publié une étude de validation de MNSOST-R qui incluait 186 AAS ayant participé à un programme de notification pour AAS de l'Arizona (États-Unis). Les estimations de l'ASC ROC étaient :

- pour les récurrences sexuelles ASC ROC = 0,58 (NS) ;
- pour les récurrences violentes ASC ROC = 0,57 (NS) ;
- pour les récurrences sexuelles et/ou violentes ASC ROC = 0,54 (NS) ;
- pour toute récurrence ASC ROC = 0,66.

**6.6.6 SVR-20**

Cet outil est un outil dynamique d'évaluation du risque de récurrence qui a été créé en 1997. Il permet de réaliser une évaluation clinique structurée du risque de récurrence d'agressions sexuelles violentes chez les auteurs d'agression sexuelle. Il se fonde sur 5 principes-clés guidant l'évaluation du risque de l'agression sexuelle (Pham et Ducro (79) :

- l'évaluation du risque d'agression sexuelle doit intégrer des informations relatives aux aspects du fonctionnement sexuel, intrapersonnel et interpersonnel, social et biologique ;
- afin de maximaliser la collecte des informations, l'évaluation du risque d'agression sexuelle doit expliciter des sources multiples telles que l'observation du comportement, l'étude de cas, les tests psychologiques, l'évaluation physiologique ainsi que les examens médicaux ;

---

<sup>35</sup> domicile vs ailleurs ?

- l'évaluation du risque d'agression sexuelle doit intégrer des facteurs qui concernent tant les facteurs statiques que des facteurs dynamiques ;
- l'évaluation du risque d'agression sexuelle suppose que l'on puisse contrôler la véracité des informations qui sont collectées ;
- l'évaluation du risque d'agression sexuelle doit être répétée à intervalle régulier.

Le SVR 20 évalue le risque d'agression sexuelle tant dans les contextes criminels que civils. Son utilisation est indiquée lorsqu'un individu a commis ou est accusé d'un acte de violence sexuelle. Il contribue à systématiser l'évaluation du risque d'agression sexuelle. Cet outil comprend 20 facteurs de risque, qui sont regroupés en 4 catégories (Pham et Ducro (79) :

- ajustement psychosocial, par exemple ;
  - déviance sexuelle,
  - victimes d'abus pendant l'enfance,
  - psychopathie,
  - troubles mentaux majeurs.
- délits sexuels par exemple ;
  - haute densité de délits commis,
  - multiplicité de délit commis,
  - séquelles physiques aux victimes d'agression sexuelle.
- planification du futur par exemple ;
  - manque de projet réaliste,
  - attitude négative envers l'intervention.
- autres considérations.

Le score pour chaque item est codé sur une échelle de 3 points : 0 = non applicable compte tenu des informations disponibles, 1 probablement ou partiellement applicable, 2 définitivement applicable.

L'évaluation de la SVR-20 repose sur plusieurs sources d'informations telles que les interviews, les tests standardisés relatifs au comportement sexuel, la mesure de la déviance sexuelle, l'évaluation des connaissances ou des attitudes sexuelles ou encore l'usage de substances psychoactives et la présence d'un diagnostic psychopathologique. Il est nécessaire de compléter l'évaluation par des informations officielles contenue dans le dossier de la personne.

Le jugement final du risque est : faible, modéré ou élevé. Il est valide sur une période spécifique à risque et dans un contexte donné (en ambulatoire ou en institution fermée) Il est important de noter que cette évaluation ne dépend pas uniquement de la simple sommation des différents facteurs. Par exemple, le chapitre précédent a montré qu'il y a une interaction entre la psychopathie et la déviance sexuelle, aussi le risque de récidive augmente plus vite chez le AAS qui ont ces 2 variables par rapport à ceux qui ne les ont pas.

#### ► Accord inter-juge

L'accord inter-juge de cet instrument a été évalué par De vogel *et al.* (125) sur une cohorte d'hommes AAS aux Pays-Bas. Cette étude montrait que l'accord inter-juge estimé par le coefficient de corrélation intra-classe (ICC) était :

- SVR- 20 score total : ICC = 0,75 ;
- ajustement psychosocial : ICC = 0,74 ;
- agression sexuelle : ICC = 0,74 ;
- planification du futur : ICC = 0,78.

Cependant cette étude montrait que la qualité de l'accord inter-juge sur l'évaluation finale du risque était modéré : ICC= 0,48.

#### ► Corrélation

L'étude réalisée par De vogel *et al.* (125) pour estimer les propriétés prédictives du SVR-20 dans un groupe d'AAS admis en hôpital psychiatrique aux Pays-Bas entre 1974 et 1996, montrait les corrélations suivantes entre le score SVR-20 et les différents types de récidive :

- récidive sexuelle :  $r = 0,5$  ;

- récidence violente :  $r = 0,28$  ;
- récidence en général  $r = 0,33$ .

#### ► Propriétés prédictives

Sur un échantillon de 95 agresseurs de femmes, 27 agresseurs sexuels d'enfants (16 agressions extra-familiales de filles, 10 de garçons et 1 inceste) admis en hôpital psychiatrique aux Pays-Bas entre 1974 et 1996, De vogel *et al.* (125) ont estimé les ASC ROC suivantes :

- récidence sexuelle, ASC ROC Score total 0,83 et ASC ROC jugement final du risque ajusté : 0,83 ;
- récidence violente, ASC ROC Score total 0,66 et ASC ROC jugement final du risque ajusté : 0,64 ;
- récidence générale, ASC ROC Score total 0,71 et ASC ROC jugement final du risque ajusté : 0,69.

#### ► Qui utilise le SVR-20 en Europe ?

Cet instrument était employé en Allemagne (mais rarement), en Autriche (lors de l'expertise et en unité pénitentiaire spécialisée), en Belgique (où la version francophone du SVR-20 est exploitée par certains experts et par les professionnels des hôpitaux psychiatriques de haute sécurité qui lui consacrent des recherches), au Danemark, en Finlande (où certains experts y ont recours), en Grèce (où il s'agit toutefois d'un début d'utilisation), aux Pays-Bas (où une version néerlandaise a été réalisée) et en Suède (où la version suédoise est utilisée par certains experts et commence à être implantée dans les prisons) (56).

#### 6.6.7 *Sex Offender Need Assessment Rating*(SONAR)

En 2001, Hanson et Harris ont développé la SONAR afin de palier au manque d'évaluation standardisée du changement de risque de récidence auprès des auteurs d'agression sexuelle. Il s'agissait notamment d'apprécier si l'auteur d'agression sexuelle avait ou non complété avec succès un traitement (Pham et Ducro (79)).

Cet outil est constitué de 5 facteurs stables (influences sociales négatives, problèmes sur le plan de l'intimité, attitudes tolérantes à l'égard des agressions sexuelles, manque de maîtrise de soi sur le plan sexuel, manque de maîtrise de soi en général) et 4 facteurs aigus (toxicomanie, humeur négatives, colère et hostilité, accès aux victimes).

Les items du SONAR sont évalués à partir de plusieurs entretiens semi structurés. Il est nécessaire de lire le dossier officiel et clinique afin de confronter les informations et de vérifier la véracité de récit des personnes évaluées.

#### ► Accord inter-juges

Les études ont montré un accord inter-juge importants pour les deux dimensions de la SONAR. En effet, une estimation du coefficient de corrélation intra-classe de 0,90 a été obtenue pour la dimension des facteurs stables et de 0,89 pur la dimension des facteurs aigus.

#### ► Propriétés prédictives

Au Canada, Hanson et Harris (128) ont les propriétés prédictives de la SONAR sur un échantillon 208 AAS qui avaient fait une récidence et 201 qui n'avaient pas de récidence sexuelle ou violente. Il y avait 122 AAS de garçons, 150 AAS de filles, 137 AAS d'adultes. SONAR permettait d'avoir une bonne performance pour la prédiction du risque de récidence sexuelle ou violente (ASC ROC de 0,74 et une corrélation entre le score de ces variables et la récidence de 0,43). Un modèle de régression logistique a permis de mettre en évidence une association significative entre le score SONAR et le risque de récidence (OR = 1,38 (IC95 % (1,22 – 1,55))).

D'autres études de validation ont été réalisées, notamment en Belgique où cet outil a été validé sur un échantillon de 97 auteurs d'agression sexuelle provenant d'un hôpital psychiatrique sécuritaire en Belgique Francophone (129). Cette étude a évalué la validité

convergente du SONAR et de la SVR-20 ; une corrélation de 0,57 était estimée entre les 2 outils dans cet échantillon.

#### **6.6.8 Risk Matrix 2000(RM 2000)**

Développé comme une révision de SACJ, cette échelle comprend des indicateurs différents d'évaluation du risque de récurrence, d'agressions non sexuelles et de violence en général. Cette échelle utilise une approche par étape pour l'évaluation du risque. Elle est constituée de 2 dimensions : le *RM 2000-Sexual* et le *RM 2000-Violent*. La synthèse des études de validation de cet outil est présentée dans le tableau 26<sup>36</sup>.

Le *RM 2000-Sexual* à l'étape 1 possède 3 items d'évaluation du risque (âge, nombre d'agressions sexuelles antérieures, nombre d'agressions criminelles), la somme de l'évaluation de ces items est transformée en catégorie de risque.

L'étape 2 contient les facteurs aggravants : condamnation pour agression sexuelle contre des garçons, condamnation pour agression sexuelle contre des inconnus, condamnation pour agression sexuelle sans contact, vivre seul depuis au moins 2 ans. La présence de 2 ou 4 facteurs aggravants augmente la catégorie de risque d'un niveau ou de 2 niveaux. Les catégories de risque suivantes sont proposées : 0 = faible, 1 et 2 = modéré, 3 et 4 = élevé, 5 et 6 = très élevé.

Le *RM 2000-Violent* est constitué de 3 items d'évaluation du risque : âge de début des agressions, nombre d'agressions sexuelles antérieures, tout antécédent de cambriolage. Le score de cette deuxième dimension conduit aux catégories suivantes : 0 et 1 = faible, 2 et 3 = modéré, 4 et 5 = élevé et plus de 6 = très élevé.

##### **► Corrélation avec la récurrence**

Dans l'étude de Craig *et al.* (130) réalisée avec un échantillon de 131 AAS dont 81 auteurs d'agression sexuelle (moyenne d'âge 37,2 ans) 46 auteurs d'agression violente non sexuelle (moyenne d'âge 28 ans). La corrélation entre le score de *RM 2000-Violent* et le risque de récurrence sexuelle et violente à 5 ans était de 0,28 ( $p < 0,01$ ). La corrélation entre le score de *RM 2000-sexual* et le risque de récurrence sexuelle et violente à 5 ans était de 0,19 ( $p < 0,05$ ).

##### **► Propriétés prédictives**

L'échelle a été validée sur deux échantillons au Royaume-Uni, l'estimation de l'ASC ROC était de 0,77 chez les patients qui avaient participé à un traitement et 0,75 chez ceux qui n'avaient pas participé à un traitement (130).

Pour la version utilisée pour les agressions violentes (le *RM 2000-Violent*), l'ASC ROC a été estimée à 0,78 et 0,8 pour la prédiction du risque de nouvelle agression violente dans 2 échantillons différents (130). L'estimation de l'ASC ROC de nouvelle agression sexuelle variait entre 0,65 et 0,68.

Pour la version utilisée pour les agressions sexuelles (*RM 2000-sexual*), l'estimation de l'ASC ROC pour une agression violente variait entre 0,54 et 0,64 ; l'estimation de l'ASC ROC pour une agression sexuelle variait entre 0,59 et 0,68.

Thornton *et al.* (131) ont validé les propriétés prédictives du RM 2000 sur 3 échantillons différents. Pour la récurrence sexuelle, les estimations de l'ASC ROC variait de 0,75 à 0,77 en fonction des échantillons.

---

<sup>36</sup> Voir annexe 1.

### 6.6.9 *Violence risk scale – sexual offender Version (VRS-SO)*

L'outil a été développé pour intégrer une évaluation du risque, des besoins, de la réponse et du changement au cours du traitement. Il évalue le niveau de violence sexuelle, identifie les cibles du traitement associées à la violence sexuelle, l'évaluation des dispositions de l'AAS à changer et les changements par rapport à l'objectif du traitement après la prise en charge. La synthèse des études de validation de cet outil est présentée dans le tableau 27<sup>37</sup>.

L'outil est constitué de 7 variables statiques et de 17 variables dynamiques issues des études d'évaluation du risque de récidive des délinquants sexuels et de la littérature sur la réponse au traitement. Les variables sont cotées sur une échelle de 4 points (0, 1, 2, 3) et évaluées lors d'une revue du dossier et d'une interview semi-structurée.

L'analyse factorielle des variables dynamiques réalisée par Olver *et al.* (99) a produit les dimensions suivantes : déviance sexuelle (style sexuel déviant, préférences sexuelles déviantes), la criminalité (abus de substance illicite, agression interpersonnelle) et la réponse au traitement (ex. mauvaise adhésion au traitement, distorsion cognitive).

Le score final est donné sous forme de 4 groupes de risque : faible (0 – 20), médium-faible (21 – 30), médium-élevé (31 – 40) et élevé (41 – 72).

- Les variables statiques sont :
  - âge à la libération ;
  - âge de la première agression ;
  - type d'agression sexuelle ;
  - agression sexuelle antérieure ;
  - relation avec la victime ;
  - sexe de la victime ;
  - dates des condamnations précédentes.
- Les variables dynamiques sont :
  - comportement sexuel déviant ;
  - impulsivité sexuelle ;
  - planification d'agression ;
  - personnalité criminelle ;
  - distorsion cognitive ;
  - agression interpersonnelle ;
  - contrôle émotionnel ;
  - capacité « insight » ;
  - abus de substance psychoactives ;
  - aide de la communauté ;
  - capacité à éviter des situations à haut risque ;
  - cycle d'agression sexuelle ;
  - impulsivité en général ;
  - compliance à une supervision en communauté ;
  - compliance au traitement ;
  - préférence sexuelle déviante ;
  - déficit d'intimité.

La corrélation entre la VRS : SO et le Static 99 était 0,37 dans l'étude d'Olver *et al.* (99).

#### ► **Accord inter-juge**

L'accord inter-juge évaluée par le coefficient de corrélation intra-classe était 0,79 dans l'étude de validation.

Olver *et al.* (99) ont estimé les coefficients de corrélation intra-classe en fonction de la période de traitement et des différentes dimensions dynamiques de l'échelle :

- pour la la dimension déviance sexuelle, le coefficient de corrélation intra-classe avant traitement était 0,72 et post-traitement 0,73 ;

---

<sup>37</sup> Voir annexe 1.

- pour la dimension criminalité, le coefficient de corrélation intra-classe avant traitement était 0,77 et post-traitement 0,80 ;
- pour la dimension réponse au traitement, le coefficient de corrélation intra-classe avant traitement était 0,66 et post-traitement 0,73.

#### ► **Corrélation avec le risque de récidive**

Les estimations de la corrélation entre le score total de cette échelle et le risque de récidive montraient un coefficient de corrélation  $r$  de 0,35 à 3 ans de suivi, de 0,36 à 5 ans de suivi et de 0,35 à 10 ans de suivi.

Dans l'étude d'Olver *et al.* (99) les corrélations entre différentes dimensions de l'échelle et le risque de récidive ont été estimées sur un échantillon de 321 AAS de moyenne d'âge 30,5 ans :

- pour la récidive sexuelle les corrélations des dimensions étaient :
  - variables statiques :  $r = 0,36$ ,
  - variables dynamiques avant le traitement  $r = 0,23$ ,
  - variables dynamiques après le traitement  $r = 0,26$  ;
- pour la récidive violente non sexuelle, les corrélations des dimensions étaient :
  - variables statiques :  $r = 0,17$ ,
  - variables dynamiques avant le traitement  $r = 0,03$ ,
  - variables dynamiques après le traitement  $r = 0,06$ .

#### ► **Propriétés prédictives**

Les performances prédictives de cet instrument ont été estimées par l'ASC ROC. Pour le risque de nouvelle agression sexuelle, l'ASC ROC était 0,75 à 3 ans de suivi, à 5 0,73 à 5 ans et 0,71 à 10 ans.

Dans un échantillon de 321 auteurs d'agression sexuelle au Canada, Olver *et al.* (99) ont estimé les ASC ROC en fonction des différentes dimensions de la VRS : SO.

- En termes de récidive sexuelle :
  - l'ASC ROC des variables statiques était 0,74 IC95 % (0,68 – 0,80),
  - l'ASC ROC des variables dynamiques avant le traitement était 0,66 IC95 % (0,59 - 0,73),
  - l'ASC ROC des variables dynamiques après le traitement était 0,67 IC95 % (0,60 - 0,74).
- En termes de récidive non sexuelle violente :
  - l'ASC ROC des variables statiques était 0,60 IC95 % (0,53 – 0,66),
  - l'ASC ROC des variables dynamiques avant le traitement était 0,53 IC95 % (0,46 - 0,59),
  - l'ASC ROC des variables dynamiques après le traitement était 0,55 IC95 % (0,48 - 0,61).

#### **6.6.10 *Abel Assessment for Interest in Paraphilia (AAIP)***

Cet instrument est un auto-questionnaire, qui évalue l'attraction à 22 catégories de stimuli sexuels possibles. Il inclut également un questionnaire concernant le comportement sexuel. Les données de la littérature montrent que cet instrument peut à la fois être utilisé comme outil pronostique et diagnostique (132).

Fischer et Smith (132) ont rapporté que la consistance interne de cet instrument évaluée par le coefficient alpha de Cronbach a été estimé à 0,86 pour les femmes adultes, 0,88 chez les hommes de plus de 22 ans, 0,89 chez les adolescents garçons, 0,90 chez les adolescents filles. La stabilité de la mesure (corrélation entre 2 mesures) est estimée en moyenne de 0,86 à 0,89 pour la partie auto-administrée.

Pour la validité de cet instrument, la revue de Fischer et Smith (132) montrait que plusieurs études avaient analysé certaines dimensions de la validité de cet outil. Cependant, ils recommandaient de réaliser des nouvelles recherches afin de mieux affiner l'évaluation de la validité de cet outil car il était très utilisé aux États-Unis.

### 6.6.11 HCR-20

Cet outil a été proposé en 1997. Il est constitué de variables statiques (comportement violent antérieur, précocité des problèmes de comportement, trouble mental, indice de psychopathie, etc.), des facteurs cliniques actuels et des facteurs liés au contexte futur dans lequel le patient est appelé à vivre (cf. tableau 28). Il n'est donc plus seulement question de l'évaluation du risque, mais également de la gestion du risque. Les auteurs précisent spécifiquement qu'il ne s'agit pas d'un instrument psychométrique mais d'un aide-mémoire (133).

Chaque item est évalué sur la base d'un score de 0,1 ou 2 selon que l'individu rencontre les critères définis par l'item ; chaque sous-échelle et l'échelle globale sont le résultat de la sommation des scores à chacun des items. Le risque estimé ne se définit pas uniquement sur la base du résultat à l'échelle ; le poids relatif de divers items est également pris en compte dans l'estimation finale du risque. Par exemple, un individu qui présente un résultat élevé à l'indice de psychopathie (H7) sera considéré plus à risque de comportements violents qu'un individu qui obtient un résultat semblable à la HCR-20 mais pour lequel le résultat repose essentiellement sur l'instabilité relationnelle (H3), un trouble de la personnalité (H9), etc. En effet, l'évaluation finale exige une part de jugement clinique. Ainsi, la conclusion finale reposera sur le score certes, mais également sur un certain nombre de déductions faites à partir de l'expérience clinique.

**Tableau 28. Les dimensions et les items de l'HCR-20.**

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Gestion de risque
H1 : Violence antérieure	C1 : Introspection difficile	R1 : Plans irréalisables
H2 : Premier acte de violence commis à un jeune âge	C2 : Attitudes négatives	R2 : Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 : Instabilité des relations intimes	C3 : Symptômes actifs de maladie mentale grave	R3 : Manque de soutien personnel
H4 : Problèmes d'emploi	C4 : Impulsivité	R4 : Inobservance au traitement
H5 : Problèmes de toxicomanie	C5 : Résistance au traitement	Stress
H6 : Maladie mentale grave		
H7 : Psychopathie		
H8 : Inadaptation durant l'enfance et l'adolescence		
H9 : Troubles de la personnalité		
H10 : Échec de la surveillance antérieur		

#### ► Qui utilise cet instrument en Europe ?

Giovannangeli *et al.* (56) ont rapporté dans leur enquête que cet outil était utilisé par les professionnels allemands, par les experts anglais, par les spécialistes autrichiens (que ce soit dans le cadre de l'expertise, en unité pénitentiaire spécialisée ou en institution psychiatrique légale), belges (plus particulièrement en milieu pénitentiaire et en hôpital psychiatrique sécurisé, où le HCR-20 fait l'objet de plusieurs recherches), au Danemark (cet instrument était en cours de validation sur une population d'auteurs d'agression sexuelle danois), en Espagne (lors de l'expertise), en Finlande (où certains experts y ont recours), en Grèce, aux Pays-Bas (durant l'expertise) et en Suède (utilisée dans le contexte d'expertise ainsi qu'à des fins de recherche)

#### ► Synthèse

Les échelles spécifiquement construites pour l'évaluation du risque conjuguent de manière optimale certains facteurs de risque comportementaux et environnementaux. Ces instruments n'ont pas pour objectif d'approcher une évaluation complète de l'AAS. Leur objectif principal est d'aider le clinicien (psychiatre, psychologue,) à évaluer le risque de



récidive d'agression de manière objective pour pouvoir mettre en place une stratégie de prise en charge adaptée au niveau de risque de l'AAS.

Le risque change au cours du temps, en fonction du contexte et des circonstances, et une prise en charge effective dépend de la capacité à évaluer ce système dynamique. Une approche plus précise et plus complète d'évaluation du risque est une approche qui prend en compte les estimations actuarielles du risque, l'évaluation clinique du changement à l'aide des facteurs de risque dynamiques et les mesures psychométriques. L'évaluation ne doit donc pas se faire avec un seul instrument. Au contraire, l'évaluateur doit utiliser plusieurs outils, tout en gardant à l'esprit les avantages et les inconvénients des différents outils (88).

Hanson *et al.* (85) ont rapporté que les échelles les plus évaluées sont RRASOR, ( $d = 66$  ;  $0,58 - 0,75$ , 17 études ; 5 004 AAS), Static-99 ( $d = 0,76$ ,  $0,65 - 0,87$  ; 15 études, 4 202 AAS) ; *sex offender risk appraisal guide* (SORAG) ( $d = 68$  ;  $0,51 - 0,86$ , 5 études ; 1 104 AAS) et *Violence Risk appraisal guide* (VRAG) ( $d = 64$  ;  $0,50 - 0,79$ , 5 études ; 1 000 AAS).

Il existe des versions françaises validées de certains outils d'évaluation du risque, notamment le SORAG, RRASOR, PCL-R, Static-99 qui ont été validés en Belgique et ou au Canada. Les études ont montré qu'il existe une variabilité de la distribution du risque en fonction de l'instrument, du contexte culturel, du type de victime (134). Certaines données (120) ont suggéré également une variabilité des performances de ces outils en fonction du contexte culturel. Chez les AAS à haut risque de récidive, Looman (66) a montré que le SORAG avait une meilleure validité que le Static-99.

Aucune étude de validation de ces outils n'a été identifiée en France et les enquêtes d'utilisation ont montré qu'ils étaient peu utilisés en France (56). Il est important de mettre en place des études de validation de ces outils en France afin de vérifier leur adéquation au contexte culturel français. L'acceptabilité de ces outils par les professionnels est également à évaluer.

La majorité des outils intègrent les variables statiques qui ont un impact sur le risque de récidive. L'évaluation des variables dynamiques peut permettre d'améliorer les propriétés de ces outils. Il existe 2 outils (la SONAR et la SVR-20) qui prennent explicitement en compte les variables dynamiques.

#### ► **Conclusions de la conférence de consensus 2001 sur les outils d'évaluation**

Il n'existe pas d'outil permettant de prédire la réitération d'une agression. Il s'agit plutôt d'investigations dont les résultats, utilisés dans le cadre de la recherche scientifique, peuvent être l'indicateur d'un risque de passage à l'acte.

Les mesures phallométriques (pléthysmographie) sont l'outil le plus reconnu au plan international pour mesurer le risque de récidive chez l'adulte, notamment pour les pédophiles extra-familiaux. Il reste néanmoins controversé du fait de l'absence de standardisation. Il s'agit d'une mesure de l'érection lors de stimuli visuels, destiné à évaluer la « déviance » sexuelle et la réponse à un traitement. Il ne peut pas être utilisé pour déterminer la culpabilité d'un individu. Son utilisation en France semble être inexistante bien qu'il s'agisse d'un des rares acquis scientifiques dans ce domaine.

Plusieurs échelles ont également été élaborées, dans l'objectif de prédire le risque de récidive, sexuelle ou non. Aucune d'entre-elles ne s'est réellement imposée. Il existe une version française d'une échelle mesurant les tendances antisociales de la personne. Elle semble pouvoir prédire le risque de survenue d'actes de violence non-sexuels chez les auteurs d'agression sexuelle.

#### ► **Recommandations de la CC 2001**

- Le jury recommande la mise en oeuvre d'un programme de recherche national comprenant développement, la validation et l'utilisation d'instruments :

- destinés à étudier le devenir des personnes à partir d'indicateurs qui débordent largement le problème de la rechute (qualité de vie, fonctionnement individuel, familial et social)
- susceptibles d'affiner les « indications » des réponses
- permettant d'évaluer l'efficacité de la réponse proposée, tant pour la personne que pour son entourage.
- Le jury recommande la création d'un groupe permanent chargé de susciter la mise en oeuvre d'un programme de recherche national (*cf. supra*). Il sera également chargé de réunir les données nécessaires à une meilleure connaissance :
  - des agressions sexuelles, de leurs auteurs et du contexte des passages à l'acte
  - des moyens d'intervention de la police et de la gendarmerie, de la justice et du système de santé
  - des opinions et des représentations sociales dans la population générale et chez les professionnels impliqués.

Ce groupe devra de réaliser des analyses secondes de ces données, de les comparer aux données produites chez nos partenaires européens (Union européenne, et Conseil de l'Europe) et dans d'autres pays et de tenir à jour ces différentes informations, de soutenir le développement de recherches multicentriques cohérentes d'un point de vue méthodologique.

Des outils déjà existants pourraient être mobilisés, à moindre coût. Il en est ainsi du Fichier national des détenus (FND) géré par l'administration pénitentiaire qui pourrait servir de base de sondage (après autorisation de la CNIL), du système d'exploitation statistique du casier judiciaire, lui aussi sous-utilisé dans ce domaine, des enquêtes de victimisation qui se sont développées en France depuis quelques années (INSEE-IHESI).

Les données ainsi rassemblées pourraient être diffusées sur le net et apporter des renseignements aux personnes concernées.

Une telle structure devra bénéficier du soutien logistique d'une entité administrative déjà existante (unité de l'INSERM, par exemple), fonctionnera grâce à la participation de chercheurs des différentes disciplines concernées, de statisticiens, de praticiens du système de santé et de représentants des départements ministériels concernés (Santé, Justice, Intérieur, Défense) et d'élus. Il pourra prendre l'initiative de mener - ou de faire réaliser - un certain nombre d'enquêtes exploratoires permettant d'améliorer les sources déjà existantes ou de les développer.

Des pôles d'excellence régionaux ou départementaux regroupant formation, recherche, accréditation, semblent une formule intéressante.

## **6.7 Problèmes méthodologiques posés par l'utilisation de ces outils d'évaluation**

La majorité de ces instruments ont été validé avec notamment l'évaluation des performances prédictive par l'ASC ROC. Mais certains auteurs attirent l'attention sur les problèmes méthodologiques que peuvent poser ces outils en pratique réelle. En effet, est-ce que l'information sur l'ASC ROC est une aide à la prise de décision. Est-ce qu'une ASC ROC = 0,71 pour Static 99 et 0,68 pour RRASOR permet d'aider à la décision ? L'analyse de la littérature a permis de sélectionner l'article de Campbell (135) pour illustrer ces problèmes.

Dans cette étude, l'auteur (135) se place dans le cas d'une population à haut risque : dans cette population, le taux de récurrence chez les patients déjà condamnés pour agression sexuelle variait entre 30 et 40 %. Sur la base de ces estimations, une moyenne de taux de récurrence de base peut être 35 % sur une période de 12-20 ans de suivi. Campbell a choisi parmi les instruments d'évaluation du risque le RRASOR et Static-99. Il a analysé les implications des différents seuils appliqués à ces instruments sur une population d'auteurs d'agression sexuelle.

► **Pour le RRASOR**

- Le seuil est fixé  $> 2$  ; ce seuil permet de maximiser la classification des auteurs d'agression sexuelle. Ce seuil correspond à une sensibilité = 0,37 et une spécificité = 0,96 ; ASC ROC = 75,4 % ;
  - Si on prend un échantillon hypothétique de 1 000 auteurs d'agression sexuelle, il y a 350 qui vont faire une récurrence. Au seuil fixé (la probabilité du test négatif quand on va récidiver = 0,63) il y a 63 % (220/350) des auteurs d'agression sexuelle condamnés qui seront libérés alors qu'ils vont *a priori* récidiver.

► **Pour le Static-99**

- Le seuil est fixé  $> 4$  ; ce seuil permet de maximiser la classification AAS. Ce seuil correspond à une sensibilité = 0,49 et une spécificité = 0,88 ; ASC ROC = 74,4 % ;
  - si on prend un échantillon hypothétique de 1 000 AAS, il y a 350 qui vont faire une récurrence. Au seuil fixé (la probabilité du test négatif quand on va récidiver = 0,51) il y a 51 % (220/350) des auteurs d'agression sexuelle condamnés qui seront libérés alors qu'ils vont *a priori* récidiver. En plus 31 % (78/250) auteurs d'agression sexuelle sont classés récidivistes alors qu'ils ne le seront *a priori* pas.

► **Si on veut maximiser la sensibilité : RRASOR**

- Pour maximiser la sensibilité il suffit que le score soit  $> 0$ . Ce seuil correspond à une sensibilité = 0,85 et une spécificité = 0,43 ; ASC ROC = 74,4 %.
  - Si on prend un échantillon hypothétique de 1 000 auteurs d'agression sexuelle, il y a 350 qui vont faire une récurrence. Il y a 298/350 (85 %) à ce niveau seront bien classés. Il y a 55 % (370/668) auteurs d'agression sexuelle sont classés récidivistes alors qu'ils ne le seront *a priori* pas.

► **Si on veut maximiser la spécificité : RRASOR**

- Pour maximiser la spécificité il suffit que le score soit  $> 3$ . Ce seuil correspond à une sensibilité = 0,37 et une spécificité = 0,96 ; ASC ROC = 75,4 %.

► **Synthèse**

Cette étude montre la difficulté d'utiliser ces outils dans le cadre de l'évaluation du risque. En fonction de la population dans laquelle on les utilise et du seuil choisi, les décisions ont un impact important. Ces outils ne peuvent donc pas être les seuls outils utilisés dans le cadre d'une évaluation du risque.

## 6.8 Comment évaluer le risque dans le cadre de la prise en charge ?

### 6.8.1 Quelle est la place de ces outils dans l'évaluation du risque en Europe

Dans une enquête réalisée dans 15 pays de l'union européenne dont la France, Giovannangeli *et al.* (56) ont rapporté que, pour les spécialistes européens interrogés, les échelles spécifiquement construites pour l'évaluation du risque étaient des moyens non négligeables pour assister, à titre d'indication et d'orientation, le jugement clinique. Ces échelles permettraient de systématiser et d'objectiver les impressions cliniques. Mais pour les professionnels, elles ne peuvent se substituer au jugement clinique, dans la mesure où elles ne permettent pas de cerner la personnalité et la psychopathologie de l'individu dans leur complexité. En ciblant la prédiction sur un objet comportemental bien défini, ces échelles risquent de simplifier à l'excès la réalité étudiée.

L'étude de Giovannangeli *et al.* (56) a montré qu'il existe une disparité importante dans l'utilisation des outils d'évaluation du risque entre les pays européens d'une part et l'Amérique du Nord d'autre part. Dans cette étude, les auteurs concluent que les divergences socio-culturelles entre l'évaluation du risque en Europe et en Amérique du Nord semblent

expliquer une grande partie de la variabilité de l'utilisation de ces outils. Alors que les échelles actuarielles nord-américaines privilégient une prédiction de la dangerosité fondée sur l'acte, les évaluateurs européens restent attachés à un cadre de référence clinique plus traditionnel, visant à étudier le lien entre la dangerosité de l'individu et sa personnalité.

### 6.8.2 Quand réaliser une évaluation du risque de récurrence ?

Dans le cadre d'un rapport pour un projet de recherche sur les auteurs d'agression sexuelle en Belgique, Ducro *et al.* (88) ont présenté les différentes étapes de la prise en charge dans lesquelles peuvent s'intégrer une évaluation du risque de récurrence. Dans un premier temps, l'évaluation du risque de récurrence peut permettre de fixer l'intensité du traitement. En effet, pour les AAS à haut risque de récurrence une intervention plus intensive est requise. Dans un second temps, l'évaluation du risque peut être réalisée au cours de la prise en charge afin de réajuster éventuellement les modalités thérapeutiques. Dans un troisième temps, ces évaluations peuvent être effectuées en fin de traitement afin d'évaluer son effet.

### 6.8.3 Exemples d'utilisation des outils d'évaluation dans un programme de prise en charge en France

Sont présentées ci-dessous les différentes évaluations pré et post prise en charge réalisées au Centre de Détention de Loos dans le cadre de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. La prise en charge thérapeutique est un groupe thérapeutique basé sur une approche éclectique (plusieurs références théoriques peuvent être utilisées) mais dont l'articulation principale est cognitive. Dans ce programme, les évaluations suivantes sont réalisées :

- évaluation du quotient intellectuel (cette évaluation est en lien avec les critères d'éligibilité pour le programme) ;
- évaluation de la désirabilité sociale ; la désirabilité sociale est un biais à prendre en considération systématiquement dans le cadre d'évaluations basées sur des auto-questionnaires ;
- évaluation croyances erronées sur la sexualité ;
- évaluation distorsions cognitives ;
  - auto-questionnaires de Bumby (1996),
  - *MOLEST Scale* : pour les auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants,
  - *RAPE Scale* : pour les auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des femmes adultes,
- évaluation de l'empathie ;
  - Auto-questionnaires,
  - *Child Molester Empathy Measure*,
  - *Rapist Empathy Measure*,
  - Empathie générale / envers une victime / envers sa victime,
- évaluation du Dénier/ Reconnaissance des faits ; entretien semi-structuré inspiré de ;
  - QICPAAS,
  - « Grille d'évaluation du déni »,
  - « Modèle hiérarchique du déni ».

Au sein de la Fédération des soins aux détenus de l'Oise, Terrier et Savin (136) ont rapporté que, lorsqu'un AAS formule une demande de prise en charge, un protocole d'évaluation constitué de 4 phases est proposé :

- le premier entretien a pour but de reconstruire le parcours personnel du patient ainsi que d'évaluer l'authenticité de sa demande de suivi psychologique. Le questionnaire URICA est utilisé car il permet de situer à quel stade de changement se trouve le sujet par rapport au problème qu'il expose comme étant à l'origine de sa demande ;
- le 2ème entretien est consacré à la passation de l'entretien diagnostique SIDP IV qui repose sur l'exploration des critères du DSM IV pour les troubles de la personnalité ;
- au cours du troisième s'effectue la passation du Rorschach système intégré ;
- la passation du QICPASS se fait au cours du quatrième entretien. La passation de ce questionnaire peut prendre plusieurs entretiens.

A la fin de cette évaluation, les membres de l'équipe de prise en charge discutent de l'orientation thérapeutique adaptée au sujet : thérapie individuelle d'orientation psychanalytique, thérapie de groupe (groupe de parole d'orientation psychanalytique, groupe d'entraînement aux habilités sociales cognitivo-comportementale), thérapie individuelle cognitivo-comportementale, relaxation et travail corporel.

#### **6.8.4 Recommandations disponibles dans la littérature sur l'évaluation du risque de récurrence chez les AAS**

L'analyse de la littérature a identifié 2 articles (58,137) qui ont proposé des recommandations dans le cadre de l'évaluation du risque chez les auteurs d'agressions sexuelles.

Après une présentation des différentes procédures d'évaluation de risque chez les auteurs d'agressions sexuelles, Clipson (58) considère que l'utilisation des outils actuariels est nécessaire dans l'évaluation du risque, mais elle n'est pas suffisante car il est important de prendre en compte les autres facteurs de risque identifiés dans la littérature et qui ne sont pas inclus dans les différents outils. D'autre part, il est toujours nécessaire d'aller au delà de cette évaluation pour mieux appréhender le risque en prenant en compte :

- l'histoire individuelle ;
- les caractéristiques des victimes qui intéressent l'agresseur ;
- les contextes qui sont favorables à la récurrence ;

Deux méthodes sont très utilisées pour l'évaluation du risque des auteurs d'agression (58) :

- Méthode 1 ;
  - Le clinicien évalue le risque de récurrence de l'auteur d'agression sexuelle à l'aide d'outils actuariels validés ou des outils permettant un jugement clinique structuré et adapté à un auteur d'agression sexuelle donné. Ensuite il ajuste son estimation du risque en utilisant les outils fondés sur des facteurs de risque dynamiques ou par la considération systématique des autres facteurs de risque retrouvés dans la littérature.
- Méthode 2 ;
  - Le clinicien utilise au moins 2 outils actuariels d'évaluation du risque et, de manière systématique, évalue chez l'auteur d'agression sexuelle les données pertinentes identifiées dans la littérature comme associées à la récurrence.

Pour Bonta (137) l'évaluation du risque de récurrence chez les AAS doit être fondée sur les outils actuariels d'évaluation du risque :

- L'évaluation du risque de récurrence doit être fondée sur les outils actuariels d'évaluation du risque :
  - les outils actuariels sont des instruments structurés, quantitatifs et contenant des variables empiriquement liées au risque de récurrence.
  - les 3 instruments bien validés pour évaluer le risque de récurrence chez les auteurs d'agression sexuelle sont : PCL-R ; *Level of service Inventory-revised* (LSI-R), le VRAG.
  - Il existe des données reproductibles qui montrent que l'utilisation des outils actuariels améliore les performances d'évaluation du risque.
- L'évaluation du risque doit démontrer sa validité prédictive
  - l'outil d'évaluation utilisé doit être validé, avec notamment la validité prédictive
- L'outil d'évaluation utilisé doit être directement associé au comportement à risque
  - Il existe plusieurs critères importants dans le cadre de l'évaluation ou de la prise en charge et il n'existe pas d'outils permettant d'évaluer tous ces critères.
- L'outil d'évaluation doit être sélectionné en fonction de la théorie
  - Les théories donnent à l'évaluateur les composantes qui doivent être évaluées et guident les interventions à mettre en place pour avoir un changement de comportement.
  - 3 théories peuvent être utilisées : théorie sociologique et criminologique du crime ; le modèle psychopathologique, les modèles d'apprentissage social.
- Évaluer plusieurs domaines

- ▶ Une bonne évaluation du risque évalue plusieurs dimensions, d'où la nécessité d'une évaluation complète, multidimensionnelles de plusieurs facteurs. Les dimensions suivantes peuvent être évaluées : l'histoire criminelle, le comportement et les valeurs antisociales, la personnalité antisociale, le support social. Quelques outils (PCL-R, VRAG, HCR-20 ; LSI-R) peuvent faciliter cette évaluation
- Évaluer les besoins criminogènes
  - ▶ Les besoins criminogènes, sont des aspects de la personne ou les situations qui, quand elles sont changées sont associées à un changement du comportement criminel,
  - ▶ Il y a peu d'outils qui ont incorporé les facteurs de risque dynamiques : les 2 plus importants dans ce domaine sont le LSI-R et le *Wisconsin classification system*. L'importance de l'évaluation des facteurs de risque dynamique est qu'ils permettent d'identifier les cibles potentielles de la thérapie,
  - ▶ Il est important de d'évaluer plusieurs fois les différentes variables au cours du traitement.
  - ▶ Les AAS suivis en communauté représentent une situation où le suivi des facteurs de risque dynamiques associés au risque est important. En effet, ne pas reconnaître le passage d'un niveau à faible risque vers un niveau à haut risque de nouvelle agression peut avoir des conséquences importantes. Actuellement, il n'existe pas d'outils d'évaluation du risque adaptés à ce contexte.
- Évaluer la réponse au traitement
  - ▶ Le principe de réponse considère que le style, le mode de traitement doit être apparié à la personnalité, aux capacités cognitives et aux caractéristiques socioculturelles de l'individu.
- Utiliser différentes méthodes d'évaluation pour évaluer le risque et les besoins.
  - ▶ Chaque test possède une erreur de mesure et aucun test ne possède les propriétés prédictives parfaites. Les sources d'erreurs varient (problèmes conceptuel, maquet de motivation de l'AAS etc.). La validité prédictive peut être améliorée quand différentes méthodes d'évaluation sont combinées. Les 4 méthodes les plus utilisées sont : le remplissage de questionnaire, l'entretien, l'évaluation du comportement, l'extraction de données à partir de fichier.
  - ▶ Chaque méthode possède des limites par exemple, l'extraction des données dans un fichier est limité par la qualité des données disponibles dans le fichier, les auto-questionnaires donnent de mauvais résultats si le patient ne comprend pas les items, il y a un risque de biais d'examineur dans le cas de l'interview, l'évaluation du comportement peut être trop spécifique.

Hanson *et al.* (122) ont proposé les étapes suivantes pour articuler l'évaluation du risque à long terme avec les variables statiques, et l'évaluation du risque avec les variables dynamiques :

- évaluation initiale (étape 1) avec plusieurs outils d'évaluation ;
- les variables dynamiques sont ensuite (étape 2) utilisées pour ajuster cette évaluation initiale ;
  - ▶ les personnes qui étaient classées à risque modéré sont reclassées à risque élevé si l'évaluation de leur fonctionnement psychologique est similaire à celui des personnes classées à haut risque et elles sont classées en catégorie risque faible si leur fonctionnement psychologique est comparable à celui des niveaux de risque faible ;
- à l'étape 3, les informations sur la réponse au traitement sont utilisées ;
- l'étape 4 considère les profils d'agression de l'AAS en fonction des facteurs de risque contextuels.

Cette approche structurée est de plus en accord avec la pratique, mais il y a peu de données sur les propriétés prédictives des variables dynamiques. Il est donc important de mettre en place des études prospectives plus importantes pour évaluer les facteurs dynamiques qui ont un impact sur le risque de récidive.

## Quelles sont les stratégies de prise en charge psychothérapeutiques utilisées chez les AAS ?

Après l'évaluation d'un AAS, une stratégie de prise en charge adaptée doit être développée. L'analyse de la littérature (138) montre que dans le domaine de la prise en charge thérapeutique des AAS, il y a :

- une approche prédominante : les interventions psychothérapeutiques (thérapie cognitivo-comportementale, psycho-dynamique, thérapie systémique (familiale), thérapie de groupe, planification du changement et prévention de la récurrence) ;
- deux approches secondaires ;
  - les traitements pharmacologiques (anti-androgènes et psychotropes) ;
  - la combinaison traitement psychothérapeutique et traitement pharmacologique.

Sont présentés ci-dessous les différents modèles psychothérapeutiques utilisés pour la prise en charge des AAS.

### 1 Quels sont les modèles de psychothérapie utilisés ?

L'analyse de la littérature a eu pour objectif d'identifier les articles qui présentaient les différentes approches psychothérapeutiques utilisées pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France, en Europe et la répartition des différentes approches dans la littérature internationale. Cette analyse a permis d'identifier :

- en France, 3 articles (139-141) qui décrivent des expériences de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelle par psychothérapie et un rapport sur la prise en charge pénitentiaire des AAS (11) ;
- 1 revue (142) réalisée dans 15 pays d'Europe (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Grande-Bretagne, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Suède) qui analyse les différents modèles psychothérapeutiques utilisés dans ces pays ;
- 2 méta-analyses (143,144) qui renseignent sur la répartition des différents modèles psychothérapeutiques évalués dans la littérature.

#### 1.1 En France

##### ► Modèle psychanalytique

Claude Balier a décrit la psychothérapie individuelle des auteurs d'agression sexuelle dans la perspective psychanalytique. Cette psychothérapie fait notamment référence aux notions de perversion, de clivage, d'identification projective, d'idéalisation, de fétichisme, d'homosexualité passive, de fragilité narcissique au sein d'une diversité de configurations psychopathologiques (139). Il ne s'agit pas d'une psychanalyse proprement dite. En effet, comme l'indique C. Balier, « il est pratiquement impossible d'effectuer une psychanalyse répondant aux critères habituels – usage d'un divan, nombre et régularité des séances, durée de la cure – en milieu carcéral pour des raisons pratiques. De plus la nature de la pathologie ne s'y prête pas. La demande spontanée est rare ; l'influence chez l'intéressé de la possibilité de sortir d'un cadre judiciaire toujours contraignant doit être décodée ; le fonctionnement psychique, souvent proche de l'état limite, handicapé par des systèmes de défense stérilisants et rigides ne permet de satisfaire à la règle de l'association libre ». Il s'agit généralement d'une thérapie de face à face qui vise à amener la personne à opérer un retour sur elle-même, notamment dans le cadre de l'interprétation des raisons de son incarcération et à porter ce travail de mentalisation vers un réaménagement de l'univers interne de ces individus. L'apport psychanalytique permet notamment de comprendre ce qui motive l'acte sexuel (11).

Selon la conférence de consensus 2001 (1), ce modèle s'inscrit dans une conception des troubles en terme de processus, plus que de structure ou d'états et cherche à sortir du champ nosographique à priori de la perversion. Il cherche à instituer un cadre thérapeutique et à offrir à la fois les mots et les modes par lesquels une souffrance psychique peut être entendue et représentée. Pour certains, le travail psychodynamique est un travail de réappropriation d'une figure angoissante, dévastatrice et archaïque, figure productrice d'organisations défensives, dont le passage à l'acte est le fait délinquant. Ce cadre thérapeutique prend en charge cette figure et ses effets, donne une forme à ces processus et offre une pluralité d'écoute (groupale, entretien...). Ces modes ont comme fonction d'étayer et de développer, d'explorer et de clarifier les relations mentales liées à la fantasmatique en rapport avec la sexualité, d'aider le patient à gérer sa sexualité, à réinvestir la vie sociale et à repérer les situations vulnérabilisantes.

La Conférence de consensus (1) souligne que dans les thérapies psychodynamiques, l'objectif n'est pas de se focaliser principalement sur la prévention de la récurrence, mais de travailler sur le risque de récurrence par la clarification dynamique des situations à risque.

► **Adaptation du modèle de prévention de la récurrence**

Smith et Petibon (140) utilisent une adaptation de la stratégie de prévention du risque de récurrence chez les AAS dans un centre à La Garenne-Colombes. Cette adaptation est fondée sur l'analyse des passages à l'acte mais sans travailler avec un programme prédéterminé et ce avec une approche théorique d'inspiration psychanalytique. Le modèle de la chaîne d'abus (« chaîne délictuelle ») permet de rendre opérationnelle pour le patient la notion psychanalytique de « scénario ».

La théorie psychanalytique est le référentiel de fond notamment par l'analyse des réactions transférentielle et contre-transférentielle, et le repérage des mécanismes de défense mis en œuvre.

Les objectifs de cette prise en charge avec ce modèle sont :

- aider le patient à contrôler son comportement ;
- diminuer la distorsion cognitive ;
- développer l'empathie et la perception du vécu des victimes ou d'accompagner les patients dans leur maturation émotionnelle et relationnelle (gestion de la colère, élaboration de la dépression, situation de séduction et de demande) en agissant sur leur fragilité narcissique.

La durée moyenne d'un suivi de groupe est de 3 ans. Elle correspond à la durée de la plupart des sursis avec mise à l'épreuve (139).

Une autre expérience d'utilisation de la stratégie de prévention de la récurrence est rapportée par Rivalin-Grenier (141) dans le cadre de la prise en charge des AAS à l'unité psychiatrique hospitalière de Fresnes. La prise en charge est une psychothérapie de groupe combinée à la stratégie de prévention de la récurrence.

La prévention de la récurrence permet :

- d'apprendre des alternatives pour briser la séquence qui a mené au passage à l'acte ;
- de développer des stratégies d'urgence pour les situations à risque ;
- d'augmenter l'empathie aux victimes.

Les objectifs de cette prise en charge sont :

- d'amener le patient à prendre conscience de son dysfonctionnement ;
- de lui apporter des outils permettant une meilleure réinsertion sociale ;
- de lui permettre d'acquiescer une meilleure autonomie et une meilleure estime de soi.



### ► Les psychothérapies cognitivo-comportementales

Selon la conférence de consensus (1) les thérapies cognitivo comportementales actuellement préconisées constituent une approche de seconde génération des thérapies comportementales. L'intégration des avancées cognitives a complexifié le schéma initial vers une conception multi-factorielle axée sur la prévention de la récidive. La démarche rationnelle adoptée suppose une conception schématique et linéaire de la mise en acte délinquente avec des étapes sur lesquelles vont se greffer des stratégies opératoires. Celles-ci sont progressives et visent 5 objectifs pour le patient :

- se sentir davantage concerné ;
- apprendre à refuser l'évidence de certaines affirmations ou croyances concernant la victime ;
- prendre conscience de son excitation sexuelle ;
- renforcer la capacité à être sensible à autrui ;
- s'informer sur la sexualité abusive et renforcer ses compétences sociales plus ou moins générales.

Ces approches sont particulièrement adaptées à l'évaluation de leurs résultats. Différents facteurs déterminants ont été étudiés concernant la rechute : liaison avec l'arrêt de la prise en charge ou l'absence de prise en charge, le score à l'échelle psychopathie de Hare. On s'étonnera de l'absence de corrélation positive avec la motivation, ou la non reconnaissance des faits.

Les expériences identifiées dans la littérature montrent que ce modèle est adapté en France pour réaliser une prise en charge de type « analytique ». Par exemple, au SMPR de Bordeaux-Gradignan, Hachouf *et al.* (145) proposent une prise en charge psychothérapique de type analytique. Les modalités de la prise en charge sont discutées et fixées conjointement avec les AAS. Ils peuvent proposer notamment :

- une thérapie de groupe ; l'objectif premier est de permettre aux membres du groupe d'atteindre une certaine régulation neurophysiologique propice à une expression authentique du vécu émotionnel, des sensations, des fantasmes sexuels ou agressifs appartenant à l'imaginaire érotique déviant ;
- une TCC individuelle ; l'objectif ici est de modifier le comportement en agissant sur les distorsions cognitives qui le provoquent ;
- une TCC groupe ; le travail individuel peut être complété par un travail en groupe thérapeutique articuler autour ;
  - du sentiment d'identité,
  - de l'évaluation de soi,
  - de ce qu'il est de ce qu'il a fait à travers l'expérience et le rejet des autres,
  - l'habilité sociale ou l'adéquation des relations sociales,
  - de la confiance en soi,
  - de la capacité et du plaisir à communiquer, verbaliser et échanger des pensées, des émotions,
  - du questionnement à propos du mécanisme de défense (déli, clivage) propres à ce type de sujet,
  - de l'analyse des éléments constitutifs de la chaîne qui conduit à l'infraction.

Le programme de prise en charge des AAS du centre de détention de Loos est fondé sur une approche adaptant plusieurs références théorique mais dont l'articulation principale est cognitive.

### ► Thérapie familiale ou systémique

Dans de nombreuses situations, souligne la conférence de consensus (1), une perspective systémique dans le cadre d'un travail familial ou de couple peut s'avérer pertinente. Les thérapies familiales sont indiquées lorsqu'il s'agit de mettre en place une phase de préparation à des entretiens individuels ou dans le cas d'une famille dépressive repliée ou

fusionnelle ; lorsque les auteurs d'agressions sexuelles seront identifiés comme autoritaires ou tyranniques au sein du groupe.

Les objectifs sont alors d'aider l'auteur d'agression à mieux comprendre le sens de son agression et ses répercussions familiales ; à lutter contre les dysfonctionnements familiaux centrés sur « l'emprise » et le « secret » ; de permettre la reconnaissance sociale des faits et de favoriser l'alliance de la famille dans l'accompagnement thérapeutique (1).

Selon Hayez et Becker, une perspective systémique, avec les rencontres familiales qu'elle inclut, constitue une composante intéressante du programme psychothérapeutique. Des rencontres familiales mises en place précocement constituent un complément intéressant, parfois indispensable de la thérapie individuelle.

Hamon (146) précise qu'elle permet de travailler sur la dynamique familiale dysfonctionnelle au sein de laquelle le patient ou un des membres peut être le "symptôme désigné". Chaque membre de la famille est soumis aux interactions complexes existant au sein du système : tension, conflit, alliance, etc.

Une thérapie socio-familiale psychanalytique a été proposée par Savin (147). Dans cette thérapie, c'est « le travailleur social qui est à l'origine de la demande de thérapie familiale... En effet, ces familles sont très souvent aidées par de nombreux travailleurs sociaux. Il ne s'agit pas, dans l'optique développée, d'inviter le travailleur social porteur de la demande à participer aux séances, le temps que la famille « s'approprie cette démarche », mais de mettre en place un dispositif thérapeutique d'écoute de la souffrance de ce groupe spécifique : le groupe socio-familial. Le cadre sera instauré en référence à cette pensée groupale. Le travailleur social, porteur de la demande de thérapie, est invité au même titre que les membres de la famille à s'engager dans ce dispositif thérapeutique. Cet engagement est fait en tant que représentant d'une institution mais aussi en tant que sujet pris dans un ensemble intersubjectif où les liens affectifs occupent une place prépondérante (147). Dans son article, Savin a rapporté un cas de prise en charge par une thérapie socio-familiale psychanalytique mis en place dans un centre de détention.

#### ► **Psychothérapie de soutien**

Selon (146), cette psychothérapie est fréquemment utilisée dans la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle dans des perspectives longitudinales. Elle a une fonction de renforcement du moi et de recherche d'un équilibre sans modifier la personnalité de l'individu; les entretiens sont directifs avec des interventions dans la vie familiale ou professionnelle, mais aussi avec des conseils, des suggestions, de la réassurance.

L'intervention du thérapeute, précise Hamon (146), amène le sujet à expliciter, mais aussi à formuler des propositions. Ce processus pose la question d'une réflexion autour des repères théoriques, la supervision, l'analyse du transfert et du contre-transfert; certains thèmes peuvent être privilégiés telles que les vécus relationnels, la communication, les fantasmes, l'excitation. La vie psychosexuelle se recentre sur la relation à l'autre, avec les éprouvés conflictuels internes et le vécu paranoïaque de la pulsion; des situations de séduction se travaillent dans des jeux de séduction sociabilisée mais aussi sous le refus potentiel et les éprouvés.

#### ► **Approche éclectique**

Dans une revue sur les différences approches psychothérapeutiques utilisées en Europe, Cornet *et al.* (142) rapportent en 2001 qu'une approche éclectique (association de différentes thérapies : psychothérapies psychanalytiques, comportementalistes, systémiques et cognitivistes, et traitement médicamenteux) réalisée par un travail multidisciplinaire était utilisée dans certaines prisons en France.

## 1.2 En Europe

Cornet *et al.* (142) trouvent en 2001 que 3 approches de prise en charge psychothérapeutique se dégagent en Europe :

- approche à dominante psychodynamique ;
- approche cognitivo-comportementale ;
- approche éclectique.

### ► Approche psychodynamique

L'objectif est d'aider l'AAS à découvrir la fonction et le sens qu'à pour lui l'acte sexuel inapproprié dans son économie psychique. Par ses règles, dont l'association libre, et ses techniques (écoute, analyse et interprétation du transfert), la thérapie psychodynamique se comprend comme un processus heuristique. Il n'y a pas de planification des séances selon certains objectifs au préalable.

Le cadre des traitements psychodynamiques s'est modifié pour s'adapter à la population des AAS. Il peut s'associer à d'autres thérapies (médicaments, comportementales, systémiques et cognitives) et s'accompagne de plus en plus fréquemment de thérapie de groupe.

### Qui utilise cette approche et où ?

- Des unités pénitentiaires comme des unités thérapeutiques spécialisées en Autriche.
- Des hôpitaux psychiatriques réservés aux AAS en Allemagne et au Danemark.
- Dans des cabinets privés de certains psychothérapeutes dans toute l'Europe.

### ► Approche cognitivo-comportementale

En Europe, la plupart des psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) portent sur la distorsion cognitive, l'empathie envers les victimes et la prévention de la récidive.

Le modèle type est composé de 4 sous-programmes consacrés :

- à la négation de l'acte et à l'empathie pour les victimes ;
- au développement des relations intimes et à la gestion des émotions négatives ;
- à la prévention de la récidive ;
- aux capacités cognitives.

### Qui utilise cette approche et où ?

- En prison en Angleterre, au Pays de Galles, en Irlande.
- Dans la plupart des centres aux Pays-Bas où cette approche est fréquemment associée à d'autres thérapeutiques médicamenteuse ou psychothérapeutique (d'orientation psychodynamique) individuelle ou de groupe.
- Dans les services ambulatoires en Belgique et aux Pays-Bas.

### ► Approche éclectique (mixte)

Dans cette approche, la prise en charge de l'AAS est conçue comme une association de différentes thérapies (psychothérapie psychanalytique, comportementaliste, systémique et cognitiviste et médicaments), réalisée par un travail multidisciplinaire.

### Qui utilise cette approche et où ?

- Dans certaines prisons en France
- Dans des hôpitaux spécialisés en Grande-Bretagne
- Dans les établissements de défense sociale, les hôpitaux et différents services ambulatoire en Belgique.

### 1.3 Répartition des différentes prises en charge des AAS dans les publications disponibles

Hanson *et al.* (143) ont identifié 29 études qui évaluaient une thérapie cognitivo-comportementale, 2 études une thérapie comportementale, 3 études une thérapie systémique, 7 études évaluaient d'autres psychothérapies.

Lösel et Schmucker (144) en 2005 ont identifié la distribution suivante des interventions psychothérapeutiques et médicamenteuses évaluées :

- 37 psychothérapies cognitivo-comportementales ;
- 7 psychothérapies comportementales classiques ;
- 7 psychothérapies d'orientation – psychodynamique ;
- 10 prise en charge en traitements en communauté ;
- 5 autres prises en charge psychologiques (pas clairement définis) ;
- 6 traitements hormonaux.

#### ► **Modèle TCC**

Le modèle des TCC est fondé sur l'idée que le déficit en une compétence peut être remédié par un travail sur les cognitions et comportements du sujet et ce tant par l'éducation et les exercices expérimentaux. Les modules psycho-éducatifs sont utilisés dans les séances de thérapies de groupe. Bien que les modules puissent varier en fonction des programmes, il existe des éléments communs à l'ensemble de la thérapie. Ce modèle est surtout répandu dans les pays anglo-saxons.

La TCC a pour objectif la modification de l'attitude et des perceptions, l'amélioration des capacités relationnelles, le reconditionnement de l'excitation, l'amélioration des capacités de *coping*, l'augmentation de l'empathie envers les victimes, la régulation de l'humeur, l'identification de la chaîne d'agression. Chaque module donne au délinquant sexuel les capacités et les connaissances nécessaires pour modifier un problème particulier (16).

#### **Les différents modules de la thérapie cognitivo-comportementale**

Cornet *et al.* (142) rapportent que les programmes de TCC réalisés aux Etats-Unis associent les modules suivants :

- 95 % un module d'empathie pour la victime ;
- 92 % un module d'entraînement à la gestion de la colère ;
- 91 % un module consacré à la distorsion cognitive ;
- 88 % un module consacré à la prévention de la récidive.

Plusieurs auteurs donnent quelques éléments sur les différents modules utilisés lors de l'application de TCC associée à une stratégie de prévention de la récidive dans le traitement des délinquants sexuels. Deux études (148,149) qui proposent une synthèse de ces différents modules ont été retenues. Une synthèse est présentée dans le tableau 29<sup>38</sup>.

Les modules suivants sont le plus souvent retrouvés :

- les caractéristiques des AAS ;
- l'attention et l'empathie aux victimes ;
- la distorsion cognitive ;
- l'évitement de la conduite sexuelle inappropriée ;
- la gestion de la colère ;
- l'entraînement à l'assertivité ;
- l'entraînement aux compétences sociales ;
- l'autobiographie ;
- l'éducation sexuelle ;

---

<sup>38</sup> Voir annexe 1.

- la réduction du stress ;
- le contrôle de l'excitation.

Ces modules sont presque toujours associés à un module de prévention de la récurrence qui consiste à :

- identifier les situations à haut risque pour un comportement sexuel inapproprié ;
- permettre à l'AAS de reconnaître les décisions et les idées qui le mettent dans cette situation à risque de récurrence ;
- planifier, développer, mettre en pratique un ensemble de stratégie de *coping* qui permet d'identifier les facteurs de risque et les situations à risque ;
- restructurer l'interprétation du besoin de récidiver ;
- développer une stratégie permettant de réduire le risque de récurrence ;
- développer un style de vie permettant de promouvoir l'abstinence des agressions sexuelles ;
- impliquer l'AAS dans le processus et lui donner un rôle actif et de contrôle du processus grâce à l'apprentissage des stratégies de prévention.

Un module de traitement pharmacologique peut être mis en place dans la stratégie thérapeutique, notamment chez les individus qui présentaient un risque élevé de récurrence. Ces traitements étaient toujours être utilisés en combinaison avec la psychothérapie.

Compte tenu de l'hétérogénéité de la population, le traitement doit être flexible afin de permettre différentes stratégies thérapeutiques pour des délinquants différents. Les différents modules sont adaptés aux besoins des participants et en fonction des problèmes particuliers de chaque auteur d'agression sexuelle.

#### ► Synthèse

Il existe plusieurs modèles de prise en charge des AAS. Le modèle prépondérant est la psychothérapie. Il peut être couplé chez certains sujets à un traitement pharmacologique. Plusieurs psychothérapies sont utilisées : psychodynamiques, cognitivo-comportementales, psychothérapie familiale/systémique, psychothérapies de soutien, ou des psychothérapies éclectiques (mixtes). Dans la littérature, les TCC sont les plus évaluées chez ces sujets. Elles consistent en plusieurs modules de prise en charge et, compte tenu de l'hétérogénéité de la population, l'application des modules peut-être adaptés au besoin de chaque sujet en fonction de ses problèmes particuliers. En France, le modèle le plus utilisé est l'approche psychodynamique. Néanmoins les données identifiées montrent qu'il existe également des pratiques de prise en charge fondées sur plusieurs modèles théoriques, notamment TCC et psychodynamique.

## 2 Quelle est l'efficacité des différentes stratégies de prise en charge psychothérapeutiques des AAS ?

Pour évaluer l'efficacité des différentes psychothérapies identifiées, l'analyse de la littérature s'est focalisée principalement sur la recherche des études répondant à des critères méthodologiques reconnus (groupes comparatifs, suivi longitudinal prospectif, évaluation d'un critère de jugement au cours de l'étude, etc.) qui permettent d'assurer une validité aux résultats de l'étude. L'application de ces critères méthodologiques donnent un poids important dans l'évaluation aux études comparatives : essais cliniques randomisés, études de cohortes comparatives, études cas-témoins, etc. et un poids faible aux études non comparatives en particulier les études non systématiques de suivi de cas.

En France, la prise en charge des AAS est majoritairement fondée sur le modèle de psychothérapie psychodynamique et la majorité des études d'évaluation de cette pratique, publiées par les auteurs français, sont des études de suivi de cas dont l'évaluation ne permet que difficilement d'avoir une idée sur l'efficacité de l'intervention. Bien que la recherche littérature sur ce thème ait été complétée par une recherche spécifique de la littérature

française, peu d'études d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies ont été identifiées en France. Aussi, la majorité des études de la littérature analysées est d'origine anglo-saxonne, et concerne le plus souvent des études d'évaluation des psychothérapies fondée sur le modèle thérapie cognitivo-comportemental.

Les études identifiées dans la littérature (modèle TCC) avaient en général pour objectif de permettre à l'AAS de mieux comprendre sa vulnérabilité aux facteurs de risque qui le concerne, d'élaborer des stratégies pour éviter ou contrôler ces facteurs de risque et d'accroître sa sensibilité aux répercussions des agressions sexuelles sur les victimes. Ces objectifs étaient déclinés en critères d'évaluation présentés ci-dessous :

- comportement au cours du traitement ;
- distorsion cognitive ;
- fantasmes et comportement sexuel inapproprié ;
- attitude par rapport au traitement ;
- désirabilité sociale ;
- évaluation par le thérapeute ;
- score d'évaluation à différentes échelle (MMPI, MSI) ;
- mesures phallométriques ;
- acquisition d'habiletés sociales ;
- gestion de la colère et des émotions ;
- empathie aux victimes ;
- sensibilisation au traumatisme des victimes.

Pour la majorité des auteurs, l'observation d'un changement sur ces différents critères devrait entraîner, en fin de compte, une réduction de la probabilité de commettre une nouvelle agression sexuelle et l'amélioration de la qualité de vie de l'AAS. Aussi, les critères souvent évalués dans les études identifiées étaient la récurrence ou la qualité de vie.

Dans la majorité des études synthétisées ci-dessous, le critère de jugement le plus souvent utilisé est la récurrence. Ce critère est généralement présenté, en fonction des études, selon 3 composantes :

- la récurrence sexuelle qui correspond généralement à une nouvelle accusation ou condamnation pour agression sexuelle ;
- la récurrence violente qui consiste quant à elle à une nouvelle agression violente, à caractère sexuelle ou non ;
- la récurrence en générale, qui correspond à toute forme de récurrence.

Les études synthétisées sont regroupées en 3 groupes :

- les études ayant évalué l'efficacité d'une prise en charge psychothérapeutique (sans distinction du type de psychothérapie) ;
- les études ayant évalué l'efficacité des psychothérapies fondées sur le modèle TCC ;
- les études ayant évalué l'efficacité des psychothérapies fondées sur le modèle psychodynamique.

## **2.1 Impact de la prise en charge psychothérapeutique (sans distinction du type de psychothérapie)**

L'analyse de la littérature a identifié 2 méta-analyses (143,144) et une revue de la littérature (150) qui ont évalué l'impact d'une prise en charge psychothérapeutique en général (sans distinction du type de psychothérapie) chez les AAS. Dans ces études, l'impact de la psychothérapie était évalué sur le critère récurrence. Une synthèse des principaux résultats de ces études est présentée ci-dessous.

La méta-analyse de Lösel et Schmucker (144) avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des différentes interventions thérapeutiques de prise en charge des AAS. Cette méta-analyse

comportait au total 80 études (plus 22 000 individus) dont 1/3 des études avaient été publiées entre 2000 et juin 2003.

- Sur le critère de récurrence sexuelle, 74 comparaisons ont été identifiées. La distribution des résultats a montré que dans la majorité des cas ( $n = 53$ ) l'effet de la prise en charge était positif. L'*odds ratio* (OR) était estimé en moyenne à 1,70 (IC95 % (1,35 – 2,13)) ce qui correspondait à une réduction absolue de 6,4 % du risque de récurrence en moyenne. Cependant, il y avait une grande hétérogénéité entre les études ;
- La même tendance d'effet bénéfique a été observée sur le critère récurrence violente. En effet, sur ce critère, l'OR était estimé en moyenne à 1,90 (IC95 % (1,49 – 2,23)), avec une réduction absolue du risque de 5,2 % du groupe pris en charge par rapport au groupe sans intervention ;
- En termes de récurrence en général, l'OR a été estimé en moyenne à 1,67 (IC95 % (1,33 – 2,08)), soit une réduction absolue de risque de récurrence en général de 11,1 %. Il y avait également une grande hétérogénéité entre les études.

Les résultats de Lösel et Schmucker sont globalement concordants avec ceux de la méta-analyse de Hanson *et al.* (143) qui avait évalué 43 programmes psychothérapeutiques (23 réalisés en institution, 17 en milieux ouverts et 3 dans les 2 milieux) de prise en charge des AAS.

- En termes de récurrence sexuelle, l'estimation de l'OR a été 0,81 (IC95 % (0,71 – 0,94)) lorsque tous les types de psychothérapies, tous les designs ( $n = 38$  études) étaient combinés. Une variabilité importante a été observée entre les études : par exemple l'effet était plus important dans les études non publiées ( $n = 17$  ; OR = 0,65 (IC95 % (0,52 – 0,81)) que dans les études publiées, ( $n = 21$  ; OR = 0,95 (IC95 % 0,79 – 1,15)) ;
- Pour la récurrence en général, l'OR était 0,56 (IC95 % (0,50 – 0,64)) ( $n = 31$  études), avec une variabilité importantes entre les études (test d'hétérogénéité significatif  $p < 0,001$ ).

L'évolution de la taille de l'effet de la prise en charge psychothérapeutique dans les études a été évaluée dans une revue de la littérature par Marshall et McGuire (150). Ces auteurs ont estimé la taille d'effet (« d de Cohen ») de la psychothérapie sur le critère de la récurrence sexuelle, dans le cadre de la prise en charge des AAS :

- en 1995, la taille de l'effet était de 0,24 en moyenne dans une méta-analyse de 12 études incluant des adultes et des adolescents AAS (soit au total 1 313 AAS traités et non traités) ;
- en 1999, la taille de l'effet moyenne était estimée par un  $d = 0,10$ .

Selon Marshall et McGuire (150), ces deux résultats ont été critiqués notamment en raison du fait que les analyses ont été réalisées sans prendre en compte la qualité méthodologique des études. De nouvelles estimations de la taille de l'effet ont été réalisées en ajustant sur la qualité des études. Ainsi, en 1999, une méta-analyse a permis d'identifier 25 études. La prise en compte de la qualité du design des études a permis d'exclure 8 études. Parmi les 13 études restantes, 8 étaient des évaluations de programme de prise en charge en prison et 5 en milieux ouverts. La taille de l'effet a été de 0,43 en moyenne ( $p < 0,05$ ). En 2002, dans une autre analyse où des critères méthodologiques étaient appliqués dans la procédure de sélection des études, la taille de l'effet de la TCC associée une stratégie de prévention de la récurrence récente a été  $d = 0,28$  pour les études programmes de bonne qualité.

### ► Synthèse

Les études disponibles montrent qu'en général, la prise en charge psychothérapeutique des AAS a un impact positif notamment en terme de réduction du risque récurrence. Si on prend l'exemple de la récurrence sexuelle, les dernières données disponibles montrent qu'il existe globalement une différence absolue de risque de 6,4 % entre ceux qui ont pris part à une intervention psychothérapeutique et ceux qui n'ont pas eu d'intervention. Cet effet se retrouve si le critère de jugement est exprimé en termes de récurrence violente ou de récurrence en général.

Il est cependant important d'interpréter ces résultats avec beaucoup de précaution car il existe une grande hétérogénéité entre les études. Cette hétérogénéité peut s'expliquer

notamment par le fait que ces résultats sont souvent obtenus sans la prise en compte de la qualité méthodologique des études disponibles et par la combinaison de toutes les formes de psychothérapie qui représentent en fait des pratiques différentes, des durées de thérapie différentes, des intensités de thérapie différentes etc. il est donc nécessaire d'évaluer l'impact spécifique de chaque modèle psychothérapeutique pour avoir des estimations plus stables.

## 2.2 Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

L'analyse de la littérature a permis d'identifier 11 études qui avaient évalué l'impact d'un programme de prise en charge des AAS fondé sur le modèle des TCC. Parmi ces études identifiées, il y avait :

- 2 méta-analyses (144,151);
- 9 études observationnelles (148,152-159) .

Dans la majorité des études, le critère de jugement évalué a été la récurrence. En fonction des études, la récurrence a été opérationnalisée en plusieurs critères : récurrence sexuelle, récurrence violente non sexuelle, récurrence générale (qui inclut plus souvent récurrence violente non sexuelle + récurrence sexuelle + toute autre agression).

Certains auteurs (151,153,157,159,160) ont également proposé des données sur des critères d'évaluation du changement au cours du processus de prise en charge :

- comportement ;
- distorsion cognitive ;
- connaissance sur la sexualité ;
- désir de changement ;
- attitude par rapport à la prise en charge ;
- obsessions sexuelles ;
- score MSI ;
- score MMPI ;
- désirabilité sociale ;
- mesures phallométriques.

Des échelles d'évaluation (échelle d'agression sexuelle de Bumby, échelle de viol de Bumby, échelle de l'intimité sociale de Miller, échelle sur la solitude de l'UCLA, échelle de mesure de l'empathie des AAS d'enfants en général, échelle de l'acceptation des responsabilités) ont été utilisées pour suivre l'évolution des AAS dans l'étude de Cortoni et Nunes (159).

Pour l'évaluation du changement en termes de qualité de vie, une recherche spécifique de la littérature a été réalisée pour identifier des études qui avaient évalué ce critère chez des AAS après une prise en charge psychothérapeutique. L'analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier des études qui avaient évalué l'impact des psychothérapies fondées sur le modèle TCC sur la qualité de vie des AAS.

Dans ces programmes de prise en charge, plusieurs modalités psychothérapeutiques ont été utilisées : psychothérapie de groupe, psychothérapie individuelle, thérapie familiale, etc. La description des programmes utilisés dans certaines études est présentée dans le tableau 30<sup>39</sup>. L'analyse de ces études a permis de les regrouper en fonction des modalités de prise en charge :

- TCC de groupe ;
- TCC de groupe + prévention des récurrences ;
- TCC de groupe + prévention de la récurrence + thérapie individuelle ;
- TCC de groupe + prévention de la récurrence + thérapie individuelle + thérapie familiale ;
- TCC couplée à un polygraphe (détecteur de mensonge) au cours du suivi.

---

<sup>39</sup> Voir annexe 1.



D'autres formes de prise en charge psychothérapeutiques issues du modèle des TCC ont été évaluées dans les méta-analyses de Kenworthy *et al.* (151) et de Losel *et al.* (144). Il s'agit de :

- thérapie cognitive, sociale et éducationnelle ;
- thérapie comportementale.

La synthèse des différentes études est présentée ci-dessous en fonction des modalités psychothérapeutiques.

### **2.2.1 Impact d'une psychothérapie fondée sur le modèle TCC**

Compte tenu de la variabilité importante observée sur la taille de l'effet dans l'évaluation des psychothérapies en général, Lösel et Schmucker (144) ont réalisé une estimation de l'effet en fonction du type d'intervention sur le critère « récurrence sexuelle ». Pour les TCC (35 comparaisons), l'OR moyen estimé était de 1,45 (IC95 % (1,12 – 1,86)) mais il existait toujours une hétérogénéité entre les études (test hétérogénéité significatif).

### **2.2.2 Impact des programmes de prise en charge avec TCC de groupe**

Dans une revue de la *Cochrane Collaboration*, réalisée par Kenworthy *et al.* (151), dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité des interventions psychothérapeutiques utilisées pour la prise en charge des AAS, les auteurs ont identifié une étude randomisée (155 AAS) qui évaluait une TCC de groupe par rapport à l'absence de prise en charge. La récurrence était évaluée à 1 an. Les AAS du groupe traité faisaient significativement moins de récurrences sexuelles ou criminelles que ceux du groupe sans prise en charge (RR = 0,41 ; IC95 % (0,2 – 0,82) ; NNT = 5 (3 – 20)), mais lorsque les données étaient observées en fonction de chacun des critères, l'effet estimé était moins important et non significatif en termes de récurrence sexuelles (RR = 0,78 ; IC95 % (0,28 – 2,14)), et, en termes de récurrences de nature sexuelle avec la violence, peu stables en raison des intervalles de confiance trop large (RR = 0,12 (IC95 % (0,01 – 2,11))). Le même problème d'intervalle de confiance trop large a été observé pour les récurrences d'actes de nature violente RR = 0,28 (IC95 % (0,08 – 0,98)).

Au Canada, McGrath *et al.* (154) ont évalué un programme de prise en charge des AAS en prison de moyenne sécurité dans une unité fermée. Le programme intégrait une prise en charge en prison et un suivi hors de la prison. L'échantillon était constitué de 195 AAS. Parmi ceux-ci, 90 n'avaient reçu aucune prise en charge, 56 AAS avaient suivi une prise en charge complète, 49 AAS avaient commencé une prise en charge et avaient arrêté.

- En termes de récurrence sexuelle, il y avait une différence significative ( $p < 0,001$ ) entre les 3 groupes : ceux qui avaient participé à la prise en charge avaient un taux de récurrence plus faible (5,4 %) que ceux qui n'avaient pas eu de prise en charge (30 %) et ceux qui étaient perdus de vue (30,6 %) ;
- En termes de récurrence violente, les AAS traités faisaient moins d'agressions violentes (12,5 %) par rapport à ceux qui n'avaient eu de prise en charge (31,1 %) ( $p < 0,01$ ) ;
- En termes de récurrence générale (combinaison agression sexuelle et agression violente), les AAS traités avaient une fréquence plus faible de nouvelles agressions (17,9 %) que ceux qui étaient perdus de vue (38,8 %) ( $p < 0,01$ ) et que ceux qui n'avaient pas eu de prise en charge (47,8 %) ( $p < 0,01$ ).

### **2.2.3 Programme de prise en charge avec TCC de groupe + application des principes de du risque et des besoins criminogènes**

Au Canada, Cortoni et Nunes (159) ont évalué l'impact d'un programme national de prise en charge des AAS. La prise en charge psychothérapeutique était une TCC de groupe et s'appuyait sur les principes de risque et de besoins criminogènes. Selon le principe de risque, les AAS à risque élevé devaient recevoir les interventions les plus intensives et le principe de besoin stipule que la prise en charge doit viser les facteurs directement liés au comportement déviant. Dans cette étude seules les prises en charge à intensité modérée (séance de groupe de 10 à 14 heures/ semaine) sur une période de 4 à 5 mois) et les prises

en charge à intensité faible (séance de groupe de 3 à 5 heures/ semaine) sur une période de 2 à 3 mois) étaient proposées aux participants. Ces programmes étaient centrés sur les distorsions cognitives, les fantasmes et le comportement sexuel déviant, l'acquisition des habiletés sociales, la gestion de la colère et des émotions, l'empathie ainsi que la sensibilisation au traumatisme des victimes. Ils étaient couplés à un programme de maintien des acquis pour aider l'AAS à maintenir les progrès de la prise en charge.

L'impact du programme a été évalué sur un échantillon de 347 AAS ayant participé au programme entre 2000 et 2004, dont 182 avaient eu une prise en charge à intensité modérée et 165 une prise en charge à faible intensité. Le groupe témoin était composé de 147 AAS qui n'avaient pas eu de prise en charge.

L'analyse des résultats avant/après chez les AAS qui avaient participé à la prise en charge a montré en moyenne une amélioration significative du score des participants sur le niveau de distorsion cognitive (mesuré par l'échelle d'agression sexuelle de Bumby et échelle de viol de Bumby), sur le niveau de solitude (mesuré par l'échelle sur la solitude de l'UCLA), sur le niveau d'empathie (mesuré par l'échelle de mesure de l'empathie des AAS d'enfants en général), et sur le fait d'accepter les responsabilités de ses actes (mesuré par échelle de l'acceptation des responsabilités). L'effet de la prise en charge sur l'intimité sociale (échelle de l'intimité sociale de Miller) était non significatif.

Dans une analyse de régression (modèle de Cox) les auteurs ont estimé l'impact de la prise en charge sur les critères de récurrence. En termes de récurrence sexuelle, une réduction relative non significative du taux de récurrence de 68 % (HR = 0,32 ;  $p < 0,06$ ) a été observée chez ceux qui avaient participé à la prise en charge par rapport au groupe témoin. En termes de récurrence violente, la réduction relative du risque était de 83 % (HR = 0,17 ;  $p < 0,05$ ) et pour la récurrence en générale, la réduction relative du risque était de 77 % (HR = 0,23 ( $p < 0,05$ )).

#### **2.2.4 Impact des programmes de prise en charge avec TCC de groupe + stratégies prévention de la récurrence**

Au Canada, Nicholaichuk *et al.* (155) avec un groupe traité constitué de 296 AAS et groupe contrôle constitué de 283 AAS dont 80 étaient correctement appariés à ceux du groupe traité a montré les résultats suivants :

- lorsque la récurrence sexuelle était définie par une première admission en prison après la prise en charge, il y avait une différence significative ( $p < 0,05$ ) entre le groupe traité (18 nouvelles admissions) et le groupe non traité (58 nouvelles admissions) : un modèle de survie, réalisé sur une période de suivi de 10 ans, a montré que les AAS du groupe non traité récidivaient plus rapidement que ceux du groupe traité et la différence de profil était significative ( $p < 0,001$ ) ;
- lorsque la récurrence sexuelle était définie par toute nouvelle agression avec ou sans emprisonnement, il y avait une différence significative ( $p < 0,01$ ) entre le groupe traité (43 nouvelles admissions) et le groupe non traité (94 nouvelles admissions) ;
- pour le critère condamnation pour agression non sexuelle (1<sup>re</sup> admission post-prise en charge), il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes : lorsque les analyses étaient restreintes aux 84 délinquants sexuels dont l'appariement était correct, on observait une réduction significativement plus importante des nouvelles violences dans le groupe traité par rapport au groupe non traité ( $p < 0,001$ ).

Cet effet positif observé sur les critères de récurrence est peu stable. En effet dans une autre étude réalisée aux États-Unis, Marques *et al.* (153) ont évalué un programme de prise en charge des AAS suivis 1 an dans un hôpital psychiatrique de sécurité en prison pendant puis durant 1 an en milieu ouvert. La thérapie était une TCC de groupe associée à une prévention de la récurrence. Trois groupes étaient constitués et suivis pendant une durée moyenne de 8 ans : i) groupe thérapie (les délinquants sexuels volontaires et sélectionnés de manière aléatoire pour la prise en charge), ii) groupe témoin de volontaires (les AAS volontaires et sélectionnés de manière aléatoire pour ne pas avoir de prise en charge), et iii) groupe témoin de non volontaires (les AAS en prison et ayant refusé de participer à une prise en charge).

- En termes de récurrence sexuelle, il n'y pas avait de différence entre les groupes sur le critère récurrence sexuelle ( $p = 0,87$ ) :
  - groupe prise en charge ( $n = 259$ ) 22 %, groupe témoin volontaires ( $n = 225$ ) 20 % ; groupe témoin non volontaires ( $n = 220$ ) 19,1 %,
  - un modèle de Cox montrait une réduction non significative du taux de récurrence dans le groupe traité par rapport au groupe contrôle (HR = 0,965 (IC95 % (0,650 – 1,43))).
- En termes de récurrence violente, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur le critère récurrence violente ( $p = 0,719$ ) : le taux de récurrence violente était 16,2 % pour le groupe prise en charge, 11,6 % pour le groupe de témoins volontaires et 15 % pour le groupe de témoins non volontaires.

Lorsque ces auteurs (153) ont évalué les participants en termes de changement après la prise en charge, ils observaient une différence significative du score MSI avant et après la prise en charge chez les AAS. Par ailleurs, en termes d'acquisition de connaissance au cours du traitement, les AAS à haut risque qui avaient acquis tous les éléments de la prise en charge récidivaient moins (10 %) que ceux qui n'avaient eu aucune acquisition (50 %). La même tendance était retrouvée chez les AAS à risque faible (4,6 % Vs 16,2 %) mais la différence était plus faible dans les groupes à risque modéré (21 % Vs 25 %).

La même tendance d'effet non significatif sur le critère de récurrence était observée sur une étude réalisée en Australie par Schweitzer et Dwyer (156) pour évaluer un programme de prise en charge par TCC de groupe associée à la prévention de la récurrence. L'échantillon était constitué de 3 groupes : i) prise en charge complète ( $n = 196$ ), ii) prise en charge non complète (sujets qui ont arrêté la prise en charge au cours du suivi,  $n = 85$ ), iii) non traité (groupe contrôle apparié sur les membres du SOTP,  $n = 164$ ).

- En termes de récurrence sexuelle : il n'y avait pas de différence significative sur le taux de récurrence sexuelle entre les différents groupes ; on observait une diminution du taux de récurrence sexuelle chez ceux qui avaient eu tout le programme (3,1 %), mais cette diminution n'était pas différentes du taux de récurrence chez ceux qui avaient arrêté la prise en charge en cours de route (7,1 %) et chez les AAS du groupe contrôle (4,9 %).
- En termes de récurrence en général : il n'y avait pas de différence significative entre les différents groupes ; le taux de récurrence était estimé à 11,3 % chez ceux qui avaient eu tout le programme, 17,6 % chez ceux qui avaient arrêté la prise en charge en cours de route et 14 % dans le groupe contrôle entre 1992 et 2001.
- Pour le critère « temps jusqu'à une nouvelle agression », en moyenne il était plus long chez ceux qui avaient participé à toute la prise en charge ( $d = 3,8$  ans ( $sd = 3,9$ )) que chez les perdus de vue ( $d = 2,7$  ans ( $sd = 2,6$ )) et ceux du groupe contrôle ( $d = 1,6$  ans, ( $sd = 1,8$ )).

### **2.2.5 Impact de programmes de prise en charge avec TCC de groupe + stratégies de prévention de la récurrence + thérapie individuelle**

Au Royaume-Uni, Friendships *et al.* (152) ont évalué l'efficacité d'un programme de prise en charge des AAS par TCC. L'échantillon était constitué de 647 hommes délinquants sexuels, ayant une peine d'au moins 4 ans et volontaires pour participer à une prise en charge, et d'un groupe de comparaison de 1 910 adultes AAS, condamnés pour au moins 4 ans, non volontaires pour une prise en charge, appariés à l'échantillon prise en charge sur la date de la libération. L'évaluation de la récurrence était effectuée à 2 ans après la libération de prison.

- En termes de récurrence sexuelle, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes (17/647 (2,6 %) dans le groupe traité et 54/1 910 (2,8 %) dans le groupe contrôle) ;
- En termes de récurrence sexuelle et violente, Il y avait une différence significative ( $p < 0,01$ ) entre le groupe traité (30/647, 4,6 %) et le groupe non traité (115/1 910, 8,1 %) ;
- En termes de récurrence générale, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes [groupe traité 86/647 (13,3 %) et groupe non traité 315/1910 (16,5 %)]. Mais les estimations montraient que les taux de récurrence étaient plus faibles dans le groupe traité dans les différents groupes de risque.

Dans un modèle de régression logistique dont la variable à expliquer était « toute nouvelle condamnation » (sexuelle, violente, générale), les AAS qui avaient participé à la prise en

charge avaient en moyenne une réduction plus importante du taux de récurrence par rapport ceux qui n'avaient pas participé au traitement : l'estimation de l'OR était 0,423 ( $p = 0,011$ ).

Aux États-Unis, Zgoba *et al.* (148) ont évalué un programme de prise en charge des AAS qui combinait TCC (groupe + individuelle) et la prévention de la récurrence chez des AAS récidivistes. Le groupe prise en charge était constitué de 163 AAS et le groupe contrôle de 236 AAS sélectionnés dans la population d'AAS emprisonnés. Les taux de récurrence étaient évalués à 10 ans de suivi :

- En termes de récurrence sexuelle, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes : le taux de récurrence sexuelle à 10 ans était plus faible pour les AAS ayant participé à la prise en charge (9 %) que chez ceux qui n'avaient pas participé à la prise en charge (13 %) ;
- En termes de récurrence non sexuelle, il y avait une différence significative ( $p < 0,001$ ) entre les groupes ; le taux de récurrence non sexuelle était plus faible chez ceux qui avaient participé à la prise en charge (26 %) que pour ceux qui n'avaient pas participé à la prise en charge (44 %) ;
- En termes de récurrence en général, il y avait une différence significative ( $p < 0,001$ ) entre les groupes ; le taux de récurrence général était plus faible pour ceux qui avaient participé à la prise en charge (34 %) que pour ceux qui n'avaient pas participé (57 %).

Lung *et al.* (160) ont évalué les programmes de prise en charge des AAS en prison à Taiwan. La prise en charge était une psychothérapie de groupe ou une psychothérapie individuelle. Le choix de la psychothérapie dépendait des caractéristiques de l'AAS ou du modèle thérapeutique adopté par le thérapeute. L'efficacité de la thérapie était évaluée par le clinicien :

- 20 % des thérapeutes considéraient que le traitement était efficace ;
- 80 % considéraient que le traitement était partiellement efficace.

#### **2.2.6 Impact des programmes de prise en charge avec TCC de groupe + stratégie de prévention de la récurrence + thérapie individuelle + thérapies familiales**

Aux États-Unis, Crolley *et al.* (157), ont rapporté l'efficacité de la TCC chez 16 AAS, dont 9 AAS d'enfants féminins, 2 AAS d'enfants masculins, 2 auteurs de voyeurisme. La durée de la prise en charge était de 14 à 43 mois avec une moyenne de 25 mois. Sur une période de suivi de moyenne de 26 mois (de 4 à 25 mois), un seul AAS avait été arrêté et incarcéré. En termes de variables de changement après la prise en charge, les résultats ci-dessous étaient observés :

- il y avait un changement significatif du score de 2 sous-échelles de l'échelle MMPI ;
- il y avait 6 sous-échelles du MSI qui montraient un changement (amélioration) significatif ( $p < 0,05$ ) entre le score avant intervention et le score après intervention. Ces échelles étaient : agression d'enfant, le déni, la justification, l'optimisme, la manipulation, et le développement des intrigues (machination).

#### **2.2.7 Impact de programme de prise en charge avec TCC de groupe + prévention de la récurrence + suivi après la prise en charge avec un détecteur de mensonge (polygraphe)**

McGrath *et al.* (158) ont évalué un programme de prise en charge des AAS dans l'état du Vermont aux États-Unis. L'échantillon de l'étude était constitué de 104 AAS dans le groupe polygraphe (51 AAS d'enfants de sexe féminin et 11 AAS d'enfants de sexe masculin, 17 cas d'inceste) et de 104 dans le groupe non polygraphe (54 AAS d'enfants de sexe féminin et 11 AAS d'enfant de sexe masculin, 20 cas d'inceste). Dans chaque groupe, 35 participants avaient suivi la prise en charge TCC en prison. Le taux de récurrence était évalué à 5 ans.

- En termes de récurrence sexuelle, il n'y avait pas de différence sur le taux de nouvelle agression sexuelle entre le groupe avec un polygraphe (5,8 %) et la groupe sans polygraphe (6,7 %).

- En termes de récurrence violente non sexuelle, il y avait une différence significative sur le taux de nouvelle agression violente entre le groupe avec un polygraphe (2,9 %) et le groupe sans polygraphe (11,5 %).
- En termes de récurrence sexuelle ou violente ; il n'y avait pas de différence sur le taux de nouvelle agression sexuelle entre le groupe avec un polygraphe (8,7 %) et la groupe sans polygraphe (16,3 %).

Il y a par ailleurs, un débat dans la littérature internationale sur l'utilité du polygraphe (détecteur de mensonge) dans le cadre de la prise en charge des AAS. Selon Meijer *et al.* (161), cet outil est très utilisé dans les programmes de prise en charge des AAS aux États-Unis car en 2002, 70 % des programmes de prise en charge utilisaient cet outil pour le suivi des AAS. Il commence à être utilisé dans des évaluations en Europe, notamment au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Ceux qui sont favorables à l'utilisation de l'outil considèrent qu'il contribue à avoir, de la part de l'AAS, des informations plus complètes et plus précises sur son comportement sexuel, une meilleure description des agressions sexuelles, une meilleure évaluation des AAS à haut risque et une meilleure adhésion au suivi dans la prise en milieu ouvert. Les plus fervents défenseurs de l'outil vont jusqu'à le comparer l'utilisation du polygraphe aux dosages urinaires réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un usager de drogue. Dans une revue récente (2008) Meijer *et al.* (161) ont montré qu'il existait des problèmes méthodologiques qui réduisaient l'utilité de l'utilisation de cet outil dans le cadre de la prise en charge des AAS :

- le taux d'acceptabilité est faible : une étude montre que seulement 21 AAS sur un échantillon de 121 AAS (18 %) qui étaient approché pour réaliser un suivi par cet outil avaient accepté de participer à l'étude ;
- les taux de faux positifs et de faux négatifs : dans un autre échantillon, 19 % des AAS considéraient que l'outil les identifiait comme « menteurs » alors qu'ils étaient « sincères » (faux positif) et 6 % étaient identifiés comme « disant la vérité » alors qu'ils « mentaient » ;
- les études qui avaient évalués l'outil avaient des problèmes méthodologiques importants (faible acceptabilité, il était difficile de connaître la précision des informations recueillis et la quantité d'informations non détectées, les conditions de réalisation des études n'étaient pas assez contrôlées pour tirer une conclusion fiable) ;
- les études montraient en fin que l'outil pouvait permettre d'avoir des informations supplémentaires sur un échantillon très sélectif mais que cette information ne permettait pas d'avoir un impact sur la récurrence.

Meijer *et al.* (161) ont conclu que cet outil avait peu d'intérêt dans la prise en charge des AAS. En particulier en raison des erreurs fréquentes qui peuvent arriver lors de son utilisation. Par exemple, s'il y a un test « faux positif », l'accusation fautive qui s'ensuit va causer des dommages importants sur l'alliance thérapeutique.

### **2.2.8 Impact de programmes de prise en charge avec thérapie cognitive, sociale et éducationnelle**

Dans une revue de la *Cochrane Collaboration*, Kenworthy *et al.* (151) ont identifiés 3 études (115 AAS) qui avaient évalués évaluer l'impact d'une prise en charge cognitive (travaille sur les croyances irrationnelles, améliorer les capacités de se contrôler, développement de bonnes relations interpersonnelles), sociale (développement des habiletés sociale) et éducationnelle (informations factuelles sur la sexuelle, les opinions et les comportements) par rapport à une prise en charge standard. L'impact de la prise en charge était évalué critères suivants :

- comportement : la différence de moyenne (DM) des scores était en faveur de la thérapie cognitive sociale et éducationnelle : DM 7,7 (IC95 % (1,45 – 13,95)) ;
- estime de soi : les résultats des études identifiées n'étaient pas interprétables ;
- distorsion cognitive : à l'aide d'une échelle de mesure de la distorsion cognitive, une étude de 60 AAS trouvait une différence de moyenne entre les 2 groupes favorable à la thérapie cognitive sociale et éducationnelle : DM = 13,43 (IC95 % (6,81 – 20,05)) ;
- connaissance sur la sexualité : il n'y avait pas de différence sur les connaissances sexuelles entre les 2 groupes ;

- perdues de vue : dans une études dont l'échantillon était constitué de 40 AAS et où les participants avaient la possibilité de quitter l'étude, seuls 3 étaient perdus de vue.

### 2.2.9 Impact des programmes de prise en charge avec une psychothérapie cognitive de groupe

Dans une revue de la *Cochrane Collaboration*, Kenworthy *et al.* (151) ont identifiées une étude qui avait évalué l'impact de la psychothérapie cognitive de groupe par rapport à une prise en charge sous forme de conseil. L'impact de la prise en charge était évalué critères suivants :

- attitude par rapport à la prise en charge : il y avait significativement plus d'AAS qui avaient une mauvaise attitude par rapport à la prise en charge dans le groupe thérapie cognitive de groupe après 24 semaines de prise en charge (RR = 2,8 IC95 % (1,26 – 6,22) ; NNH 2 IC95 % (1 – 5)) ;
- distorsion cognitive : il n'y avait pas de différence d'effet sur la distorsion cognitive (mesuré avec le *Multiphasic Sex Inventory Ryan*) entre les 2 interventions (RR = 1 IC95 % (0,76 – 1,32)) ;
- connaissances sur la sexualité : il n'y avait pas de différence d'effet sur la connaissance sexuelle entre les 2 interventions à 24 semaines (RR = 1,10 IC95 % (0,62 – 1,95)) ;
- obsessions sexuelles : un niveau élevé d'obsession sexuelle était observé dans le groupe prise en charge après 24 semaines de suivi (RR = 1,5 IC95 % (0,8 – 2,81)) ;
- désirabilité sociale : le phénomène de désirabilité sociale mesurée avec le *Multiphasic Sex Inventory Ryan* qui peut évaluer l'intérêt sexuel ne semblait pas affecter l'intervention : le RR de déni d'intérêt sexuel suite à l'intervention était de 1,83 (IC95 % (0,85 – 3,94)) (n = 38).

### 2.2.10 Impact des programmes de prise en charge avec psychothérapie comportementale

Dans une revue de la *Cochrane Collaboration*, Kenworthy *et al.* (151) ont identifié une étude qui avait évalué l'impact d'une psychothérapie comportementale par rapport à la prise de médroxyprogestérone. L'effet était évalué sur la base des 3 critères ci-dessous :

- comportement : il n'y avait pas de changement de comportement diviant (critère de jugement principal) entre les 2 groupes : le risque relatif estimé était de 0,33 (IC95 % (0,002 – 7,32)) ;
- désirs de changement : il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur l'envie de changer de comportement. Néanmoins, une analyse détaillée des données suggérait que la majorité des AAS avait tendance à réduire le comportement problématique mais, la différences entre les 2 groupes était non significative (RR = 0,33 (IC95 % (0,02 – 7,32)) ;
- en termes de perdus de vue, malgré le fait que les participants avaient la possibilité de quitter la prise en charge, il n'y avait aucun perdu de vue après 1 ans de psychothérapie.

Lösel et Schmucker (144) ont également estimé la taille de l'effet des thérapies comportementales classique. Dans cette méta-analyse, 7 comparaisons ont permis d'estimer un effet bénéfique (OR = 2,19 (IC95 % (1,22 – 3,92)) de la psychothérapie comportementale par rapport à l'absence de prise en charge.

## 2.3 Psychothérapies d'orientation psychodynamique

### 2.3.1 Données disponibles

L'analyse de la littérature a permis d'identifier 2 études (144,162) qui ont proposé une estimation de l'impact des psychothérapies fondées sur le modèle psychodynamiques dans la cadre de la prise en charge des AAS. Dans la méta-analyse de Losel et (144), le critère de jugement évalué était la récurrence. Ciavaldini et Bouchard ont proposé des résultats sur des critères d'évolution de l'AAS au cours de la psychothérapie, notamment à l'aide du test de Rorschach et du TAT. Dans une autre article, Ciavaldini (163) présente l'intérêt du

psychodrame de groupe pour la mobilisation des affects dans le cadre de la prise en charge des AAS.

L'analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier des études qui avaient évalué l'impact des psychothérapies d'orientation psychodynamique sur la qualité de vie des auteurs d'agression sexuelle.

### **2.3.2 L'impact des psychothérapies d'orientation psychodynamique**

Une évaluation de l'effet des psychothérapies d'orientation psychodynamique a été réalisée sur la base des données de la méta-analyse de Lösel et Schmucker (144). En effet, compte tenu de la variabilité importante de l'effet traitement dans l'évaluation des psychothérapies en général, ces auteurs ont estimé l'effet de la prise en charge en fonction des différents types d'intervention sur le critère « récidive sexuelle ». Pour les psychothérapies d'orientation psychodynamique, 5 comparaisons ont été retrouvées, l'OR moyen était estimé à 0,98 (IC95 % (0,51 – 1,89)) (hétérogénéité significative).

En France, Ciavaldini et Bouchard (162) ont évalué l'impact d'un psychodrame de groupe chez 8 AAS, tous pédophiles sous obligation pénale de soins. L'indication de psychodrame de groupe avait été posée à la suite d'une procédure diagnostique d'équipe s'intégrant à un protocole de soins individualisé qui était défini avec chaque sujet, et auquel il s'engageait à participer. Des bilans individuels étaient effectués 2 fois par an avec le sujet ainsi qu'avec des instances de suivi judiciaire. Un test de Rorschach et un TAT ont été effectués pour chaque AAS à l'entrée dans le groupe et 10 mois plus tard. A l'entrée, en tenant compte de l'écart au niveau socioculturel, seule la moitié des participants donnait des réponses se situant dans la normale. Le niveau de formalisation était très faible. La seconde passation (10 mois après) a montré que tous les sujets tendaient vers des valeurs proches de la normale en ce qui concerne le nombre de réponses. Pour tous, la formalisation était meilleure et se situait dans les zones de normalité. Cela dénote une meilleure adaptation à la réalité. Cette seconde passation a donc montré qu'après 10 mois de prise en charge, les AAS étaient plus vigilants à leur monde interne, avec une tentative de mise à distance de leurs éprouvés : les percepts antérieurement traumatiques étaient mis à distance, et ramenés par exemple à une perception onirique.

La seconde passation du TAT a montré que les objets étaient réintégré dans leur histoire, l'agressivité avait une meilleure représentation, leurs besoins étaient mieux reconnus, ce qui s'accompagnait d'une véritable tolérance à l'aide qui leur était apportée. Pour tous les participants, les auteurs ont noté une capacité dépressive qui se déployait et qui évoluait en parallèle avec leur capacité d'identification aux victimes et aux préjudices que leurs actes avaient entraînés.

## **2.4 Impact de la qualité méthodologique des études sur les résultats**

Les différentes méta-analyses qui ont été identifiées dans la littérature montrent qu'il existe une hétérogénéité importante des résultats obtenus avec les différentes interventions psychothérapeutiques sur les auteurs d'agressions sexuelles. Cette hétérogénéité peut s'expliquer par plusieurs facteurs : hétérogénéité de la population, des interventions, de la qualité méthodologique des études, etc.

Trois articles (143,144,151) ont mis en évidence l'impact de la qualité méthodologique sur les résultats de études.

### **2.4.1 Etudes randomisées contrôlées ou avec allocation aléatoire**

Kenworthy *et al.* (151) ont identifié une étude randomisée (155 AAS) qui évaluait la TCC de groupe par rapport à l'absence de prise en charge. Cette étude montrait un effet positif significatif de la TCC sur la récidive évaluée à 1 an.

Lösel et Schmucker (144) ont identifié 6 comparaisons dans les études randomisées qui montraient un effet positif non significatif (OR = 1,48 (0,74 – 2,96)) sur le critère récurrence sexuelle.

Hanson *et al.* (143) ont identifié 3 études avec randomisation. Sur le critère récurrence d'actes sexuels, l'OR global était estimé à 1,03 (IC95 % (0,67 – 1,59)), avec une variabilité importante :

- une étude avec une prise en charge multisystémique pour adolescents AAS a montré un effet important des psychothérapies (OR = 0,22) ; une étude avec psychothérapie de groupe non structurée chaque semaine a montré un effet délétère (OR = 1,9) ; une autre avec les TCC n'a pas montré de différence entre les deux groupes pas (OR = 1,09).

Trois études randomisées évaluaient, dans cette méta-analyse, le critère récurrence en général. L'OR global estimé était de 0,92 (IC95 % (0,69 – 1,22)) avec une variabilité.

#### 2.4.2 Etudes non randomisées

##### ► Études avec appariement et ajustements statistiques

Lösel et Schmucker (144) ont identifié 6 comparaisons qui montraient, dans les études avec appariement ou contrôle de facteurs confondants par ajustement, un effet positif non significatif (OR = 1,19 IC95 % (0,62 – 2,12)).

Hanson *et al.* (143) ont trouvé 17 études prospectives qui avaient évalué le critère récurrence sexuelle. L'OR global montrait un effet bénéfique (0,62 IC95 % (0,50 – 0,77)), mais il y avait une variabilité importante entre les études. Concernant le critère récurrence générale il y avait 10 études, l'effet global était positif (OR = 0,52 IC95 % (0,40 – 0,68)), mais il y avait une variabilité importante les études.

##### ► Autres protocoles d'étude

Lösel et Schmucker (144) ont regroupé les études en fonction d'autres designs :

- comparaison de groupes équivalents : 17 comparaisons montraient que dans les études comparant des groupes équivalents, un effet positif (OR = 2,08 IC95 % (1,40 – 3,08)) de la prise en charge était observé,
- comparaison de groupes non équivalents : 37 comparaisons montraient dans les études comparant des groupes non équivalents, un effet positif non significatif (OR = 1,16 IC95 % (0,90 – 1,50)).

Hanson *et al.* (143) ont également regroupé les études en fonction de la période de publication et de la qualité méthodologique. Quinze études, qui étaient soit des études avec allocation aléatoire soit des études prospectives, ont été classées en interventions actuelles (appliquées entre 1998 – 2000). Ces études montraient un effet global positif de ces prises en charge sur le taux de récurrence (OR global 0,60 IC95 % (0,48 – 0,76)). Il y avait une grande variabilité entre les études (test de variabilité significatif).

L'effet absolu de la prise en charge a été estimé en fonction de la définition de la récurrence :

- en termes de récurrence sexuelle : le taux de récurrence dans le groupe traité était 9,9 % (n = 1 638), et dans le groupe non traité 17,4 % (n = 1 378) (15 études) ;
- en termes de récurrence en général : le taux de récurrence dans le groupe traité était 32,3 % (n = 709) et dans le groupe non traité 51,3 % (n = 466) (7 études).

#### 2.4.3 Quelle est l'efficacité des psychothérapies chez les AAS avec un diagnostic de psychopathie ?

Dans la littérature, la présence d'une psychopathie est retrouvée comme un des facteurs de risque de récurrence les plus importants chez les auteurs d'agression sexuelle (AAS). Cependant, les données sur l'effet des psychothérapies sur ce groupe de patients sont peu



claires. En effet, la présence d'une psychopathie est souvent considérée comme un critère d'exclusion des études d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies chez les AAS.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier une revue récente (2008) de Doren et Yates (164) qui a évalué l'efficacité des psychothérapies chez les auteurs d'agression sexuelle avec un diagnostic de psychopathie. Dix études étaient éligibles pour cette analyse. Ces 10 études provenaient de 4 programmes de prise en charge :

- 9 études issues de 3 programmes de prise en charge au Canada,
  - 4 études impliquaient des échantillons du *Warkworth sexual behaviour clinic* (WBC) en Ontario,
  - 4 études issues du *Regional treatment Centre* (RCT) en Ontario,
  - 1 étude issue du programme *Regional Psychiatric centre* (RPC) au Saskatchewan ;
- 1 étude issue d'un programme de prise en charge aux Pays-Bas
  - dans un hôpital de psychiatrie légale.

La synthèse des études publiées dans ces programmes est présentée ci-dessous.

#### ► **Etudes du WBC**

Dans la première étude publiée en 1999 (165), tous les AAS traités étaient divisés en 2 groupes en fonction du score PCL-R (score PCL-R > 15 = psychopathie). Cette étude n'avait pas de groupe témoin. Le critère de jugement évalué était une nouvelle condamnation pour « infraction sérieuse » incluant une nouvelle agression sexuelle, une nouvelle agression violente non sexuelle ou les deux. La durée de suivi moyenne était de 32 mois. Dix-sept participants, soit 7,6 % de l'échantillon total, avaient récidivé. Dans cet échantillon, la psychopathie était corrélée avec la récurrence (les AAS psychopathes récidivaient plus fréquemment et plus rapidement). Cette étude a montré que, dans le cadre d'une prise en charge, le diagnostic de psychopathie était associé à un mauvais pronostic sur le critère récurrence.

La deuxième étude de ce programme a été publiée en 2005 (114). Cette étude était le résultat du suivi à long terme de la cohorte précédente. La durée moyenne de suivi était cette fois de 62 mois. Sur le critère de jugement de récurrence « sérieuse » (définie comme précédemment), les auteurs ont observé 52 récurrences soit 24 % de l'échantillon. La présence d'une psychopathie était toujours associée à une augmentation du risque de récurrence, mais uniquement à long terme (à 5 et 6 ans). Sur une période de suivi plus courte (à 3 ans, il n'y avait plus de différence comme dans la première étude). Chez les AAS pris en charge, le diagnostic d'une psychopathie (SCORE PCL-R > 15) est associé à long terme à un mauvais pronostic sur le critère récurrence.

Une troisième étude a été publiée en 2006 (166) avec des participants à ce programme. Cette étude était constituée de 61 AAS ayant un score PCL-R  $\geq$  25. Le critère de jugement évalué était la récurrence sexuelle sur une période de suivie moyenne de 5,6 ans. Le taux de récurrence observé était 14,75 %. Les auteurs de cette étude avaient également réalisé une évaluation du niveau de risque des AAS à l'aide du RRASOR. Il n'y avait pas de différence significative entre le taux de récurrence obtenu et le taux de récurrence attendu en fonction du niveau dans cet échantillon. Les auteurs concluaient que la participation à un programme de prise en charge n'augmentait pas le risque de récurrence chez les AAS psychopathes. Cependant le taux de récurrence observé dans cet échantillon montre uniquement que les AAS psychopathes (score PCL-R  $\geq$  25) ayant participé à un programme de prise en charge avaient un taux de récurrence semblable à celui des AAS non traités (14,7 % à 5 ans (167)).

En 2006, une quatrième étude a été publiée (115) avec les participants à ce programme. Cette étude était constitué de 476 AAS ayant participé au programme de prise en charge. La moyenne du score PCL-R était de 16. La période de suivi moyenne était de 5,9 ans. Le taux de récurrence « sérieuse » (agression sexuelle ou agression violente) a été de 24,5 % (121 AAS) dont 53 AAS qui avaient une récurrence sexuelle (soit 11,1 %). Il y avait une corrélation

significative entre la présence d'une psychopathie et la récidive sérieuse et pas de corrélation entre la psychopathie et la récidive sexuelle. Cette étude montrait que, potentiellement, le programme de prise en charge n'avait pas le même effet, sur le critère récidive général, chez les AAS psychopathes et les non psychopathes.

#### ► **Etudes du RTC**

En 2004, Doren et Yates (164) ont retrouvé une étude comparative incluant les patients de ce programme. L'échantillon était constitué de 71 AAS traités et AAS non-traités. La durée médiane de suivi était de 8 ans. Le score PCL-R  $\geq 25$  était utilisé pour définir les patients psychopathes. Cependant les sous-groupes constitués et le nombre de récidivistes par sous-groupes étaient trop faibles pour faire des comparaisons pertinentes. Par exemple, le groupe AAS psychopathes (PCL-R  $\geq 25$ ) traités était constitué de 16 participants et il y avait 1 récidive et le groupe AAS psychopathes (PCL-R  $\geq 25$ ) non traités était constitué de 17 participants et il y avait 1 récidive.

En 2005, une deuxième étude (94) a été publiée avec les participants à ce programme. Pour avoir plus d'évènement par rapport à l'étude précédente, le critère de jugement utilisé était la récidive « sérieuse » (au lieu de la récidive sexuelle uniquement). Sur une période médiane de suivi de 5 ans, le taux de récidive global était de 28 % (29/102). Dans cette étude, les AAS psychopathe (PCL-R  $\geq 25$ ) avaient un taux de récidive plus important que les AAS non psychopathes (18/45 Vs 11/57 ; 40 % Vs 19,3 %).

En 2006, les auteurs de la deuxième étude (66) ont publié une nouvelle étude avec 275 AAS ayant participé à ce programme (RTC). La durée moyenne de suivi était 5,1 ans. Le taux de récidive dans cet échantillon d'AAS pris en charge était 8,4 % (23 récidivistes). Quel que soit le seuil de psychopathie choisi (score PCL-R  $\geq 30$ ,  $\geq 25$ ,  $\geq 20$ , ou le score PCL-R utilisé comme variable continue), il y avait une corrélation entre la psychopathie et la récidive sérieuse et pas de corrélation avec la récidive sexuelle. Une conclusion potentielle de cette est que les AAS psychopathes et ayant suivi un programme de prise en charge présentaient le même taux de récidive sexuelle que les AAS non psychopathe pris en charge et un taux plus important de récidive sérieuse par rapport aux non psychopathes.

En 2006, une autre étude (168) a été publiée avec l'échantillon de 191 AAS ayant participé à ce programme. La durée moyenne de suivi était 7,5 ans. Dans le sous-groupe des AAS psychopathes (PCL-R  $\geq 25$ ) ceux qui avaient un score faible aux items de désinvolture, de démesure, de mauvais comportement, d'impulsivité avaient un taux de récidive plus faibles que ceux qui avaient des scores élevés dans ces items.

#### ► **Etudes du RPC**

En 2006, une étude a été publiée (93) avec 156 AAS ayant participé à ce programme. La durée moyenne de suivi était de 10 ans. La récidive était définie comme toute nouvelle accusation ou condamnation. Le taux de récidive pour nouvelle accusation pour agression sexuelle était de 33 % et 27 % pour nouvelle condamnation pour agression sexuelle. La psychopathie était définie par un score PCL-R  $\geq 25$ . Cette étude montrait que les AAS psychopathes pris en charge dans ce programme présentaient un taux de récidive « sérieuse » (agression sexuelle ou non-sexuelle) plus important que les AAS non psychopathes. Les AAS psychopathes traités avaient un taux d'arrestation pour agression sexuelle plus importante que les non psychopathes. Aussi, après avoir suivi un programme de prise en charge, le taux de récidive reste important chez les AAS psychopathes par rapport aux AAS non-psychopathes.

#### ► **Etude des Pays-Bas**

En 2004, une étude a été réalisée (91) avec 94 AAS ayant participé à un programme de prise en charge au Pays-Bas. La durée moyenne de suivi de ces participants était 11,8 ans (allant jusqu'à 23,5 ans). Les taux de récidive sexuelle était 34 %, de récidive non sexuelle

violente 47 %, de récidive violente (incluant sexuelle) 55% et de récidive générale 73 %. Pour tous les critères de jugement, les AAS psychopathes (PCL-R  $\geq$  26) avaient un taux de récidive significativement plus important que les AAS non-psychopathes. Cette étude montrait donc que les AAS psychopathes ayant participé à un programme de prise en charge continuait à avoir des taux de récidive plus importants que les AAS qui n'avaient pas de psychopathie.

### ► Synthèse

Les différentes études analysées montrent que la mise en place d'une psychothérapie entraîne en moyenne une réduction du taux de récidive chez les AAS. Il y a cependant une grande hétérogénéité des résultats entre les études. Par exemple dans l'étude de Lösel et Schmucker (2005) (144), parmi les 74 comparaisons identifiées entre les AAS traités et non traités, 21 ne montraient pas un effet bénéfique. Ces résultats incitent à rechercher les éléments qui permettent d'améliorer le bénéfice des différentes thérapies.

Lorsque la qualité méthodologique est prise en compte dans l'évaluation de l'effet des psychothérapies sur la récidive, l'effet des psychothérapies est plus important dans les études ayant une qualité méthodologique faible (études observationnelles non contrôlées) par rapport aux études de bonne qualité notamment les études avec allocation aléatoire. Compte tenu du faible nombre d'études de bonne qualité méthodologique (bien contrôlé, échantillon large, prospective, etc.) une conclusion définitive ne peut être donnée avec les données actuelles.

Plusieurs études suggèrent qu'une TCC est efficace pour réduire le taux de récidive (169). Les TCC réalisées chez des AAS à haut risque de récidive et volontaires pour la prise en charge entraînent également une réduction du taux de récidive sexuelle. L'effet bénéfique des TCC sur des critères intermédiaires est également retrouvé dans plusieurs études.

L'analyse des données disponibles montre qu'il y a peu d'études qui ont évalué les approches psychodynamiques dans le cadre de la prise en charge des AAS. Les études qui ont évalué les psychothérapies d'orientation psychodynamique montrent une grande variabilité dans les résultats. Cette variabilité est illustrée notamment par Lösel et Schmucker (144) qui ont estimé un intervalle de confiance à 95 % de *l'odds ratio* entre 0,51 et 1,89. Cette intervalle de confiance large illustre la grande incertitude sur l'effet de ce type de psychothérapie : cet exemple montre que ce type de psychothérapie peut soit réduire le risque de 89 %, soit dans certains cas l'augmenter de 49 %.

La recherche bibliographique n'a pas identifié d'études ayant évalué l'impact des différentes thérapies sur la qualité de vie des AAS alors c'est un objectif important de la prise en charge. Il est donc important de mettre en place des études dans lesquels ce critère est évalué.

Chez les AAS ayant un diagnostic de psychopathie, il y a peu de données disponibles et la majorité des études disponibles ne sont pas des études comparatives. Aussi, il est difficile d'apporter une conclusion sur l'efficacité des différentes stratégies de prise en charge chez les AAS psychopathes. Néanmoins, les études disponibles suggèrent les conclusions suivantes :

- les programmes de prise en charge des AAS évalués (disponibles) dans la littérature ne permettent pas de réduire le risque de récidive sérieuse chez les AAS ayant une psychopathie au niveau de celui des AAS non psychopathes ;
- malgré le fait que les taux de récidive sexuelle des AAS psychopathes soient variables par rapport aux AAS non psychopathes, il y a plusieurs cohortes qui montrent que les AAS psychopathes et les AAS non psychopathes présentent des taux de récidive sexuelle qui sont semblables post-prise en charge. Il n'y a pas de données disponibles précises sur les caractéristiques des AAS psychopathes qui bénéficient de la prise en charge par rapport à ceux qui n'en bénéficient pas.

### ► Conclusions de la conférence de consensus 2001

En 2002, les experts de conférence de consensus (1) rapportaient qu'il n'était pas possible d'établir avec certitude que la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle réduisent de façon significative le risque de récurrence. Cependant, plusieurs études faisaient état d'une diminution des récurrences quand les personnes avaient bénéficié de psychothérapies (comportementales et cognitives, systémiques) ou de thérapies biologiques. Cette diminution paraît plus marquée pour ces dernières lorsque les critères de leur indication sont réunis. Si le bénéfice des psychothérapies individuelles ou de groupe d'inspiration psychodynamique n'a pas été démontré, les cliniciens qui les pratiquent en défendent l'intérêt, tout en précisant que leur évaluation scientifique pose des problèmes méthodologiques.

## 2.5 Quelles sont les indications des psychothérapies ?

### 2.5.1 Indications des différentes psychothérapies dans le cadre de la prise en charge en France

#### ► Thérapie psychodynamique

##### Thérapie de groupe

Au centre médico-psychologique d'Albi (antenne psychiatrique au sein de la maison d'arrêt d'Albi) Siquin *et al.* (170) ont rapporté que la psychothérapie de groupe pouvait être proposée chez les AAS car elle permet de lutter contre l'alexithymie, la pauvreté fantasmatique, les mécanismes projectifs, l'absence de repère structurants qui sont des traits de personnalité stérilisants et résistants dans l'approche individuelle.

Au SMPR de Bordeaux-Gradignan, Hachouf *et al.* France 2001 (145) ont rapporté que, de manière générale, la conjonction des conditions suivantes constitue un point de départ favorable pour la mise en place d'un processus thérapeutique :

- reconnaissance par l'intéressé des faits réellement commis pour lesquels il est incarcéré ;
- demande de soins sans sollicitation de contrepartie utilitaire, type attestation, certificat médical ou autre ;
- prise de conscience des conséquences néfastes de l'agression sur la victime ;
- incompréhension et incapacité d'expliquer le passage à l'acte avec fort désir de comprendre et d'éviter la récurrence ;
- judiciarisation des faits criminelle perçue comme un soulagement ;
- manifestation de regret voire de culpabilité ;
- niveau intellectuel suffisant mais surtout capacité de verbalisation.

La thérapie de groupe en particulier était proposée aux AAS ayant suffisamment pris conscience de la signification de leur acte et qui étaient authentiquement inscrits dans une logique de soins après de nombreux entretiens de « mise en sens » de leur problématique. La possibilité de verbaliser fait partie des critères de sélection des candidats.

Smith et Petibon (140) ont rapporté que chez les AAS, l'absence de capacité d'introspection ou d'élaboration, une ambivalence face au suivi, l'importance de l'égoïsme et la fragilité narcissique, les mécanismes pervers (emprise, déni d'altérité, la manipulation, la séduction, etc.) sont des caractéristiques psychopathologiques fréquentes, qui entravent le travail de psychothérapie individuelle classique. Aussi, dans le centre de La Garenne-Colombes la grande majorité des patients est orientée vers une psychothérapie de groupe.

Au Canada, Selon Tardif (171), dans le cadre de la prise en charge des AAS à l'institut Philippe Pinel, les sujets qui participaient à une psychothérapie de groupe fondée sur les approches psychodynamiques et systémiques reconnaissent tous avoir une problématique de déviance sexuelle. Cette prise en charge de groupe n'était pas indiquée en première intention chez les sujets ci-dessous :

- les sujets psychotiques, déficients mentaux ou ayant des troubles organiques ;
- certains sujets présentant des déficits trop importants de l'estime de soi ;
- les sujet présentant des traits paranoïdes ou ceux chez qui l'émergence d'un épisode dépressif est observé.

### Thérapie individuelle

Cinq critères de « bon répondeur » dans le cadre d'une prise en charge par une psychothérapie psychodynamique ont été identifiés par Balier *et al.* (12) dans une étude réalisée entre 1993 et 1996, dans 18 sites pénitentiaires en France :

- reconnaissances du délit ;
- se sentir anormal au moment du délit ;
- reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte ;
- arrestation = soulagement ;
- reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Ciavaldini (8) précise qu'en pratique, ces critères ne fonctionnent pas comme des limites rédhibitoires de la prise en charge, mais comme des modérateurs. Le fait qu'un sujet ne réponde pas à tous les items n'empêche nullement une action thérapeutique.

Dans une revue de synthèse sur les psychothérapies des AAS, Hamon (146) rapportait que la psychothérapie d'inspiration analytique était plus adaptée aux psychoses, névroses graves, paraphilies, troubles psychosomatiques, et aux personnalités agressives et transgressives (psychopathes, états limites, délinquants etc.).

Dans un rapport récent, Alvarez et Gourmelon (11) ont rapporté que les indications des psychothérapies psychanalytiques individuelles étaient généralement posées en cas de demande volontaire, d'une reconnaissance minimale des faits ainsi que la capacité d'identification de certaines zones de souffrance.

Puisque dans ces thérapies, le matériel sur lequel repose la thérapie est amené par le patient lui même, les limites résident essentiellement dans l'incapacité de la personne à verbaliser son expérience et son mal-être ; à élaborer.

### ► TCC

#### Thérapie de groupe

Au SMPR de Bordeaux-Gradignan, Hachouf *et al.* (145) ont rapporté que les TCC de groupe pouvaient être proposée chez les AAS dont les capacités d'introspection et d'élaboration semblaient limitées, en particulier chez les violeurs à répétition, les pédophiles une TCC peut être mise en place en dépit du déni qui caractérise certains de ces sujets.

Au Centre de Détention de Loos, les critères d'intégration au programme thérapeutique sont :

- acceptation de participation au programme de prise en charge ;
- date de sortie ou de transfèrement ;
- hostilité entre les patients ;
- suivi individuel et cheminement individuel préalable.

Le programme n'est pas indiqué dans les cas suivants :

- non reconnaissance totale des faits ;
- mécanismes de défenses rigides ;
- déficience mentale ;

- troubles neurologiques ;
- pathologies psychiatriques décompensées.

Selon Hamon (146), les TCC sont fréquemment utilisées pour les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et les phobies (par confrontation directe à l'objet). Elles sont à privilégier pour les sujets à faibles capacités introspectives ou de niveau intellectuel limité, car elles permettent de reformer ses jugements et son appréhension au monde extérieur (phobies sociales, phobies relationnelles, troubles de la communication et de la relation, etc.).

Au Canada, dans le cadre du programme de prise en charge des AAS *Regional treatment center (Ontario) sex offender Program* (RTCSOP) (172), la TCC de groupe (couplée à une thérapie individuelle) était indiquée chez les AAS à haut risque de récurrence qui avaient un besoin important de prise en charge. Ils n'avaient pas de troubles cognitifs, pas d'autres troubles psychiatriques et une bonne habilité sociale.

Dans ce programme les participants qui avaient une thérapie de groupe avaient également la possibilité de suivre une thérapie individuelle. Le contenu de la thérapie individuelle pouvait être dicté par les besoins du participant : par exemple, dans certains cas, les participants pouvaient avoir besoin de discuter de manière plus approfondie par rapport aux séances de groupes des éléments associées à la minimisation ou au déni.

Les séances individuelles pouvaient également être dictées, dans certains cas, par le comportement du participant (par exemple comportement impulsif, manipulateur). Ce cas était particulièrement rencontré avec les participants ayant un diagnostic de psychopathie.

#### **Thérapie individuelle**

Au Canada, dans le cadre du programme de prise en charge des AAS la TCC individuelle a été proposée aux participants qui n'étaient pas éligibles pour la TCC de groupe. Les critères pour participer à une thérapie individuelle étaient (172) :

- présence de troubles cognitifs (ex. faible capacité fonctionnelle cognitive) ;
- présence de troubles psychiatriques (ex. psychose) ;
- difficultés de réaliser les activités journalières courantes (déficit d'habilité sociale).

#### **► Thérapie de soutien**

Cette thérapie est fréquemment utilisée pour la prise en charge des AAS dans des perspectives longitudinales. Elle a alors une fonction d'accompagnement du sujet. Un traitement pharmacologique est compatible avec cette psychothérapie. Elles doivent être aménagées en tenant compte de la tonicité du trouble et de la personnalité. Confronter le sujet à son passage à l'acte est une nécessité.

#### **► Thérapies familiales**

Hayez et Boecker (173) ont recommandé de proposer systématiquement et d'emblée une thérapie familiale en complément de la psychothérapie individuelle. Le moment judicieux pour en parler varie en fonction des cas. Une période propice peut être dès que c'est créé une alliance thérapeutique entre le thérapeute et l'AAS. Il est important de noter que l'inverse peut parfois se produire : un travail familial chronologiquement premier peu préparer à des entretiens individuels. Pour ces auteurs (173), les indications préférentielles des thérapies sont :

- les AAS qui vivent dans une famille dépressive, repliée sur elle même, non-communicante ;
- les AAS dans des familles enchevêtrées, fusionnelles ;
- les AAS autoritaires, rigides, qui vivent dans des familles qu'ils tyrannisent ;
- pour les AAS sans famille proche, un groupe d'appui peut faire fonction de « famille de référence ».

Heyez et de Boecker ont attiré l'attention sur le but essentiels des rencontres familiales qui est de permettre à chacun de retrouver une vie digne et sociable et de l'affiner en

confrontant les autres. Des rencontres familiales réussies ne signifient pas qu'à la fin, le couple ou la famille nucléaire soit unie.

Ces indications sont principalement celles qui ont été proposées dans la conférence de consensus de 2001 (1) : les thérapies familiales sont indiquées lorsqu'il s'agit de mettre en place une phase de préparation à des entretiens individuels ou dans le cas d'une famille dépressive repliée ou fusionnelle ; elles le sont également lorsque les auteurs d'agressions sexuelles sont identifiés comme autoritaires ou tyranniques au sein du groupe.

Selon Hamon (146) les thérapies familiales sont proposés principalement dans des phénomènes de maltraitance, de violences, ou dans le cadre de certaines famille incestueuses.

Savin (174) a rapporté la place de la thérapie familiale dans le cadre de la prise en charge des AAS dans le SMPR de Varcès. Cet auteur a proposé des indications sur le moment de mise en place d'une thérapie familiale en maison d'arrêt et dans les centres pour peines.

- En maison d'arrêt :
  - au moment de l'incarcération, la famille est « sous le choc » et a besoin d'une écoute spécifique de sa souffrance. La rencontre avec les « entrants » est l'opportunité de s'enquérir des attaches familiales du détenu et éventuellement d'évoquer la possibilité de la mise d'un dispositif d'entretiens familiaux,
  - au moment de l'admission dans un SMPR, proposer systématiquement la possibilité d'organiser des entretiens familiaux ; il est demandé à l'AAS de fournir des noms des membres de famille qu'il souhaiterait voir contacter,
  - l'immédiat après le jugement peut également être un moment difficile pour la famille, la réalité du verdict ainsi que l'attente du transfert vers un centre pour peine peuvent exacerber la souffrance familiale. Ainsi, des familles qui n'avaient pas souhaité participer à un dispositif thérapeutique familial peuvent en ressentir la nécessité.
- Dans les centres pour peine :
  - pour les détenus suivis en psychothérapie individuelle ou de groupe, il peut arriver qu'à certains moments du processus thérapeutique, la question de la famille et des liens familiaux se posent avec une acuité particulière. L'AAS peut alors solliciter l'organisation des entretiens familiaux ou de couple,
  - les souffrances familiales sont réactivées lors des premières permissions. Les « retrouvailles », même limitées dans le temps suscitent beaucoup d'inquiétude et d'anxiété. C'est donc un moment favorable pour que soit mis en place des entretiens familiaux ou de couple,
  - quelques mois avant la libération, les entretiens familiaux permettront à la famille ou au couple de reprendre la vie commune.

## **2.5.2 L'analyse des critères d'éligibilité des différentes études qui ont évalué les psychothérapies**

### **► Troubles de l'apprentissage**

Dans un rapport pour un projet de recherche sur les AAS en Belgique, Ducro *et al.* (88) ont évalué les critères d'exclusion des programmes de prise en charge des AAS dans la littérature. Ces auteurs ont rapporté que les AAS ayant des troubles de l'apprentissage, n'étaient pas inclus dans la plupart des programmes de prise en charge des AAS. Par exemple dans 2 programmes identifiés dans la littérature et réalisés aux Etats-Unis, la mesure du quotient intellectuel (QI) était utilisée comme critère d'exclusion : dans l'étude de Marques *et al.* (153) un QI > 80 était nécessaire pour être inclus et dans l'étude de Dunsieith *et al.* (44) un QI ≥ 70 était nécessaire pour être inclus.

Dans une revue générale spécifique sur les troubles d'apprentissage chez les AAS, Lambrick et Glaser (175) ont également rapporté que les troubles d'apprentissage étaient un critère d'exclusion fréquents dans les programmes de prises en charge.

Or, précisait Ducro *et al.* (88), cette population représentait 10 à 15 % des AAS et présentait un taux de récurrence élevé. En effet, les AAS appartenant à cette population commençaient leurs délits plus jeunes, avaient des antécédents de délits sexuels multiples et d'autres délits. Ce niveau de risque de risque pouvait être lié notamment au manque de connaissances sur la sexualité, leurs faibles capacités interpersonnelles et sociales. Aujourd'hui, il est nécessaire d'adapter ou de développer des programmes de prise en charge adaptés aux AAS ayant des troubles de l'apprentissage.

► **Niveau élevé de psychopathie**

Ducro *et al.* (88) ont rapporté qu'un second critère d'exclusion souvent observé était un niveau de psychopathie élevé. De nombreuses études ont montré que les psychopathes avaient plus de risque de récidiver sexuellement ou violemment. Il y a actuellement dans la littérature un débat autour de la question du type de prise en charge adapté aux AAS psychopathes. Les auteurs s'accordent à dire que le risque de récurrence est majoré par le fait que le psychopathe peut utiliser ce qui lui est proposé au cours de la prise en charge pour manipuler autrui.

## **2.6 Quels sont les modérateurs et les médiateurs de l'effet des psychothérapies chez les AAS ?**

L'analyse précédente sur le bénéfice des psychothérapies chez les auteurs d'agressions sexuelles a mis en évidence une grande variabilité du bénéfice de cette intervention. Cette variabilité suggère qu'il existe des conditions (des variables) qui sont importantes à prendre en compte pour qu'une psychothérapie soit bénéfique dans cette population. Une recherche spécifique des articles qui évaluaient ces variables a été réalisée. L'analyse de la littérature disponible sur cette question a permis d'identifier 6 variables importantes à prendre en compte pour le bénéfice d'une psychothérapie :

- le cadre d'application de la psychothérapie ;
- le format de la psychothérapie (psychothérapie de groupe ou individuelle) ;
- le mode de participation à la psychothérapie (volontaire ou non) ;
- l'adhésion (compliance) à la prise en charge ;
- les facteurs protecteurs de l'effet thérapeutique ;
- les ateliers de médiation thérapeutique ;
- le rôle du thérapeute et de sa formation ;
- la place de la formulation de cas.

A ces variables, il convient d'ajouter la typologie des auteurs d'agressions sexuelles, la sévérité de leurs troubles et leur cadre de vie.

La synthèse des articles identifiés pour chacune de ces variables est présentée ci-dessous.

### **2.6.1 Quel est l'impact du cadre d'application des thérapies ?**

Le cadre du traitement est une variable importante à prendre en compte dans la prise en charge. Ce cadre est très hétérogène dans les études. Par exemple dans la méta-analyse de Lösel et Schmucker (144), la distribution suivante des cadres de réalisation de la prise en charge a été retrouvée :

- 25 traitements étaient appliqués en prison ;
- 14 traitements à l'hôpital ;
- 29 traitements en milieu ouvert ;
- 10 prises en charge mixtes (en prison et en milieu ouvert) ;
- Il n'y avait pas d'information sur le cadre pour 2 prise en charge.

Il est donc important de savoir si le cadre a un impact sur le bénéfice observé des thérapies.



► **Impact des différents cadres de prise en charge**

Trois articles (143,144,154) ont proposé une estimation de l'effet d'une psychothérapie en fonction du cadre dans lequel elle était appliquée.

Dans leur méta-analyse, Hanson *et al.* (143) ont regroupé les interventions en fonction du cadre de réalisation. Les résultats suivants étaient observés :

- en termes de récurrence sexuelle ;
  - lorsque la prise en charge était réalisée en institution, un effet positif significatif était observé sur le taux de récurrence (OR = 0,61 IC95 % (0,48 – 0,76), avec les échantillons d'AAS constitués d'adultes et de mineurs. l'effet du traitement restait positif lorsque l'échantillon était restreint aux adultes (OR = 0,62 IC95 % (0,48 – 0,80).
  - lorsque la prise en charge était réalisée en milieu ouvert, l'effet du traitement restait bénéfique pour les adultes : OR = 0,57 IC95 % (0,34 – 0,95).
- en termes de récurrence en général ;
  - lorsque la prise en charge était réalisée en institution, un effet positif non significatif était observé (OR = 0,79 IC95 % 0,58 – 1,07)). La même tendance d'effet du traitement positif mais non significatif était observée lorsque l'échantillon était restreint uniquement aux adultes auteurs d'agressions sexuelles (OR = 0,82 IC95 % (0,60 – 1,13)) ;
  - lorsque le traitement était réalisé en milieu ouvert, l'effet du traitement restait positif pour les adultes : OR = 0,21 IC95 % (0,12 – 0,37)).

Lösel et Schmucker (144) ont regroupé les données dans leur méta-analyse en fonction du cadre d'application. Les résultats suivants étaient observés sur le critère récurrence sexuelle :

- en prison : 21 comparaisons ont été identifiées à partir des études réalisées en prisons. La moyenne des estimations montrait un effet bénéfique non significatif (OR = 1,16 IC95 % (0,84 – 1,60)) de la prise en charge en prison,
- hôpital : comparaisons l'effet bénéfique de la prise en charge à l'hôpital obtenu était faible et non significatif (OR = 1,10 IC95 % (0,62 – 1,94) ;
- en milieu ouvert : 27 comparaisons ont été identifiées à partir des études réalisées en communauté. La prise en charge en communauté montrait un effet bénéfique sur le risque de récurrence sexuelle. L'estimation de l'OR était 1,93 IC95 % (1,35 – 2,77)) ;
- mixte : la combinaison d'une prise en charge en prison et en communauté montrait un effet bénéfique sur le risque de récurrence sexuelle mais non significatif (OR = 1,37 IC95 % (0,78 – 2,41)).

Dans l'étude de McGrath *et al.* (154) les AAS qui avaient participé à une prise en charge en prison avaient plus de chance de participer à un suivi après la sortie de prison. Ils avaient également plus de chances de suivre une prise en charge complète en milieu ouvert ; plus la durée de la prise en charge en milieu ouvert augmentait, moins il y avait de risque de faire une récurrence sexuelle (coefficient de corrélation  $r = -0,24$ ,  $p < 0,001$ ).

En termes de récurrence violente, L'effet bénéfique du suivi judiciaire et d'une prise en charge en milieu ouvert était également observé : les AAS qui avaient un suivi judiciaire en milieu ouvert avaient moins de risque de récurrence violente ( $r = -0,21$ ,  $p < 0,001$ ) et une prise en charge thérapeutique réduisait également le risque de récurrence violente ( $r = -0,16$ ,  $p < 0,05$ ) (154).

► **Synthèse**

Ces études montrent globalement que le début de la prise en prison est bénéfique. L'importance de cette prise en charge est notamment illustrée par McGrath *et al.* (154). Dans cette étude, ceux qui avaient participé à une prise en charge complète avaient presque 6 fois moins de chance de récidiver que ceux qui n'avaient pas participé à la prise en charge et ceux qui avaient commencé une prise en charge et l'avaient arrêtée. En plus, Ils avaient plus de chance d'accepter de suivre une prise en charge en milieu ouvert à la sortie.

Les données montrent également que la prise en charge en milieu ouvert est un élément essentiel pour la réduction de la récurrence. Lösel et Schmucker (144) montrent l'effet bénéfique important et statistiquement significatif de cette prise en charge.

Les résultats des études sont moins évidents dans le cas d'une combinaison de prise en charge en prison et en milieu ouvert. Bien que l'effet de cette prise en charge soit bénéfique, il existe une variabilité importante des résultats qui peut être dû notamment au manque de puissance par exemple dans l'étude de Lösel et Schmucker (144).

### **2.6.2 Quel est l'impact du format de la psychothérapie utilisée ?**

Les formats de la prise en charge utilisés dans la littérature sont variables. Par exemple dans une revue sur les psychothérapies des délinquants sexuels, Hamon (146) a identifié les prises en charge suivantes en psychothérapie :

- entretien individuel ;
- psychothérapie de groupe d'orientation psychodynamique ;
- psychothérapie de groupe d'orientation cognitivo-comportementale ;
- thérapie systémique (thérapie familiale).

En pratique dans ces différents formats, la psychothérapie peut être mise en place selon différentes modalités. Si l'on prend l'exemple de la thérapie de groupe, la conférence de consensus de 2001 (1) précise « qu'il existe différentes modalités de groupe sous-tendues par des références théoriques diverses et des fonctionnements différents. On identifie ainsi des groupes à visée thérapeutique explicite selon des références psychanalytiques, systémiques, de soutien, de relaxation, etc., et des groupes à visée socio-éducative (éducation sexuelle, sociothérapie, groupe de parole). Un certain nombre de modalités de groupe sont assorties d'objectifs explicites. Au niveau du fonctionnement, on repère des groupes ouverts, semi-ouverts, fermés. Les groupes fermés semblent plus appropriés aux personnes ayant accepté leur implication personnelle dans les faits pour lesquels ils sont poursuivis. »

Dans la littérature la question du choix du format tourne autour de la thérapie de groupe ou individuelle :

- 2 articles (140,141) ont rapporté des exemples de formats utilisés en France et 2 articles les expériences dans la littérature (144,160) ;
- 2 articles (144,151) ont proposé une estimation de l'impact des formats sur le taux de récurrence ;
- 1 article (176) qui évaluait l'impact du panel des AAS dans une psychothérapie de groupe a également été analysé ;
- 1 étude (177) qui évaluait la perception des AAS sur la thérapie de groupe.

#### **► Expériences rapportées**

##### **En France**

Alvarez et Gourmelon (11) ont rapporté que les thérapies de groupe étaient de plus en plus répandues en milieu pénitentiaire en France. Contrairement à la thérapie individuelle dont les critères d'éligibilité étaient majoritairement assez souples, la reconnaissance des faits, la volonté de vouloir comprendre et de changer et donc de s'impliquer sérieusement dans une démarche thérapeutique semblaient être un pré-requis. Elles précisèrent que la thérapie individuelle pouvait mener à la thérapie de groupe et inversement. Les deux pouvaient aussi être menées de concert pour le même individu.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier quelques exemples de prise en charge d'AAS en France incluant une psychothérapie de groupe :

- Smith et Petibon (140) ont rapporté que « la grande majorité des patients est orientée vers une psychothérapie de groupe en complément ou non d'une prise en charge individuelle, de couple, familiale ou d'un traitement chimiothérapeutique ». Ces auteurs expliquent ce choix par le fait que « chez ces patients, l'absence de capacité d'introspection

ou d'élaboration, une ambivalence face au suivi, l'importance de l'égoïsme et la fragilité narcissique, les mécanismes pervers (emprise, déni d'altérité, manipulation, séduction, etc.) sont des caractéristiques psychopathologiques fréquentes, qui entravent le travail de psychothérapie individuelle classique. Elles peuvent être réduites lorsqu'elles sont abordées par l'intermédiaire du groupe. Celui-ci diffuse les réactions transférentielles, favorise l'identification, l'empathie, valorise narcissiquement les patients et propose des modèles. »

- Rivalin-Grenier (141) a présenté l'expérience de prise en charge des AAS à l'unité psychiatrique hospitalière de Fresnes où le traitement est une psychothérapie de groupe.
- Au sein de la Maison d'arrêt d'Épinal, un groupe thérapeutique destiné aux AAS a été mis en place depuis 1999. Dans ce cas, la prise en charge groupale était proposée par le thérapeute individuel, après discussion en réunion de synthèse, à des AAS qui reconnaissaient tout ou partie des faits pour lesquels ils étaient incarcérés. Les AAS ayant un diagnostic de pathologies mentales avérées mal stabilisées, notamment schizophrénie, paranoïa, ou psychopathie grave, n'étaient pas éligibles pour la prise en charge de groupe (178).
- Alvarez et Gourmelon (11) ont également rapporté des expériences de thérapies de groupe dans divers centres :
  - thérapie de groupe centrée sur des activités manuelles : création de marionnettes (SMPR de marseille-les Baumettes), le dessin (SMPR de Fresnes, de la Santé) la musique (SMPR de Fresnes ou encore l'écriture. l'utilisation du jeu de carte comme moyen d'expression et au déclenchement d'une discussion entre les participants (SMPR de Grenoble-Varces). L'objectif étant à travers ses différents supports de favoriser la parole, l'expression de soi et de faciliter, par la médiation de l'objet ou d'un moyen spécifique de communication, la relation à l'autre.

#### Etudes disponibles dans la littérature

Lösel et Schmucker (144) ont identifié les distributions suivantes des différents types de psychothérapie :

- 18 thérapies uniquement en groupe ;
- 17 le plus souvent thérapies de groupe ;
- 10 mixtes (thérapie individuelle et thérapie de groupe) ;
- 8 thérapies uniquement individuelles ;
- 12 études sans information sur la thérapie.

Dans une autre étude (160) qui évaluait le programme de traitement des AAS en prison à Taiwan, le traitement combinait en général psychothérapie individuelle, thérapie de groupe (utilisée par 93,3 % des thérapeutes) et traitement médicamenteux. Parmi les thérapeutes, 66,7 % combinaient la thérapie de groupe avec des conseils individuels ; 33,3 % des thérapeutes incluaient un traitement médicamenteux dans leur stratégie thérapeutique.

Au Canada, une psychothérapie de groupe fondées sur des approches psychodynamique et systémique est proposée à certains AAS. Cette proposition est faite après une évaluation des capacités du sujet à se mobiliser au cours de la prise en charge. Le groupe est un groupe ouvert de 7 à 9 sujets se reconnaissant aux prises avec une problématique de déviance sexuelle. Les séances de groupes se tiennent un fois par semaine et chaque séance dure 1h30.

#### ► Impact des différents formats de la psychothérapie

Lorsque Lösel et Schmucker (144) ont estimé l'effet de l'intervention en fonction du format utilisé, ils ont observé les résultats suivants :

- thérapie uniquement en groupe (17 comparaisons) : OR = 1,12 IC95 % (0,76 – 1,66) ;
- thérapie majoritairement en groupe (17 comparaisons) : OR = 1,57 IC95 % (1,02 – 2,42) ;
- format mixte de la thérapie (8 comparaisons) : OR = 2,45 IC95 % (1,36 – 4,40) ;
- thérapie majoritairement individuelle (8 comparaisons) : OR = 1,40 IC95 % (0,77 – 2,53) ;

- thérapie uniquement individuelle : OR = 2,88 (1,14 – 7,24).

Dans la méta-analyse de la *Cochrane Collaboration* (151), les auteurs ont comparé la psychothérapie de groupe (psychothérapie non spécifiée) à l'absence de thérapie de groupe. L'effet de la psychothérapie de groupe sur le critère « nouvelle arrestation pour agression sexuelle » sur une période de suivi de 10 ans n'était pas significatif. En effet, sur un échantillon de 231 AAS suivis pendant 10 ans, le risque relatif estimé était 1,87 (0,78 - 4,47).

Au Canada, Di Fazio *et al.* (172) ont réalisé une évaluation de l'évolution des participants qui avaient participé au programme *Regional treatment center (Ontario) sex offender Program* (RTCSOP). Ce programme proposait aux participants une TCC individuelle uniquement ou une TCC complète (TCC de groupe + TCC individuelle). Sur les 205 AAS qui avaient participé au programme, 143 avaient suivi un programme TCC complet et 62 uniquement un programme TCC individuel. La durée de suivi moyenne était de 5,05 ans dans le groupe de ceux qui avaient eu une prise en charge complète et de 6,98 ans dans le groupe psychothérapie individuel. Au cours de cette période de suivi 21/143 (14,7 %) dans le groupe de ceux qui ont reçu le programme complet ont fait une récidive sexuelle contre 12/62 (19,4 %) dans le groupe thérapie individuelle. La taille de l'effet obtenue dans cette étude était donc faible et la différence entre les 2 groupes n'était pas statistiquement significative.

#### ► Rôle de la composition du groupe

Harkins et Beech (176) ont évalué, dans le cadre de la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, s'il y avait une différence entre les groupes mixtes (dans lesquels il y a des différents types d'AAS sexuels) et des groupes homogènes d'AAS (agresseurs d'adultes ou agresseurs d'enfants). L'analyse a montré qu'il n'y avait pas de différences significatives entre les différentes compositions des groupes. Dans tous les groupes, un environnement globalement positif des séances en groupe a été mis en évidence. Le taux de récidive a été évalué entre les groupes des AAS sur des enfants et les groupes constitués d'AAS d'enfants et d'AAS d'adultes. Il n'y avait pas de différences de risque de récidive entre les différents groupes.

#### ► Perception par les auteurs d'agressions sexuelles de la psychothérapie en groupe

Garrett *et al.* (177) ont également évalué la perception de la thérapie de groupe par des AAS à la fin du traitement. Trente deux AAS qui avaient participé à un programme de traitement par TCC ont répondu à un questionnaire dont la synthèse des résultats est présentée ci-dessous :

- perception de la thérapie de groupe :
  - la grande majorité (93,7 %) des participants trouvaient la thérapie de groupe positive. Elle offrait l'opportunité d'un partage d'expérience, d'apprendre des autres, d'être confronté à des expériences et à des perspectives différentes, de bénéficier d'un soutien et d'une aide donnée par les autres ; elle favorisait une certaine émulation.
- compréhension de leur mécanisme d'agression ;
  - l'ensemble des membres du groupe rapportaient avoir eu un gain pour une meilleure compréhension de leur mécanisme d'agression : 2 (6,3 %) déclaraient une compréhension modérée, 16 (50 %) rapportaient avoir acquis une bonne compréhension malgré quelques zones d'ombre et 13 (40,6 %) déclaraient avoir compris complètement leur comportement d'agression.
- préférence entre thérapie de groupe et thérapie individuelle ;
  - la majorité (46,8 %) avaient une préférence pour la thérapie de groupe. 4 (12,5 %) déclaraient qu'ils auraient préféré une thérapie individuelle. Les autres participants (11, 34,4 %) considéraient qu'ils auraient été satisfaits quelle qu'ait été la thérapie
- évaluation de la structure des groupes :
  - la majorité (25 ; 78 %) trouvait que la mise en place des règles (gestion du temps, confidentialité, langage approprié) et la mise en place d'un contrat (21 ; 65,6 %) étaient favorable au groupe ;
- Sur quels domaines auraient-ils voulu passer le plus de temps ?

- Les domaines sur lesquels les participants auraient voulu passé le plus important sont : ce qui avait motivé l'agression (59,4 %), l'empathie aux victimes (50 %), la prévention de la récidive (46,8 %), la compréhension des barrières internes (construction des excuses, distorsion cognitives) (40,6 %), le déni (28,1 %), la chaîne d'agression (l'enchaînement relatif à l'agression ?) (25 %), la gestion des situations à risque (6,2 %).

#### ► **Avantages de la thérapie de groupe**

Dans article sur l'intérêt de la thérapie de groupe avec des approches psychodynamique et systémiques chez les AAS au Canada, Tardif (171) a identifié les avantages ci-dessous :

- L'AAS est sollicité à sortir de l'univers secret qui entoure sa problématique de déviance sexuelle en constatant le travail effectué par les autres membres du groupe ;
  - S'il y a un refus de travailler sur les problématiques sexuelles, l'AAS est alors confronté par ceux qui ont admis leur comportement sexuel déviant. Habituellement, la confrontation provenant d'autres AAS est mieux acceptée que celle du thérapeute qui représente une figure d'autorité.
- La thérapie de groupe favorise un travail sur des capacités à socialiser en sortant l'AAS de l'isolement social où il se trouve et lui offre la possibilité d'établir un dialogue avec les autres participants et le thérapeute ;
- Les progrès thérapeutiques réalisés par les autres participants aident les nouveaux venus à trouver des sources nouvelles de motivation ou à approfondir la motivation initiale ;
- Cette modalité de prise en charge est particulièrement adaptée aux AAS qui présentent un déficit du Moi, des troubles du caractère, des traits oraux ou narcissiques car le groupe peut faire évoluer ces sujets en leur imposant des limites au désir d'une relation fusionnelle avec le thérapeute et les obliger à tenir compte de l'existence des autres ;
- Cette modalité permet également de diluer l'intensité des réactions de transfert, ce qui rend le processus thérapeutique tolérable à certains patients qui auraient des difficultés à soutenir l'intimité d'une thérapie individuelle.

#### ► **Limites de la thérapie de groupe**

Tardif (171) précise également que les limites inhérentes à la thérapie de groupe avec les AAS doivent être prise en compte. En effet, le travail thérapeutique effectué en psychothérapie de groupe s'adresse de façon privilégié aux forces du Moi et connaît, en raison de la capacité d'introspection du groupe, des limites dans la résolution des conflits intrapsychiques. Il identifie les limites ci-dessous :

- Il est possible que l'ampleur de certains phénomènes conduise à l'impasse. Par exemple une tendance à pervertir le processus thérapeutique peut se jouer lorsque le matériel se rapportant au symptôme sexuel est récupéré et utilisé par le sujet pour stimuler et diversifier sa production de fantasmes sexuels ; il peut également arriver qu'un sujet parle de ses symptômes de manière complaisante sur un mode exhibitionniste voyeur, la parole faisant alors office de passage à l'acte. Bien que ces manifestations fassent partie du processus thérapeutique de groupe, un phénomène de contagion peut survenir et pervertir le processus thérapeutique.
- Il est important pour le thérapeute d'identifier les sujets qui traversent une phase dépressive car les AAS sont peu empathiques et font preuve d'une tolérance limitée aux affects plus dépressifs. Habituellement, les éléments dépressifs chez les AAS sont liés sont reliés aux pertes entraînées par le dévoilement du délit et la mise en marche des procédures judiciaires. Ces sujets requièrent un suivi plus étroit des risques suicidaires et des interventions de soutien. La phase dépressive se résorbe assez facilement au cours d'un accompagnement thérapeutique individuel.
- Un suivi thérapeutique individuel est également réservé aux sujets présentant des traits paranoïdes trop importants.
- Des entretiens individuels sont proposés lorsqu'un sujet traverse une situation de crise nécessitant un encadrement plus étroit. Dans ce cas, le patient maintient sa participation à la thérapie de groupe.

### ► Synthèse

Il y a peu de données sur l'impact des thérapies individuelles. Les données disponibles sur cette modalité thérapeutique montrent un effet important avec un OR estimé à 2,88 (1,14 – 7,24), mais l'interprétation de ce résultat est difficile en raison du peu d'études utilisées pour l'estimation. Abracen et Looman (169) rapportent dans leur revue une absence de différence en termes de récurrence entre les groupes d'AAS ayant eu une thérapie individuelle et une thérapie de groupe. Ces données ne permettent pas de tirer de conclusion claire sur la place de la thérapie individuelle par rapport à la thérapie de groupe dans les stratégies de prise en charge des AAS. Cependant, un effet bénéfique stable est observé lorsqu'une part importante de la psychothérapie se fait sous forme de groupe : soit lorsque la psychothérapie utilise majoritairement la modalité de groupe, c'est-à-dire des psychothérapies de groupes couplées avec des psychothérapies individuelles (OR = 1,57 IC95 % (1,02 – 2,42) soit en cas de thérapie mixte (groupe + individuelle) (OR = 2,45 IC95 % 1,36 – 4,40). Dans le cas des thérapies majoritairement individuelles (thérapie individuelle couplé à des séances de groupe) un effet bénéfique non significatif est observé. Un résultat non significatif est également observé dans les psychothérapies qui utilisent uniquement la modalité de groupe (OR = 1,12 IC95 % (0,76 – 1,66)). Il est donc nécessaire de coupler thérapie individuelle et thérapie de groupe afin de maximiser les bénéfices. L'importance d'une modalité par rapport à l'autre dépend du thérapeute et de l'AAS pris en charge.

Les AAS ont en général une expérience positive de la thérapie de groupe, dans une étude, la majorité des AAS traité avait une préférence pour la thérapie de groupe. Selon ces AAS, la thérapie permet une meilleure compréhension du mécanisme de l'agression. Par ailleurs, ils insistent sur la nécessité de passer plus de temps sur ce qui a motivé l'agression, l'empathie aux victimes, la prévention de la récurrence, la compréhension des barrières internes (construction des excuses, distorsion cognitives), le déni, sur la chaîne d'agression. Dans le cadre d'une TCC de groupe, les AAS trouvent que la taille de groupe est un élément important du succès de la thérapie. Les participants semblent plus satisfaits des programmes de traitement structurés adaptés à leurs besoins.

Dans le cadre des programmes de TCC de groupe, la majorité des AAS se rappellent des points essentiels abordés pendant la thérapie (177). Mais certains AAS n'avaient pas compris le mécanisme de leur agression, ou étaient incapable de retenir toutes les informations données par le programme. Aussi, compte tenu de l'hétérogénéité de la population, le traitement doit être flexible afin de permettre différentes stratégies thérapeutiques pour des AAS différents. Par exemple selon Garrett *et al.* (177) des stratégies doivent être mises en place pour faciliter la capacité des participants à retenir les informations qui leurs sont données.

Les données actuelles sur la composition des groupes (définie en fonction des types de victimes, adultes ou mineurs) ne sont pas assez puissantes pour mettre en évidence une différence entre les différentes compositions de groupes. Néanmoins, sur certains critères de récurrence, les données (176) suggèrent qu'il y aurait plus de récurrence avec les groupes mixtes mélangeant AAS d'adultes et d'enfants. Ces données sont à interpréter avec beaucoup de précaution.

### 2.6.3 Quel est l'impact du mode de participation au traitement : volontariat ou recommandation ?

Lösel et Schmucker (144) ont montré que le mode participation est très variable en fonction des études :

- 37 études (46,3 %) dans lesquelles la participation était volontaire ;
- 16 études (20 %) dans lesquelles la participation n'était pas volontaire ;
- 8 études (10 %) dans lesquelles la participation était mixte, volontaire ou non ;
- 19 études (23,8 %) dans lesquelles le mode de participation n'était pas clair.

Or, le mode de participation à la prise en charge est une variable importante car c'est un élément méthodologique important pour sélectionner les personnes qui vont bénéficier de la prise en charge. En effet, 2 mécanismes de sélection peuvent être à l'origine de biais de sélection :

- en général, le volontariat ne se fait pas sans incitation (négociation avec le juge pour une réduction de peine) ;
- les cliniciens peuvent également faire une sélection sur la pertinence d'un programme particulier en fonction des sujets et donc décider de l'admettre ou non.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- 2 études (143,144) qui ont évalué l'impact du mode de participation sur le taux de récurrence ;
- 1 étude (179) qui a évalué l'effet de l'engagement sur la progression au cours du traitement ;
- 2 études (180,181) qui ont évalué les facteurs associés à la participation au traitement.

#### ► Impact de la participation volontaire sur la récurrence

Lösel et Schmucker (144) ont montré que les prises en charge étaient plus bénéfiques chez les AAS qui étaient volontaires pour participer au programme (l'estimation de l'OR moyen était 1,45 (IC 95 % (1,08 – 1,93)). Chez ceux qui n'étaient pas volontaires, l'estimation de l'OR était 1,05 (IC 95 % (0,70 – 1,58)). Dans les études où il y avait une combinaison des volontaires et des non volontaires, il n'y avait pas d'effet (OR = 1,01 (0,57 – 1,77)).

La même tendance est retrouvée dans l'étude de Hanson *et al.* (143) qui a observé les résultats suivants :

- en termes de récurrence sexuelle : ceux qui acceptaient de participer à la prise en charge avaient une réduction relative non significative du risque de récurrence de 10 % (OR = 0,90 IC95 % (0,71 – 1,14)) ;
- en termes de récurrence en général, ceux qui acceptaient de participer à une prise en charge avaient une réduction relative significative du risque de récurrence (OR = 0,47 IC95 % (0,39 – 0,58)).

#### ► Impact de la participation volontaire sur la progression au cours du traitement

Levenson et Macgowan (179) ont évalué la relation entre l'engagement, le déni et le progrès en psychothérapie, chez 61 AAS. Ils ont observé une corrélation négative entre le score d'engagement et le déni, qu'il soit évalué par le thérapeute ( $r = -0,5$ ,  $p < 0,01$ ) ou par l'AAS ( $r = -0,32$ ,  $p < 0,05$ ). Le score de déni était associé à une mauvaise progression au cours du traitement. Il y a une corrélation négative importante et statistiquement significative ( $r = -0,63$ ,  $p < 0,05$ ) entre le score de l'échelle de déni et la progression thérapeutique.

L'importance de l'effet de ces 2 variables (engagement du patient et déni) sur le progrès thérapeutique a été retrouvée dans un modèle de régression multivarié. Les 2 variables avaient un effet statistiquement significatif sur la progression thérapeutique. L'effet de l'engagement était plus important ( $\beta = 0,52$ ) que l'effet du déni ( $\beta = -0,37$ ). La combinaison des 2 variables expliquaient 59,5 % de la variance de la progression thérapeutique (179).

#### ► Facteurs associés à la participation au traitement

L'analyse de la littérature a permis d'identifier 2 études (180,181) qui ont estimé différents facteurs associés à la participation au traitement. L'étude de Jones *et al.* (181) a estimé les facteurs associés à la volonté d'entrer dans une thérapie, au refus d'une thérapie, au fait d'être exclu d'une thérapie. L'étude de Langevin (180) a estimé les facteurs associés au désir d'entrée en thérapie, à l'entrée réelle en thérapie et au suivi complet de la thérapie. Les facteurs identifiés dans ces études sont présentés ci-dessous.

### **Déni**

Les AAS qui refusaient le fait d'être coupable ou d'avoir un problème sexuel avaient plus de risque de refuser le traitement

### **Âge**

Selon Langevin (180) les AAS plus jeunes désiraient plus une thérapie et entraient plus en thérapie. Mais parmi ceux qui étaient en thérapie, il n'y avait pas de différence sur le suivi complet de la thérapie en fonction de l'âge.

### **Statut marital**

Dans l'étude de Langevin (180) il n'y avait pas de différence entre les AAS célibataires et les AAS mariés en termes de désir de thérapie et de suivi complet. Une différence entre les deux groupes était observée sur la participation à la thérapie ( $p < 0,004$ ). Jones *et al.* (181) ont observé que les AAS mariés avaient plus tendance à refuser une thérapie (OR = 2,32), mais l'association n'était pas statistiquement significative.

### **Niveau d'éducation**

Dans l'étude de Langevin (180) il n'y avait pas de différence entre les AAS éduqués et les AAS non éduqués en termes de désir de thérapie et de suivi complet. Les AAS non éduqués avaient plus tendance à participer à la thérapie.

### **Type d'agression sexuelle**

Parmi les 326 pédophiles identifiés dans l'échantillon de l'étude de Langevin (180), 53,6 % désiraient entrer en thérapie. Parmi les 21 AAS à la fois d'adultes et d'enfants 47,6 % désiraient entrer en thérapie, Jones *et al.* (181) ont observé qu'il y avait chez les AAS sur mineurs une augmentation non significative de la volonté d'entrer en thérapie (OR = 1,44 (ns)), et quand ils entraient en thérapie, ils ont également observé une augmentation non significative du taux d'exclusion (OR = 1,79 (ns)).

### **Participation antérieure à une thérapie**

Les AAS qui avaient déjà participé à un traitement étaient plus volontaires pour avoir une nouvelle thérapie (OR = 1,85,  $p < 0,01$ ) (181).

### **Dépendance à l'alcool**

Les AAS ayant des problèmes d'alcool avaient plus de désir de traitement ( $p < 0,006$ ), ils entraient plus souvent en thérapie ( $p < 0,001$ ) et ils suivaient plus souvent la thérapie complètement ( $p < 0,01$ ) (180).

### **Consommation de substances illicites**

Les AAS ayant des problèmes de consommation de substances illicites avaient plus de désir de traitement ( $p < 0,015$ ), Ils entraient plus souvent dans un processus thérapeutique ( $p < 0,003$ ) et suivaient plus souvent une thérapie complète ( $p < 0,001$ ) (180). L'étude de Jones *et al.* (181) a observé que les AAS qui étaient dépendants aux substances illicites étaient moins volontaires pour une thérapie (OR = 0,38,  $p < 0,01$ ). Ils ont observé également une réduction non significative du taux de refus de la thérapie (OR = 0,65 (ns)) et du taux d'exclusion de la thérapie (Or = 0,63 (ns)) chez ces AAS.

### **Condamnation antérieure pour agression sexuelle**

Jones *et al.* (181) ont observé une réduction non significative des taux de refus de thérapie (OR = 0,56 (ns)) et d'exclusion de thérapie (OR = 0,33 (ns)) chez les AAS qui avaient déjà été condamnés pour une agression sexuelle.

### **Motivation**



Jones *et al.* (181) ont observé que, chez les AAS, la motivation augmentait le volontariat à une thérapie (OR = 1,25,  $p < 0,001$ ), réduisait le risque de refus d'une thérapie (OR = 0,35,  $p < 0,001$ ) et réduisait les taux d'exclusion au cours de la thérapie (OR = 0,34,  $p < 0,001$ ).

### Ordonnance du juge

Jones *et al.* (181) ont observé que, chez les AAS, une ordonnance du juge pour une thérapie augmentait très fortement le volontariat (OR = 7,89,  $p < 0,001$ ).

AAS ayant été agressés sexuellement dans l'enfance

Jones *et al.* (181) ont observé une augmentation non significative du risque de refus de thérapie chez les AAS ayant été agressés sexuellement dans l'enfance (OR = 2,66 (ns)).

### Comorbidités psychiatriques

Dans l'étude de Langevin (180), il n'y avait pas de différence entre les AAS qui avaient une personnalité antisociale et ceux qui n'en avaient pas en termes de volonté d'une thérapie. Cependant, les AAS avec personnalité antisociale entraient moins souvent en thérapie ( $p < 0,002$ ). Lorsqu'ils entraient en thérapie, il n'y avait pas de différence en termes de suivi complet de thérapie par rapport aux autres AAS.

Chez les AAS ayant une hyperactivité avec déficit attentionnel, Langevin (180) a observé plus de désir de thérapie ( $p < 0,019$ ) ; les AAS ayant un diagnostic d'hyperactivité avec déficit attentionnel entraient plus souvent en thérapie ( $p < 0,009$ ) et il n'y avait pas de différence de suivi complet de la thérapie entre ces sujets et les autres.

### Synthèse

Les études identifiées dans la littérature montrent que la participation à une thérapie sur le mode du volontariat permet d'améliorer l'efficacité de la psychothérapie. En effet, les AAS qui sont volontaires pour une psychothérapie évoluent mieux au cours de la thérapie et, chez ces sujets, la psychothérapie a un impact bénéfique sur la récurrence.

Tous les AAS éligibles ne reçoivent pas un traitement. En effet, certains AAS ont la volonté d'entrer en thérapie, mais seul un pourcentage y entre réellement et parmi ceux qui entrent en thérapie, seul un pourcentage suit complètement la thérapie et y participe activement. Certains auteurs (180,181) ont évalué les différentes variables qui peuvent avoir un impact aux différentes étapes de la participation à une thérapie. Il apparaît dans ces études que :

- la motivation est un facteur important dans toutes les phases de la participation à une thérapie (la volonté de participer à une thérapie, l'entrée dans un programme de traitement, le suivi complet de la thérapie) ;
- une ordonnance du juge était un facteur important pour la volonté de participer à une thérapie.

Ces études font également apparaître que les AAS ayant des problèmes de dépendance à l'alcool et/ou de consommation de substance illicites étaient volontaires pour une thérapie, entraient plus souvent en thérapie et suivaient plus souvent une thérapie complète.

Sur le plan des limites méthodologiques, on peut regretter le manque de puissance de ces études, notamment l'étude de Jones *et al.* (181) qui montrait que plusieurs variables pouvaient avoir un impact important sur la participation à une thérapie, mais qui n'avait pas assez de puissance pour avoir des résultats significatifs. Les études sur les effets des psychothérapies montrent en effet que c'est généralement une configuration de facteurs qui est impliquée dans les résultats.

#### 2.6.4 Quel est l'effet de l'adhésion (compliance) au traitement ? (Le problème des perdus de vue)

L'analyse de la littérature montre qu'il y a un taux important de perdus de vue (personnes qui commencent le traitement et qui l'arrêtent). Le taux de compliance au traitement dans les études publiées varie en moyenne de 45,7 % à 53,1 % (180). Le tableau 31 proposé par Langevin (180) montre que si l'on regroupe les études publiées pour suivre l'évolution du taux de compliance au cours du temps, on remarque qu'il existe une réduction importante de la taille d'échantillon entre ceux qui veulent un traitement, ceux qui entrent en traitement et ceux qui suivent complètement le traitement. Il y a donc une variabilité importante de l'adhésion au traitement et cette variabilité peut avoir un impact sur l'évolution des participants après le traitement. L'objectif de cette question est d'évaluer s'il y a des différences d'évolution entre ceux qui ont participé à tout le traitement et ceux qui ont arrêté la thérapie.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- 6 articles (112,143,144,182-184) qui ont évalué l'impact de l'adhésion au traitement sur la récurrence ;
- 2 articles (185,186) qui ont évalué les facteurs pronostiques de l'adhésion ;
- 1 étude qualitative (187) qui a évalué la perception des délinquants sexuels sur la participation et l'adhésion au traitement.

Dans ces articles 3 grands groupes ont été identifiés : les AAS qui avaient suivi toute la thérapie, ceux qui n'avaient suivi qu'une partie de la thérapie (les perdus de vue) et ceux qui avaient refusé la thérapie. La synthèse des résultats concernant l'évolution de ces différents groupes, notamment en termes de récurrence, est présentée ci-dessous.

**Tableau 31. Évolution du taux de compliance.**

Décennies	Nombre de personnes évaluées	Pourcentage qui ...		
		veut une prise en charge (%)	entre dans un programme de prise en charge (%)	suit complètement le programme de prise en charge (%)
1960	106	74,5	62,1	24,5
1970	175	75,4	60,3	18,3
1980	164	54,9	53,8	23,2
1990	208	29,3	7,3	4,8
2000	125	25,6	-	-
Total	778	50,6	42,0	13,6

#### ► AAS qui ont suivi toute la thérapie

##### AAS qui ont suivi toute la thérapie Vs les AAS qui ont arrêté la thérapie (les perdus de vue)

Dans la méta-analyse de Hanson *et al.* (143), lorsque les auteurs comparaient les perdus de vue avec ceux qui avaient participé à tout le programme, ils observaient que le fait de suivre tout le programme était un facteur bénéfique important en terme de réduction de la récurrence. En effet, ceux qui avaient suivi toute la thérapie avaient moins de récurrence sexuelle que ceux qui étaient perdus de vue (OR = 0,47 IC95 % (0,36 – 0,61)). En termes de récurrence en général la même quantité d'effet important était observée chez ceux qui avaient suivi tout le programme OR = 1,67 IC95 % (0,91 – 3,06).

Ce bénéfice important a été également retrouvé dans la méta-analyse de Lösel et Schmucker (144) qui a montré que la participation régulière et complète à un programme

thérapeutique était bénéfique pour la réduction du taux de récurrence sexuelle ( $OR^{40} = 1,58$  IC95 % (1,23 – 2,05)). Les AAS qui commençaient un programme et l'arrêtaient en cours de prise en charge (perdus de vue) étaient à très forts risque de récurrence (OR = 0,51 IC95 % (0,39 – 0,37)).

Ce bénéfice du suivi complet de thérapie par rapport à l'arrêt est confirmé dans différentes autres études :

- Aux Etats-Unis, l'étude de Maletsky et Steinhauser (182) réalisée sur une cohorte de 7 275 hommes AAS de plus de 18 ans a donné une analyse plus détaillée de cet effet en fonction des différents sous-groupes d'AAS : AAS d'enfants avec victime féminine, AAS d'enfants avec victime masculine, pédophiles hétérosexuels, pédophiles homosexuels. Dans ces différents sous-groupes cette étude montrait que ceux qui avaient participé à tout le traitement avaient moins de récurrence sexuelle par rapport aux perdus de vue.
- Au Canada, Seager *et al.* (112) ont évalué le taux de récurrence à 2 ans dans une cohorte de 146 AAS qui avaient participé à un programme de prise en charge dans une prison de sécurité moyenne au Canada : 109 AAS avaient participé complètement au programme de prise en charge et 37 n'avaient pas suivi tout le programme. Ces auteurs (112) ont observé un taux de nouvelle condamnation de 5 % (n = 5) chez ceux qui avaient suivi tout le programme contre 32 % (n = 12) chez les perdus de vue et un taux de nouvelles accusations de 15 % (n = 16) chez ceux qui avaient suivi tout le programme de prise en charge contre 49 % (n = 18) chez les perdus de vue.

La même tendance d'effet bénéfique a été retrouvée dans l'étude d'Aytes *et al.* (183) qui ont comparé l'évolution de 170 AAS qui avaient suivi une TCC dans sa globalité et 157 AAS qui n'avaient pas suivi complètement la thérapie. Ces auteurs ont observé 1 (0,6 %) nouvelle condamnation pour agression sexuelle chez ceux qui avaient suivi toute la thérapie contre 17 (10,8 %) chez ceux qui avaient arrêté la thérapie. En termes de récurrence non sexuelle, 10 nouvelles condamnations pour agression non sexuelle (taux de criminalité = 6,5 %) chez ceux qui avaient suivi tout le programme contre 51 (32,5 %) nouveaux actes criminels chez ceux qui n'avaient pas suivi tout le programme. Par ailleurs, ces auteurs ont évalué l'impact de la durée de la prise en charge. Ils ont comparé leurs données à celles d'un centre où il n'y avait pas de prise en charge : après 5 ans de suivi, le test de Kaplan-Meier montrait un taux de récurrence de 8,8 % (n = 17) chez les AAS traités pendant plus d'un an contre 15 % chez les AAS d'un autre centre non traités ( $p < 0,04$ ).

#### **AAS qui ont arrêté la thérapie (les perdus de vue) Vs les AAS qui ont refusé la thérapie**

Les données de la méta-analyse d'Hanson *et al.* (143) ont montré que pour les AAS le risque de récurrence sexuelle était plus important chez les perdus de vue comparativement à ceux qui refusaient de participer à la prise en charge (OR = 1,67 IC95% (0,91 – 3,06)). Mais une tendance contraire non significative a été observée en terme de récurrence en général. En effet, cette étude a montré qu'il y avait un risque de récurrence moins important chez les perdus de vue comparativement à ceux qui refusaient de participer à la prise en charge (OR = 0,85 IC95% (0,42 – 1,73)).

En termes de nouvelles condamnations pour agression sexuelle, l'étude de Aytes *et al.* (183) a observé 17 (10,8 %) nouvelles condamnations chez les AAS qui n'avaient pas suivi tout le programme contre 7 (4,7 %) chez les AAS éligibles pour la thérapie et qui n'y avaient pas participé.

Ces premiers résultats qui suggèrent un risque de récurrence plus faible chez ceux qui avaient refusé la thérapie ont poussé Rice et Harris (184) à évaluer plus précisément le profil d'évolution de ceux qui refusaient de participer à une thérapie. Ces auteurs ont réalisé leurs analyses à partir des données de la méta-analyse de Hanson 2002 (143) qui montrait :

---

<sup>40</sup> L'interprétation de l'odds ratio est inversée dans cette étude.

- en terme de récurrence sexuelle : que le taux de récurrence sexuelle était plus faible chez ceux qui refusaient la prise en charge par rapport à ceux acceptaient puis étaient perdus de vue (arrêt ou exclus par les thérapeutes).
- en terme de récurrence en général : que ceux qui refusaient la prise en charge avaient plus de risques d'échec que ceux qui y avaient participé et étaient perdus de vue. Mais la différence n'était pas statistiquement significative.

Rice et Harris ont regroupé ceux qui avaient participé à une prise en charge (traitement complet + perdu de vue) et ont comparé ce groupe à ceux qui avaient refusé la prise en charge :

- en terme de récurrence en général : ceux qui avaient refusé le traitement avaient un taux de récurrence plus important que le groupe traitement ;
- en terme de récurrence sexuelle : il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes. Il est important de se rappeler que le groupe traité comprenait ceux qui étaient perdus de vue qui ont un profil de risque plus élevé.

#### ► **Quels sont les facteurs pronostiques de l'adhésion ?**

Trois études identifiées dans la littérature ont évalué les facteurs associés à l'adhésion à la ou à l'abandon de la thérapie. Pelissier (185) a estimé le rôle des facteurs statiques, dynamiques (motivation au changement) et administratifs (temps entre le contact avec la prison et l'entrée dans un programme) par une régression logistique. Beyko et Wong (186) ont utilisé une approche dimensionnelle : ils ont déterminé les dimensions associées à l'abandon d'une thérapie par les AAS. Marshall *et al.* (188) ont proposé une synthèse des critères associés au risque d'abandon de la thérapie. Ils ont pu ainsi classer ces critères en critères prétraitement et critères au cours du traitement.. Les critères identifiés sont présentés ci-dessous.

#### **Nombre d'années d'éducation**

L'étude de Pelissier (185) a observé que, sur un échantillon de 116 AAS qui avaient suivi toute la thérapie et 135 avaient arrêté la thérapie, les AAS qui avaient plus d'année d'éducation avaient plus tendance à suivre complètement la thérapie (OR = 1,18 (p < 0,05)).

#### **Motivation au changement**

Pelissier (185) a observé que la motivation au changement augmentait la probabilité de suivre entièrement la thérapie chez les AAS (OR = 1,46 (p < 0,05)).

#### **Prise en charge précoce en milieu carcéral**

Pelissier (185) a également observé qu'une prise en charge rapide avait un impact sur l'adhésion à la prise en charge. En effet, dans la cohorte de son étude, les AAS qui entraient en thérapie après 3 mois et plus de prison avaient tendance à ne pas suivre une thérapie complète (OR = 0,58 (p < 0,05)).

#### **Comportement de rupture et de violation des règles**

Selon l'étude de Beyko et Wong (186) réalisé au Canada sur un échantillon de 64 adultes AAS (32 perdus de vue, 32 qui ont suivi l'ensemble du programme), un comportement de rupture et de violation des règles au cours de la thérapie par les AAS augmentait le risque d'abandon de programme. L'arrêt de la thérapie pouvait se faire à la demande de l'AAS ou du thérapeute ; dans cette étude, parmi les arrêts prématurés, 10 l'étaient à la demande de l'AAS et 22 à la demande du thérapeute (l'escalade des problèmes était passée au-delà de ce qui était raisonnablement admissible et il était demandé au patient de ne plus participer à la thérapie).

#### **Faible engagement dans la thérapie**

Beyko et Wong (186) ont identifié une deuxième dimension associée à l'abandon de la thérapie : un faible engagement. Selon ces auteurs, cette dimension comprenait une

mauvaise attitude vis-à-vis de la thérapie, un manque de motivation, le déni, et un refus d'accepter la responsabilité d'une action.

### **Autres critères**

Dans l'étude de Pelissier (185) deux autres variables ont montré un effet important mais non significatif dans cet échantillon. On observait une augmentation non significative (OR = 1,75 (NS)) du taux de participation complète au programme chez ceux qui avaient eu des condamnations antérieures. Par contre les AAS qui avaient utilisé la force sur les victimes arrêtaient plus souvent le traitement en cours de route (OR = 0,46 (NS)).

Dans une étude récente (2008) Marshall *et al.* (188) ont proposé une synthèse des critères qui sont associés au risque d'attrition (abandon du programme de prise en charge). Ces auteurs ont pu classer les critères qui intervenaient à deux niveaux du processus : les critères qui interviennent avant le début de la thérapie (critères pré-thérapie) et les critères qui sont observés au cours de la thérapie.

#### **Critères pré-thérapie**

La faible estime de soi, le manque d'empathie pour les victimes, une faible capacité de *coping* étaient les critères qui intervenaient dans la phase (188).

#### **Critères observés pendant la thérapie**

Le faible niveau de motivation, le manque d'engagement effectif dans un processus thérapeutique étaient les critères importants observés en cours de thérapie et qui augmentaient le risque d'abandon de la thérapie (188).

#### **► Quelle est la perception des AAS sur la participation et l'adhésion ?**

Des études qualitatives réalisées auprès des AAS peuvent permettre de mieux comprendre le phénomène de résistance à la thérapie par certains d'entre-eux et de proposer des actions plus adaptées pour leur permettre d'entrer en thérapie et de suivre complètement la thérapie. C'est dans ce cadre que l'analyse de la littérature a identifié deux études (187,188) dont les objectifs étaient d'interviewer les AAS pour comprendre pourquoi certains refusaient la thérapie ou quittaient une thérapie.

#### **Perception des AAS refusant la thérapie**

Au Royaume Uni, afin de comprendre les raisons de la résistance à la thérapie par certains AAS, une étude a interviewé les AAS qui refusaient de participer au programme de prise en charge. La raison principale pour laquelle les AAS refusaient de participer à une thérapie était qu'ils pensaient que la thérapie allait s'occuper uniquement de détails concernant l'agression sexuelle. En effet, les AAS qui se sont exprimés considéraient qu'une prise en charge efficace était une prise en charge dont l'objectif principal était l'amélioration de leur qualité de vie. En plus de cette raison principale, les AAS qui refusaient la thérapie n'avaient pas confiance dans les professionnels chargés de la prise en charge, certains avaient peur que la prise en charge entraîne une certaine détresse, et d'autres pensaient que la prise en charge n'allait pas avoir d'effet dans leur cas (188).

Drapeau *et al.* (187) ont réalisé une interview semi-structurée non directive de 75 à 90 minutes auprès de 15 hommes pédophiles, d'âge entre 33 et 55 ans. Selon ces AAS, ceux qui n'entraient pas en thérapie pensaient qu'ils ne seraient pas respectés par le thérapeute et l'équipe impliquée dans la thérapie.

#### **Perception des AAS qui entrent en thérapie et arrêtaient la thérapie en cours de route**

Drapeau *et al.* (187) ont réalisé une étude qualitative pour évaluer pourquoi les délinquants sexuels entrent dans une stratégie thérapeutique et quels éléments leur permettaient de rester dans le programme de prise en charge. Une interview semi-structurée non directive de

75 à 90 minutes était réalisée avec 15 hommes pédophiles, âgés de 33 à 55 ans. Pour les AAS, plusieurs composantes étaient critiques pour qu'ils participent ou sortent de la thérapie, en particulier :

- L'interaction entre le patient et le thérapeute ;
- est-ce que la thérapie allait leur permettre d'avoir plus d'autonomie et d'indépendance ?
- le rôle du thérapeute au cours de la thérapie (ils évaluaient la fiabilité et les capacités du thérapeute).

Plusieurs processus impliqués dans l'arrêt d'une thérapie ont été identifiés par Drapeau *et al.* (187). Il y avait notamment le désir d'être accepté. En effet, selon les AAS, pour éviter le rejet et les critiques, ils s'isolaient : soit ils quittaient la thérapie, soit ils étaient plus soumis au thérapeute et à l'équipe. Cette soumission avait pour objectif d'être laissé tranquille, d'être distant, d'être anonyme. L'isolation était aussi utilisée pour être autonome et indépendant (187).

#### ► Comment améliorer la participation au programme de traitement ?

##### Programme préparatoire pour l'entrée en thérapie

Au Canada, Marshall *et al.* (188) ont publié une étude récente (2008) dont l'objectif était d'évaluer un programme préparatoire (*Rockwood Preparatory Program*) pour la mise en place d'une thérapie chez les AAS. Le programme préparatoire était proposé au début de la période de détention, à tout AAS ayant une sentence de plus de 2 ans, quel que soit le niveau de risque. Le programme préparatoire était un programme ouvert de groupe. La durée passée en programme préparatoire variait entre 6 et 8 semaines pendant laquelle les participants suivaient deux séances de groupe de 2h30min par semaine. L'orientation principale du programme était fondée sur l'interview motivationnel. L'objectif du programme était d'améliorer la motivation de l'AAS pour participer efficacement à un programme de prise en charge des AAS. L'hypothèse de la mise en place du programme était que la participation à un programme préparatoire avant la prise en charge complète permettait un engagement plus rapide et plus efficace dans un processus thérapeutique.

Marshall *et al.* (188) ont testé cette hypothèse en évaluant l'effet de la participation à un programme préparatoire sur la motivation (augmentation de l'espoir, de la perception de l'efficacité, de l'intérêt du programme, et de l'envie de changement) et sur le taux de récidive.

##### Impact sur la motivation

L'effet sur la motivation a été évalué sur un échantillon de 36 AAS (8 auteurs de viols, 18 auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des enfants). La moyenne d'âge de l'échantillon était de 44 ans (écart type = 12,5 ans). Une analyse avant prise en charge et après prise en charge a montré une amélioration de la perception d'efficacité potentielle de la thérapie ( $p < 0,01$ ), une augmentation de l'espoir ( $p < 0,01$ ). Les AAS montraient également une augmentation des besoins de changement et un besoin important de passer à l'action. Une analyse comparative réalisée par rapport aux AAS qui avaient commencé directement le programme de thérapie a montré que les AAS qui avaient participé au programme préparatoire étaient plus prêts pour une thérapie ( $p < 0,01$ ).

##### Impact sur la récidive

Une étude comparative a permis d'évaluer l'effet du programme préparatoire sur la récidive chez les AAS. 94 AAS ayant participé au programme préparatoire ont été comparés à 94 AAS qui n'avaient pas participé au programme préparatoire et qui avaient suivi directement une prise en charge. Les deux groupes étaient appariés sur l'âge le score de risque de récidive, les mesures phallométriques. La durée de suivi variait de 0,27 à 6,82 ans (moyenne 3,06 ans). L'analyse des données en termes de récidive a montré une réduction significative de la récidive générale et de la récidive violente chez les AAS qui avaient participé à un programme préparatoire. Cependant, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes sur le

critère récidive sexuelle. L'absence de différence sur la récidive sexuelle était probablement due au manque de puissance. En effet, il y avait peu d'événements observés en termes de récidive sexuelle : (1/94) dans le groupe programme de prise en charge préparatoire et 4/86 dans le groupe prise en charge directe.

### Repérage des AAS pour une prise en charge en milieu fermé en France

Selon Alvarez et Gourmelon (11), la majorité des équipes qui prennent en charge les AAS s'accordent sur la nécessité de leur repérage dès leur incarcération. Ce premier repérage peut prendre plusieurs formes en fonction des équipes : certaines équipes reçoivent au moins une fois systématiquement les AAS au même titre que tous les autres nouveaux détenus dans le cadre d'une « consultation des arrivants » pour leur présenter le service, les possibilités de suivi psychologique et psychiatrique, d'autres comme au SMPR de Caen ou celui de Montpellier ont mis en place une procédure spécifique pour les AAS. Les AAS sont alors tout particulièrement repérés, dès leur entrée en prison et font l'objet d'un entretien adapté. La principale raison de ce signalement particulier est de porter une attention accrue à ces détenus réputés tranquilles, peu demandeurs de soins (et pourtant souvent en grande souffrance psychologique) susceptibles par leur attitude de passer, plus que les autres, entre les mailles du système de prise en charge.

Le détenu reste le seul décideur de son entrée dans le soin. Dans le cas d'un refus de sa part, les thérapeutes optent pour un rappel régulier de cette possibilité. Alvarez et Gourmelon (11) précisent que, de l'avis des thérapeutes, bien que le SMPR joue un rôle crucial dans le repérage, c'est l'ensemble des professionnels exerçant en milieu pénitentiaire (des surveillants aux médecins des UCSA en passant par les SPIP, les enseignants etc.) qui doivent participer à cette « accroche ».

Selon Ciavaldini (189), chez les AAS, l'incarcération permet de trouver une ébauche d'organisation psychique les rendant *a minima* accessible à une procédure de soin. Il recommande donc d'initier un processus de soins pendant le temps carcéral et donc de développer, pour l'AAS détenu, particulièrement au début de la détention, les opportunités de rencontre avec les équipes de soins psychiques.

### Synthèse

Les données disponibles montrent qu'il est important pour les AAS qui entrent dans une thérapie de suivre le programme complet. En effet, on observe un impact important de la psychothérapie chez les AAS qui suivent complètement le programme de prise en charge. Par exemple, en terme de récidive sexuelle, une méta-analyse a estimé un OR = 0,47 IC 95 % (0,36 – 0,61) chez les AAS qui avait suivi toute la thérapie par rapport à ceux qui avaient arrêté la thérapie. Par ailleurs, les AAS qui arrêtaient prématurément la thérapie étaient à haut risque de récidive. Et les niveaux de risque dans ce groupe variaient également en fonction du type d'agresseurs sexuels : par exemple les pédophiles homosexuels avaient un taux de récidive plus important que les AAS sur enfants, les exhibitionnistes ou les pédophiles hétérosexuels.

Il y a peu de données sur ceux qui refusent une thérapie. Compte tenu des données disponibles actuellement, il est probable que ceux qui refusent la prise en charge aient un profil de risque de récidive plus important que ceux qui sont volontaires ou ceux qui ont participé à un programme de prise en charge complet (184).

Le taux d'attrition peut varier en fonction des caractéristiques de l'agresseur sexuel (impulsivité, jeunesse, autocontrôle), les traits antisociaux, la motivation, les connaissances sexuelles mais également en fonction du contexte de prise en charge et du type de programme. Les données disponibles dans la littérature montre que :

- les AAS ayant reçu une éducation scolaire restaient plus souvent en traitement : chaque année supplémentaire d'éducation entraînait une augmentation de 18 % des chances de suivre l'ensemble du traitement ;

- l'augmentation de la motivation au changement des AAS augmente les chances de rester dans un programme de prise en charge ;
- pour les AAS qui sont pris en charge en prison, une prise en charge rapide après l'incarcération augmente les chances de rester dans un programme de prise en charge ;
- un comportement de rupture et de violation des règles au cours de la thérapie par les AAS augmente le risque d'abandon de la prise en charge ;
- le manque d'engagement (mauvaise attitude vis-à-vis de la thérapie, manque de motivation, déni, refus d'accepter la responsabilité d'une action) des AAS augmente le risque d'abandon de la prise en charge ;

Une synthèse de ces critères qui ont un impact sur l'arrêt de la prise en charge par l'AAS a été proposée par Marshall (188). Ils sont regroupés en deux temps :

- Les critères pré-traitement : la faible estime de soi, le manque d'empathie pour les victimes, une faible capacité de *coping* ;
- Les critères en cours de traitement : un faible niveau de motivation, le manque d'engagement effectif dans un processus thérapeutique.

Les études qualitatives réalisées auprès des AAS pour avoir leur perception de la thérapie suggèrent que la construction d'une prise en charge doit prendre en compte certaines caractéristiques psychologiques des AAS et qu'il faut adapter cette prise en charge aux besoins des AAS. L'interaction entre le thérapeute et l'AAS et le rôle du thérapeute au cours de la thérapie sont des facteurs importants qui interviennent dans le fait que l'AAS reste ou non en thérapie. Selon Drapeau *et al.* (187) c'est la prise en compte des éléments de perception de l'AAS qui peut permettre de réduire l'attrition et maximiser l'effet positif de la thérapie.

En milieu fermé, la mise en place d'un programme préparatoire à la prise en charge des AAS, fondé principalement sur le modèle de l'entretien motivationnel qui permet de mettre en place une prise en charge assez tôt est associée à un effet bénéfique sur la prise en charge des AAS. Ce programme préparatoire permet d'améliorer la participation à la thérapie et les données disponibles montrent que ces AAS récidivent moins après la thérapie.

### Recommandations dans la littérature

Dans le cadre de la prise en charge en milieu fermé, Alvarez et Gourmelon (11) ont fait la recommandation suivante, concernant le repérage des AAS : bien que les consultations des arrivants des SMPR le permettent, une procédure spécifique à destination des AAS mériterait d'être étudiée dans l'ensemble des établissements et par toutes les équipes soignantes, à l'image de celle concrétisée au centre de détention de Caen. Il s'agirait de donner suite à cette consultation par une convocation du détenu AAS à un entretien d'accueil réalisé par un (ou deux) membre (s) de l'équipe du SMPR. Cet entretien particulièrement ciblé sur l'infraction en question serait suivi par une évaluation pluridisciplinaire de la situation (menée par l'équipe) ainsi que par un compte rendu au détenu accompagné d'une proposition de soin. En cas de refus de sa part cette proposition de soin serait réitérée dans le cadre d'un nouvel entretien, au minimum deux fois par an.

### 2.6.5 Facteurs protecteurs de l'effet thérapeutique

L'un des axes de développement méthodologiques dans la prise en charge des AAS est l'identification des facteurs protecteurs à prendre en compte dans la prise en charge. Bien qu'il existe un consensus faible dans ce domaine sur la définition des facteurs protecteurs, ce concept peut être défini comme toute caractéristique d'une personne, de son environnement ou de sa situation qui peuvent permettre de réduire le risque d'agression sexuelle future. En utilisant cette définition, De Vogel *et al.* (125) ont développé le SAPROF (*Structured Assessment of PROtective Factor for violence risk*), qui est un outil d'évaluation des facteurs protecteurs à prendre en compte dans le cadre de la prise en charge des AAS.



► **Présentation du SAPROF**

Cet outil a été développé à la Van der Hoeven Kliniek (Utrecht, Pays-Bas), sur la base d'une revue de la littérature pour identifier les facteurs protecteurs potentiels et de l'expertise des professionnels qui travaillent dans la prise en charge des AAS dans cette clinique. L'outil est constitué de 17 facteurs protecteurs regroupés en 3 sous-échelles :

- les facteurs internes,
  - intelligence,
  - relations stables dans l'enfance
  - capacité d'empathie,
  - capacité de *coping*,
  - capacité de s'autocontrôler.
- les facteurs motivationnels
  - avoir un travail,
  - activités de loisir,
  - prise en charge financière,
  - motivation pour la prise en charge ;,
  - comportement par rapport à l'autorité,
  - avoir un but dans la vie,
  - les thérapies
- les facteurs externes ;
  - activités sociales,
  - avoir des relations intimes normales,
  - l'attention des professionnels,
  - les conditions de vie,
  - la supervision.

Les premières études de validation de cet outil, réalisé au Pays-Bas, ont montré un bon accord inter-juge (coefficient de corrélation intraclasse = 0,90) et une bonne validité prédictive du risque de récidive violente à court terme (3 ans). Les auteurs de cet outil reconnaissent néanmoins qu'il existe peu de données empiriques pour chacun des items ; d'autre part, certains facteurs protecteurs peuvent aussi être des facteurs de risque. Par exemple, un alcoolique qui travaille dans un bar, ou un AAS sur des enfants qui est coach d'une équipe de junior.

Malgré les limites potentielles de cet outil et le peu de données empiriques associés à chaque item, les dimensions évaluées par cet outil semble en accord avec les préconisations des professionnels qui travaillent dans ce domaine. En effet, en Belgique, Hayez<sup>41</sup> que des interventions sociales d'appui, visant à la reconstruction des liens sociaux, à l'utilisation des ressources de la personne dans la société (travail), à la lutte contre l'isolement doivent être couplées à la prise en charge psychothérapeutique. Cet auteur précise « qu'un ex-AAS est d'autant moins enclin à récidiver que sa vie est exempte de stress sociaux importants. Il est d'autant plus enclin à se montrer sociable qu'il ne vit pas en isolé, mais appartient à un groupe (familial ou autre) qui le soutient, l'encourage, l'estime, parle avec lui et ... le surveille d'une certaine manière (fonction de vigilance). Il est également aidé à bien se comporter s'il n'est pas oisif, c'est-à-dire s'il a un travail et d'autres occupations culturelles, sociales, sportives qui emplissent raisonnablement son temps de veille ».

Ces préconisations sont également retrouvées chez les professionnels qui prennent en charge les AAS en France. Ciavaldini (8) a rapporté que dans le cadre du projet PARI, la prise en charge sociale participait pleinement aux soins de ces sujets. En effet, selon Ciavaldini « une prise en charge thérapeutique ne saurait aller sans sécurité dans le domaine social. Pour permettre une efficacité du soin psychique, il est nécessaire que le sujet ait un accès minimum de sécurisation sociale sur le plan du logement et de la nourriture ». Dans ce centre, le travail thérapeutique est couplé à une prise en charge

---

<sup>41</sup> <http://www.jeanyveshayez.net/543-pris.htm> (Texte sur la prise en charge des auteurs de délits sexuels) (dernière visite le 15 décembre 2009)

sociale par le biais d'un travail régulier avec diverses instances d'aides sociales, d'insertion (associatif ou public) pour que les propositions thérapeutiques puissent être supportables pour le sujet.

#### ► **Synthèse**

La littérature sur la prise en charge des AAS commence à s'intéresser à la recherche des facteurs protecteurs de la prise en charge. Globalement ces facteurs sont les conditions nécessaires à mettre en place pour que la thérapie puisse se faire dans les bonnes conditions et que les bénéfices puissent se maintenir dans le temps. Les premières études sont concordantes avec les propositions des professionnels sur la nécessité notamment d'une prise en charge sociale pour assurer le succès d'une psychothérapie.

#### **2.6.6 Ateliers de médiation thérapeutique**

Les ateliers de médiation thérapeutique regroupent un ensemble d'outils qui font parti d'un concept très hétérogène connu sous le nom « d'art-thérapie ». Ce concept concerne « les effets thérapeutiques de l'expression créatrice » car la construction d'une œuvre peut favoriser le processus d'élaboration et de structuration psychique (190). L'hétérogénéité se caractérise notamment par les multiples dénominations : ateliers d'art-thérapie, ateliers thérapeutique d'expression, atelier de médiation, groupe d'expression thérapeutique, thérapie par l'art etc. et la pluralité des objets de médiation, des supports d'expression possible : peinture, modelage, musique, danse, expression corporelle, théâtre, vidéo, photo, marionnettes etc.

Selon Legendre-Boulay (190) l'expérience clinique des 50 dernières années en psychiatrie et des 15 dernières années en milieu carcéral fait apparaître l'intérêt des ateliers de médiation comme outil thérapeutique. L'objet de médiation permet de travailler sur le vécu interne, quand l'excitation, la tension la violence des fantasmes sont trop aiguës et menaçantes pour l'unité du Moi ; quand le déferlement pulsionnel l'emporte sur l'édifice narcissique fragilisé et que le sujet n'a plus comme issue expressive que le recours à l'acte. Ainsi, pour le travail de mise en mots des éprouvés et leur élaboration mentale, là où règne la faillite des représentations, il apparaît important de proposer un espace intermédiaire de mise en forme non-verbal. L'objectif est d'aider les AAS à « transformer la tension interne à l'origine du passage à l'acte en tension créative, à faire face aux grandes quantités d'énergies pulsionnelle qui devront se transformer en petite quantité d'énergie pour permettre l'instauration de la pensée.

#### ► **Exemples d'utilisation des outils de médiation dans la prise en charge des AAS en France**

Legendre-Boulay (190) a précisé qu'actuellement au sein des différents SMPR et dans certains centres de détention, est représentée une gamme de groupes d'expression et de médiation diversifiée quant à leurs objectifs, leurs fonctionnements et également quant au support et à l'objectif choisi : sculpture, expression picturale, musique, opéra, théâtre danse notamment. Ces ateliers sont animés la plupart du temps par des soignants, infirmiers ou psychologues qui possèdent en général une pratique artistique, ou par des artistes (art-thérapeute ou non) qui interviennent en articulation avec le cadre thérapeutique. Cet auteur a donné des exemples issus des pratiques réalisées à la prison centrale de Château-Thierry, et au centre de jeunes détenus de Fleury-Mérogis.

#### **2.6.7 Quel est l'impact du thérapeute ?**

Le thérapeute est un élément clé pour que les AAS restent en thérapie ou la quittent (187). L'objectif de cette question est d'évaluer son impact sur les effets bénéfiques de la psychothérapie.

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- 2 études qualitatives (191,192) qui ont évalué la perception du rôle du thérapeute par les AAS ;

- 1 étude (193) qui a évalué l'impact du style du thérapeute sur différents critères de bénéfice de la thérapie ;
- 2 études (16,186) qui ont évalué le rôle de l'alliance thérapeutique ;
- Un rapport (11) publié en France sur la prise en charge pénitentiaire des AAS.

La synthèse des données de ces articles est présentée ci-dessous.

#### ► Impact du thérapeute sur le bénéfice d'une psychothérapie

L'importance de plusieurs variables associées aux thérapeutes a été évaluée dans la littérature, notamment l'engagement, l'empathie, une attitude chaleureuse, une attitude valorisante, un style directif, la non-confrontation. Pour Marshall *et al.* (16) ces variables associées au thérapeute jouaient un rôle important sur la prise en charge des AAS. Les thérapeutes n'entraient pas en confrontation mais avaient néanmoins un style directif qui produisait de meilleurs effets bénéfiques chez leurs AAS que ceux des thérapeutes qui étaient agressifs et avaient une attitude de confrontation. L'impact de ces variables en termes de bénéfice d'une psychothérapie est présenté ci-dessous.

#### Engagement du thérapeute

Levenson et Macgowan (179) ont montré que l'engagement thérapeutique était associé à une meilleure progression thérapeutique. L'engagement évalué par le thérapeute est fortement corrélé significativement ( $r = 0,72$ ,  $p < 0,01$ ) avec le progrès thérapeutique mesuré par le SOTRS. La même corrélation était retrouvée avec le score de l'engagement évalué par l'AAS. Mais dans ce dernier cas, la corrélation était moins importante ( $r = 0,47$ ) et restait statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

#### Empathie

Marshall (193) a observé que les thérapeutes qui avaient de l'empathie avaient des impacts importants sur plusieurs critères de suivi de la prise en charge. En effet, cette étude montrait une augmentation du bénéfice global de la thérapie ( $r = 0,39$ ), une amélioration des relations ( $r = 0,65$ ), une réduction du déni chez les AAS ( $r = -0,45$ ), une réduction de la minimisation des déterminants de l'agression par l'AAS ( $r = -0,57$ ) une réduction de l'accusation des victimes ( $r = -0,58$ ) et une réduction de déni de planifier de nouvelles agression ( $r = -0,45$ )

#### Attitude chaleureuse

Dans l'étude de Marshall (193), une attitude chaleureuse envers les AAS permettait d'augmenter le bénéfice global de la thérapie ( $r = 0,35$ ), réduisait le déni ( $r = -0,58$ ), réduisait l'accusation des victimes ( $r = -0,42$ ) et la minimisation des conséquences de l'agression ( $r = -0,74$ )

#### Attitude valorisante au cours de la thérapie

Une attitude valorisante du thérapeute au cours de la thérapie permettait d'augmenter le bénéfice global de la thérapie ( $r = 0,29$ ), réduisait le déni ( $r = -0,35$ ), réduisait l'accusation des victimes ( $r = -0,45$ ) et la minimisation des conséquences de l'agression ( $r = -0,57$ ) (193).

#### Style directif

Un style directif était associé à une amélioration du bénéfice global de la thérapie ( $r = 0,41$ ), une amélioration des relations ( $r = 0,25$ ), une réduction du déni ( $r = -0,46$ ), une réduction de l'accusation des victimes ( $r = 0,61$ ), une réduction de la minimisation des conséquences de l'agression ( $r = -0,54$ ) (193).

#### Non-confrontation

Les thérapeutes qui n'entraient pas en confrontation avec les AAS pendant la thérapie amélioraient le bénéfice global de thérapie ( $r = 0,14$ ), réduisaient le déni ( $r = - 0,16$ ), réduisaient l'accusation des victimes : ( $r = - 0,38$ ) par l'AAS (193).

Par ailleurs, une enquête qualitative (191) auprès de AAS a permis d'analyser en profondeur l'impact de l'attitude de confrontation. Dans cette enquête, quand les AAS étaient interrogés sur le sens de la confrontation qu'ils induisaient au cours d'une thérapie en particulier est-ce que la confrontation avec le thérapeute signifiait résistance à la prise en charge ? ils répondaient que c'était pour eux un moyen d'évaluer le thérapeute. En effet, dans le cadre d'une thérapie de groupe par exemple, quand le thérapeute était incapable de limiter la confrontation entre lui et les AAS ou de contenir les confrontations entre les AAS, ceux-ci avaient tendance à arrêter la thérapie. Mais quand le thérapeute était capable de montrer sa fiabilité en maintenant l'ordre, les AAS étaient satisfaits et étaient plus impliqués dans la thérapie. Il y avait souvent de la confrontation en début de prise en charge mais elle n'est pas un signe de résistance à la thérapie (191). Lorsqu'ils refusaient de participer à une thérapie dans les phases initiales de décision, et sentaient une pression ou une coercition par l'équipe thérapeutique, ils réagissaient de manière négative. Dans ces conditions, ils considéraient que la seule façon de résister au thérapeute était d'entrer en opposition.

Les AAS avaient envie d'avoir un rôle actif dans la thérapie. Ils avaient un désir important de se montrer capable de bien faire et de s'améliorer tout seul. Ce qui implique un besoin d'autonomie et de garder le contrôle (de ne pas être dominé) dans la thérapie. Ce désir d'autonomie semblait en contradiction avec le fait que les AAS souhaitaient avoir un thérapeute fort. Mais une analyse plus fine de Drapeau *et al.* (191) a montré que les AAS donnaient une grande importance au fait d'être associés dès les phases initiales du processus de prise de décision sur la prise en charge. Il était important pour eux de se sentir intégrés et écoutés. Dès que les décisions avaient été prises et que les règles de fonctionnement du programme thérapeutique étaient acceptées, il était alors important que le thérapeute veille au respect de toutes les règles et procédures, même si ça ne faisait pas plaisir au délinquant sexuel à un moment donné dans la thérapie (fiabilité du thérapeute).

Une régression multivariée combinant les effets du style du thérapeute : directif, chaleureux, valorisant et empathique sur les différents critères d'évaluation de l'évolution au cours du programme de prise en charge a été réalisée. En fonction des critères de jugement, la combinaison de ces 4 styles en même temps dans le modèle a expliqué entre 32 et 61 % de la variance (193).

#### ► Rôle de l'alliance thérapeutique

Marshall *et al.* (16) ont rapporté qu'au début de la prise en charge, l'objectif est en général différent chez le thérapeute et chez l'AAS. Aussi la collaboration entre les 2 est un élément important à différents niveaux de l'évaluation et de la thérapie. Par exemple, pour la définition de la qualité de vie, le thérapeute ne peut imposer à l'AAS sa conception de ce qui est considéré comme une bonne qualité de vie. Ce n'est que dans le cadre d'une collaboration avec l'AAS qu'une définition personnalisée de ce concept peut être mise en place et sera ensuite un objectif de la thérapie. Cette collaboration correspond à une pratique dans laquelle le thérapeute travaille avec l'AAS pour définir, avec lui, la nature de son problème et se mettre en accord sur le processus de travail pour résoudre ce problème. Ce processus de collaboration implique :

- d'expliquer clairement l'objectif et la méthodologie d'évaluation ;
- d'expliquer et de discuter comment l'évaluation peut être bénéfique pour l'AAS ;
- d'évaluer les réactions négatives de manière ouverte ;
- de demander au patient de s'auto évaluer ;
- d'explicitement clairement la nécessité d'un travail en collaboration ;
- de réaliser l'évaluation du risque et de donner le résultat de cette évaluation à l'AAS.

L'importance de l'alliance thérapeutique a été plus spécifiquement évaluée dans l'étude de Beyko et Wong (186). Cette étude a montré qu'il n'y avait pas de différence en terme de score d'alliance thérapeutique entre les perdus de vue et ceux qui avaient suivi tout le programme. Ce résultat peut s'expliquer par la perte de puissance due à des données manquantes chez les perdus de vue. Il y avait une corrélation positive entre une faible alliance thérapeutique et le déni ( $r = 0,37$  ;  $p < 0,03$ ) et entre une faible alliance et l'arrêt de la thérapie ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,03$ ). Il y avait une corrélation positive mais non significative ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,09$ ) entre l'alliance et la réponse au traitement (le test non significatif était probablement dû au manque de puissance).

#### ► Perception des AAS sur l'importance du thérapeute

Un éclairage plus précis du rôle du thérapeute peut être apporté par des études qualitatives réalisées auprès des AAS qui ont participé à une prise en charge psychothérapique. L'analyse de la littérature a permis d'identifier 2 études (191,192) réalisées au Canada dans lesquels les auteurs ont interviewé les AAS sur différents points du programme de prise en charge.

Drapeau (191) a interviewé 24 AAS ayant comme victimes des enfants. L'analyse des réponses de ces AAS à la question : « Quel est le rôle du thérapeute dans la thérapie ? » est présentée ci-dessous :

Les AAS ont considéré que le rôle du thérapeute était très important pour avoir un effet bénéfique de la thérapie.

- pour certains AAS, le thérapeute était la seule personne qui les influençait pour le changement, d'autres considéraient que l'effet de la prise en charge était dû à la relation thérapeutique,
- les AAS évaluaient la qualité du programme thérapeutique sur leur perception des compétences du thérapeute, et ils se basaient sur leur perception du thérapeute pour déterminer si oui ou non ils devaient s'impliquer dans la thérapie ;
- Les AAS préféraient les thérapeutes qui encourageaient la discussion, qui écoutaient et répondaient aux questions. Les thérapeutes qui ne critiquaient pas et qui ne dévalorisaient pas étaient perçus positivement comme des thérapeutes qui avaient un leadership et une force. L'autorité était rassurante car elle permettait à l'AAS de se sentir en sécurité contre des agressions potentielles des autres participants.

Dans une autre étude (192) l'importance du rôle du thérapeute a été également rapportée par les AAS :

- Selon ces AAS, le thérapeute est l'élément le plus important pour le succès du programme : ex. « *le thérapeute était plus important que le programme de prise en charge ; le succès de la prise en charge était probablement dû à la relation avec le thérapeute et non aux différentes étapes de la prise en charge* » ;
- l'opinion sur le thérapeute leur permettait ou non de s'impliquer ou de poursuivre le programme ;
- un bon thérapeute était ouvert à la discussion, avait envie d'écouter, répondait aux questions et donnait des explications supplémentaires ;
- les participants appréciaient les thérapeutes qui ne les critiquaient pas en public ;
- un point important pour le thérapeute était l'autorité, le leadership. Selon les AAS, les thérapeutes qui avaient avec ces qualités étaient considérés comme fiables. Pour être sûrs que le thérapeute était fiable et fort, certains participants ont rapporté qu'ils les testaient. De manière délibérée, ils les agressaient ou s'opposaient à ce qui était demandé pour évaluer les réactions du thérapeute.

En France, le rôle majeur du thérapeute dans la prise en charge des AAS est également rapporté. L'enquête d'Alvarez et Gourmelon (11) a rapporté que de l'avis de tous les professionnels, dans le cadre d'une psychothérapie psychanalytique individuelle, un pré-requis important était la capacité du ou des thérapeutes à « tenir » son rôle sans faillir, aussi

bien en termes de neutralité de position que par rapport aux potentielles manipulations de certains AAS.

#### ► **Synthèse**

Il existe des données qui montrent que le thérapeute joue un rôle majeur dans le fait que la prise en charge des AAS soit bénéfique. Plusieurs caractéristiques du thérapeute peuvent influencer sur l'effet de la thérapie. Les caractéristiques du thérapeute qui ont un impact sur l'effet de la prise en charge sont :

- le comportement chaleureux et l'empathie ;
- les encouragements et valorisations pour les progrès observés ;
- Sa fiabilité qui s'exprime notamment dans son autorité et sa capacité de diriger la thérapie sans confrontation avec ni dévalorisation des AAS;

Toutes ces caractéristiques permettent de faciliter l'acquisition de l'estime de soi, l'espoir, la capacité de réussite, l'identification d'un style de vie plus positif incluant les étapes d'amélioration de la qualité de vie.

A l'inverse, une attitude de confrontation de la part du thérapeute a un impact négatif sur la prise en charge des AAS.

La collaboration entre le thérapeute et l'AAS est un élément essentiellement de la mise en place d'une stratégie thérapeutique efficace (16). Le développement d'une meilleure alliance peut contribuer à réduire le déni et à améliorer les comportements au cours de la thérapie (186).

Selon Garrett, dans le cadre de la prise en charge des AAS par psychothérapie de groupe, les thérapeutes doivent développer leur capacité de leader de groupe de thérapie afin d'assurer une approche positive pendant les séances et d'améliorer ainsi la réponse au traitement (177).

#### **2.6.8 Quelle est la place de la formulation de cas dans la stratégie thérapeutique ?**

Selon Drake (194), il existe quelques faiblesses conceptuelles qui peuvent réduire l'efficacité des modèles actuels à répondre à un problème clinique précis. Le modèle étiologique a tendance à décrire le phénomène d'agression et de récurrence comme s'il se produisait de la même façon pour tous les AAS alors qu'il a été montré qu'il existe plusieurs processus qui sont impliqués dans l'agression ou la récurrence chez les AAS.

Les AAS constituent un groupe hétérogène : ils peuvent être différents en termes d'environnement proche (insertion sociale, situation familiale etc.), de cognition, d'introspection associée à leur comportement ainsi que de comportement déviant. Les différents sous-types (AAS d'enfants, AAS de femmes) peuvent impliquer des problèmes psychologiques différents. Sur le plan épidémiologique, les facteurs étiologiques et les facteurs de maintien du comportement déviant peuvent être différents entre les AAS (149).

L'ensemble de ces données suggère qu'il est important de développer des stratégies de prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des différents AAS. Certains auteurs suggèrent que la formulation de cas est une approche pertinente qui peut permettre de mieux adapter la prise en charge aux besoins des AAS.

Trois articles (149,194,195) identifiés dans la littérature fournissent des arguments sur l'utilité de la formulation de cas dans le cadre de la prise en charge des AAS.

#### ► **Qu'est ce qu'une formulation de cas ?**

La formulation de cas est un prolongement de la démarche clinique. Pour l'essentiel, c'est un moyen de relier ensemble les différents problèmes, les croyances, les événements et les situations qui mettent l'AAS en action. Cette formulation représente une théorie exploratoire du clinicien et a pour fonction de guider les interventions thérapeutiques qui en découlent. Elle donne une compréhension idiosyncrasique des questions individuelles de l'AAS et va au-delà du diagnostic : deux individus différents peuvent avoir le même diagnostic mais ne pas avoir la même formulation de cas car les mécanismes mis en place pour arriver à un symptôme particulier sont différents. Le choix du modèle exploratoire est guidé par la théorie psychopathologique sous-jacente et les données de la littérature.

Cette approche permet de représenter les différents problèmes de l'AAS,, de faire des hypothèses sur le mécanisme d'action et l'interrelation entre ces problèmes.

Selon Drake et Ward (194) les étapes de construction sont les suivantes :

- Phase 1 : analyse fonctionnelle pour détecter le phénomène clinique existant à l'aide de différentes données. L'objectif de cette étape est d'identifier :
  - les antécédents externes et internes de l'AAS et les conséquences de l'agression sexuelle ;
  - l'intervention appropriée pour ces facteurs.
- Phase 2 : ces phénomènes identifiés deviennent le centre de l'investigation afin d'en déterminer les causes (faire des hypothèses sur leurs mécanismes).
- Phase 3 : le phénomène et son mécanisme causal sont intégrés dans un modèle de formulation de cas (ou une théorie clinique) qui a une explication cohérente. Elle permet de construire la relation fonctionnelle entre les différentes variables causales et le changement dans d'autres variables qui peut apparaître après modification du comportement cible.

#### ► **Avantages de la formulation de cas**

Le bénéfice principal de la formulation de cas est qu'il est possible d'identifier les conditions spécifiques sur lesquels la thérapie peut être ciblée. Drake et Ward (194) souligne qu'une formulation de cas bien conduite peut aider le thérapeute à développer une compréhension complète des problèmes et de la vulnérabilité psychologique de l'AAS. En effet, elle peut aider :

- à la compréhension des facteurs de développement impliqués dans l'agression, ;
- à identifier les étapes spécifiques impliquées dans le processus de l'agression ;
- à clarifier le mécanisme utilisé pour maintenir le potentiel d'agression au cours du temps par l'AAS.

Les avantages peuvent être regroupés en avantages pour l'AAS et pour le thérapeute dans la cadre de la prise en charge.

#### **Pour l'AAS**

La formulation de cas est un outil important permettant d'individualiser la prise en charge. Elle a l'avantage de permettre la flexibilité, de permettre une prise en charge plus centrée sur le patient (prise en charge individualisée), et donc plus appropriée pour prendre en charge les problèmes complexes de présentation clinique (194).

Ward *et al.* (195) ont complété la définition de ces avantages en soulignant qu'une formulation de cas peut permettre de spécifier les différentes dimensions possibles de la thérapie et de guider la manière dont la thérapie sera conduite. Ainsi, l'AAS peut recevoir uniquement les composantes de la thérapie permettant de répondre à ses besoins et non toutes les composantes.

#### **Pour le thérapeute**

Selon Marx *et al.* (149) une formulation de cas précise permet au thérapeute :

- d'évaluer et de suivre l'efficacité de l'intervention ;
- de donner des informations sur l'évolution du sujet ;
- d'identifier comment la prise en charge peut être modifiée pour améliorer son efficacité ;
- de déterminer les interventions adaptées à l'individu.

#### ► **Inconvénients de la formulation de cas**

Pour le thérapeute :

- excès de confiance en ses propres décisions ;
- tendance à rechercher les preuves de confirmation plus que des preuves pour ne pas confirmer.

#### ► **Quand utiliser la formulation de cas ?**

#### **Chez les AAS ayant plusieurs comorbidités**

Quand il existe plusieurs comorbidités chez un AAS (ex. comorbidités psychiatrique, troubles de consommations de substances illicites psycho-actives etc.) et qu'il est difficile de décider quelle sera la première cible de la prise en charge notamment en raison des interrelations complexes entre les différents symptômes et les mécanismes psychologique associés, il peut être intéressant de développer une formulation de cas afin d'apporter une conceptualisation complète du problème individuel de l'AAS et d'identifier les interactions entre les différents mécanismes causaux. La formulation de cas facilite l'identification de la cible de la prise en charge, elle peut être par exemple définie comme la cause commune à tous ces mécanismes ce qui peut permettre d'améliorer en même temps le maximum de symptômes (194,195).

#### **En cas d'échec de la prise en charge habituelle**

Quand un AAS a déjà participé à une prise en charge qui n'a pas eu d'effet, la formulation de cas peut permettre de construire le mécanisme causal important entre les différents phénomènes cliniques, qui n'ont été pris en compte des les prise en charge antérieures (195). Dans le cadre d'une prise en charge par TCC notamment lorsque le programme de prise en charge avec un manuel a été inefficace, il est important de développer une prise en charge individualisée adaptée à l'AAS. Une formulation de cas peut permettre de mieux identifier le problème, de clarifier les relations de ce problème avec le comportement sexuel inapproprié et de permettre les actions adaptées (194).

#### **Chez les AAS ayant une présentation non usuelle**

Certains AAS peuvent présenter des symptômes non usuels, par exemple, certains AAS sur des enfants peuvent avoir une excitation sexuelle inappropriée faible mais agresser sexuellement des enfants. Dans ces situations, la formulation de cas peut aider le clinicien à identifier les problèmes de l'AAS, et à construire un mécanisme causal plausible qui permet de générer ce problème. La formulation de cas fonctionne alors comme une théorie clinique permettant de structurer la prise en charge. D'autre part, cela peut aider les chercheurs à développer de nouvelle théorie générale concernant le processus de l'agression sexuelle et éventuellement permettre le développement d'interventions adéquates. La pratique clinique permet donc de développer des évaluations scientifiques importantes pour établir une intervention thérapeutique (195).

#### **Chez les AAS qui quittent la psychothérapie (en cas de risque pour l'alliance thérapeutique)**

Certains patients peuvent avoir des problèmes avec certaines composantes spécifiques du programme de prise en charge et donc demander à quitter la thérapie. Cette situation peut être vue comme un manque de motivation, entraîner une frustration et une confusion compte tenu du changement d'attitude. La formulation de cas peut dans ce cas aider le clinicien à identifier dans le processus les facteurs qui sont impliqués dans ce refus de poursuivre la thérapie. Par exemple un déni persistant peut être interprété comme un manque de motivation au changement, mais la formulation de cas peut permettre de révéler que certains facteurs importants, qui n'ont pas été initialement pris en compte de manière appropriée, sont impliqués dans ce phénomène (195).

#### **Dans l'évaluation de l'évolution de l'AAS et changement de format de la thérapie**

Au cours d'une prise charge par une psychothérapie de groupe il peut être nécessaire de coupler cette thérapies de groupe avec une prise en charge plus individuelle en fonction de la réponse de l'AAS au programme de prise en charge. La formulation de cas peut être utilisée dans le cadre d'une évaluation informative et d'une adaptation de procédure thérapeutique aux besoins de l'AAS (149).

#### **Synthèse**

La formulation de cas semble être une stratégie à mettre en place pour une prise en charge individualisée et adaptée aux besoins de chaque AAS. Elle peut permettre de faciliter



l'articulation entre thérapie de groupe et thérapie individuelle quel que soit le modèle théorique utilisé. Les données de la littérature définissent des cas spécifiques où la formulation de cas peut être particulièrement utile : l'AAS avec comorbidités, échec de la prise en charge habituelle, l'AAS ayant une présentation non usuelle, il y a un risque pour l'alliance thérapeutique.

Il est cependant important de noter que la revue de la littérature n'a identifié aucune étude où l'approche par formulation de cas était comparée à une approche sans formulation. Le bénéfice de cette approche n'est donc pas établi.

## **2.7 Quels sont les critères prédictifs d'une bonne réponse à la prise en charge ?**

L'analyse de la littérature sur les stratégies de prise en charge des AAS par psychothérapie a mis en évidence qu'il existait selon certains auteurs des critères à prendre en compte pour une bonne réponse des AAS à la psychothérapie..

L'analyse de la littérature a permis d'identifier :

- une revue (196) qui a proposé une quantification de l'impact sur la récurrence de l'adhésion aux 3 principes risque, besoin et réceptivité à la prise en charge ;
- un article (197) qui a proposé une analyse spécifique du critère de réceptivité à la thérapie
- une autre revue (198) qui a proposé une synthèse des facteurs prédictifs du principe de réponse ;
- une étude réalisée en France (12) dans laquelle des critères de réponse à la thérapie ont été identifiés ;
- deux études qualitatives (191,192) qui ont évalué la perception des AAS sur les critères d'efficacité d'une prise en charge

### **2.7.1 Indicateurs de bonne réponse des AAS à la prise en charge**

#### **► Données disponibles en France**

Dans l'étude réalisée en France en 1996 par Balier *et al.* (12) sur un échantillon de 176 AAS, 5 indicateurs de bonne réponse à une prise en charge psychothérapeutique sur le modèle psychodynamique ont été identifiés :

- le fait que le sujet reconnaisse totalement le délit qui lui est reproché ;
- le fait de se sentir anormal au moment de l'acte ;
- la présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de leur acte ;
- le fait que l'arrestation soit verbalisée comme un soulagement du sujet ;
- la reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte.

Ciavaldini (189) a précisé que la présence de ces indicateurs ne signifie pas que les réponses thérapeutiques seront toujours bonnes. En effet, il ne faut pas mésestimer la puissance du déni. L'expérience a montré que certains sujets pouvaient présenter les indicateurs et en même temps garder des indices certains de dangerosité, tant le clivage était puissant. Pour autant cet auteur considérait que lorsque ces indicateurs étaient présents, une prise en charge psychothérapeutique pouvait être engagée sur des prémisses relativement fiables. Cet auteur souligne que, « ces indicateurs ne fonctionnent pas seuls, comme des entités autonomes, ils ne peuvent se concevoir que dans une trame relationnelle qui doit être en permanence soutenue par le travail psychique du clinicien ».

Selon Ciavaldini (189) la prise en charge thérapeutique des AAS nécessite un certain nombre d'aménagement tenant compte de leur mécanismes défensifs prévalents : le clivage, le déni massif de l'autre mais encore la répression. Il est donc nécessaire, selon cet

auteur, de placer le sujet dans une situation qui lui évite d'avoir recours particulièrement à ce dernier mécanisme tout en renforçant les effets de contenance psychique.

### ► Les données disponibles dans la littérature internationale

#### Les 4 principes qui améliorent la réponse à la prise en charge

Après avoir réalisé une analyse détaillée des programmes de prise en charge qui avaient eu un succès supérieur à la moyenne, notamment en termes de récurrence, Bonta et Andrews (196) ont identifié 3 principes (risque, besoin, réceptivité à la prise en charge) qui étaient souvent rencontrés dans les programmes de prise en charge efficace. L'adhésion aux principes de risque, besoin et réceptivité à la prise en charge était associée à une réduction significative du taux de récurrence : dans le cadre d'une prise en charge en milieu fermé (ex. prison), les données montraient une différence de risque de 17 % entre les délinquants sexuels traités et non traités ; une différence de 35 % sur le taux de récurrence entre les traités et les non traités était observée lorsque la thérapie était en milieu ouvert.

A ces trois principes, Looman *et al.* (198) ont ajouté un quatrième principe qui est le rôle du thérapeute. Il existe donc selon ces auteurs 4 principes à mettre en place pour une meilleure efficacité des programmes de prise en charge :

#### Principe de risque

Selon le principe de risque, l'intensité d'une intervention devrait correspondre au niveau de risque de l'AAS. Ainsi, les programmes intensifs doivent être réservés aux AAS à haut risque de récurrence. Bonta et Andrews (196) ont souligné que ce principe semblait aller de soi, mais que dans la pratique les efforts étaient plus souvent dirigés vers les AAS à faible risque de récurrence car ils étaient plus coopérants et motivés pour suivre toute la psychothérapie que ceux à haut risque. Or les données montraient que lorsque les programmes étaient adaptés au niveau de risque, les AAS à haut risque avaient tendance à répondre mieux à la thérapie en moyenne. Par exemple, dans le cadre de l'évaluation d'un programme de prise en charge des AAS au Canada, le taux de récurrence chez les AAS à faible risque qui avaient reçu une prise en charge de faible intensité était de 15 % contre 32 % chez ceux qui avaient reçu une prise en charge de forte intensité. Pour les AAS à haut risque, ceux qui n'avaient pas reçu de prise en charge intensive avaient un taux de récurrence de 51 % contre 32 % chez ceux qui avaient reçu une prise en charge intensive (196).

#### Principe de besoin

Le principe de besoin stipule que la psychothérapie doit viser les facteurs directement liés au comportement déviant. Il établit une distinction entre les facteurs criminogènes et non criminogènes. Les facteurs criminogènes sont des facteurs de risque dynamiques, qui, s'ils sont modifiés, réduisent la probabilité d'agression. Ainsi, lors de la mise en place d'une intervention il est important d'évaluer les facteurs criminogènes (ex. attitude pro-criminelle, attitude sexuelle déviante) sur lesquels les programmes peuvent avoir un effet pour avoir un impact sur la récurrence. Les facteurs non criminogènes (ex. dépression, l'anxiété), s'ils existent peuvent être des cibles d'un travail de prise en charge dans l'objectif d'améliorer la réceptivité à la thérapie. Toutefois, selon Kennedy (197) ces facteurs non criminogènes ne sauraient être des objectifs convenables pour la réduction du risque car leur prise en charge n'aurait pas d'incidence sur la récurrence. Selon les données identifiées par Bonta et Andrews (196) l'adhésion à ce principe de besoin permettait en moyenne une réduction absolue de risque de 19 %.

#### Principe de réceptivité à la prise en charge

Selon le principe de réceptivité à la prise en charge, les styles et les modes d'application de la thérapie doivent correspondre aux capacités d'apprentissage de l'AAS. L'efficacité d'un programme de prise en charge repose sur l'appariement des types de thérapie et des thérapeutes aux différents types d'AAS. Des précisions sur l'importance de ce principe ont

été apportées par Kennedy (197) qui a souligné qu'en raison de l'hétérogénéité de la population des AAS, ceux-ci diffèrent beaucoup les uns des autres, tant au niveau de la motivation pour participer à un programme de prise en charge qu'au niveau de leur réceptivité des divers styles et modalités d'intervention. Or selon le principe de réceptivité, ces facteurs ont un impact sur l'efficacité des prises en charge et, au bout du compte, sur la récurrence. Aussi, souligne Kennedy (197), si ce principe n'est pas respecté, les programmes de prise en charge peuvent ne pas avoir d'effet non pas parce qu'ils ne sont pas efficaces, ou que le thérapeute n'est pas compétent, mais parce que les obstacles nuisant à la réceptivité de l'AAS, comme des déficits intellectuels sont toujours présents.

Kennedy (197) a identifié 2 groupes de facteurs de réceptivité :

- Les facteurs internes qui se rapportent aux caractéristiques individuelles des AAS, comme la motivation, les traits de personnalité, les déficits intellectuels et les variables démographiques. Dans la plupart des contextes, la prise en compte des questions liées aux rapports sociaux entre les sexes, à l'âge, aux contraintes sociales et aux expériences de vie peut être importante pour la mise en place de certains types de thérapie car ces facteurs contribuent à l'engagement dans la thérapie et à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique.

- Les facteurs externes qui se rapportent aux caractéristiques du thérapeute (ex. certains thérapeutes peuvent travailler mieux avec certains types d'AAS) et de milieu (milieu ouvert par rapport au milieu fermé, séances de thérapie individuelle par rapport à la thérapie de groupe). Ainsi, Kennedy (197) précise que, quelle que soit l'orientation thérapeutique ou les caractéristiques des AAS, un AAS est plus susceptible de s'engager dans une thérapie et la thérapie a plus de chance d'être efficace s'il s'établit une bonne alliance thérapeutique.

Selon Bonta et Andrews (196), l'adhésion à ce principe est associée à une réduction absolue de risque de récurrence de 23 %. Il est donc important, selon ces auteurs d'adapter les programmes de prise en charge aux capacités d'apprentissage des AAS, d'augmenter leur motivation à la thérapie, de réduire les barrières à participer à une thérapie, notamment dans les phases initiales pour améliorer la réponse au programme de prise en charge.

### **Rôle du thérapeute**

Lorsque tous les principes précédents ont été examinés, on a observé que dans les programmes de prise en charge où un impact positif était en moyenne observé, il existait un jugement du thérapeute qui permettait d'améliorer l'évaluation finale et orientait vers un type de prise en charge donné. Par exemple, dans certains cas, sur la base du jugement du thérapeute, un AAS à risque modéré peut recevoir le programme de forte intensité.

### **► Synthèse des facteurs de réponse à la prise en charge**

Looman *et al.* (198) ont proposé une synthèse des différents facteurs qui peuvent avoir plus spécifiquement un impact sur le critère de réponse à la prise en charge.

#### **Facteurs externes de la réponse au traitement**

- les caractéristiques du thérapeute,
- les caractéristiques du cadre de la prise en charge : des données montrent qu'une prise en charge appropriée en milieu ouvert est en général plus efficace qu'une prise en charge délivrée dans les milieux fermés.

#### **Facteurs internes de la réponse à la prise en charge**

Ce sont les caractéristiques de l'individu qui ont un impact sur sa capacité à bénéficier de la prise en charge. Ces facteurs facilitent ou interfèrent dans le processus thérapeutique.

- Psychopathie : la prise en compte du niveau de psychopathie est un élément important pour la mise en route d'un traitement.
- engagement pour le traitement et motivation au traitement : les AAS sont en général considérés comme peu motivés pour une prise en charge, peu intéressés à changer leur comportement sexuel déviant. Il y a fréquemment du déni, une minimisation des actes, une

rationalisation et une justification des actions. Les AAS qui ont participé au traitement et qui n'étaient pas motivés avaient un taux de récurrence important.

Les éléments associés à la motivation de changer sont :

- l'acceptation de participer à une prise en charge ;
- l'attitude vis à vis de la prise en charge (la reconnaissance de son problème, la participation, le niveau d'engagement, la ponctualité) ;
- la poursuite ou l'arrêt de la prise en charge ;
- l'utilisation de stratégies de prévention de la rechute ;
- la récurrence antérieure ;
- l'absence du déni et de la minimisation.

#### **Facteurs démographiques de la réponse au traitement**

- Age et statut marital : le statut marital (vivre seul, jamais marié) est associé au taux de récurrence. L'association entre l'âge et la criminalité générale est bien établie chez les AAS. Pour les AAS sur des enfants extrafamiliaux, l'âge à haut risque se situe entre 25 et 35 ans et il y a ensuite une décroissance relativement faible.

#### **Facteurs cognitifs de réponse au traitement**

- Le fonctionnement intellectuel (peu d'études ont évalué cette variable) mais la prise en charge doit être adaptée aux capacités d'apprentissage de l'AAS.

#### **Facteurs interpersonnels de réponse au traitement**

- hostilité ; le comportement hostile a un impact négatif sur la réponse au traitement, l'hostilité et l'agressivité sont associées au risque de réduction de la durée de participation au traitement;
- le profil de personnalité ;
- l'histoire de troubles mentaux antérieurs (peu d'études l'ont évaluée) ;
- l'abus de substances psychoactives ;
- le niveau d'excitations sexuelles inappropriées ;
- le type d'AAS (AAS sur des enfants, incestes, exhibitionnistes et agresseurs d'adultes).
  - *Massachusetts Treatment Center Typologies* (MTC : CM (child molester) (4 typologies : le degré de fixation (la force de l'intérêt pédophile), régressive, exploitante, agressive/sadique)

### **2.7.2 Perception des AAS sur l'impact des psychothérapies**

Dans deux études qualitatives réalisées par Drapeau *et al.* (191,192) avec des AAS ayant participé à un programme de prise en charge des AAS au Canada ont été interviewés sur différents thèmes qui ont été mis en place dans le cadre d'une thérapie de groupe. La synthèse des réponses a été regroupée en fonction de deux thèmes : les raisons des échecs des thérapies et les critères de succès d'une thérapie de groupe.

#### **► Raisons d'échec des thérapies précédentes selon les AAS**

- Taille des groupes
  - Participer à des séances avec des groupes de grande taille était intimidant ; le thérapeute était forcé d'accélérer le processus ce qui entraîne pour les participants une certaine pression. A cause du peu de temps pris pour leurs problèmes personnels, les participants considéraient que leurs problèmes n'étaient pas pris au sérieux et qu'on n'y apportait pas une réponse satisfaisante
- Sentiment de ne pas être compris par le thérapeute ;
  - Les participants avaient le sentiment que les thérapeutes ne croyaient pas à ce que les patients racontaient.
- Risque de récurrence ;
  - Le risque de récurrence persistait même lorsque l'on avait suivi tout le processus thérapeutique. Sept sujets étaient déçus du programme de prise en charge car ils avaient été informés que la participation à un programme complet n'éliminait pas le

risque de récurrence. (ex. : « C'est assez décourageant quand on a toujours après le programme 11 % de chance de récidiver »

- La motivation à l'entrée ;
  - La motivation initiale pour l'entrée en thérapie peut être un facteur important expliquant les échecs (ex. 6 participants expliquaient que l'une des raisons principales d'entrée en thérapie était la réduction de peine, et l'envie de ne pas rester trop longtemps en prison).

#### ► Critères de succès d'un programme de groupe selon les AAS

● le programme de prise en charge doit être structuré, bien organisé et clairement défini pour être bénéfique. La majorité des AAS rapportaient que le programme structuré était le 2ème facteur le plus important après le thérapeute. Dans le contexte d'une prise en charge par TCC de groupe, un programme structuré devait répondre aux critères suivants, selon les AAS :

- des règles claires qui sont présentées par l'équipe ;
- des étapes claires et précises pour les différents exercices et les différentes phases ;
- un programme journalier défini ;
- une progression logique dans les différentes étapes du programme où chaque étape est revue avant de passer à l'étape suivante.

Pour les AAS cette structuration assure des fonctions importantes. Elle apporte des obligations et des responsabilités, un sentiment de sécurité et elle se trouve garantie et renforcée par l'équipe. Elle permet de mieux gérer les conflits et l'anxiété. Ils reconnaissent néanmoins que cette structuration pouvait avoir certaines limites, notamment une certaine rigidité des procédures et un manque d'attention individuelle dans les thérapies structurées de groupe.

- se sentir respecté par les autres membres du groupe et par l'équipe ;
- ne pas se sentir jugé ou critiqué par le groupe et l'équipe des thérapeutes ;
- développer un sentiment d'appartenance à un même groupe ;
- respecter une certaine composition du groupe : présence d'autres AAS avec lesquels il est possible de s'identifier à la fois en termes d'âge et de type d'agression sexuelle.

#### ► Synthèse

En adhérant au principe de risque, besoin et de réceptivité, les thérapeutes peuvent améliorer les performances du programme de prise en charge des AAS. Il semble en effet que la prise en charge des AAS doive être adaptée au niveau de risque de l'AAS, à ses besoins, à ses capacités individuelles et au contexte dans lequel il se trouve. L'application d'un même programme chez tous les AAS ne permet d'observer un impact identique notamment sur le taux de récurrence (199).

Le rôle du thérapeute est le quatrième élément essentiel à la réponse au programme de prise en charge. La formation, le style du thérapeute sont des caractéristiques importantes pour qu'un programme de prise en charge fonctionne car les programmes de prise en charge les plus efficaces sont ceux qui sont mis en place par des thérapeutes expérimentés et ayant des indicateurs de suivi pour évaluer l'évolution de l'AAS au cours des différentes phases de la thérapie (199).

En France, dans le cadre d'une prise en charge des AAS fondée sur le modèle psychodynamique, 5 indicateurs de bonne réponse sont proposés :

- le fait que le sujet reconnaisse totalement le délit qui lui est reproché ;
- le fait de se sentir anormal au moment de l'acte ;
- la présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de leur acte ;
- le fait que l'arrestation soit verbalisée comme un soulagement du sujet ;
- la reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte.

Dans le cadre d'une prise en charge incluant une thérapie de groupe, les AAS semblent satisfaits des programmes structurés. La taille des groupes, le manque de motivation à l'entrée dans la thérapie, le sentiment de ne pas être compris par le thérapeute sont des

éléments importants à prendre en compte pour éviter l'échec de la thérapie. Par ailleurs, le fait de se sentir respecté par les autres membres du groupe et par l'équipe, de ne pas se sentir jugé ou critiqué par le groupe et l'équipe des thérapeutes, la composition du groupe sont des éléments qui renforcent la réponse à une thérapie.

Globalement, il est important de noter que la notion de réponse au traitement dans le cadre de la prise en charge des AAS est relativement peu explorée. Il y a peu d'études sur la majorité des facteurs qui sont considérés comme importants pour la réponse au traitement, il est donc important de mettre en place des études pour évaluer ces facteurs (198).

## Quelle est la place du traitement médicamenteux dans la stratégie de prise en charge des AAS ?

### 1 Médicaments disponibles en France

Dans le cadre de l'élaboration de ces recommandations, le service d'évaluation du médicament de la HAS a réalisé une évaluation des différents médicaments qui ont été utilisés dans la littérature dans le cadre de la prise en charge des AAS. Il ressort de cette analyse qu'il existe de nombreuses données disponibles dans la littérature sur la prise en charge médicamenteuse de la pédophilie, mais leur niveau de preuve est généralement peu solide : la plupart des études ne concerne pas spécifiquement des pédophiles, ne sont pas des études comparatives, incluant un nombre suffisant de patients sur une durée de suivi suffisamment longue. Des études optimales seraient toutefois difficiles à mettre en œuvre pour des raisons méthodologiques, éthiques et réglementaires (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004).

Néanmoins, avec un recul de plusieurs décennies, la plupart des avis d'experts sont convergents en faveur de l'utilisation des médicaments disponibles, surtout pour les cas les plus sévères (AAS multirécidivistes par exemple).

Les médicaments utilisés sont de deux types :

- des anti-androgènes ;
- des analogue de la GnRH.

Deux spécialités ont eu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France : l'acétate de cyprotérone (ANDROCUR<sup>®</sup>) et la triptoréline (SALVACYL LP<sup>®</sup>).

Androcur<sup>®</sup> a été examiné par la Commission de Transparence en juillet 2006 et est inscrit sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux depuis août 2007 dans cette indication.

La Commission de Transparence a émis un avis favorable en février 2009 à l'inscription de SALVACYL L.P<sup>®</sup> (triptoréline) sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics dans cette indication.

Dans la population des paraphiles ayant commis une infraction sexuelle, un risque d'inobservance ne peut être écarté. Il semblerait, même si cela n'est pas démontré, qu'une spécialité injectable et administrable de façon espacée puisse favoriser une meilleure observance chez ces patients.

Des publications existent concernant l'acétate de médroxyprogestérone (anti-androgène) et le leuprolide (analogue de la GnRH), mais ces médicaments n'ont pas d'AMM et ne sont pas utilisés en France.

Il existe également des données dans la littérature qui introduisent les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) dans la stratégie de prise en charge des AAS. L'analyse de la littérature a montré que la plupart des données cliniques disponibles dans la littérature concerne la sertraline, et la fluoxétine. Ces données ont montré une diminution de la fréquence et de la sévérité des symptômes de la paraphilie, mais ces données sont de niveau de preuve faible (études de cas, études rétrospectives, etc.). Les IRS n'ont pas d'AMM dans cette indication.

## 2 Principes généraux de la prescription des anti-androgènes et des analogues de la GnRH chez les AAS

Dans une revue, Krueger et Kaplan (200) ont rapporté que la décision de mettre un AAS sous traitement médicamenteux ou une combinaison de traitements médicamenteux dépend de l'évaluation clinique et de l'évaluation du risque de récurrence. Par exemple, aux Etats-Unis, Kravitz *et al.* (201) ont rapporté que la décision de prescrire un traitement par acétate de méthoxyprogestérone (MPA) était fondée sur des éléments cliniques, l'intensité du comportement sexuel, la capacité à gérer les pulsions sexuelles, le déni et le manque d'empathie.

En France, Cordier *et al.* (202) ont précisé que les médicaments anti-androgènes étaient des traitements symptomatiques offrant des conditions favorables à l'impact d'une psychothérapie ou d'un déconditionnement. Ils peuvent être prescrits dans certains cas de troubles des conduites sexuelles, sous réserve d'un examen particulier de l'indication et des conditions de consentement. Pour ces auteurs (202), dans le cadre de la prescription de ces médicaments chez les AAS, le prescripteur doit respecter les principes qui gouvernent la prescription de tout médicament : indépendance du prescripteur, respect du secret médical, consentement libre et éclairé du patient, le bénéfice thérapeutique compensant largement les risques encourus. Dans une revue récente (2008) Stoléru (203) a été concordant avec ces propositions notamment en précisant que le patient doit être informé soigneusement et complètement sur les effets de ces médicaments sur la fertilité, le désir sexuel et sur l'insuffisance des connaissances sur l'effet de leur utilisation pendant plusieurs années et que la formalisation par écrit du consentement est recommandée.

De manière générale, la prise en charge des AAS avec un médicament doit toujours être couplée à une psychothérapie adaptée aux besoins du sujet. En effet, dans la majorité des études d'évaluation de l'efficacité de ces médicaments, la prise en charge médicamenteuse était couplée à une psychothérapie (tableau 32 à 35<sup>42</sup>).

En France, Stoléru (203) précise que l'administration d'un traitement par analogue de la GnRH ne se conçoit pas hors d'une prise en charge psychothérapique et psychosociale. Cette prise en charge doit être assurée par des professionnels spécialisés et expérimentés (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, éducateurs) car c'est la complémentarité et la synergie entre les approches psychothérapiques et l'approche pharmacologique qui peuvent permettre les améliorations thérapeutiques attendues. Cette proposition est proche de celle du résumé des caractéristiques du produit (RCP) de l'acétate de cyprotérone (CPA) qui précise qu'une décision pluridisciplinaire de mise sous traitement, associant par exemple psychiatre, psychothérapeute et endocrinologue, est nécessaire.

Le profil des sujets concernés par la prescription de médicaments est précisé par certains auteurs, notamment Saleh et Guidry (204) qui, dans une revue sur la prise en charge de la paraphilie, considèrent que, de manière générale, le traitement pharmacologique est indiqué chez des patients lorsque le comportement sexuel inapproprié dévient intense et très puissant ou lorsqu'il y a des symptômes spécifiques qui ne peuvent être pris en charge par une psychothérapie uniquement. Au Danemark, selon Hansen et Lykke-Olesen (205), les traitements médicamenteux doivent être réservés aux AAS très dangereux et ils doivent toujours être couplés à une psychothérapie. En Allemagne, Neumann et Kalmus (206) ont rapporté que les indications étaient restreintes aux patients qui avaient des problèmes avec la justice ou après un échec des autres formes de thérapies, ou à des patients qui avaient une souffrance due leur comportement sexuel déviant incontrôlable et ayant une pression psychique sévère.

---

<sup>42</sup> Voir annexe 1.



## 3 Indications des traitements médicamenteux chez les AAS

### 3.1 Indication de première intention des anti-androgènes et des analogues de la GnRH

En France, dans une revue sur la place des différents traitements médicamenteux dans les stratégies de prise en charge thérapeutique des AAS, Hamon (146) considérait que ces traitements x (anti-androgène et analogue de la GnRH) s'adressaient principalement aux sujets débiles légers, de niveau limite ou à ceux qui décrivent une fantasmagorie sexuelle obsédante. L'abrasion des aspects compulsifs et itératifs est recherchée. Cela concerne en général certains pédophiles violeurs (enfants, femme adulte) ayant déjà un parcours de récidives. Par ailleurs, dans le cadre de la prise en charge des pédophiles ayant commis une agression, Stoléru (203) a proposé qu'en France, les analogues de la GnRH soient réservés à ceux qui reconnaissent avoir commis des agressions sexuelles.

Les critères pour une thérapie médicamenteuse étaient mieux précisés par Kravitz *et al.* (207) dans le cadre de la prise en charge des AAS par MPA dans leur centre (Etats-Unis). Dans cette étude, les psychiatres évaluaient les patients ayant comme diagnostic principal une paraphilie et faisaient une recommandation pour le traitement par MPA. Le diagnostic de paraphilie était donc considéré comme l'indication majeure pour la mise en place d'un traitement par MPA. Le jugement du psychiatre pour l'indication du traitement était fondé sur les éléments de l'évaluation clinique incluant notamment l'intensité du comportement sexuel et la capacité à gérer les pulsions, le déni, le manque d'empathie. L'engagement pour le traitement et l'empathie étaient également des éléments importants à prendre en compte pour la mise en place du traitement.

Dans une étude récente (2006), Maletsky *et al.* (208) ont proposé des critères de prescription utilisés pour la prescription d'antiandrogène (notamment la MPA) dans leur centre aux Etats-Unis, dans le cadre de la prise en charge des AAS. Ces critères sont présentés sous forme d'échelle. Cette échelle a pour objectif de faciliter l'utilisation de la MPA dans le cadre de la prise en charge des AAS. L'échelle est constituée de facteurs issus des données de la littérature et de l'expérience des cliniciens qui ont utilisé ce produit dans le contexte de la prise en charge des AAS. Il y a également des facteurs issus de l'expérience des patients qui ont utilisé ce médicament. Les auteurs de cet outil font remarquer l'absence de certains facteurs notamment des facteurs non sexuels tels que le comportement antisocial, les types de relations entretenues, les agressions non sexuelles ; les facteurs dynamiques qui sont susceptibles de changement et certaines données provenant du comportement de l'AAS, comme le déni, l'engagement pour le traitement, ne sont pas également inclus dans cette échelle.

Dans un but de quantification, chaque facteur est coté 1 ou 2. Les facteurs qui ont le plus de poids sont : la présence d'une excitation sexuelle déviante, des antécédents d'échec de traitement, la présence d'un dysfonctionnement cérébral et le fait que les victimes soient des garçons. Ces facteurs sont issus de la littérature et de l'expérience des professionnels qui ont prescrit ce médicament. Un score  $\geq 7$  à cette échelle augmente la probabilité d'une recommandation pour un traitement par la MPA. Les auteurs de cet échelle ont précisé que le jugement clinique reste l'élément principal qui permet de guider le choix de débiter un traitement.

En appliquant l'évaluation par les psychiatres et ces critères sur une cohorte de 275 AAS envoyés dans leur centre pour une prise en charge thérapeutique, Maletsky *et al.* (208) ont observé que 134 AAS avaient eu une recommandation de traitement et 79 AAS avaient réellement reçu le médicament, parmi lesquels 17 pédophiles hétérosexuels et 41 pédophiles homosexuels.

### 3.2 Stratégie de prise en charge thérapeutique des AAS

L'analyse de la littérature a permis d'identifier plusieurs articles de synthèse qui proposaient les éléments d'une stratégie thérapeutique dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse des AAS. Ces études étaient issues notamment d'Allemagne (209,210), de la France (203,211) et des Pays-Bas (212). Un texte récent de recommandation a été proposé par la WFSBP (15).

Selon la WFSBP le choix d'un traitement pharmacologique dépend essentiellement

- des antécédents médicaux du patient ;
- de l'observance du patient ;
- de l'intensité des fantasmes sexuels inappropriés ;
- du risque d'agression sexuelle.

Les auteurs de ces recommandations proposent une stratégie de prise en charge qui peut être modélisée selon un algorithme à 6 niveaux :

- dans tous les cas, indépendamment de la sévérité, une psychothérapie est nécessaire ;
- un IRS peut être utilisé dans les cas modérés (paraphilie avec un faible risque d'agression sexuelle (ex. exhibitionniste sans risque d'agression ou sans pédophilie) ;
- si les IRS ne sont pas efficaces après 4 à 6 semaines à dose élevée (fluoxétine 40-60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j) il est recommandé de rajouter une faible dose d'antiandrogène (ex. acétate de cyprotérone 50-100 mg/j) ;
- chez toute personne ayant un diagnostic de paraphilie modérée (ceux qui font des caresses et ont peu de victimes) et dans certains cas sévère (plus intrusif avec un nombre élevé de victime), il est recommandé de proposer en première intention des antiandrogènes à dose standard per os (uniquement si la compliance est bonne) (acétate de cyprotérone, 200-300 mg/j ou médroxyprogestérone, 50-300 mg/j si la cyprotérone n'est pas disponible. En cas d'anxiété, de symptômes dépressifs ou de troubles obsessionnels compulsifs, un IRS peut être utilisé en association avec les antiandrogènes.
- pour les cas sévères (sadisme sexuel et violence physique, des condamnations antérieures pour agression sexuelle) les antiandrogènes à dose standard par voie IM sont indiqués (ex. cyprotérone 200-400 mg, une fois par semaine ou toutes les 2 semaines ; médroxyprogestérone, 300-500 mg/semaine en IM). Dans le but d'avoir une suppression complète des desirs sexuels, un analogue de la GnRH peut être utilisé (triptoréline ou leuprolide 3 mg/mois ou 11,5 mg/tous les 3 mois). Dans la phase initiale de ce traitement par analogue de la GnRH, il est recommandé de coupler une prescription d'acétate de cyprotérone à l'analogue de la GnRH dans les deux premières semaines
- les antiandrogènes et les analogues de la GnRH peuvent être combinés dans la prise en charge des cas très sévères (manque d'efficacité du traitement par analogue de la GnRH)

Aux Pays-Bas, Hoogeveen *et al.* (212) ont rapporté que la prise en charge de la paraphilie commençait par une psychothérapie, et, en fonction de l'évolution du patient, un IRS pouvait être introduit ou une combinaison IRS et acétate de cyprotérone. Si cette stratégie n'avait pas d'effet, la dernière étape consistait à administrer un analogue de la GnRH comme la triptoréline, notamment lorsque le patient constituait un danger pour les autres personnes (risque important de passer à l'acte).

Les stratégies proposées par les auteurs allemands (209,210) et en France (203) sont assez semblables. Aussi, sont présentées ci-dessous uniquement la stratégie proposée par Stoléro (203) dans un article récent (2008) sur la prise en charge des pédophiles par les analogues de la GnRH et les grands points de la stratégie de Hill *et al.* (209) en Allemagne pour illustrer la concordance.

En France, Stoléro (203) a proposé une synthèse de la stratégie thérapeutique (médicamenteuse) à mettre en place pour la prise en charge des pédophiles. Cette stratégie comprenait les éléments suivants :

- quel que soit le niveau de gravité d'un cas de pédophilie, une psychothérapie est indispensable ;

- si la pédophilie est accompagnée de trouble obsessionnel compulsif, d'un trouble de contrôle des impulsions, ou d'un trouble dépressif, les antidépresseurs de type inhibiteurs spécifique de la recapture de la sérotonine sont utiles ;
- chez des patients qui ne sont jamais passés à l'acte et qui n'ont pas de comorbidités, la prescription d'ISRS est indiquée si l'intensité de leurs fantasmes et de leurs désirs génère « un état de souffrance psychologique cliniquement significative » ou s'il existe un risque de passage à l'acte ;
- quand le niveau de gravité est plus élevé (patient ayant déjà passé à l'acte à plusieurs reprises, une ou deux victimes) et que les passages à l'acte sont limités à des attouchements, sans pénétration, sans acte sadique, la prescription d'anti-androgène tel que l'acétate de cyprotérone (2mg/kg/jour) est recommandée ;
- dans les cas sévères, (plus de 3 victimes et acte de pénétration) et dans des cas gravissimes où des actes de sadisme ont été commis, un traitement par analogue de la GnRH est recommandé. dans les cas où l'association d'une psychothérapie et d'un ISRS ou de l'acétate de cyprotérone est inefficace (le patient reste envahi pendant la majorité de la journée par ses fantasmes et désirs pour les enfants et il ressent le risque d'un passage à l'acte), la prescription d'analogue de la GnRH est à envisager même en l'absence d'un passage à l'acte reconnu par le patient.

Cette stratégie est très semblable à celle par exemple de Hill *et al.* (209) en Allemagne qui, dans le cadre de la prise en charge des AAS, ont rapporté que le traitement par un médicament doit toujours être couplé à une psychothérapie adaptée au besoin du sujet :

- les IRS sont indiqués dans les cas modérés si le patient présente des fantasmes inappropriés ou de pulsions importants couplé à une psychothérapie (TCC ou psychodynamique), spécifiquement :
  - si paraphilie est peu sévère (pas d'agression, fétichisme, exhibitionnisme),
  - si le paraphile présente des symptômes tels que phobie sociale, dépression, fort sentiment de culpabilité, TOC ;
- la cyprotérone est indiquée si le traitement précédent est insuffisant et chez les patients à risque modéré et élevé, spécifiquement chez les patients impulsifs, agressifs et psychopathes ou des cas de paraphilie comme la pédophilie :
  - chez les patients peu compliants l'administration par voie IM est recommandée ;
- les analogues de la GnRH sont indiqués chez certains patients en échec avec les IRS et l'acétate de cyprotérone ;notamment ils peuvent être une alternative chez les patients ayant eu des troubles hépatiques sous acétate de cyprotérone, en particulier persistants.

Selon Thibaut (211) les traitements pharmacologiques doivent toujours s'intégrer dans une prise en charge plus globale incluant une psychothérapie et dans la majorité des cas, une thérapie comportementale. Les IRS sont utiles chez les AAS ayant une paraphilie avec un trouble obsessionnel compulsif, un trouble du contrôle pulsionnel ou une dépression. Les traitements anti-androgènes ne peuvent être prescrits à tous les AAS. Ils doivent être réservés aux paraphiles ayant des désirs sexuels déviants et des excitations fréquentes et intenses qui prédisposent le patient à un comportement paraphilique sévère. Cet auteur précise qu'il est important de noter que les antiandrogènes peuvent réduire de manière significative l'intensité et la fréquence des excitations sexuelles mais qu'ils ne changent pas le contenu de la paraphilie.

### 3.3 Cas particuliers

En seconde intention, selon Stoléru (203), les traitements médicamenteux peuvent être prescrits en cas d'efficacité insuffisante des autres approches thérapeutiques : dans le cas des AAS qui rechutent malgré l'utilisation d'une psychothérapie et/ou la prescription des IRS et/ou celle des anti-androgènes, ce sont des agonistes de la GNRH qui sont alors recommandés.

En France, Hachouf *et al.* (145) ont rapporté que, dans le cadre de la prise en des AAS, lorsque l'incarcération doit être brève (infraction peu grave avec mise sous contrôle judiciaire

après détention provisoire, condamnation à une courte peine en comparution immédiate), il n'y a souvent pas le temps de mettre en place un suivi médico-socio-judiciaire élaboré au long cours ; dans ce cas, la priorité est au traitement médicamenteux, sous le contrôle d'un médecin endocrinologue.

En Allemagne, Hill *et al.* (209) ont rapporté que la combinaison IRS et acétate de cyprotérone ou analogue de la LHRH pouvait être envisagé chez des AAS qui n'ont pas d'amélioration importante sous acétate de cyprotérone ou analogue de la LHRH seul, spécifiquement chez les patients dépressifs, anxieux, ou qui ont des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs.

Hill *et al.* (209) ont également fait des propositions dans les cas d'AAS présentant une psychopathie sévère ou une personnalité antisociale avec une non-compliance au traitement. Dans certains cas, ces patients peuvent essayer de diminuer l'effet des traitements antihormonaux en faisant en secret une auto-application de testostérone pour neutraliser l'effet des médicaments. Même en cas de contrôles réguliers des taux sériques de testostérone, ce type de non-compliance représente une contre-indication importante du traitement antihormonal. La combinaison des agoniste de la LHRH et de l'acétate de cyprotérone peut être une alternative chez ce type de patient. (je ne comprends pas : on vient de dire qu'il ne faut pas les prescrire !)

## 4 Contre-indications

L'analyse de la littérature a permis d'identifier 3 revues de la littérature (209,210,213) qui apportaient des précisions sur les contre-indications des médicaments anti-androgènes et des analogues de la GnRH dans la prise en charge des AAS.

### 4.1 Analogues de la GnRH (ex. triptoréline)

#### 4.1.1 Résumé des caractéristiques produits

- ostéoporose grave
- hypersensibilité connue à la triptoréline, à la LH-RH (Hormone libérant l'hormone lutéinisante), aux autres analogues de la LH-RH ou à un des excipients de SALVACYL L.P ;

#### 4.1.2 Données de la littérature

Au Canada, Reilly *et al.* (213) ont rapporté que ces médicaments étaient contre-indiqués chez les AAS en cas d'ostéoporose et de pathologie active mais on va laisser « active ») de l'hypophyse.

En Allemagne, 2 auteurs (209,210) ont proposé globalement les mêmes contre-indications :

- allergie au médicament ;
- antécédents de troubles thrombo-emboliques ;
- pathologie active de l'hypophyse ;
- dysfonctionnement hépatique sévère ou tumeur hépatique ;
- ostéoporose.

### 4.2 Acétate de cyprotérone

#### 4.2.1 Résumé des caractéristiques produits

Le RCP de l'acétate de cyprotérone indique que ce médicament est contre-indiqué dans les situations suivantes :

- affections hépatiques graves, tumeurs hépatiques (sauf métastases d'un cancer de la prostate), syndrome de Dubin-Johnson, syndrome de Rotor ;
- tuberculose et maladies cachectisantes (hors cancer de la prostate) ;
- diabète sévère de type 1 ou de type 2 ;
- existence ou antécédents d'accidents thrombo-emboliques ;
- dépression chronique sévère ;
- drépanocytose ;
- dans l'indication réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies : adolescent en cours de croissance ;
- hypersensibilité à l'acétate de cyprotérone ou à l'un des excipients.

#### 4.2.2 Données de la littérature

Au Canada, Reilly *et al.* (213) ont rapporté que ces médicaments étaient contre-indiqués chez les AAS en cas de :

- troubles thrombo-emboliques ;
- insuffisance hépatique ;
- pathologie active de l'hypophyse.

En Allemagne Hill *et al.* (209) ont proposé des critères de contre-indications concordants avec ceux de Reilly *et al.* (213) :

- allergie au médicament,
- antécédents de troubles thrombo-emboliques,
- pathologie active de l'hypophyse ;
- dysfonctionnement hépatique sévère ou tumeur hépatique.

## 5 Quelle est la durée du traitement ?

La durée minimale du traitement nécessaire pour minimiser les rechutes du comportement déviant ainsi que les modalités d'interruption du traitement demeurent inconnues (203). Si l'on reprend les études internationales d'évaluation de l'efficacité des médicaments chez les AAS, on remarque une grande variabilité de la durée de suivi des sujets traités. En fonction des études, la durée du traitement varie d'une valeur minimale de 7 mois à une valeur maximale 7 ans. En moyenne la durée d'observation des patients dans ces études est courte (54).

En France, Thibaut *et al.* (54), en 1998 dans une étude réalisée avec 11 hommes dont 7 pédophiles, âgés de 16 à 57 ans et demandeurs d'un traitement, la durée minimale du traitement était de 12 mois et la durée maximale était de 78 mois. Peu d'effets secondaires étaient rapportés au cours de cette étude, en dehors des ceux liés à l'hypo-androgénie se traduisant par une anémie et des bouffées de chaleur chez un sujet. A l'issue de la 3<sup>e</sup> année de traitement, une diminution modérée de la densité osseuse, qui nécessitait une simple surveillance, était observée chez un sujet. Lorsque le traitement était arrêté (3 cas), la réversibilité des perturbations hormonales était complète en 1 ou 2 mois.

En France, dans une autre étude de Thibaut *et al.*, dans 2 cas sur 3, l'interruption du traitement était associée à une réapparition du comportement déviant 2 à 3 mois après l'arrêt. Dans deux cas, la durée du traitement était courte (12 et 34 mois respectivement) alors qu'elle était de 58 mois dans le 3<sup>e</sup> cas. Thibaut *et al.* (54) ont expliqué que, dans ces 2 cas, l'interruption brutale du traitement anti-androgène a pu favoriser la réapparition du comportement sexuel déviant lors de l'interaction de la testostérone libérée en quantité plus importante avec des récepteurs hypersensibles. Ils précisent par ailleurs que d'autres auteurs ont observé des effets rebonds de la sécrétion de testostérone lors de l'interruption brutale des traitements anti-androgéniques associés à une réapparition du comportement sexuel déviant.

Dans une revue sur les traitements hormonaux des troubles des conduites sexuelles, Cordier *et al.* (202) ont rapporté que la durée minimale préconisée était de 2 ans ; à l'issue

de cette période, une réévaluation était réalisée pour savoir s'il fallait poursuivre ou interrompre le traitement.

## **6 Quels sont les effets indésirables associés à la prise des agonistes de la GnRH et des anti-androgènes chez les AAS ?**

### **6.1 Analogues de la GnRH**

#### **6.1.1 Effets sur les relations sexuelles normales**

L'effet des analogues de la GnRH sur le comportement sexuel des AAS n'est pas limité aux enfants (203). Ils réduisent également l'activité sexuelle globale.

Rösler et Witztum (214) ont rapporté, dans leur étude de 30 AAS présentant une paraphilie dont 25 pédophiles, que, bien que les sujets étaient satisfaits du traitement, 21 rapportaient une insuffisance érectile après 6 à 12 mois de traitement par triptoréline. Le manque d'érection, accompagné d'une incapacité à parvenir à une érection complète ou à la maintenir, était proportionnel à l'âge, ne survenant que chez certains hommes jeunes, mais chez tous les hommes âgés de plus de 35 ans.

Dans l'étude de Thibaut *et al.* (54), 4 sujets sur 6 avaient gardé une capacité érectile et maintenue une certaine activité masturbatoire et coïtale amenant à l'orgasme, mais sans éjaculation.

Dans une série de 12 cas, dont 6 pédophiles, Krueger *et al.* ont observé une perte complète des capacités érectiles dans 10 cas, une perte partielle dans un cas, un maintien de la capacité érectile dans un cas. La perte des capacités d'éjaculer était complète dans 11 cas, et partielle dans un cas.

Dans une autre série de 5 cas, Schober *et al.* (215) ont observé une perte complète des capacités érectiles chez 2 sujets et 3 sujets présentaient une perte partielle.

#### **6.1.2 Déminéralisation osseuse**

C'est l'un des effets indésirables le plus préoccupant (203).

Dans l'étude de Rösler et Witztum (214), après 12 mois de traitement, la densité minérale osseuse vertébrale, mesurée en pourcentage des valeurs observées chez des hommes d'âge comparable, était passée de 92,8 % (sd = 13 %) à 86,5% (10,7 %). Au niveau fémoral, la densité était passée de 84,5 % (15,7 %) à 80,4 % (sd = 8,8 %). Sur 18 patients pour lesquels tous les examens d'absorptiométrie biphotonique avaient été réalisés, la densité minérale osseuse du col fémoral ou de la colonne vertébrale avait diminué après 6 à 12 mois de traitement chez 11 hommes et ne changeaient pas 7 autres.

Dans l'étude de Thibaut *et al.* (54), un patient avait présenté une baisse de la densité minérale osseuse nécessitant un traitement médical.

Dans l'étude de Czerny *et al.* (216) en Allemagne) parmi les 19 patients qui avaient été traités par un analogue de la GnRH, 1 patient présentait une déminéralisation osseuse.

Dans un rapport de cas récent (2008) Hoogeveen et Van der Veer (212) aux Pays-Bas ont rapporté le cas d'un homme de 35 ans avec un retard mental, accusé pour agression sexuelle à l'encontre d'enfants. A la suite d'un traitement comprenant psychothérapie et IRS qui ne donnait pas d'effet, il a été traité par triptoréline qui a permis de réduire ses préoccupations sexuelles. Cependant ce patient avait des effets indésirables, notamment

bouffées de chaleur, troubles de l'éjaculation et de l'érection, et demandait régulièrement si le traitement pouvait être arrêté. Après 18 mois de traitement, était apparue une ostéoporose, malgré la mise en place d'un traitement préventif par biphosphonate et vitamine D. L'apparition de cet effet secondaire a entraîné l'arrêt du traitement. Après l'arrêt du traitement, les fantasmes sexuels pédophiles sont réapparus assez tôt.

Au Canada, Dickey (217) a également rapporté un cas de déminéralisation osseuse sous analogue de la GnRH pour lequel la mise en place de stratégie préventive a permis de continuer le traitement. Le patient était âgé de 28 ans et était venu en consultation pour une paraphilie multiple avec notamment des fantasmes sexuels concernant les petites filles. Les autres modalités thérapeutiques avaient eu peu d'effets. Il a alors été mis pendant 10 ans sous Leuprolide. Ce traitement lui a permis d'avoir un meilleur contrôle de ses fantasmes sexuels et le patient était satisfait du traitement. Après 3 ans de traitement, la densitométrie osseuse a montré une importante déminéralisation. Au cours du temps, cette déminéralisation s'est aggravée au point de nécessiter l'introduction, après 5 ans de traitement, d'un biphosphonate (Fosamax® 10 mg/jour), de calcium (1 g/jour) et de vitamine D (1000 UI). Avec ce traitement, la déminéralisation osseuse n'a plus été observée pendant la suite du traitement.

### 6.1.3 Réduction du volume testiculaire

Dans l'étude de Rösler et Witztum (214), une réduction du volume testiculaire était observée. Le volume testiculaire était passé en moyenne de 26,2 (ds = 4,6) mL à 17,3 (sd 4,1) mL après 12 mois de traitement.

### 6.1.4 Douleur au point d'injection

Dans l'étude de Rösler et Witztum (214), la plupart des patients ont rapporté des douleurs aux points d'injection.

Schober *et al.* (215) ont rapporté des douleurs au point d'injection chez 4 patients sur 5.

### 6.1.5 Autres effets indésirables

D'autres événements indésirables sont retrouvés dans les études d'évaluation des analogues de la GnRH. Ce sont notamment des bouffées de chaleur, la diminution de la pilosité, l'asthénie, la dépression, la prise de poids.

Stoléru (203) a rapporté les résultats des études suivantes sur les autres effets secondaires :

- dans l'étude de Rösler et Witztum (214), 6 patients sur 30 présentaient des bouffées de chaleur persistantes, 3 une diminution de la pilosité, deux une asthénie et une sensibilité musculaire diffuse ;
- dans l'étude de Thibaut (54), un seul patient sur 6 présentait des bouffées de chaleurs et une asthénie, un patient présentait une dépression avec une idéation suicidaire et avait fait une tentative de suicide ;
- dans l'étude de Krueger et Kaplan (200) , 3 patients sur 12 présentaient une gynécomastie ;
- dans l'étude de Briken *et al.* (210) es effets indésirables suivants étaient également rapportés : dépression, prise de poids, douleur au point d'injection ;
- Schober *et al.* (215) ont rapporté également des bouffées de chaleur transitoire chez 3 patients sur 5, un gynécomastie chez un patient.

Dans l'étude de Czerny *et al.* (216), parmi les 19 patients qui avaient été traités par un analogue de la GnRH sur une période de 10,4 mois en moyenne, 4 (21 %) présentaient une prise de poids, 4 (21 %) une gynécomastie, 4 (21 %) des bouffées de chaleur, 4 (21 %) une asthénie. Le changement de pression artérielle était retrouvé chez 2 patients sur 19.

### 6.1.6 Synthèse sur les effets secondaires des analogues de la GnRH dans la prise en charge des AAS

Au Canada Reilly *et al.* (213) ont identifié, dans la cadre de la prise en charge des AAS, les effets indésirables les plus rencontrés étaient :

- gynécomastie ;
- ostéopénie (ostéoporose) ;
- nausées, vomissements ;
- embolie pulmonaire, thrombose, infarctus du myocarde, arythmie ;
- bouffées de chaleur ;
- hypogonadisme.

Aux Etats-Unis, Krueger et Kaplan (218) ont rapporté les mêmes effets indésirables (bouffées de chaleur, alopécie, gynécomastie, asthénie, déminéralisation osseuse). Ces auteurs précisent par ailleurs que la majorité des effets secondaires est réversible à l'arrêt du traitement. En effet, dans les études, le taux de testostérone et les capacités sexuelles sont retrouvées dans les 2 mois après l'arrêt du traitement par analogue de la GnRH chez les AAS ; cependant les effets secondaires comme la gynécomastie et la déminéralisation osseuse peuvent persister plus longtemps. Pour ces auteurs (218), il est nécessaire de mettre en place un suivi à long cours de l'impact de ces traitements chez les AAS.

### 6.1.7 Gestion des événements indésirables

Selon Hill *et al.* (209), pour prévenir le risque d'ostéoporose induite par les agonistes de la LHRH, l'administration du calcium, de la vitamine D ou du biphosphonate est recommandée, ainsi que l'administration de faible dose de testostérone qui peuvent permettre d'améliorer les dysfonctionnements érectiles.

Aux Pays-Bas, Hoogeveen et Van der Veer Pays-Bas 2008 (212) ont rapporté que les mesures préventives suivantes étaient mises en place lors de la prise en charge des AAS par un analogue de la GnRH :

- dès l'arrivée d'un patient à l'institut pour prise en charge de sa paraphilie sont prescrits :
  - un supplément en vitamine D3 (15µg/jour),
  - un supplément en calcium (1200 mg/jour),
  - une activité sportive (au moins 30 minutes par jour) afin de stimuler la formation osseuse ;
- dès le début du traitement par analogue de la GnRH est prescrit :
  - un biphosphonate (alendronate, risedronate).

Dans l'étude de Thibaut *et al.* (54) (France) un patient avait présenté une baisse de la densité minérale osseuse nécessitant un traitement médical. La prise en charge de cet effet indésirable a été assurée par l'administration de calcium, de vitamine D, d'une faible dose de testostérone et l'administration d'alendronate ou étidronate associée à la vitamine D.

## 6.2 Quels sont les effets indésirables des anti-androgènes

### 6.2.1 Résumé des caractéristiques produits de l'acétate de cyprotérone (CPA)

#### ► Chez l'homme

- Inhibition de la spermatogenèse habituellement réversible à l'arrêt du traitement (pouvant entraîner une stérilité temporaire) ;
- gynécomastie ;
- prise de poids ;
- impuissance ;



- comme décrit avec d'autres antiandrogènes, l'utilisation de CPA chez l'homme peut induire une perte osseuse, laquelle constitue un facteur de risque d'une éventuelle ostéoporose. De très rares cas ont été rapportés lors d'un traitement prolongé par CPA à la posologie moyenne de 100 mg par jour. Cet effet n'a pas été observé lors d'un traitement de courte durée.

► **Dans les 2 sexes**

- Dyspnée ;
- aggravation d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs ;
- migraines et céphalées ;
- il a été rapporté chez des patients traités par des doses d'acétate de cyprotérone comprises entre 200 et 300 mg/jour des cas de toxicité hépatique de type : ictères, insuffisance hépatique, ainsi que de rares cas d'hépatites cytolytiques, dont certaines d'évolution fatale. La plupart de ces cas concerne des hommes traités pour un cancer de la prostate. Cette toxicité est dose-dépendante et apparaît plusieurs mois après le début du traitement :
  - un bilan biologique hépatique doit être effectué avant le démarrage du traitement et régulièrement au cours du traitement, et en présence d'une symptomatologie évoquant une possible hépatotoxicité (cf. mises en garde/précautions d'emploi),
  - en cas d'hépatotoxicité confirmée, le traitement doit être interrompu, sauf si les anomalies hépatiques sont dues à une autre cause, par exemple l'existence de métastases. Dans ce dernier cas, le traitement ne sera poursuivi qu'après évaluation stricte du rapport bénéfice-risque ;
- très rarement des accidents thrombo-emboliques ont été rapportés ;
- fatigabilité, asthénie et occasionnellement états d'agitation, humeur dépressive, peuvent survenir.

► **Données de littérature sur les effets indésirables de l'acétate de cyprotérone dans le cadre de la prise en charge des AAS**

Selon Belaisch et Kervasdoué (219), les effets secondaires sont soit généraux, soit liés à la suppression des androgènes, soit dépendants du type d'anti-androgène. Les effets non spécifiques sont l'asthénie, le manque de dynamisme, la réduction du volume spermatique. Mais surtout la difficulté à obtenir un orgasme peut être un obstacle à la poursuite du traitement. Il a été noté une réduction de la pilosité corporelle et de la pousse de cheveux ; la suppression de la spermatogénèse a également été observée. Les effets spécifiques de la CPA et de la MPA sont la gynécomastie et la prise de poids. Le risque de thrombose veineuse profonde est également accru.

En Allemagne, Czerny *et al.* en 2002 (216) ont comparé les profils de risque entre CPA et analogue de la GnRH. 19 patients avaient été traités par un analogue de la GnRH et 29 par la CPA. Globalement, on observait plus d'événements indésirables chez les patients traités par CPA. Il y avait notamment prise de poids (14/29), gynécomastie (10/29), perte de cheveux (4/29), bouffées de chaleur (2/29), dépression (2/29), maladie thrombo-embolique (1/29), hypogonadisme (1/29) et léthargie (3/29).

Au Canada, dans le cadre de la prise en charge des AAS, Reilly *et al.* (213) ont identifié les effets indésirables suivants lors de l'utilisation de la CPA :

- gynécomastie ;
- prise de poids ;
- bouffées de chaleur ;
- fatigue ;
- symptômes dépressifs ;
- hépatotoxicité ;
- augmentation de la pression artérielle, insuffisance cardiaque ;
- hypogonadisme.

En Allemagne, Hill *et al.* (209) ont rapporté les effets indésirables suivants :

- changement de la pression artérielle, détérioration d'un trouble cardiaque pré-existant, complication thrombo-embolique ;
- ostéoporose ;
- hypogonadisme ;
- gynécomastie, bouffées de chaleur ;
- prise de poids, changement de la glycémie, anémie, chute de cheveux, peau sèche, fatigue, maux de têtes, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, nausée, vomissement, constipation, troubles hépatiques (augmentation des enzymes hépatiques) ;
- temporairement dysfonctionnement rénale ;
- troubles hypophysaires.

## 6.2.2 Médroxyprogestérone (MPA)

### ► Syndrome de Cushing sous MPA

Aux Etats-Unis, Krueger et Hill (220) ont publié récemment (2006) un cas d'un patient de 30 ans avec une longue histoire de pédophilie, qui était traité par MPA pendant 3 ans. Le traitement avait permis de réduire les pulsions sexuelles, mais le développement d'une gynécomastie et de l'obésité l'on fait arrêter le traitement. Il y a réapparition des troubles sexuels (hypersexualité) et il a été remis sous MPA 300 mg/jour. Et le traitement a continué pendant 1 an avant la consultation. L'examen montrait alors un syndrome de Cushing.

Selon ces auteurs (220), ce cas permet de rappeler 3 aspects du traitement par la MPA :

- l'importance de suivre les effets secondaires au cours de la prise en charge ;
- une alternative efficace au traitement par anti-androgène sont les analogue des la GnRH qui ont l'avantage d'avoir un profil de risque moins sévère ;
- il peut y avoir une hypersexualité qui apparaît à l'arrêt de la MPA.

## 7 Quel bilan mettre en place lors du démarrage et du suivi du traitement ?

### 7.1 Quel est le bilan initial avant la mise en place du traitement ?

Pour construire le bilan initial à mettre en place lors de l'introduction d'un anti-androgène, d'un agoniste de la GnRH ou d'un IRS dans la prise en charge des AAS, les articles d'évaluation de ces différents médicaments ont été analysés afin d'extraire les données des différentes évaluations mises en place par les auteurs. Les données issues de ces articles sont présentées sous forme de tableaux (cf. tableau 32<sup>43</sup> pour les analogues de la GnRH, tableau 33<sup>44</sup> pour la CPA, tableau 35<sup>45</sup> pour la MPA, tableau 34<sup>46</sup> pour les IRS).

A coté de ces données sur les différentes évaluations mises en place dans les différents articles, l'analyse de la littérature a permis d'identifier des revues de la littérature (203,207,209,210,213,218).

#### 7.1.1 Analogues de la GnRH

Sont reprises ci-dessous les propositions issues d'une revue récente (2008) en France de stoléru (203) sur le bilan initial :

- dosage sanguins hormonaux de testostérone, LH, FSH ;
- dosage de l'urée et de la créatinine car des altérations du fonctionnement rénal sous leuproréline ont été rapportées ;

---

<sup>43</sup> Voir annexe 1.

<sup>44</sup> Voir annexe 1.

<sup>45</sup> Voir annexe 1.

<sup>46</sup> Voir annexe 1.

- NFS car anémie et une leucopénie ont été rapportées en réponse à un traitement induisant une baisse des androgènes circulants ;
- absorptiométrie biphotonique pour dépister une ostéoporose ;
- un électrocardiogramme car les analogues de la GnRH sont associés à des effets cardiovasculaires, telle que l'aggravation d'une insuffisance cardiaque, d'une ischémie myocardique et des poussées d'hypertension artérielle ;
- dosage de PSA libre et du PSA total afin de ne pas retarder le diagnostic d'un éventuel cancer prostatique dont le traitement masquerait la présence.

Ces propositions sont globalement concordantes avec celles des auteurs ; par exemple en Allemagne, Hill *et al.* en 2003 (209) ont proposé le bilan initial suivant : dosage sanguin de la FSH, de la LH de la testostérone, de la prolactine, de la calcémie, de la phosphatémie, de la glycémie, des enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, gamma GT), de l'urée, de la créatininémie, hémogramme, poids, pression artérielle, ECG, densitométrie osseuse (Tableau 36<sup>47</sup>).

### 7.1.2 Acétate de cyprotérone

Au Canada, Reilly *et al.* (213) ont proposé le bilan initial suivant pour la mise en place de CPA :

- taux sérique de testostérone, LH, FSH et prolactine ;
- tests hépatiques ;
- hémogramme ;
- électrocardiogramme ;
- glycémie ;
- pression artérielle ;
- poids.

Ce bilan est proche de celui proposé en Allemagne par Hill *et al.* (209) qui contient un dosage de FSH, LH, testostérone, prolactine, calcémie, phosphate, glycémie, les enzymes hépatiques, (ASAT, ALAT, gamma GT), urée, créatininémie, NFS, poids, pression artérielle, ECG, densitométrie osseuse.

## 7.2 Quel bilan réalisé au cours du suivi de la prise en charge

La procédure utilisée pour identifier le bilan de suivi rapporté dans les études est la même que précédemment. Aussi, les données sur les bilans à réaliser au cours du suivi sont présentées en fonction des médicaments dans le tableau 32<sup>48</sup> pour les analogues de la GnRH, le tableau 33<sup>49</sup> pour la Cyprotérone, le tableau 35<sup>50</sup> pour la MPA, le tableau 34<sup>51</sup> pour les IRS.

La synthèse (tableau 36<sup>52</sup>) de ces données est proposée par Stoléru (203) Reilly *et al.* (213) Hill *et al.* (209) Kravitz *et al.* (207) Briken *et al.* (210) et Hoogeveen *et al.* (212).

### 7.2.1 Analogues de la GnRH

En France Stoléru (203) le bilan suivant en cours de traitement :

- dosage de testostéronémie et hémogramme tous les mois pendant 4 mois puis tous les 6 mois ;
- dosage de la LH sérique tous les 6 mois ;
- dosage de l'urée et la créatinine tous les 6 mois ;

---

<sup>47</sup> Voir annexe 1.

<sup>48</sup> Voir annexe 1.

<sup>49</sup> Voir annexe 1.

<sup>50</sup> Voir annexe 1.

<sup>51</sup> Voir annexe 1.

<sup>52</sup> Voir annexe 1.

- une absorptiométrie biphotonique tous les ans.

Ce bilan est concordant à celui des autres auteurs : par exemple, au Canada, Reilly *et al.* (213) ont proposé le bilan suivant :

- taux sérique de testostéronémie et hémogramme tous les mois pendant 4 mois puis tous les 6 mois ;
- taux de LH sérique tous les 6 mois ;
- taux sérique d'urée et de créatinine tous les 6 mois ;
- densitométrie osseuse tous les ans ;

En Allemagne, Hill *et al.* (209) ont proposé le bilan suivant :

- créatininémie ;
- testostéronémie, enzymes hépatique, urée, hémogramme chaque mois pendant les 4 premiers mois et ensuite tous les 6 mois ;
- dosage de LH, FSH, glycémie, calcémie, phosphate, et pression artérielle tous les 6 mois ;
- si suspicion d'ostéoporose, densitomètre osseuse tous les ans.

Aux Pays-Bas, Hoogeveen et Van der Veer (212) ont proposé de compléter le bilan avec d'autres paramètres biologiques pour permettre le diagnostic rapide d'une ostéoporose. Il est important pour eux de suivre les éléments biochimiques de la formation osseuse : le 25 hydroxy vitamine D (au début), le procollagène de type 1, le carboxy terminale propeptide type1-collagen (CTX) à 0, 3, 6 et 12 mois puis 1 fois par an, en plus de mesures standard d'absorptiométrie.

### 7.2.2 CPA

En Allemagne, Hill *et al.* (209) ont rapporté que les effets indésirables étaient dose-dépendants, donc un suivi régulier peut permettre de les minimiser et permettre de maintenir une activité sexuelle normale tout en éliminant l'activité sexuelle déviante.

Les dosages sanguins suivants étaient proposés :

- chaque mois pendant les 4 premiers mois et ensuite tous les 6 mois
  - taux de testostérone,
  - enzymes hépatique,
  - urée, NFS.
- tous les 6 mois
  - LH, FSH, glycémie, calcémie, phosphatémie, et pression artérielle,
- si suspicion d'ostéoporose, densitomètre osseuse tous les ans.

Au Canada, Reilly *et al.* (213) ont proposé des examens semblables pour le suivi des AAS sous Cyprotérone :

- taux sérique de testostérone tous les mois pendant 4 mois puis tous les 6 mois ;
- taux sérique de LH et de prolactine tous les 6 mois ;
- surveillance de la pression artérielle et du poids ;
- si le taux de testostérone est diminué de façon significative alors densitométrie osseuse de départ puis tous les ans ;
- si une hépatotoxicité est suspectée alors tests de la fonction hépatique.

## 8 Recommandations disponibles dans la littérature

Est présenté ci-dessous une synthèse des recommandations récentes (2009) de la WFSBP (15) sur le traitement médicamenteux des AAS.

## 8.1 Indications des traitements médicamenteux

Les traitements pharmacologiques doivent toujours s'inscrire dans une prise en charge globale comprenant notamment une psychothérapie.

Le choix du traitement dépend essentiellement :

- des antécédents médicaux du patient ;
- de l'adhésion du patient au traitement ;
- de l'intensité des fantasmes sexuels déviants.

Le patient doit donner son consentement pour le traitement.

### 8.1.1 Traitements hormonaux

Le traitement hormonal est indiqué chez des patients ayant une excitation ou un désir sexuel inapproprié intense et fréquent avec un risque de paraphilie sévère (ex. pédophilie, et AAS sur adultes ayant plusieurs récurrence).

Ces traitements doivent être mis en place quand les autres alternatives thérapeutiques n'ont pas montré d'effet ou bien quand il y a un risque élevé d'agression sexuelle.

### 8.1.2 Inhibiteurs de la récapture de la sérotonine (IRS)

Les IRS peuvent être utilisés chez un patient avec un diagnostic de paraphilie et des troubles obsessionnels compulsifs ou un syndrome dépressif ; ou des troubles de contrôle de la pulsion. Certains patients ayant une paraphilie montrent des difficultés à contrôler leur pulsion sexuelle. Une composante compulsive forte entraîne souvent une souffrance psychique importante. Les IRS peuvent être efficaces dans ce cas.

## 8.2 Bilan clinique initial

Le bilan clinique initial ci-dessous est recommandé par la WFSBP (15) dans le cadre de la prescription d'un traitement hormonal chez un AAS :

- Examen physique, poids et pression artérielle, électrocardiogramme, évaluation de la fonction pituitaire, dosage de la testostérone, de la testostérone « *binding protein* », de la LH ; et de la prolactine ; évaluation des fonctions hépatocellulaires et rénales, glycémie, calcémie, phosphatémie ;
- L'entretien clinique doit permettre notamment de rechercher chez chaque sujet nécessitant un traitement hormonal des antécédents de maladie thromboembolique (CPA ou MPA), de maladie hépatique (CPA), d'un carcinome hépatique (CPA), d'une ostéoporose sévère, d'une tuberculose (CPA), d'un diabète (CPA ou MPA), d'un syndrome dépressif sévère, d'une cachexie ou d'une allergie aux traitements ;
- En cas d'antécédents familiaux ou personnels d'ostéoporose ou chez un patient de plus de 50 ans, une évaluation de la densité minérale osseuse de référence (avant le traitement) doit être réalisée par ostéodensitométrie.

## 8.3 Bilan à réaliser dans le cadre du suivi d'un traitement hormonal des AAS

Les recommandations de la WFSBP (15) proposent de réaliser le suivi ci-dessous au cours du traitement hormonal :

- tous les 3 mois, évaluer la pression artérielle, le poids, (ce bilan doit être complété par une NFS et un bilan hépatocellulaire en cas de traitement par CPA) ;
- tous les 6 mois, contrôler la glycémie, la calcémie et la phosphatémie ;
- Tous les 2 ans (ou tous les ans s'il y a une augmentation du risque d'ostéoporose ou si le patient a plus de 50 ans) évaluer la densité minérale osseuse par ostéodensitométrie.
  - prescrire du calcium, de la vitamine D ou du biphosphonate en cas d'ostéoporose.

- évaluer la testostéronémie en cas d'arrêt du traitement ou en cas de suspicion d'une supplémentation en testostérone.

L'activité sexuelle déviante ou non déviante ainsi que les fantasmes (nature, intensité, fréquences) et le risque de nouvelle agression sexuelle doivent être évalués au moins une fois tous les 3 mois au cours d'un entretien avec le patient.

### **8.3.1 Durée du traitement**

La paraphilie est une pathologie chronique. L'orientation sexuelle ne va pas changer avec le traitement.

- l'arrêt du traitement hormonal doit se faire par palier. En cas d'événements indésirables sérieux, (troubles thromboemboliques, troubles hépatiques sévères) le CPA ou le MPA doit être remplacé par les analogues de la GnRH. En cas d'ostéoporose sévère, le calcium, la vitamine D et /ou du biphosphonate doivent être prescrits et un suivi annuel par ostéodensitométrie doit être mis en place ;
- selon la majorité des auteurs la durée minimale du traitement varie entre 3 et 5 ans pour les cas de paraphilie sévères avec un risque élevé de récurrence ;
- en cas de paraphilie modérée, le traitement peut être prescrit pendant au moins 2 ans. Après l'arrêt du traitement, un suivi adapté du patient doit être mis en place. Le traitement peut être repris en cas de réapparition des fantasmes sexuels déviants.

## **Annexe 1. Tableaux cités dans le texte de l'argumentaire**

Tableau 3. Estimation de la prévalence de l'agression sexuelle

Tableau 7. Les comorbidités chez les auteurs d'agression sexuelle

Tableau 8. Les éléments à inclure dans l'évaluation d'un auteur d'agression sexuelle

Tableau 11. Estimation du taux de récurrence

Tableau 14. Les facteurs de risque statiques : les méta-analyses

Tableau 15. Les facteurs de risque statiques : études de cohorte

Tableau 16. Les facteurs de risque dynamiques de récurrence : études de cohorte

Tableau 18. Le rôle du déni sur le risque de récurrence

Tableau 19. Le rôle de l'âge sur le risque de récurrence

Tableau 21. Le rôle du traitement sur le risque de récurrence

Tableau 22. Les performances de la combinaison de facteurs de risque

Tableau 23. Études de validation du SORAG

Tableau 24. Études de validation du RRASOR

Tableau 25. Études de validation de la Static 99

Tableau 26. Études de validation de la Risk Matrix 2000

Tableau 27. Études de validation de la Violence Risk Scale-sexual offenders.

Tableau 29. Les différents modules de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle par TCC

Tableau 30. Exemples de programmes de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle

Tableau 32. Protocoles de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sous analogues de la GnRH

Tableau 33. Protocoles de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sous Cyprotérone (CPA)

Tableau 34. Protocoles de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sous inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Tableau 35. Protocoles de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sous médroxyprogestérone (MPA)

Tableaux 36. Éléments de suivi de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle par médicament



Tableau 3. Estimation de la prévalence de l'agression sexuelle

Auteurs Année, pays	Type d'échantillonnage	Méthode de collecte de données	Définition de l'agression sexuelle	Taille de l'échantillon finale	Résultats
<b>Vogeltanz et al., 1999, Etas unis (23)</b>	Echantillonnage aléatoire réalisée en 1991.	Interview de 90 minutes, l'interviewer et l'interviewé étaient appariés sur l'ethnicité	Abus sexuel dans l'enfance : activité sexuelle intrafamiliale non désirée impliquant un membre de la famille plus âgé de plus de 5 ans. toute activité sexuelle extra-familiale non désirée avant l'âge de 18 ans ou qui est arrivée avant l'âge de 13 ans avec une personne plus âgée de 5 ans.  Définition 2 : activité sexuelle avant l'âge de 18 ans non désirée ou impliquant un membre de la famille plus âgé de 5 au moins activité sexuelle extra-familiale avant l'âge de 14 ans, ou toute relation sexuelle non désirée entre 14 et 17 ans.	1 099 femmes de plus de 21 ans sélectionnées. les femmes qui ne parlaient pas anglais étaient exclues	La prévalence des agressions sexuelles (informations imprécises = pas d'agression sexuelle) Définition 1 : 21,4% (18,4 – 24,4%) ; définition 2 : 15,4% (13,0 – 17,8%) La prévalence des agressions sexuelles (informations imprécises exclues de l'échantillon) Définition 1 : 24% (20,6 – 27,4%) ; définition 2 : 17,3% (14,5 – 20,0%) La prévalence des agressions sexuelles (informations imprécises = cas d'agression sexuelle) Définition 1 : 32,1% (28,4 – 23,8%) ; définition 2 : 26,1% (22,7 – 29,5%)
<b>Mazza et al., 1996 Australie (24)</b>	15 cabinets de médecins généralistes sélectionnés de manière aléatoire dans la région de Melbourne entre novembre 1993 et février 1994.	auto-questionnaire évaluant les variables démographiques, les variables sexuelles et les violences	Abus sexuel dans l'enfance : chez les femmes quand elles avaient moins de 16 ans. Sans contact : sexuel : une personne s'est exposé ou s'est masturbé devant l'enfant Avec contact sexuel : il y avait un contact physique entre l'agresseur sexuel et l'enfant allant de la caresse à la pénétration.	3026 questionnaires distribués, 2181 retours (taux de réponse = 72 %)	<b>Taux d'abus sexuel dans l'enfance</b> Contact (597/2 113 ; 28 % (25% - 31%) ; pénétration 119/2 103 ; 6% (4% - 7%) Sans contact (605/2 115 ; 29% (25% - 32%)) <b>Viols</b> Agression sexuelles ou tentative d'agression sexuelle entre 16 ans et aujourd'hui = 13 % (11% - 15 %)
<b>Mazza et al. 2001 Australie (25)</b>	Recrutement de femmes dans un projet de santé de femmes 45 – 55 ans	Auto-questionnaire évaluant les variables démographiques, les variables sexuelles et les violences		362 femmes de moyenne d'âge = 54, 6 ans. 77 % étaient mariées ou vivaient avec un partenaire. 66 % avaient un emploi	<b>Agression sexuelle dans l'enfance</b> Contact (35,7 %) ; pénétration (6,7 %) Sans contact (42,3 %) <b>viols</b> Agression sexuel ou tentative d'agression sexuelle entre l'âge de 16 ans et aujourd'hui. 11,8 %

Tableau 7. Comorbidités chez les auteurs d'agression sexuelle					
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Structure et méthode diagnostique	Comorbidité axe 1 DSM	Comorbidité axe 2 DSM
<b>Harsch et al. Allemagne 2006 (45)</b>	Évaluer les troubles de l'axe 1 et 2 du DSM IV chez des auteurs d'agression sexuelle. Comparaison des des agresseurs en Prison avec ceux qui sont en psychiatrie légale	Entre avril 1999 et Août 2001 40 auteurs d'agression sexuelle En prison le thérapeute a demandé aux auteurs d'agression de participer Avoir plus de 18 ans, parler Allemand et consentement : 30 agresseurs sexuels en Prison et 26 agresseurs violent.	service de psychiatrie légale. 4 prisons de Baden-Wuerttemberg.  Interview clinique structuré (SCID 1 et 2)  Global assessment of functioning scale.  Évaluation de la sévérité des troubles par une échelle spécifique	Comorbidité de l'axe 1 80% des auteurs d'agression sexuelle hospitalisé en psychiatrie légale avaient au moins un trouble de l'axe 1, 63,3% des ceux en prison. <b>Hospitalisé en psychiatrie légale</b> Abus de substance psychoactive (22/40 55%) Autre paraphilie 21/40 (52,5%) Dysfonctionnement sexuel 4/40 (10%) Troubles de l'humeur 3/40 (7,5%) Troubles anxieux 3/40 7,5%) Troubles somatique 3/40 (7,5%) Autres (ADHD) 2/40 (5%)  <b>En Prison</b> Abus de substance psychoactive (20/30, 66,7%) Autre paraphilie 2/30 (6,7%) Dysfonctionnement sexuel 1/30 (3,3%) Troubles de l'humeur 3/30 (10%) Troubles anxieux 1/30 , 3,3%%) Troubles somatiques 2/30 (6,7%) Autres (ADHD) 1/30 (3,3%)	Agresseurs sexuel hospitalisé  Troubles de la personnalité Cluster A (5/40 , 12,5%) Paranoid 5/40 (12,5%) Cluster B (24/40 (60%) Antisociale (20/40 , 50%) Borderline (5/40 , 12,5%) Narcissique (5/40; 12,5%)  Cluster C (8/40; 20%) Avoidant 8 (20%) Dépendant 1 (2,1%)  Autres (non spécifié) 2/40 (5%)
<b>Marshall, 2007 (34)</b>	Revue		Patients hospitalisés	Suède entre 1988 et 2000 schizophrénie 2,8 % (0,3 % en population générale) tout type de psychose 4,4% (0,9 % en population générale) dépression 2,2 % (0,8 % en population générale) abus de substances illicites 11,3 % (1,5 % en population générale)	troubles de la personnalité 4,2 % (0,2 % en population générale)
<b>Cohen, 2002 (17)</b>	Revue		les critères DSM-III-R	dans un échantillon de 36 adultes pédophiles, 61 % avaient les critères DSM-III-R de troubles de l'humeur, 31 % d'anxiété, 83 % d'abus de substances ou de dépendance dans un échantillon de 45 adultes pédophiles, 66,7 % avaient les critères DSM-III-R de troubles de l'humeur, 64 % d'anxiété, 60 % d'abus de substances ou de dépendance, 33,3 % d'incidence de stress post traumatique, 29 % troubles impulsifs, 11,1 % troubles du jeu	psychopathie ; antisocial 23 %, troubles obsessionnelles compulsifs 25 % 18 – 40 % ont les critères diagnostic de trouble de la personnalité paranoïde, 25 – 32 % de paranoïaques, 3 – 24 % une personnalité schizophrénique

<b>Tableau 7. Comorbidités chez les auteurs d'agression sexuelle</b>					
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Structure et méthode diagnostique</b>	<b>Comorbidité axe 1 DSM</b>	<b>Comorbidité axe 2 DSM</b>
<b>Baltieri et al., Brésil 2008 (36)</b>	Cohorte Évaluer la prévalence de la dépendance à l'alcool chez les auteurs d'agression sexuelle	100 auteurs d'agression sexuels	l'échelle de mesure de la dépendance à l'alcool (SADD)	score de l'échelle de mesure de dépendance à l'alcool (SADD) et l'agression de garçon (OR = 1,05 IC95 % (1,01 -1,08)	
<b>Raymond et al. Etats-Unis 1999 (37)</b>	Étude transversale Estimer la prévalence de troubles de l'axe 1 et 2 et DSM-IV	58 auteurs d'agression sexuelle recrutés dans les programmes de traitement ambulatoire et résidentiels. La moyenne d'âge était de 37 ans	Interview clinique structuré avec le <i>structured Clinical interview of DSM-IV Axis 1 Disorders, Patient edition</i> (SCIDP) Le	42 (93 %) avaient un diagnostic de l'axe 1 en plus de la pédophilie, 56 % (n = 25) avaient au moins 5 comorbidités psychiatriques en plus de la pédophilie. trouble de l'humeur 67 % (n = 30) dépression majeure (n = 25/45) 55,6 % anxiété 34 % (n = 29) phobie sociale (n = 17/45) stress post traumatique (n = 15/45) 37,8 % histoire d'abus de substances illicites 60 % (n = 27)	60 % des agresseurs avait un diagnostic de l'axe 2  Cluster B : narcissique 8/40 (20 %), antisociale 9/40 (22,5 %) Cluster C : fuite 8/40 (20 %), dépendants 5/40 (12,5 %) obsessifs compulsifs 10/40 (25 %), passif-agressifs (5/40) 12,5 %
<b>Leue et al. Allemagne 2004 (38)</b>		55 auteurs d'agression sexuelle incarcérés au moment de l'étude.	2 hôpitaux médico-légaux en Allemagne. 30 agresseurs avaient un diagnostic de paraphilie (18 pédophiles, 10 sadiques sexuels), 25 avaient un diagnostic de troubles de pulsions non contrôlées	93 % (n = 28) des patients avec diagnostic de paraphilie avaient au moins un diagnostic de troubles de l'axe 1 ou de troubles de la personnalité tous les patients avec des troubles de pulsion non contrôlés avaient un diagnostic ou plus de troubles de l'axe 1 ou de troubles de la personnalité les fréquences (vie entière) anxiété (n = 38 ; 69 %) phobie sociale (n = 21 ; 38 %) phobie simple (n = 22 ; 40 %) stress post-traumatique (n = 15 ; 27 %) tout abus de substances (n = 31 ; 56 %) dont alcoolisme (n = 31 ; 56 %), substances illicites (n = 9, 16 %) troubles de l'humeur (n = 31 ; 56 %) dépression majeure (n = 29 ; 53 %)	troubles de la personnalité : total cluster B = 33/55 (60%) dont antisocial 19 (35%) borderline 8 (15%); total cluster C = 21/55 30%, refus 13/55 (24%) et dépendant 2/55 (4%) et TOC
<b>Ahlmeyer et al., Etats-Unis 2003 (41)</b>	Cohorte, d'élucider la différence en termes de psychopathologie entre les agresseurs sexuels et les non-agresseurs sexuels	223 auteurs d'agression sexuelle sur femmes adultes et 472 auteurs d'agression sexuelle d'enfants ont été évalués dans une prison du Colorado	Millon Clinical Multiaxial Inventory version 3 (MCMI III)	Anxiété 48% Dysthymie (26%) Abus d'alcool (28%) Abus de substances psychoactive (28%) stress post-traumatique (10%) dépression majeure 5%	modèle de régression logistique, les auteurs ont trouvé que les agresseurs sont souvent plus dépendants (p = 0,001) et schizotypiques (p = 0,039) par rapport aux non sexuels; les personnalités

<b>Tableau 7. Comorbidités chez les auteurs d'agression sexuelle</b>					
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Structure et méthode diagnostique</b>	<b>Comorbidité axe 1 DSM</b>	<b>Comorbidité axe 2 DSM</b>
					narcissiques (p = 0,001), antisociales (p = 0,001),
<b>Hoyer et al., 2001 (39)</b>	Estimer la prévalence de comorbidités psychiatriques	30 hommes, de moyenne d'âge = 36,67 ans, qui avaient un diagnostic de paraphilie au moment de l'incarcération et de 26 hommes avec des troubles de pulsions non contrôlés de moyenne d'âge = 31,19 ans	Des hôpitaux médico-légaux en Allemagne	chez les personnes ayant un diagnostic de paraphilie, un diagnostic actuel de phobie sociale était posé chez (n = 7/30 ; 23,3 %) ; antécédents de phobie sociale (16/30 ; 53,3 %) ; pas de diagnostic de phobie sociale (14/30 ; 46,7 %) chez les personnes ayant un diagnostic de troubles de pulsions non contrôlés, un diagnostic actuel de phobie sociale était posé chez (n = 2/25 ; 8 %) ; histoire de phobie sociale (5/25 ; 20 %) ; pas de diagnostic de phobie sociale (20/25 ; 80 %)	
<b>Långström et al., 2004 Suède (40)</b>	Estimer la prévalence des comorbidités psychiatriques chez des auteurs d'agression sexuelle	1 215 personnes ont été évaluées (83 % citoyens des pays nordiques, 4 % européens non nordiques, 4 % africains, 6 % asiatiques, 3 % américains)		11,1 % avaient un diagnostic de troubles psychiatriques dont 3,9 % étaient admis à l'hôpital pour troubles psychiatriques dans les 12 mois avant la date de récidive (taux sous-estimé car seul les cas graves sont hospitalisés)	
<b>Dunsieth et al., Etats-Unis 2004 (44)</b>	Evaluer la prévalence des troubles psychiatriques chez les auteurs d'agression sexuelle	113 auteurs d'agression sexuelle admis à un programme de traitement entre Nov 1996 et Mars 2001.	Programme de traitement résidentiel des agresseurs sexuels à Ohio. Revue des antécédents sexuels et non sexuels, SCID-I/P) et de SCID-SD (sexual disorders)	Trouble de l'humeur 66/113 (58,4%) Abus de substances psychoactive 96/113 (85%) dont uniquement alcool 9 (8%) uniquement substance psychoactive 17 (15%) et leux 70 (61,9%)  Troubles d'anxiété 26/113 (23%) Autre paraphilie 84/113 (74,3%) Trouble de contrôle pulsionnel 43/113 (38%)	Cluster A Paranoïde (29/113) 25,7%) Schizoïde 8/113 (7,1%) Schizotypique 1/113 (0,9%) Cluster B Antisocial 63/113 (55,8%) Borderline 32/113(28,3%) Narcissique 28/113 (24,8%) Cluster C Refus 23/113 (20,4%) Dépendant 5/113 (4,4%) TOC 17/113 (15%)
<b>Fazel et al., Irlande 2002 (43)</b>	Évalaler la prévalence de troubles psychiatriques chez les auteurs d'agression sexuelle âgés de plus	203 prisonniers évalués dont 101 auteurs d'agression sexuelle (âge moyen = 65,9 ans) et 102	Prisons du Royaume-Uni Geriatric Mental State Schedule (GMS) <i>Structured clinical interview for DSM-IV axis II</i>	Chez les auteurs d'agression sexuelle : Antécédent de trouble psychiatrique 42/101 41,6% Psychose 6/101 5,9% Démence 1/101 1% Épisode dépressif majeur 4/101 3,9%)	Antisocial 5/101 5% Refus (11/101) 10,9% TOC 10/101 9,9% Schizoïde (10/101) 9,9% Paranoïaque 4/101 (3,9%)

Tableau 7. Comorbidités chez les auteurs d'agression sexuelle					
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Structure et méthode diagnostique	Comorbidité axe 1 DSM	Comorbidité axe 2 DSM
	de 59 ans.	n'ayant pas commis d'agression sexuelle (âge moyen = 65,1 ans)	<i>personality disorders (SCID-II)</i> <i>Mini-Mental State Examination and National adult reading test.</i> <i>Interviex semi structurée</i>	Abus de substance psychoactive (1/101) 1%	Tout trouble de la personnalité (33/101) 32,7%
<b>Kafka et al. Etats-Unis 1998 (42)</b>	Evaluer l'impact de déficit d'attention et l'hyperactivité chez les auteurs d'agression sexuelle	60 hommes pris en charge en ambulatoire pour un traitement de paraphilie et trouble associé à la paraphilie âgés entre 15 et 60 ans. 42 avec une paraphilie, 30 auteurs d'agression et 12 non-agresseurs et 18 troubles associé à la paraphilie ;	DSM III-R Diagnostic d'ADHD par la présence de symptôme chronique entre 8 et 14 ans associé à des problèmes sociaux et éducatifs. Inventory to diagnose depression Wender Utah rating Scale (WURS) Interview semi-structurée	<b>Auteurs d'agression</b> Pathologie de l'axe 1 (26/30) Trouble de l'humeur 23 (76,7%) dont 16 (53,3%) dépression majeure; Trouble anxieux 13/30 (43,3%)  Substance psychoactive 16/30 (53,3%) Abus d'alcool 12/30 (40%) <i>Attention deficit/hyperactivity disorder</i> ADHD = 16/30 (53,3%) Psychose (2/30 (6,7%)) Stress post traumatique 5/30 (16,7%) <b>Paraphilie non auteur d'agression</b> Pathologie de l'axe 1 (9/12) Trouble de l'humeur 8/12 (66,7%) dont 4 (33,3%) dépression majeure; Trouble anxieux 5/12 (41,7%)  Substance psychoactive 4/12 (33,3%) Abus d'alcool 3/12 (25%) <i>Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)</i> = 5/12 (41,7%) Psychose (0/15) Stress post traumatique 1/12 (8,3%)	
<b>Lindsay Royaume-Uni 2002 (35)</b>	Revue				Danemark, en 1992 une étude rapportaient que les auteurs d'agression avec retard mental avaient 5 fois plus de risque de commettre une agression violente. Malheureusement agression était définie par viols, vols, agression sexuelle sur enfant.

<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Structure et méthode diagnostique</b>	<b>Comorbidité axe 1 DSM</b>	<b>Comorbidité axe 2 DSM</b>
					Aux États-Unis, une étude rapportait une forte prévalence (38%) des personnes avec un retard mental (QI < 70) parmi les personnes ayant commis un crime grave notamment agressions sexuelle. États-Unis, 1979 sur un échantillon de 436 adulte auteur d'agression sexuelle, la prévalence de ceux avec un retard mental variait de 0,6% à 2,3%.
<b>Thibaut <i>et al.</i>, France 1996 (46)</b>	Évaluation de l'effet des analogues de la GnRH chez 6 cas de paraphilie sévère	6 cas de paraphilie sévères	DSM-III-R, hôpital		2 patients avec un léger trouble mental selon les critères du DSM-III-R et 1 patient avec un retard mental modéré.

**Tableau 8. Eléments à inclure dans l'évaluation d'un AAS sexuelle selon Clipson aux Etats-Unis 2003 (58).**

Composantes	Définition
<b>Données démographiques</b>	Les informations personnelles usuelles sont collectées ici. Ces informations sont complétées par d'autres informations qui sont directement associées au risque de récidive (ex. statut marital). Cette évaluation est dictée par la méthode d'évaluation du risque utilisée par le clinicien.
<b>Détails sur l'agression sexuelle</b>	L'agression (les agressions) doit être examinée avec une grande précision. Les auteurs d'agression sexuelle ont souvent tendance à dénier, à minimiser ou avoir une distorsion cognitive dans cette phase de l'évaluation. Il est important d'aller au delà de ce qui transparait, d'assister (de pousser) le délinquant sexuel de manière à ce qu'il raconte son histoire avec le maximum de détails. Dans cette phase une attention particulière doit être portée aux tentatives de manipulation, de coercition, de menace ou de violence de la part du sujet.
<b>Empathie à l'égard des victimes</b>	L'objectif dans cette phase est de déterminer le type de relation que l'agresseur pense avoir avec la victime, au minimum comment perçoit-il cette relation. Il est particulièrement intéressant d'évaluer ce que l'agresseur pense de l'expérience de la victime pendant et après l'agression sexuelle. Cette étape est propice à la distorsion cognitive. Elle permet de savoir quel processus a été utilisé pour aborder la victime, si une forme de coercition a été utilisée
<b>Insight</b>	Les pensées de l'AAS sur sa chaîne d'agression peuvent être évaluées dans cette phase. Avec les questions sur la manière dont les autres doivent réagir par rapport à leur acte. Dans cette phase, la justification et la rationalisation de l'acte peuvent être exprimées. L'évolution au cours du traitement sera ensuite notée.
<b>Prévention de la récidive</b>	Cette étape évalue l'existence de tout traitement, ancien ou en cours, pour agression sexuelle, avec pour objectif de déterminer le type et le contenu de ces traitements. Il faut également savoir si les traitements ont été suivis complètement ou non, et sinon pourquoi. Le sujet est invité à proposer les moyens qu'il compte mettre en œuvre pour ne pas récidiver et à dire s'il veut entrer dans un traitement ou non. Il peut aussi lui être demandé de discuter sur la manière dont il compte répondre à ses besoins sexuels dans le futur.
<b>Victimisation</b>	Les antécédents de violence physique ou psychologique, d'abus sexuel chez l'auteur d'agression sexuelle doivent être recherchés. Il est également important d'évaluer s'il a été exposé à des violences familiales.
<b>Histoire familiale</b>	Evaluer la composition de la famille du sujet, les parentés, le statut marital, le niveau d'éducation, le travail, les croyances religieuses, les changements, les décès, les séparations, les situations de stress qui ont affectées la famille et les relations de l'auteur d'agression sexuelle avec sa famille.
<b>Histoire de développement</b>	Evaluation des problèmes émotionnels, des problèmes émotionnels, des troubles de comportement dans l'enfance. Cette phase évalue l'existence de comportements de délinquance.
<b>Histoire scolaire et professionnelle</b>	Exploration des antécédents scolaires, particulièrement la présence de problèmes d'apprentissage, ou non. Les données professionnelles pertinentes sont : compétence professionnelle spécifique, durée de l'emploi, raison de l'arrêt du travail, période(s) sans emploi, autonomie financière, toutes activités illégales pour subvenir à ses besoins.
<b>Relations sociale, statut marital</b>	Exploration du tempérament de l'auteur d'agression dans l'enfance, l'adolescence, le type de relation qu'il entretenait, le statut marital, les amis actuels, et les compétences sociales. Si applicable, l'évaluateur doit évaluer le type de relation que le sujet entretient avec ses propres enfants, les raisons d'un divorce, la qualité des relations avec le partenaire actuel.
<b>Histoire sexuelle</b>	Cette étape explore les différentes facettes du développement sexuel, du comportement, des fantasmes, et des préférences du sujet. Elle doit inclure les expériences sexuelles dans l'enfance, les messages des parents, le nombre et le type de partenaires sexuels, et le niveau de confort du délinquant par rapport à sa propre sexualité. Elle évalue également les pratiques sexuelles du sujet avec son partenaire le plus récent et les dysfonctionnements sexuels. Quand le délinquant reconnaît des fantasmes et des comportements associés à une forme particulière de déviance sexuelle, il est important de rechercher l'âge de début, la fréquence, les situations qui les favorisent, et si le sujet se sent confortable avec ses pulsions.

<b>Histoire légale</b>	Cette évaluation doit inclure à la fois les agressions sexuelles et non sexuelles. Chaque agression doit être détaillée avec le sujet, car certaines agressions peuvent impliquer des pulsions qui n'apparaissent pas dans l'accusation actuelle ou dans les condamnations antérieures.
<b>Histoire médicale</b>	Cette étape explore les antécédents de pathologies importantes, particulièrement celles ayant entraîné des lésions cérébrales, et toutes les incapacités physiques potentielles du sujet. . Les problèmes médicaux actuels et les traitements doivent également être évalués. L'histoire médicale de la famille doit également être explorée.
<b>Histoire d'abus de substance</b>	Est réalisée une évaluation détaillée de l'histoire d'abus d'alcool ou de consommation de substance psycho-actives, incluant les médicaments prescrits et les substances illicites, précisant l'âge de la première consommation, le profil de consommation et les effets attendus de la consommation. Toute histoire de prise en charge pour consommation de substances psycho-active ou d'alcool doit être documenté.
<b>Histoire psychiatrique</b>	Evaluer l'histoire des symptômes psychiatriques et les traitements, incluant à la fois les traitements ambulatoires, les hospitalisations, les prescriptions de médicament et les réponses à ces traitements
<b>Evaluation du statut mental</b>	Evaluer le fonctionnement psychologique du sujet. En plus de l'évaluation psychologique formelle, le clinicien doit rechercher l'existence de tout problème psychologique actuel, les problèmes que le sujet veut changer, ses intérêts actuels, ses objectifs, et sa perception de tous les facteurs qui peuvent l'empêcher d'atteindre cet objectif.



<b>Tableau 11. Estimation du taux de récidive</b>					
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Nature de l'agression sexuelle</b>	<b>Durée de suivi</b>	<b>Taux de récidive</b>
<b>Balier et al. France 1995 (49)</b>	Étude rétrospective	452 personnes incarcérées à la maison d'arrêt de GRENOBLE-VARCES et pour un crime ou un délit à caractère sexuel			Au total 11,1 % récidivistes dont attentat à la pudeur : 20,4 % de récidivistes; viol : 8% de récidivistes; inceste : 3,7% de récidivistes
<b>Balier et al. France 1996 (12)</b>	Étude prospectives sur dossiers	1157 dossiers à partir d'une cohorte de sortants de prison de 1982, étudiée en sept sous-cohortes définies à partir de l'infraction initiale : vol correctionnel, vol criminel, coups et blessures volontaires, attentat à la pudeur, viol, meurtre et trafic de stupéfiants.	Viol	Suivi sur 4 ans Durée moyenne de suivi de 15 mois	38,5 % ont à leur actif une affaire nouvelle pour atteinte contre les personnes, dont 5,4 % de nature criminelle (mœurs) et 10,8 % de nature délictuelle (coups et blessures volontaires, mœurs)
			Attentat à la pudeur	Suivi sur 4 ans Durée moyenne de suivi de 15 mois	le taux de nouvelles affaires était de 31 % avec dont 2 affaires de mœurs sur 11 nouvelles condamnations
<b>Centre de Recherche en Défense Sociale, Belgique (83)</b>	Étude propective, avec suivi de dossiers au sein service des cas individuels du ministère de la justice en Belgique	219 auteurs d'agression sexuelle ayant bénéficié d'un traitement : 12,3% avec des victimes garçons mineurs 70,5% avec victimes filles mineures 17,2% victimes garçon et filles mineurs	Échantillon total (n = 213)	Entrée dans la cohorte entre 2001 ou 2002 et suivi jusqu'en octobre 2007	Générale 27,7%
					Sexuelle 7,5%
					Sexuelle violente 5,7%
					Sexuelle non violente 3,3%
					Violente non sexuelle 3,8%
					Non violente non sexuelle 19,3%
			AAS avec victime enfants (n = 128)	Entrée dans la cohorte entre 2001 ou 2002 et suivi jusqu'en octobre 2007	Générale 22,7%
					Sexuelle 7,1%
					Sexuelle violente 4,7%
					Sexuelle non violente 3,9%
					Violente non sexuelle 3,1%
					Non violente non sexuelle 15,7%
AAS avec victime enfants et adultes (n = 30)	Entrée dans la cohorte entre 2001 ou 2002 et suivi jusqu'en octobre 2007	Générale 30%			
		Sexuelle 13,3%			
		Sexuelle violente 10%			
		Sexuelle non violente 6,7%			
		Violente non sexuelle 0			
		Non violente non sexuelle 13,3%			
AAS sur enfants intrafamiliaux	Entrée dans la cohorte entre 2001 ou 2002 et	Générale 22,1%			
		Sexuelle 5,3%			

<b>Tableau 11. Estimation du taux de récurrence</b>							
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Nature de l'agression sexuelle</b>	<b>Durée de suivi</b>	<b>Taux de récurrence</b>		
			(n = 95)	suivi jusqu'en octobre 2007	Sexuelle violente 3,2% Sexuelle non violente 4,2% Violente non sexuelle 1,1% Non violente non sexuelle 16,8%		
			AAS sur enfants extrafamiliaux (n = 15)	Entrée dans la cohorte entre 2001 ou 2002 et suivi jusqu'en octobre 2007	Générale 33,3% Sexuelle 21,4% Sexuelle violente 14,3% Sexuelle non violente 7,1% Violente non sexuelle 14,3% Non violente non sexuelle 14,3%		
			AAS sur enfants extrafamiliaux (n = 14)	Entrée dans la cohorte entre 2001 ou 2002 et suivi jusqu'en octobre 2007	Générale 16,7% Sexuelle 5,6% Sexuelle violente 5,6% Sexuelle non violente 0 Violente non sexuelle 5,6% Non violente non sexuelle 11,1%		
			<b>MCGrath et al. Canada (221)</b>			La durée maximale de suivi était de 12 ans avec une moyenne de 62,9 mois	6,6 % de l'échantillon total avait récidivé
			<b>Proulx et Lussier, 2001 (80)</b>		113 agresseurs sexuels de femmes et 269 agresseurs sexuels d'enfants.	La durée moyenne de suivi était 64,5 mois	Le taux de récurrence chez les agresseurs sexuel d'enfants était de 13 % Pour d'agressions violentes sexuelles et non sexuelles) chez les agresseurs sexuels d'enfants était de 15,2 %
			<b>Hanson et Morton-Bourgon Canada 2005 (86)</b>	Méta-analyse	Entre 1943 et janvier 2003, 82 études ont été identifiées (35 aux États-Unis, 26 au Canada, 12 au Royaume-Uni, 2 en Australie, 2 en Suède, 2 en Autriche, 1 en France, 1 aux Pays Bas et 1 au Danemark).	La période de suivi variait de 12 mois à 330 mois avec une moyenne de 76 mois.	récurrence d'agression sexuelle = 13,7 % (n = 19 267 agresseurs, 73 études) récurrence violente non sexuelle = 14,3 % (n = 6 928, 24 études) récurrence violente (sexuelle et non sexuelle) = 14,3 % (n = 11 361 ; 29 études) toute récurrence = 36,2 % (n = 12 708, 56 études)
			<b>Harris et al., 2004 (82)</b>	Méta-analyse	un échantillon de 4 724 délinquants sexuels provenant du Canada, des		les taux globaux de récurrence (14 % après 5 ans, 20 % après 10 ans et 24 % après 15 ans) étaient

<b>Tableau 11. Estimation du taux de récurrence</b>					
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Nature de l'agression sexuelle</b>	<b>Durée de suivi</b>	<b>Taux de récurrence</b>
		États-Unis, du Royaume-Uni			semblables pour les violeurs (14 %, 21 % et 24 %) et le groupe combiné des agresseurs sexuels d'enfants (13 %, 18 % et 23 %).
<b>Craig et al., Royaume-Uni 2008 (87)</b>	Méta-analyse	Les estimations étaient obtenues à partir des échantillons publiés entre 1991 et 2005. Pendant cette période, 16 études ont été publiées réunissant des auteurs d'agression sexuelle incarcérés (8 études, n = 5 915) et des auteurs d'agression sexuelle non incarcérés (8 études, n = 1 274)		<b>Taux de récurrence dans l'échantillon des auteurs d'agression sexuelle incarcérés</b>	
				après 2 ans de suivi	6 % IC95 % (1,2 % - 10,3 %)
				après 4 ans de suivi	7,8 % IC95 % (4,3 % - 12 %)
				après 6 ans et + de suivi	19,5 % IC95 % (8,5 % - 25 %)
<b>Menghini et al., 2005 (84)</b>	rétrospective	Phase 1 118 AAS dont 69 AAS à l'encontre d'enfants internés au sein d'un établissement de défense sociale. L'âge moyen de la première agression était 29,88 ans.		période de suivi moyenne de 1 060 jours	Taux de récurrence avant d'entrée dans un établissement de défense sociale  42 % pour la récurrence sexuelle ; 5,8 % pour la récurrence non sexuelle violente ; 52,1 % pour la récurrence en générale
		Phase 2  55 AAS à l'encontre d'enfant		période de suivi moyenne de 903 jours	taux de récurrence des AAS après le passage dans un établissement de défense sociale  27,3 % pour la récurrence sexuelle ; 1,8 % pour le récurrence non sexuelle violente et 30,9 % pour la récurrence en générale

**Tableau 14. Estimation des facteurs de risque statiques de récurrence : les méta-analyses**

Auteur, année, référence	Recherche documentaire	Critères de sélection des articles (A) Population (P)	Critères de jugement retenus	Résultats et signification
<b>Hanson et Morton-Bourgon 2005 (86)</b>	<p>Les études incluses étaient des études où les agresseurs sexuels étaient libérés après une date indexe (date de l'agression sexuelle) et le taux de récurrence (sexuel, violence, ou les 2) étaient rapportés après une période de suivi.</p> <p>Entre 1943 et janvier 2003, 82 études ont été identifiées</p> <p>Les pays d'origines des études : Etats-Unis (n = 35), Canada (n = 26), Royaume-Uni (n = 12), Australie (n=2), Suède (n= 2), Autriche (n=2), France (n = 1), Pays Bas (n = 1), Danemark (n=1)</p>	<p>Tous les agresseurs avaient commis un crime sexuel :</p> <p>La majorité des agresseurs était libéré des institutions (dans 41 études, uniquement des institutions, 17 en ambulatoire, 22 en institutions, 2 non connus)</p>	<p>Toute récurrence sexuelle (Vs pas de récurrence ou récurrence non sexuelle) Récurrence violente non sexuelle (Vs pas de récurrence, récurrence sexuelle, récurrence non violente) Toute récurrence violent –sexuelle ou non sexuelle- (Vs pas de récurrence, récurrence non violente) Toute récurrence (vs pas de récurrence) La période de suivi variait de 12 mois à 330 mois, moyenne 76 mois.</p>	<p><b>Récurrence sexuelle</b> Déviance sexuelle d = 0,30 ± 0,08 (n = 5 053) ; orientations antisocial d = 0,23 ± 0,04 (n = 23 012) attitude sexuelle d = 0,16 ± 0,12 (n = 2 037) déficit d'intimité d = 0,15 ± 0,11 (n = 2 852)</p> <p><b>Récurrence violente non sexuelle</b> orientations antisocial d = 0,51 ± 0,07 (n = 8 283) attitude sexuelle d = 0,17 ± 0,22 (n = 732) ; déficit d'intimité d = 0,12 ± 0,21 (n = 822) ; problèmes psychologiques 0,21 ± 0,14 (n = 2 089) ; présentation clinique 0,16 ± 0,20 (n=2 090)</p> <p><b>récurrence violentes</b> Déviance sexuelle d = 0,19 ± 0,08 (n = 3 115) ; orientations antisocial d = 0,54 ± 0,05 (n = 13 065) ; attitude sexuelle d = 0,11 ± 0,11 (n = 1 598) déficit d'intimité d = 0,12 ± 0,12 (n = 1 197) ; environnement à risque dans l'adolescence d= 0,14 ±0,08 (n=5,041)</p> <p><b>Toutes récurrences</b> orientations antisocial d = 0,52 ± 0,04 (n = 15 988) ; attitude sexuelle d = 0,24 ± 0,10 (n = 1 053) déficit d'intimité d = 0,12 ± 0,12 (n = 1 197 ; 8 études) ; environnement à risque dans l'adolescence d= 0,11 ±0,07 (5,044) ; présentation clinique d = 0,12 ±0,08 (n = 4,714)</p> <p><b>Prédicteurs dynamiques possibles</b> Tout intérêt sexuel déviant d = 0,31 ±0,1 (2,769, 16 études) ; préoccupations sexuelles (d=0,39 ±0,08 ; 1 119 ; 6 études) ; personnalité antisociale (d=0,21 ±0,1 ; 3 227 ; 12 études) ; <i>psychopathy check list –revised</i> (d=0,29 ±0,09 ; 2 783 ; 13 études) ; régulation personnelles des problèmes en général (d=0,37 ±0,11 ; 2 411 ; 15 études) ; instabilité dans le travail (d=0,22 ±0,09 ; 5 357 ; 15 études) ; hostilité (d=0,17 ±0,13 ; 1 960 ; 9 études)</p> <p><b>Prédicteurs de récurrence sexuelle</b> Age (jeune) r = - 0,13 (-0,11 -0,15) (variabilité importante, effet faible mais retrouvé dans plusieurs études) Criminalité générale (non sexuel) est souvent décrit dans la littérature ; les variables les plus importante de ce domaine sont troubles de personnalité antisocial ( r = 0,14 (0,07 – 0,21), le nombre total des attaques précédentes (r = 0,13 (0,13 (0,11 – 0,15)) Histoire de criminalité sexuelle : Victimes extrafamiliales, (victimes non connus / victimes connus (0,15 (0,06 – 0,24)) début des agressions au jeune âge (0,12 (0,05 – 0,19), agressions spécifique sur les garçons (0,11 (0,09 – 0,13) Déviations sexuelle : Intérêt sexuelle pour les enfants mesuré par l'évaluation phallométrique (r =</p>
<b>Hanson et Bussière 1998 (90)</b>	<p>Avoir des données sur le taux de récurrence ; étude de cohorte (suivi des patients) Données statistiques suffisantes pour permettre de calculer l'association entre la variable et la récurrence</p> <p>Recherche effectué sur la période de 1943 à 1995</p>	<p>Recherche des articles dans différentes bases de données sur les auteurs de crimes sexuels, lettre envoyée à 32 expert-chercheurs dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle pour savoir s'il y avait des articles non publiés. échantillon total de 28 972 agresseurs</p>	<p>Récurrence : 3 groupes ; récurrence avec agression sexuelle, sans agression sexuelle violente, toutes formes d'agressions sexuelles</p>	

sexuels

0,32 (0,29 – 0,35)

Ne pas suivre complètement le traitement (r = 0,17 0,10 – 0,24)

Histoire du développement

Relation négative avec la mère r = 0,13 (0,06 – 0,26)

Ajustement psychologique

Troubles sévère (r = 0,25 (0,10 – 0,40)

**Prédicteurs de toute récidive**

Age ((r = -0,16 (-0,18 - -0,14) ; vivre seul (r= 0,11 (0,08 – 0,14))

Criminalité général

Délinquance juvénile (r = 0,28 (0,22 – 0,34) ; admission en centre de correction (0,25 (0,19 – 0,32)

Criminalité sexuelle :

Victime familiale (r = -0,12 (-0,14 - 0,10)

Avec force ou blessures sur la victime (0,13 (0,08 – 0,18)

Déviante sexuelle : évaluation phallométrique ( r = 0,11 (-0,02 - -0,24)

Présentation clinique : ne suivre tout le traitement (r = 0,20 (0,13 – 0,27), déni (r = 0,12 (0,02 – 0,22, instable pour hétérogénéité), faible motivation 0,11 (0,05, 0,19)

Histoire du développement

Relation négative avec la mère (r = 0,14 – 0,03 – 0,25)

Ajustement psychologique

Troubles de la personnalité (r = 0,21 (0,09 – 0,33) ; problèmes d'abus d'alcool (r= 0,11 (0,08 – 0,14)

**Prédicteurs de récidive (non sexuelle violente)**

Age (r = -0,22 -0,27, -0,21) ; vivre seul r = 0,10 (0,05 – 0,15)

Criminalité non sexuelle

Délinquance juvénile 0,22 (0,15 – 0,29) ; agression violente précédente r = 0,21 (0,15 – 0,27) ; trouble de la personnalité antisociale r = 0,19 (0,10 – 0,28)

Criminalité sexuelle

Rapts r = 0,23 (0,20 – 0,26)

Toutes victimes adolescentes r = -1,16 (-0,20, -0,12) ; victime adolescente connues (r = -0,12 (-0,17, -0,07) jeune enfants/ adolescents (r = -0,11 (- 0,18, – 0,04)

Tableau 15. Estimation des facteurs de risque statique de récurrence : les études de cohorte				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
Hildebrand et al. Pays-Bas, 2004 (91)		94 hommes agresseurs sexuels évalués dans à un hôpital psychiatrique au Pays-Bas	modèle de Cox Moyenne de suivi = 11,8 ans (sd = 6 ; min = 1,8 max= 23,5)	<b>Récurrence sexuelle</b> PCL-R = HR = 1,9 (0,91 – 3,99), agression sexuelle précédentes HR = 1,98 (1,33 – 2,95) <b>Récurrence non sexuelle :</b> PCL-R = HR = 1,57 (0,8 – 3,09), agression sexuelle précédentes HR = 1,27 (1,02 – 1,59), abus de substance et dépendance HR = 1,27 (1,19 – 4,55) <b>Récurrence violente :</b> PCL-R : HR = 1,77 (0,97 – 3,23), statut marital HR = 1,27 (0,65 – 2,46) ; agression sexuelle précédentes HR = 1,27 (1,02 – 1,59), abus de substance et dépendance HR = 1,27 (1,19 – 4,55) <b>Récurrences générales</b> PCL-R : HR = 1,66 (0,99 – 2,79), statut marital HR = 1,32 (0,75 – 3,22) ; agression précédentes 1,06 (1,02 – 1,10)
Urbaniook et al. Suisse 2007 (92)	Cohorte rétrospective	208 agresseurs (186 hommes, 22 femmes) de différentes ethnies ont été analysés. Les agresseurs étaient évalués dans la clinique psychiatrique de Zurich après leur agression.	Régression logistique La durée de suivi minimale était de 18 ans et maximale était 32 ans	Par rapport à ceux qui n'avait pas la psychopathie, Psychopathes avaient 165% de chance de récidiver (OR = 2,65) pour une agression violente ou sexuelle. Pour exclusivement la récurrence sexuelle OR = 1 98 ; récurrence violente (OR = 2,27) Le risque de récurrence violente ou sexuelle augmente tous les 18% chaque fois que l'on augment de 1 point sur l'échelle PCL :SV.
Olver et Wong Canada 2006 (93)	Cohorte	156 hommes agresseurs sexuels admis entre 1983 et 1997 dans un programme de traitement au Canada	Un modèle de Cox La durée moyenne de suivi était de 9,9 ans	psychopathie (HR = 1,043, p = 0,043) et le score de déviance (HR = 1,076, p = 0,07) interaction significative psychopathie et déviance (p < 0,05) récurrence non sexuelle : la corrélation entre le score PCL-R et le critère toute nouvelle agression violente non sexuelle était r = 0,36
Looman et al. 2005 (94)	Cohorte	102 personnes ont participé à l'étude agresseurs sexuels traités par le programme entre 1994 et 1998 au Canada	Test du log rank	le score PCL-R était élevé moins le patient était évalué comme ayant réduit son risque (corrélation = -0,27 (p < 0,003)) PCL-R élevé et bon progrès (taux de survie = 58 %, à 2,95 ans) PCL-R élevé et faible progrès (taux de survie = 65 %, à 5 ans) PCL-R faible et bon progrès (taux de survie = 78 %, à 5 ans) PCL-R faible et faible progrès (taux de survie = 84 %, à 4 ans)
Dempster et Hart Canada 2002 (95)	Cohorte	95 hommes agresseurs sexuels libérés des centres correctionnel entre 1 <sup>er</sup> janvier 1988 – 31 décembre 1992 au Canada	suivi en moyenne pendant 5,1 ans	corrélation entre la psychopathie (r = 0,46) et le risque de récurrence sexuelle. agression non sexuelle violente dans le passé (r = 0,32) ; agression non violente dans le passé (r = 0,42) ; échec antérieur de supervision (r = 0,52) ; blessures physiques de la victime (r = 0,30). <b>Récurrence en général</b> Echec des supervisions passées (HR = 1,57 p<0,05) ; plusieurs types d' »agressions sexuelles (HR = 0,56 ; p <0,05) ; blessure

Tableau 15. Estimation des facteurs de risque statique de récidive : les études de cohorte				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
				chez la victime (HR = 2 ; p <0,01) ; abusé sexuellement dans l'enfance (HR = 1,6 ; p <0,05) ; problèmes d'emploi (HR = 1,62, p < 0,05) <b>Récidive sexuelle</b> Echec des supervisions passées (HR = 4,53 p<0,001) ; forte densité d'agression sexuelle (HR = 6,32 , p<0,01) ; plusieurs types d'agressions sexuelles (HR = 12,67 ; p <0,001) ; blessure chez la victime (HR = 2 ; p <0,01) ; utilisation d'arme/menace de mort (HR = 0,39, p<0,05) troubles mentaux majeurs (HR = 0,27 ; p< 0,05) ; idéations suicidaire (HR = 3,56, p < 0,05) ; attitudes négative sur l'intervention (HR = 10,67, p < 0,01)
<b>Fazel et al. Suède 2006 (96)</b>	Cohorte	1 303 agresseurs sexuels âgés de 18 ans et plus, libérés de prison entre 1993 et 1997	Analyses univariées	Pour re-condamnation pour agression sexuelle dans tout l'échantillon ; Toute condamnation sexuelle précédente RR = 5,8 (3,9 – 8,7), condamnation précédente RR = 2,7 (1,8 – 4) ; condamnation sans contact sexuelle 2,6 (1,7 – 3,8) ; violence non sexuelle précédente (1,5 (1,1 – 2,4), victime non associée RR = 3,6 (2,3 – 5,9), victimes étrangères RR = 3,1 (2,1 – 4,6) Etre seule RR = 1,9 (1,3 – 2,8)
<b>Zgoba et Simon, États-Unis 2005 (81)</b>	Cohorte	718 agresseurs sexuels dont 495 agresseurs sexuels libérés d'un programme de traitement et 223 agresseurs sexuels libérés de prison ;	régression logistique	Récidive général Antécédent d'arrestations sexuelles 1 arrestation : OR = 1,69 (p < 0,05) 2 ou plusieurs arrestations : OR = 2,235 (p < 0,01) Antécédent d'arrestations non sexuelles 2 ou plusieurs arrestations : OR = 2,85 (p < 0,001) Récidive sexuelle Antécédent d'arrestations sexuelles 1 arrestation : OR = 2,75 (p < 0,01) 2 ou plusieurs arrestations : OR = 3,04 (p < 0,01) Antécédent d'arrestations non sexuelles 2 ou plusieurs arrestations : OR = 2,32 (p < 0,01)
<b>Firestone et al. Canada 2000 (97)</b>	Cohorte	192 personnes de plus de 18 ans à la date de l'agression sexuelle et ayant été condamnés pour agression sexuelle sur un enfant (garçon et fille) extrafamiliale de moins de 16 ans.	Moyenne de suivi = 7,8 ans (sd = 3,7 ans) maximum = 12 ans; Analyse de survie	<b>Récidive sexuelle</b> Les récidivistes avaient un score plus élevé pour le comportement d'abus d'alcool, Sur l'évaluation phallométrique, les pédophiles avaient un score plus important sur l'indexe de pédophilie (comportement sexuel déviant) <b>Récidive violente non sexuelle</b> Antécédents familiaux de violences, score élevé sur les facteurs 1 et 2 du PCL-R ; l'analyse phallométrique montraient une réponse

<b>Tableau 15. Estimation des facteurs de risque statique de récurrence : les études de cohorte</b>				
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Modèle statistique et Durée de suivi</b>	<b>Facteurs de risque</b>
				<p>plus importante à la stimulation avec des images de relation coercitive avec les enfants.</p> <p><b>Récidive d'actes criminels</b>            Antécédents de violence familiale, antécédents d'abus de substance illicites, abus physiques dans l'enfance (moins de 16 ans). Les récidivistes considéraient qu'ils avaient peu de connaissances sur le fonctionnement sexuel, en moyenne un score plus élevé au BDHI, sur le PCLR les récidivistes avaient un score plus élevé sur les facteurs 1 et 2. score de violence élevée par mesure phallométrique.</p>
<b>Harris et al. 2003 Canada (98)</b>	Cohorte	396 hommes, agresseurs sexuels (170 agresseurs d'enfants < 15 ans ; 191 agresseurs de femmes, 35 agresseurs de femmes et d'enfants) incarcérés ou hospitalisés dans l'un des hôpitaux sécurisés	modèle de Cox La durée moyenne de suivi était 61,5 mois.	une interaction significative ( $p < 0,01$ ) entre les valeurs médianes du score PCL-R et du score de déviance mesurée par phallométrie et la prédiction du risque de récurrence violente



Tableau 16. Estimation des facteurs de risque dynamiques de récidive : les études de cohorte				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
<b>Thornton et al. Etats-Unis 2002 (100)</b>	Cas-témoin	158 hommes agresseurs sexuels emprisonnés pour agressions sexuelles sur mineurs. Près de ¼ de l'échantillon était constitué de cas d'inceste		Les récidivistes avaient tendance à moins bien gérer leur prise en charge personnelle (contrôle bénin $p < 0,001$ , contrôle de l'agression ( $p < 0,05$ )). Les récidivistes avaient tendance à avoir des scores plus importants dans les mauvaises attitudes ( $p < 0,01$ ), la justification du sexe avec les enfants ( $p < 0,005$ ). Ceux qui avaient récidivé avaient tendance à avoir des scores plus mauvais dans l'évaluation des fonctions socio-affectives : congruence émotionnelle avec les enfants ( $p < 0,005$ ) ; rumination de la colère ( $p < 0,005$ ) ; répétition des émotions négatives ( $p < 0,01$ ), faible estime de soi ( $p < 0,01$ ), solitude plus importante ( $p < 0,07$ ).
<b>Thornton et al. Etats-Unis 2004 (102)</b>		un échantillon suivi en ambulatoire et un échantillon suivi en prison. 172 hommes agresseurs sexuels en prison ont été évalués pour participer au programme national de traitement des agresseurs sexuels	suivis pendant au moins 18 mois hors de la prison. La méthode de sélection permettait d'apparier les participants sur la durée de suivi hors de prison. Dans cet échantillon, 12 personnes avaient fait une récidive et 160 sans récidives Régression logistique	<b>prise en charge réalisée en prison</b> moyenne du score « estime de soi » chez les non-récidivistes était de 4,3 (sd = 2,41 ; n = 160); moyenne du score « estime de soi » chez les récidivistes était de 2,75 (sd=1,9 ; n = 12) <b>prise en charge réalisée en ambulatoire</b> moyenne du score « estime de soi » chez les non-récidivistes était de 4,59 (sd = 2,69 ; n = 44); moyenne du score « estime de soi » chez les récidivistes était de 2,67 (sd = 2,82 ; n = 9) modèle de régression logistique: l'effet du cadre de traitement (prison ou ambulatoire) ( $p = 0,023$ ) et de l'estime de soi ( $p = 0,004$ ) étaient significatifs sur le taux de récidive.
<b>Hudson et al. Nouvelle Zélande 2002 (101)</b>		242 délinquants sexuels ayant participé à un programme de traitement entre 1990 et 1993,	suivis pendant 2 ans après la libération Sur une période à risque de 4,3 ans (moyenne)	<b>attitude sexuelle et croyance</b> le score de post-traitement de l' <i>Abelt et becker cognition scale</i> ( $r = 0,18$ ); le score avant traitement du <i>Rape myth</i> ( $r = 0,21$ ); le score d'hostilité envers les femmes n'était pas corrélé au risque de récidive (prétraitement $r = 0,08$ ; post-traitement $r = 0,05$ ) <b>fonctionnement émotionnel</b> aucune échelle d'évaluation du fonctionnement émotionnel n'était associée au taux de récidive <b>compétence interpersonnelles</b> aucune échelle d'évaluation des compétences interpersonnelles n'était associée au taux de récidive.
<b>Olver et al. Canada 2007 (99)</b>		321 délinquants sexuels dont 96,3 % avaient plus d'une condamnation pour agression sexuelle	modèle de Cox	on observait un effet total bénéfique de changement de la variable dynamique (HR = 0,9 ( $p < 0,05$ )), soit une amélioration de point sur l'échelle dynamique était associée à une réduction de 10 % du risque de récidive sexuelle lorsque l'on ajustait sur le risque de base);

Tableau 16. Estimation des facteurs de risque dynamiques de récidive : les études de cohorte				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
				<p><b>groupe à haut risque, Static 99</b> (n = 204), l'analyse montrait que l'effet total du changement des variables dynamique était bénéfique sur le risque de récidive (HR = 0,882 (p &lt; 0,05))</p> <p><b>dans le groupe à faible risque, Static 99</b> (n = 117)), le changement des variables dynamiques n'avait pas d'effet sur le risque de récidive (HR = 1,01)</p>
<b>Långström et al. Suède 2004 (40)</b>	Cohorte	1 215 personnes (moyenne d'âge 40,2 ans) condamnées pour agression sexuelle en Suède entre 1993 et 1997	Régression logistique	troubles de la personnalité, OR = 10,1 IC95 % (4,1 – 24,9) le diagnostic de psychose, OR = 5,1 IC95 % (1,6 – 16,1)) association entre l'abus et la dépendance à l'alcool (OR = 2,3 IC95 % (1,2 – 4,5)) et l'abus et la dépendance à des substances illicites (OR = 2,9 IC95 % (1,1 – 7,6))
<b>Dempster et Hart Canada 2002 (95)</b>	Cohorte	95 hommes agresseurs sexuels libérés des centres correctionnels (prisons ?) entre le 1 <sup>er</sup> janvier 1988 et le 31 décembre 1992 au Canada	suivi en moyenne pendant 5,1 ans; corrélations	une corrélation entre l'abus de substance (r = 0,32) et le risque de récidive sexuelle le manque d'emploi (r = 0,34) et le manque d'un plan réaliste (r = 0,24) étaient significativement corrélés avec le risque de récidive sexuelle les problèmes de relation (r = 0,25), le manque de travail (r = 0,45) et le manque d'un plan réaliste (r = 0,23) étaient des facteurs prédictifs du risque de récidive en général
<b>Firestone et al. Canada 2000 (97)</b>	Cohorte	192 personnes de plus de 18 ans à la date de l'agression sexuelle et ayant été condamnés pour agression sexuelle sur un enfant (garçon et fille) extrafamiliale de moins de 16 ans	Moyenne de suivi = 7,8 ans (sd = 3,7 ans) maximum = 12 ans; Analyse de survie	<b>Récidive sexuelle</b> les récidivistes avaient un score plus élevé pour le comportement d'abus d'alcool <b>recidive violente</b> les récidivistes avaient de antécédents d'abus de substance illicites
<b>Hildebrand et al. Pays-Bas 2004 (91)</b>		94 hommes agresseurs sexuels évalués dans à un hôpital psychiatrique au Pays-Bas	modèle de Cox Moyenne de suivi = 11,8 ans (sd = 6 ; min = 1,8 max = 23,5)	d'abus de substance illicites (HR = 1,27 (1,19 – 4,55)). <b>Récidive non sexuelle</b> l'abus de substance illicites (HR = 1,27 (1,19 – 4,55)).

Tableau 18. Rôle du déni sur le risque de récurrence				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
<b>Nunes et al. Canada 2007 (104)</b>	Cohorte	489 agresseurs sexuels de moyenne d'âge 38,6 ans (entre 18 ans et 78 ans) dont 244 cas d'inceste, 179 agresseurs extrafamiliaux d'enfants, 66 agresseurs sexuels d'adultes évalués dans l'hôpital psychiatrique d'Ottawa	Régression logistique	les prédictors indépendants du risque de récurrence d'agression sexuelle étaient la psychopathie (OR = 1,08 IC95 % (1,03 – 1,13)) et le score RRASOR (OR = 1,90 IC95 % (1,42 – 2,53)). L'effet du déni sur le taux de récurrence était non significatif (OR = 4,20 IC95 % (0,53 – 33,61)). Il existait cependant une interaction significative (OR = 0,50 IC95 % (0,29 – 0,85)) entre le déni et le niveau de risque de récurrence : les personnes à faible risque qui déniaient étaient plus à risque de récurrence (OR = 1,84 IC95 % (0,89 – 3,81)) que ceux qui acceptaient les personnes à haut risque qui déniaient avaient un risque de récurrence plus faible (OR = 0,53 IC95 % (0,23 – 1,24))
<b>Nunes et al. Canada 2007 (104)</b>	Méta-analyse	490 cas d'agresseurs sexuels avec les données complètes du <i>Washington state special sex offender sentencing alternative</i> (SSOSA) et un échantillon de 73 agresseurs sexuels du <i>correctional service Canada</i> (CSC) – <i>pacific région</i> .	Régression logistique	Echantillon Ottawa Faible risque : Accepteurs/ déni OR = 1,84 (0,89 – 3,81) Haut risque : Accepteurs/ déni OR = 0,53 (0,23 – 1,24) Interaction déni : RRASOR : OR = 0,50 (0,29 – 0,85) Echantillon SSOSA Faible risque : Accepteurs/ déni OR = 2,19 (0,85 – 5,64) Haut risque : Accepteurs/ déni OR = 0,98 (0,16 – 6,00) Interaction déni : RRASOR : OR = 0,45 (0,06 – 3,45) Echantillon CSC pacific Faible risque : Accepteurs/ déni OR = 3,19 (0,65 – 15,65) Haut risque : Accepteurs/ déni OR = 0,67 (0,15 – 2,95) Interaction déni : RRASOR : OR = 0,21 (0,02 – 1,84) Méta-analyse Faible risque : Accepteurs/ déni OR = 2,08 (1,21 – 3,57) Haut risque : Accepteurs/ déni OR = 0,61 (0,31 – 1,21) Interaction déni : RRASOR : OR = 0,30 (0,12 – 0,73)

Tableau 19. Rôle de l'âge sur le risque de récidive				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
<b>Thornton Etats-Unis 2006 (105)</b>	Cohorte	Données des participants suivis 16 ans à partir de la base de données nationale de prison. Les patients étaient libérés en 1979, après une condamnation pour agression sexuelle. N = 752 participants	Évaluation à 10 ans de suivi	Estimation du taux de récidive à 10 ans ; (âge = variable continue ; OR = 0,983 (0,96 – 0,99) ; nombre de peines pour agression sexuelle OR = 2,39 (1,905 – 2,99) ; criminalité en générale OR = 1,59 (1,08 – 2,34)
<b>Dickey et al., Canada 2002 (107)</b>	Cohorte	174 hommes AAS récidivistes (68 pédophiles, 53 agresseurs sexuelles de victimes d plus de 16 ans ; 53 sadiques sexuels) Age variait entre 18 et 70 ans		Taux de Récidive 18-25 ans = 23%(N= 41) reparti en (agresseur avec victime > 16 ans = 34,1%, n= 14) ; ((pédophile = 29,3%, n=12) ; (sadisme sexuel = 23%, n= 15)  26 – 40 ans = 47,7% (n= 83) reparti en (agresseur avec victime > 16 ans = 41%, n= 34) ; ((pédophile = 31,3%, n=26) ; (sadisme sexuel = 27,7%, n= 23)  41 – 70 ans = 28,7% (n= 50) reparti en (agresseur avec victime > 16 ans = 10%, n= 5) ; ((pédophile = 60%, n=30) ; (sadisme sexuel = 30%, n= 15)
<b>Prentky et Lee Etats-Unis 2007 (108)</b>	Cohorte	265 hommes AAS qui ont fait partie du « <i>Massachusetts Treatment Center for sexual Dangerous Persons</i> (MTC)	25 ans de suivi modèle de Cox Modèle de Kaplan meir	Pour les agresseurs d'enfants : Après 5 ans de suivi : 7,6% pour les patients libérés à 20 ans, 21,8% pour ceux libérés à 30 ans, 32,6% pour les 40 ans, 27,9 pour les 50 ans, et 13, 1 pour les 60 ans et +. Le taux continue à augmenter après 5 ans de suivi : ex. après 15 ans 13,1% pour les patients libérés à 20 ans, 35,3% pour ceux libérés à 30 ans, 50,4% pour les 40 ans, 44,1 pour les 50 ans, et 22,1 pour les 60 ans et +. Après 25 ans de suivi : 16,3% pour les patients libérés à 20 ans, 42,6% pour ceux libérés à 30 ans, 59% pour les 40 ans, 52,3 pour les 50 ans, et 27,2 pour les 60 ans et +. Ces données sont des estimations peut stables notamment après 10 ans ou plus post sortie.
<b>Hanson Canada 2002 (106)</b>	Meta-analyse	Hommes de plus de 18 ans, libérés de l'institution pénitentiaire sauf un échantillon de Washington qui avait eu une sentence de suivi en communauté. Au total		<b>Âge et récidive : échantillon total</b> OR = 0,96 (p < 0,001) ; il y a des différences d'évolution du taux de récidive entre les différentes groupe : le test d'interaction est significatif (p<0,05) <b>Age et récidive chez les agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux</b> La période à risque élevé pour les agresseurs sexuels d'enfants extrafamiliaux petit entre 25 et 35 ans. Le taux de récidive dans ce

Tableau 19. Rôle de l'âge sur le risque de récurrence				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
		4 673 AAS		groupe montre une réduction faible jusqu'à l'âge de 50 ans. OR = 0,97. <b>Age et inceste</b> Le taux de récurrence dans les cas d'inceste était en général faible (moins de 10%) à l'exception des agresseurs âgés de 18 à 24 ans où le taux de récurrence pouvait atteindre 30,7% . OR = 0,94.
<b>Zgoba et Simon États-Unis 2005 (81)</b>	Cohorte	718 AAS dont 495 agresseurs sexuels libérés d'un programme de traitement et 223 agresseurs sexuels libérés de prison. <i>Adult diagnostic treatment center (ADTC)</i>	régression logistique	<b>récurrence en général</b> 20 – 30 ans : OR = 8,22 (p < 0,001), 31 – 40 ans : OR = 5,25 (p < 0,001), 41 – 50 ans : OR = 2,483 (p < 0,01) <b>récurrence sexuelle</b> 20 – 30 ans : OR = 4,02 (p < 0,01), 31 – 40 ans : OR = 4,56 (p < 0,01), 41 – 50 ans : OR = 2,4 (NS); <b>récurrence non sexuelle</b> 20 – 30 ans : OR = 10,8 (p < 0,001), 31 – 40 ans : OR = 6,03 (p < 0,001), 41 – 50 ans : OR = 2,76 (p < 0,05)
<b>Hanson Canada 2006 (109)</b>	Méta-analyse	3 425 agresseurs sexuels âgés de 18 ans et plus lors de leur libération. L'âge moyen était 37,9 ans (sd= 12,6), 63 % de l'échantillon était des agresseurs sexuels de mineurs	La durée moyenne de suivi était de 7 ans et le taux de récurrence était de 15,7 %. 3 modèles de Cox ont été construits pour évaluer la relation entre l'âge, <i>Static-99</i> et le taux de récurrence	<b>Modèle 1</b> static 99 (RR = 1,35 (1,28 – 1,42)), âge à la libération RR=0,98 (0,97 – 0,99), <b>Modèle 2 = Modèle 1 + interaction âge</b> static 99 : RR = 1,4 (1,19 – 1,64) ; âge à la libération : RR = 0,98 (0,97 – 1) ; interaction âge : static 99 : static 99 <b>Modèle 3 = Modèle de 1 + âge^2</b> static 99 : RR = 1,36 (1,29 – 1,43) ; âge à la libération : RR = 1,07 (1,01 – 1,14) ; âge^2 : RR = 0,99 (0,95 – 1,003)

Tableau 21. Rôle du traitement sur le risque de récurrence				
Auteurs, Pays, Année	Design et Objectif	Echantillon	Modèle statistique et Durée de suivi	Facteurs de risque
<b>Zgoba et Simon États-Unis 2005 (81)</b>	Cohorte	718 AAS dont 495 agresseurs sexuels libérés d'un programme de traitement et 223 agresseurs sexuels libérés de prison sans traitement. <i>Adult diagnostic treatment center (ADTC)</i>	régression logistique	<b>la récurrence en général</b> , les personnes non traitées avait plus de 2 fois plus de risque de récurrence que les traitées (OR = 2,401 (p < 0,001)) <b>récurrence d'agression sexuelle</b> , l'augmentation du risque chez les non traitées n'était pas significative (OR = 1,2) <b>la récurrence non sexuelle</b> , l'augmentation du risque de récurrence chez les non traités était significative (OR = 2,14 (p < 0,001))
<b>Seager et al. Canada 2004 (112)</b>		146 hommes condamnés pour agressions sexuelles et libérés de prison au Canada. 109 avaient participé à un programme de traitement et 37 n'avaient pas suivi l'ensemble du programme.	Le traitement était un programme de prise en charge dans des prisons de sécurité moyenne au Canada période de suivi de 2 ans	<b>Nouvelles accusations</b> chez ceux qui avaient suivi tout le traitement : 5 % (n = 5) ; chez ceux qui n'avaient pas suivi tout le traitement : 49 % (n=18) <b>nouvelles condamnations</b> chez ceux qui avaient suivi tout le traitement : 15 % (n = 16) ; chez ceux qui n'avaient pas suivi tout le traitement : 32 % (n=12) <b>taux de récurrence en fonction du score de risque (avec l'outil static-99)</b> <b>suivi tout le traitement</b> Static-99 (risque faible) (n = 51, récurrence = 2 ; 4 %), Static-99 (risque fort) (n = 58, récurrence = 3 ; 5 %) <b>Perdus de vue ou pas suivi tout le traitement</b> Static-99 (risque faible) n = 11 (récurrence = 3 ; 27 %), Static-99 (risque fort) n = 26 (récurrence = 9 ; 35 %)
		152 hommes AAS à haut risque qui avaient participé à un programme thérapeutique (thérapie psychiatrique résidentielle localisée dans une prison de haute sécurité) au Canada Le groupe témoin était sélectionné à partir des archives de 3 000 agresseurs sexuels sortis de prison. 89 témoins avaient été identifiés. Les participants étaient appariés sur 3 variables : âge lors de l'agression		<b>nouvelles agressions sexuelles</b> , une réduction significative du taux de récurrence était observée chez ceux qui avaient participé à un traitement par rapport à ceux qui n'avaient pas participé au traitement (taille de l'effet était d = 0,48, p < 0,0001)) <b>nouvelles agressions non sexuelles</b> il y avait également une réduction du taux de récurrence entre les 2 groupes, mais la différence n'était pas statistiquement significative (taille de l'effet était d = 0,48, (p < 0,07) nombre d'évènements non sexuels après traitement groupe traité = 2 (sd= 2,6) et groupe non traité = 3,6 (sd=4,4) (p < 0,001) <b>nombre d'agressions non sexuelles après traitement</b> groupe traité était 2,7 (sd= 3,73) et le groupe non traité = 5,3 (sd=7) (p < 0,01) <b>nombre d'évènements sexuels après traitement</b> groupe traité 0,4 (sd= 0,9) et le groupe non traité 0,8 (sd=1) (p < 0,001) <b>nombre d'agressions sexuelles après traitement</b>

<b>Tableau 21. Rôle du traitement sur le risque de récidive</b>				
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Modèle statistique et Durée de suivi</b>	<b>Facteurs de risque</b>
		indexe (1 ans) ; date de l'agression indexe (dans la même année), histoire criminelle antérieure (nombre de condamnations antérieures)		groupe traité 0,41 (sd= 1,2) le groupe non traité = 1,03 (sd=1,4) (p <0,01)
<b>Barbaree Canada 2005 (114)</b>	Cohorte	212 hommes AAS ayant une libération conditionnelle ou une libération en fin de la peine une clinique de traitement du comportement sexuel pour les personnes à risque de récidive	La durée moyenne à risque était de 62 mois	90 (42 %) personnes avaient réalisé une récidive dont 52 (24 %) nouvelles récidives sexuelles ou non sexuelles Les personnes avec un score PCL-R plus élevé avaient plus de risque de faire une récidive que ceux qui avaient un score faible Une analyse de survie sans récidive montrait que ceux qui étaient dans le groupe (score PCL-R élevé, bonnes performances au traitement) récidivaient plus rapidement que ceux du groupe (PCL-R faible, bonnes performances au traitement). Il y avait donc un effet significatif de la psychopathie parmi les personnes ayant de bonne performance au cours du traitement
<b>Langton et al., Canada (115)</b>	Cohorte	476 AAS ayant participé à un programme thérapeutique entre 1989 – 2001 au Canada. 175 agresseurs sexuels de femmes de plus de 16 ans, 155 agresseurs sexuels d'enfants de moins de 15 ans, 99 incestes (agresseurs sexuels d'enfants de moins de 15 ans dans la famille), 45 agresseurs mixtes (enfants et adultes), 5 agresseurs sexuels d'hommes adultes, 3 agresseurs sans contacts (exhibition)	La durée moyenne à risque (jusqu'à la condamnation) était de 5,9 ans; modèle de Cox et analyse de survie	PCL-R était codé 0 si < 15 et 1 si ≥ 15 pour la récidive sérieuse, l'effet de la psychopathie (score PCL-R) était de 2,08 (IC95 % (1,36 – 3,17)), celui de la réponse au traitement de 0,92 (IC95 % (0,68 – 1,23)) pour la récidive sexuelle, l'effet de la psychopathie (PCL-R) était de 0,71 (IC95 % (0,07 – 6,91)), celui de la réponse au traitement de 0,95 (IC95 % (0,48 – 1,91)) ; interaction PCL-R et réponse au traitement HR = 1,3 PCL-R était codé 0 si < 25 et 1 si ≥ 25 pour la récidive sexuelle, l'effet de la psychopathie était de 0,04 (IC95 % (0,001 – 2,07)) et la réponse au traitement 0,92 (IC95 % (0,56 – 1,5)) ; interaction significative entre la psychopathie et réponse au traitement était significative (HR = 4,1 (p < 0,05))
<b>Looman Canada 2005 (94)</b>		102 auteurs d'agression sexuelle traité dans un programme de traitement résidentiel de 7 mois avec TCC au Canada		score PCL-R élevé et réduction du risque : taux de survie sans récidive = 70 %, à 4 ans score PCL-R élevé et pas de réduction du risque : taux de survie sans récidive = 50 % à 2,7 ans score PCL-R faible et réduction du risque : taux de survie sans

<b>Tableau 21. Rôle du traitement sur le risque de récidive</b>				
<b>Auteurs, Pays, Année</b>	<b>Design et Objectif</b>	<b>Echantillon</b>	<b>Modèle statistique et Durée de suivi</b>	<b>Facteurs de risque</b>
				récidive = 75,6 % à 5 ans score PCL-R faible et pas de réduction du risque : taux de survie sans récidive = 93,8 % à 4 ans



**Tableau 22. Performances de la combinaison de facteur pour la prédiction du risque de récidive.**

Auteurs, année (référence)	Facteurs de risque combinés	Performances
<b>Hanson et Harris 2001 (128)</b>	SONAR	Récidive sexuelle violente : ASC ROC de 0,74 et corrélation score SONAR la récidive de 0,43.
<b>Prentky et al. 1997 (222)</b>	SONAR (variables d'ajustement le score Static 99, âge, le score VRAG, le quotient intellectuel) quantité de contact avec les enfants ; degré de préoccupation sexuelle vis-à-vis des enfants ; impulsivité dans la vie ; comportement antisocial juvénile ; comportement antisocial adulte ; fréquence des agressions sexuelles antérieures ; paraphilie ; abus d'alcool ; compétences sociales ; types (sexe) des victimes	OR = 1,38 (IC95 % (1,22 – 1,55))  ASC ROC agressions sexuelles = 77,8 % agression non sexuelles impliquant victime = 78,7 % ; agressions violentes = 73,2 % sensibilité ; agressions sexuelles = 62,5 %, agression non sexuelles impliquant victime = 68,4 %, agressions violentes = 58,5 %, spécificité ; agressions sexuelles = 79,5 %, agression non sexuelles impliquant victime = 81,9 %, agressions violentes = 74,0 %,
<b>Scalora et Garbin 2003 (223)</b>	variables (V) démographiques V démographiques + histoire criminelle V démographiques + histoire criminelle + comportement de l'agresseur V démographiques + histoire criminelle + comportement de l'agresseur + facteurs criminelle.	Le pourcentage de variance du taux de récidive expliqué 8 % Le pourcentage de variance du taux de récidive expliqué 12 % Le pourcentage de variance du taux de récidive expliqué 16 % taux de classification correcte 64,3% Le pourcentage de variance du taux de récidive expliqué 19 % ; taux de classification correcte 73%
<b>Macpherson 2003 (224)</b>	l'ajustement psychologique (déviante sexuelle) victimes d'abus sexuel dans l'enfance : agression non violente dans le passé plusieurs types d'agressions sexuelles problème physique chez la victime : utilisation d'armes ou menaces de mort : augmentation de la fréquence et de la sévérité : dénier ou minimisation extrême : attitude qui favorise l'agression :	p = 0,0002 ; p = 0,005 p = 0,03 p < 0,0001 p = 0,002 p = 0,06 ; p < 0,001 p = 0,046 p = 0,01
<b>Firestone et al., 1998 (225)</b>	l'âge et le score MAST (abus et dépendance à l'alcool)	Taux de classification correcte de l'échantillon 78,6 % (taux de classification des non-récidivistes 92,6 % et 53,3 % de récidivistes)

<p><b>Dempster et Hart, 2002 (95)</b> Canada</p>	<p>échec des supervisions passées forte fréquence d'agressions sexuelles plusieurs types d'agressions sexuelles blessure chez la victime utilisation d'arme/menace de mort troubles mentaux majeurs idées suicidaires attitudes négative sur l'intervention</p>	<p><b>pour le risque de récidives sexuelles</b> (HR = 4,53, p&lt;0,001), (HR = 6,32, p&lt;0,01), (HR = 12,67, p &lt;0,001), (HR = 2, p &lt;0,01), (HR = 0,39, p&lt;0,05), (HR = 0,27, p&lt; 0,05), (HR = 3,56, p &lt; 0,05), (HR = 10,67, p &lt; 0,01).</p>
	<p>échec des supervisions passées plusieurs types d'agressions sexuelles, blessure chez la victime, abusé sexuellement dans l'enfance problèmes d'emploi.</p>	<p><b>pour la récidive en général</b> (HR = 1,57, p&lt;0,05), (HR = 0,56, p &lt;0,05), (HR = 2, p &lt;0,01) (HR = 1,6, p &lt;0,05), (HR = 1,62, p &lt; 0,05)</p>
<p><b>Hanson et Harris, 2000 (226)</b></p>	<p>score VRAG, du quotient intellectuel et du score de déviance variables dynamiques : se percevoir soi même comme pas à risque, la présence de mauvaise influence sociale, droits sexuels variables dynamiques aiguës : l'accès aux victimes, le manque de coopération avec la supervision (manque de motivation, manipulations, absentéisme), la colère</p>	<p>corrélacion multiple de 0,4 (p &lt; 0001) avec la récidive coefficient de corrélacion multiple de 0,53 (p &lt; 0,001) avec la récidive ; coefficient de corrélacion multiple de 0,32 (p &lt; 0,01)</p>

**Tableau 23. Données de validation du Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)**

Auteurs années, pays, référence	population	Durée du suivi	Accord inter-juge	Corrélation avec le risque de récurrence	Aire sous la courbe ROC (ASC ROC)
<b>Bartosh et al., 2003 (118) États-Unis</b>	délinquants sexuels ayant participé à un programme d'injonction	Entre de 60 et 66 mois, moyenne entre libération et toute nouvelle accusation = 30,5 mois (sd = 18,4)		récurrence était $r = 0,387$	récurrences sexuelles ASC ROC = 0,58 (NS) ; récurrences violentes ASC ROC = 0,72 ; récurrences sexuelles et/ou violentes ASC ROC = 0,64 ; toute récurrence ASC ROC = 0,74.
<b>Nunes et al. 2002 (119) Canada</b>	258 hommes agresseurs sexuels, dont 138 cas incestes, 107 agresseurs sexuels extrafamiliaux d'enfants, 13 agresseurs sexuels de femmes L'âge moyen était 38,2 ans	La durée moyenne de suivi était 7,3 ans (sd = 6,7)			récurrence sexuelle était ASC ROC = 0,65 (IC95 % (0,52 – 0,76))
<b>Ducro et Pham, 2006 (88) Belgique</b>	147 hommes agresseurs sexuels hospitalisés dans un hôpital psychiatrique de haute sécurité en Belgique ; 63,8 % était des agresseurs sexuels d'enfants de moins de 14 ans La moyenne d'âge = 45 ans			récurrence en général échantillon total $r = 0,3$ agresseurs d'enfants $r = 0,24$ agresseur avec victimes de plus de 14 ans $r = 0,3$ récurrence sexuelle échantillon total $r = 0,18$ , agresseurs d'enfants $r = 0,19$ , agresseur avec victimes de plus de 14 ans $r = 0,21$ récurrence violente ; échantillon total $r = 0,24$ , agresseurs d'enfant $r = 0,17$ , agresseur avec victime de plus de 14 ans $r = 0,39$	récurrence en général ; échantillon total ASC ROC = 0,7 (IC95 % (0,6 – 0,79)), récurrence sexuelle ; échantillon total ASC ROC = 0,64 (IC95 % (0,53 – 0,75)), récurrence violente ; échantillon total ASC ROC = 0,72 (IC95 % (0,62 – 0,82)).
<b>Looman 2006 (66) Canada</b>	258 agresseurs sexuels libérés d'un centre régional de traitement des agresseurs sexuels 119 = agresseurs sexuel de femmes de plus de 16 ans, 62 = agresseurs sexuels d'enfants de moins de 12 ans, 32 = agresseurs sexuels d'enfant entre 12 et 16 ans, 17 cas d'incestes et 28 cas d'agresseurs sexuels mixtes. moyenne d'âge = 36,4 ans	Moyenne période suivi = 5,1 ans.			récurrence sexuelle : ACS ROC = 0,69 (NS) ; récurrence violente : ACS ROC = 0,69 ( $p < 0,01$ )

**Tableau 24. Données de validation *Rapid Risk Assessment for sex offender recidivism (RRASOR)***

Auteurs années, pays, référence	population	Durée du suivi	Accord inter-juge	Corrélation avec le risque de récurrence	Aire sous la courbe ROC (ASC ROC)
<b>Långström 2004 (120) Suède</b>	1 303 délinquants sexuels en Suède dont 1 085 délinquants sexuels nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), 128 asiatiques ou africains et 49,4 % était des d'européens non nordiques. 46 % (n = 597) étaient des agresseurs d'enfants, 42 % (n = 548) des agresseurs de femmes.	durée moyenne de suivi de l'échantillon était de 5,7 ans variant de 3 ans à 8 ans		récidive sexuel pour les délinquants sexuels nordiques $r = 0,30$ ( $p < 0,01$ ) délinquants sexuels européens non nordiques $r = 0,52$ ( $p < 0,01$ ) récidive violente non sexuelle délinquants sexuels nordiques $r = 0,07$ ( $p < 0,05$ ) européens non nordiques $r = 0,20$	pour le taux de récurrence d'agressions sexuelles, l'estimation de L'ASC ROC était de : 0,76 IC95 % (0,69 – 0,83) chez les délinquants sexuels nordiques, 0,77 IC95 % (0,48- 1,05) chez les européens non nordiques, 0,48 IC95 % (0,20 – 0,77) dans l'échantillon des africains et des asiatiques. pour le taux de récurrence d'agressions non sexuelles violentes l'estimation de L'ASC ROC était de : 0,58 IC95 % (0,52 – 0,65) chez les délinquants sexuels nordiques, 0,76 IC95 % (0,60 - 0,90) chez les européens non nordiques, 0,53 IC95 % (0,41 – 0,66) dans l'échantillon des africains et des asiatiques
<b>Sjöstedt et Långström 2001 (121) Suède</b>	De 1 368 agresseurs sexuels âgés de plus de 18 ans, condamnés pour agression sexuelle moyenne d'âge 40,23 ans, variait entre 18 et 77 ans	période de 5 ans (entre 1993 et 997)		pour la récurrence sexuelle : tout l'échantillon $r = 0,22$ , agression de femmes de plus de 16 ans (n = 633) ; $r = 0,17$ , agression d'enfants (n = 593) ; $r = 0,26$ ; pour toute récurrence violente : tout l'échantillon $r = 0,17$ , agression de femmes de plus de 16 ans (n = 633) ; $r = 0,12$ , agression d'enfants (n = 593) ; $r = 0,17$ .	récurrence sexuelle ; tout l'échantillon ASC ROC = 0,72 (0,64 – 0,80), toute récurrence violente ; tout l'échantillon ASC ROC = 0,63 (0,58 – 0,67),
<b>Bartosh et al. 2003 (118) États-Unis</b>	délinquants sexuels ayant participé à un programme d'injonction	Entre de 60 et 66 mois, moyenne entre libération et toute nouvelle accusation = 30,5 mois (sd = 18,4)		récurrence sexuelle $r = 0,187$	pour les récurrences sexuelles ASC ROC = 0,63 ; pour les récurrences violentes ASC ROC = 0,57 (NS) ; pour les récurrences sexuelles

<p><b>Hanson et Thornton 2000 (122) Canada</b></p>	<p>1 208 délinquants sexuels issus de 4 échantillons l'institut Philippe Pinel (Canada clinique psychiatrique sécurisée) (n = 344, âge moyen à la libération = 36,2 ans); Millbrook (prison provinciale) : (n = 191, âge moyen à la libération = 33,1 ans) Oak Ridge (clinique psychiatrique sécurisée) n = 142, âge moyen à la libération = 30,4 ans) Prison Royaume-Uni n = 531, âge moyen à la libération = 34,4 ans)</p>	<p>Millbrook (prison provinciale) durée moyenne de suivi = 23 ans, Oak Ridge (clinique psychiatrique sécurisée) durée moyenne de suivi = 10 ans Prison Royaume-Uni, durée moyenne de suivi = 16 ans</p>	<p>récidive sexuelle r = 0,28 ; récidive violente r = 0,22,</p>	<p>et/ ou violentes ASC ROC = 0,74 ; pour toute récidive ASC ROC = 0,59 (NS).  la récidive sexuelle ASC ROC = 0,68 IC95 % (0,65 – 0,72), pour la récidive violente, ASC ROC = 0,64 IC95 % (0,6 – 0,67).</p>
<p><b>Allan et al., 2006 (123) Australie</b></p>	<p>Australie, sur un échantillon de 538 délinquants sexuels</p>			<p>Récidive sexuelle : délinquants sexuels au Canada, l'estimation de l'ASC ROC variait en moyenne de 0,71 à 0,77 délinquants sexuels du Canada et du Royaume-Uni, l'estimation de l'ASC ROC était de 0,68 délinquants sexuels en Suède, l'estimation de l'ASC ROC variait en moyenne de 0,72 à 0,73 toute nouvelle agression délinquants sexuels en Australie l'ASC ROC du RRASOR pour dans cet échantillon était 0,71 agressions sexuelles non violentes 0,72 agressions sexuelles violentes 0,46</p>

Tableau 25. Données de validation Static 99

Auteurs années, pays, référence	Population	Durée du suivi	Accord inter-juge	Corrélation avec le risque de récidive	Aire sous la courbe ROC (ASC ROC)
<b>Olver et al. 2007 (99) Canada</b>	321 délinquants sexuels, 96,3 % avaient plus d'une condamnation pour agression sexuelle. La durée de la sentence était 5,8 ans (sd = 3,9) moyenne d'âge = 30,5 (sd = 9,8) pour ceux ayant fait des agressions répétées et 42,7 pour ceux ayant une seule agression. Hôpital psychiatrique de sécurité maximale	Moyenne de suivi = 10 ans (sd = 4 ans), la durée moyenne pour la première agression sexuelle était 3,8 ans (sd = 3,3)	corrélations intra-classe à 0,82.		
<b>Hanson et Thornton 2000 (122) Canada</b>	1 208 délinquants sexuels issus de 4 échantillons l'institut Philippe Pinel (Canada clinique psychiatrique sécurisée) (n = 344, âge moyen à la libération = 36,2 ans); Millbrook (prison provinciale) : (n = 191, âge moyen à la libération = 33,1 ans) Oak Ridge (clinique psychiatrique sécurisée) n = 142, âge moyen à la libération = 30,4 ans) Prison Royaume-Uni n = 531, âge moyen à la libération = 34,4 ans)	Millbrook (prison provinciale) durée moyenne de suivi = 23 ans, Oak Ridge (clinique psychiatrique sécurisée) durée moyenne de suivi = 10 ans Prison Royaume-Uni, durée moyenne de suivi = 16 ans		récidive sexuelle, r = 0,33 ; récidive violente, r = 0,32.	récidive sexuelle ASC ROC = 0,71 IC95 % (0,68 – 0,74) ; récidive violente, ASC ROC = 0,69 IC95 % (0,66 – 0,72)
<b>Långström 2004 (120) Suède</b>	1 303 délinquants sexuels en Suède dont 1 085 délinquants sexuels nordiques (Danemark, Finlande, Norvège, Suède), 128 asiatiques ou africains et 49,4 % était des européens non nordiques. 46 % (n = 597) étaient des agresseurs d'enfants, 42 % (n = 548) des agresseurs de femmes.	durée moyenne de suivi de l'échantillon était de 5,7 ans variant de 3 ans à 8 ans		récidive sexuelle r = 0,27 (p < 0,01) pour les délinquants sexuels nordiques r = 0,42 (p < 0,01) pour les délinquants sexuels européens non nordiques	Pour le taux de récidive d'agressions sexuelles, l'estimation de l'ASC ROC était de : 0,76 (IC95 % (0,70 – 0,84)) chez les délinquants sexuels nordiques, 0,79 (IC95 % (0,55- 1,03)) chez les européens non nordiques, 0,50 (IC95 % (0,25 – 0,74)) dans l'échantillon des africains et des asiatiques. l'ASC ROC estimé à 0,62
<b>Sreenivasan et al. 2007 (126) États-Unis</b>	137 délinquants sexuels dont 27 % avaient moins de 20 ans et 61 % entre 20 et 29 ans	10 ans de suivi		Récidive sexuelle 0,24 (p < 0,01)	
<b>Nunes et al. 2002 (119) Canada</b>	258 hommes agresseurs sexuels adultes, dont 138 cas incestes, 107 agresseurs sexuels extra familiaux d'enfants, 13 agresseurs sexuels de L'âge moyen était 38,2 ans	La durée moyenne de suivi était 7,3 ans (sd = 6,7)		récidive sexuelle r = 0,18	pour la récidive sexuelle était 0,70 IC95 % (0,60 – 0,79).
<b>Sjöstedt et Långström</b>	de 1 368 agresseurs sexuels âgés de plus de 18 ans, condamnés pour	période de 5 ans (entre		pour la récidive sexuelle : tout l'échantillon : r = 0,22,	récidive sexuelle ; tout l'échantillon ASC ROC = 0,76

<p><b>2001 (121) Suède</b></p>	<p>agression sexuelle moyenne d'âge 40,23 ans, variait entre 18 et 77 ans</p>	<p>1993 et 997)</p>	<p>agression de femme de plus de 16 ans (n = 627) ; r = 0,22, agression d'enfants (n = 584) ; r = 0,22, toute récidive violente ; tout l'échantillon r = 0,30 agression de femme de plus de 16 ans (n = 627) ; r = 0,26, agression d'enfants (n = 584) ; r = 0,27.</p>	<p>IC95 % (0,69 – 0,83) ; toute récidive violente ; tout l'échantillon ASC ROC = 0,74 IC95 % (0,70 – 0,78)</p>
<p><b>Bartosh et al., 2003 (118) États-Unis</b></p>	<p>délinquants sexuels ayant participé à un programme d'injonction</p>	<p>Entre de 60 et 66 mois, moyenne entre libération et toute nouvelle accusation = 30,5 mois (sd = 18,4)</p>	<p>le risque de récidive était r = 0,308</p>	<p>pour les récidives sexuelles ASC ROC = 0,636 ; pour les récidives violentes ASC ROC = 0,66 ; pour les récidives sexuelles et/ou violentes ASC ROC = 0,73 ; pour toute récidive ASC ROC = 0,69.</p>
<p><b>Ducro et Pham, 2006 (88) Belgique</b></p>	<p>147 hommes agresseurs sexuels hospitalisés dans un hôpital psychiatrique de haute sécurité en Belgique ; 63,8 % était des agresseurs sexuels d'enfants de moins de 14 ans La moyenne d'âge = 45 ans</p>		<p>récidive en général : échantillon total r = 0,32, agresseurs d'enfants r = 0,38, agresseur avec victime de plus de 14 ans r = 0,38 ; récidive sexuelle ; échantillon total r = 0,23, agresseurs d'enfants r = 0,33, agresseur avec victime de plus de 14 ans r = 0,15 ; récidive violente ; échantillon total r = 0,27, agresseurs d'enfants r = 0,33, agresseur avec victime de plus de 14 ans r = 0,25.</p>	<p>récidive en général, échantillon total : ASC ROC = 0,7 IC95 % (0,61 – 0,80) ; récidive sexuelle, échantillon total : ASC ROC = 0,66 IC95 % (0,56 – 0,76) ; récidive violente, échantillon total : ASC ROC = 0,68 IC95 % (0,56 – 0,80).</p>
<p><b>Looman 2006 (66) Canada</b></p>	<p>258 agresseurs sexuels libérés d'un centre régional de traitement des agresseurs sexuels 119 = agresseurs sexuel de femmes de plus de 16 ans, 62 = agresseurs sexuels d'enfants de moins de 12 ans, 32 = agresseurs sexuels d'enfant entre 12 et 16 ans, 17 cas d'incestes et 28 cas d'agresseurs sexuels mixtes. moyenne d'âge = 36,4 ans</p>	<p>Moyenne période suivi = 5,1 ans.</p>		<p>pour la récidive sexuelle :ACS ROC = 0,63 (NS) ; pour la récidive violente : ACS ROC = 0,56 (NS).</p>
<p><b>De Vogel 2004</b></p>	<p>95 agresseurs de femmes, 27 agresseurs sexuels d'enfants (16 fille s</p>	<p>Moyenne de 140 mois et</p>	<p>Score total : ICC Récidive sexuelle : r = 0,38 ; récidive violente : r = 0,11 et</p>	<p>récidive sexuelle, ASC ROC score total 0,71 ;</p>

**(125)**  
**Pays-Bas**

extra-familiale, 10 agresseurs de garçons, et 1 inceste). Tous des hommes,

variait entre 20 et 291 mois

= 0,80, la définition des différentes catégories : ICC = 0,61,

récidive en générale  $r = 0,13$

récidive violente, ASC ROC score total 0,54 ;  
récidive en général, ASC ROC score total 0,57.



Tableau 26. Données de validation de la Risk Matrix 2000 (RM 2000)

Auteurs années, pays, référence	Population	Durée du suivi	Accord inter-juge	Corrélation avec le risque de récidive	Aire sous la courbe ROC (ASC ROC)
<b>Craig et al. Royaume-Uni 2006 (130)</b>	131 agresseurs dont 81 agresseurs sexuels (moyenne d'âge = 37,2 ans, variant de 15 à 74 ans) 46 agresseurs violents non sexuels (moyenne d'âge = 28 ans, variant de 16 à 56 ans)	Durée moyenne de suivi 8 ans et 7 mois. (sd = 9,5 mois)		<p>La corrélation entre le score de Risk matrix 2000 violence et le risque de récidive sexuelle et violente à 5 ans était de 0,28 (p &lt;0,01).</p> <p>La corrélation entre le score de Risk matrix 2000 violence et le risque de récidive sexuelle et violente à 5 ans était de 0,19 (p &lt;0,05)</p>	<p>Pour le RM 2000 violence dans le groupe des agresseurs sexuelles ; Récidive violente à 2 ans : ASC ROC = 0,87, à 5 et 10 ans de suivi ACS ROC = 0,86. Récidive sexuelle à 2 ans : ASC ROC = 0,66, à 5 ans = 0,68, à 10 ans = 0,65</p> <p>Pour le RMS 2000 SO Récidive sexuelle à 2 ans : ASC ROC = 0,60, à 5 ans de suivi ACS ROC = 0,68, à 10 ans ASC ROC = 0,59. Récidive violente à 2 ans : ASC ROC = 0,54, à 5 ans et 10 ans de suivi ACS ROC = 0,64</p>
<b>Thornton et al. 2003 (131)</b>	<p><b>échantillon 1</b> : 647 patient traités en début 1990, moyenne d'âge 41,3 ans, 28 % pour inceste, 84% pour agression sur personne de moins de 18 ans</p> <p><b>échantillon 2</b> ; 2 429 cas, moyenne d'âge 34,2 ans, 12 % condamnés pour inceste, 62 % pour agression chez des personnes de moins de 18 ans,</p> <p><b>échantillon 3</b> : 311 patients libéré de prison en 1980 après un emprisonnement d'au moins 4 ans pour agression sexuelle</p>				<p><b>récidive sexuelle</b> échantillon 1 ASC ROC = 0,77, échantillon 2 ASC ROC = 0,75</p> <p><b>récidive violente</b> échantillon 1 ASC ROC = 0,85, échantillon 2 ASC ROC = 0,80, échantillon 3 ASC ROC = 0,78</p> <p><b>toute récidive</b> échantillon 1 ASC ROC = 0,81, échantillon 2 ASC ROC = 0,74</p>

Tableau 27. Études de validation de la Violence risk scale – sexual offender Version

Auteurs années, pays, référence	Population	Durée du suivi	Accord inter-juge	Corrélation avec le risque de récidive	Aire sous la courbe ROC (ASC ROC)
Olver et al., Canada 2007 (99)	3,21 délinquants sexuels, 96,3 % avaient plus d'une condamnation pour agression sexuelle. La durée de la sentence était 5,8 ans (sd = 3,9) moyenne d'âge = 30,5 (sd = 9,8) pour ceux ayant fait des agressions répétées et 42,7 pour ceux ayant une seule agression.	Moyenne de suivi = 10 ans (sd = 4 ans), la durée moyenne pour la première agression sexuelle était 3,8 ans (sd = 3,3)		<p>La corrélation entre le VRS : SO et le static 99 était 0,37</p> <p><b>Récidive sexuelle</b> Variables statiques : r = 0,36 Variables dynamiques avant le traitement r = 0,23 Variables dynamiques après le traitement r = 0,26</p> <p><b>Récidive violente non sexuelle</b> Variables statiques : r = 0,17 Variables dynamiques avant le traitement r = 0,03 Variables dynamiques après le traitement r = 0,06</p> <p><b>Récidive sexuelle,</b> Déviance prétraitement r = 0,14 Déviance post traitement r = 0,16 Criminalité prétraitement r = 0,17 Criminalité post traitement r = 0,21 Réponse au traitement prétraitement : r = 0,12 Réponse au traitement post traitement r = 0,15</p> <p><b>Récidive violente non sexuelle</b> Déviance prétraitement r = - 0,26 Déviance post traitement r = - 0,25 Criminalité prétraitement r = 0,26 Criminalité post traitement r = 0,28 Réponse au traitement prétraitement : r = 0,15 Réponse au traitement post traitement r = 0,15</p>	<p><b>Récidive sexuelle</b> <b>ASC ROC Variables</b> statiques : 0,74 (0,68 – 0,80) ASC ROC Variables dynamiques avant le traitement 0,66 (0,59 - 0,73) ASC ROC Variables dynamiques après le traitement 0,67 (0,60 - 0,74)</p> <p><b>Récidive non sexuelle violente</b> ASC ROC Variables statiques : 0,60 (0,53 – 0,66) ASC ROC Variables dynamiques avant le traitement 0,53 (0,46 - 0,59) ASC ROC Variables dynamiques après le traitement 0,55 (0,48 - 0,61)</p>

**Tableau 29. Les différents modules de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelle par TCC**

Auteurs Année, pays	Modules de TCC	Définition du contenu des modules
Zgoba <i>et al.</i> , 2003 Etats-Unis (148)	<b>Caractéristiques des auteurs d'agression sexuelle</b>	Module d'introduction au traitement, il inclut l'identification du type et des motivations de l'auteur d'agression sexuelle. Il permet au participant de comprendre ce que sera la thérapie et sur quoi elle portera. Il donne également l'espoir de réduire l'isolement de délinquant qui peut se voir comme sans espoir d'amélioration et isolé.
	<b>Attention et empathie envers les victimes</b>	Ce module aide l'AAS à identifier les conséquences à long terme et court terme de l'agression sexuelle sur les victimes en général et si possible sur la victime de l'auteur d'agression en particulier.
	<b>Restructuration cognitive</b>	Ce module examine la justification que l'AAS utilise pour se convaincre que son comportement sexuel déviant n'est pas dangereux. Le but est d'aider l'AAS à accepter plus de responsabilité sur son comportement.
	<b>Eviter la déviance sexuelle</b>	L'AAS travaille pour identifier sa propre chaîne délictuelle, le mécanisme de ses motivations, émotions, pensées et comportements. La stratégie de prévention de la récurrence fondée sur les facteurs de risque personnels est souvent mise en place dans ce module.
	<b>Gestion de la colère</b>	Certains AAS ont des difficultés à gérer et/ou exprimer correctement leur colère. Ce module permet d'aider les participants à identifier leur colère, à la prévenir et à l'exprimer de manière appropriée.
	<b>Entraînement à l'assertivité</b>	Ce module identifie les styles de comportements assertifs, passifs et agressifs, et aide l'AAS à adopter un comportement plus assertif.
	<b>Entraînement aux compétences sociales</b>	Il s'agit d'une conversation concrète sur les compétences nécessaires à l'AAS pour instaurer et maintenir des relations amicales, professionnelles et affectives.
	<b>Autobiographie</b>	L'AAS explore sa vie et examine les déterminants et ses choix.
	<b>Éducation sexuelle</b>	Les AAS ont souvent peu de connaissance sur la sexualité humaine. L'éducation sexuelle ne concerne pas uniquement la biologie, mais également les mythes, les attentes culturelles sur les performances sexuelles. Ces points sont des éléments essentiels de la thérapie.
	<b>Réduction du stress</b>	Méditation, relaxation sont des éléments souvent rencontrés dans les thérapies. Ces éléments sont fondés sur l'hypothèse que les AAS ont des difficultés à gérer le stress et l'anxiété.
	<b>Gestion de l'abus de substance</b>	L'abus de substance illicite est une comorbidité fréquemment rencontrée chez les AAS. Une composante du traitement est centrée sur la gestion efficace de la consommation de substances psychoactives.

<b>Marx et al. 1999 (149)</b>	<b>Contrôle de l'excitation</b>	L'excitation aux fantasmes et aux stimuli sexuels déviants sont des précurseurs du comportement sexuel déviant. Le contrôle de l'excitation déviante est une cible prioritaire de la stratégie de prise en charge des délinquants sexuels.
	<b>Modification de la distorsion cognitive</b>	La thérapie consiste à identifier, évaluer et modifier les croyances qui entraînent un comportement sexuel agressif. Il faut aider le délinquant à comprendre les autres et à développer un sentiment d'empathie pour les victimes.
	<b>Éducation sur les compétences</b>	Les AAS ont en général un déficit des capacités de relation sociale et interpersonnelles de base qui permettent le développement et le maintien d'une relation interpersonnelle de qualité. La majorité des AAS ont de faibles capacités à résoudre des problèmes. Ils sont peu assertifs et ne réussissent pas à gérer les états de colères ou de stress. L'objectif de la majorité des traitements est d'aider l'AAS à gérer de manière efficace les situations sociales et à développer des relations interpersonnelles de qualité. Il est également important d'aider l' AAS à développer et à maintenir un style de vie plus fonctionnel.
	<b>Prévention de récurrence</b>	Il faut (il convient d') identifier les situations à haut risque pour un comportement sexuel agressif, permettre au patient de reconnaître les décisions et les idées qui le mettent dans cette situation à risque de récurrence, planifier, développer et mettre en pratique un ensemble de stratégie de <i>coping</i> qui permet d'identifier les facteurs de risque et les situations à risque, restructurer l'interprétation du besoin de récidiver, développer une stratégie permettant de réduire le risque de récurrence, développer un style de vie permettant de promouvoir l'absence d'agressions sexuelles. L'apprentissage dans les stratégies de prévention permet d'impliquer le délinquant sexuel dans le processus et lui donne un rôle actif et de contrôle du processus.
	<b>Traitement médicamenteux</b>	Quand il est déterminé qu'un AAS présente un risque élevé de récurrence, l'utilisation des traitements médicamenteux est en général envisagée. Ces traitements doivent toujours être utilisés en combinaison avec la psychothérapie.
<b>Vanderstukken et Schiza, 2006 (227) France SMPR de Loos</b>	<b>Module 1 Intégration / Information</b>	1 séance Présentation des participants et thérapeutes ; Établissement d'une charte thérapeutique ; – Articulation avec clinicien référent du suivi individuel ; – Post bilan ; – Ponctualité ; régularité ; respect de l'autre ; – Signée par participants et thérapeutes ; - Toujours présente dans le local.
	<b>Module 2 Discussion sur thème choisi</b>	2 séances <b>Première séance</b> L'objectif est de travailler sur la dynamique de groupe à travers une présentation générale des participants entre eux. – Discussion sur des thèmes peu chargés émotionnellement ; Soi, sa famille, ses amis, Centres d'intérêt, hobbies, Intérêt d'un suivi individuel et/ou de groupe.

**Module 3**  
**Affirmation de soi**

**Deuxième séance**

L'objectif est la consolidation de la dynamique de groupe

Discussion sur des thèmes liés aux conséquences des faits : Vécu de la garde à vue, Vécu de l'incarcération, Vécu du procès et de la condamnation

**3 séances**

Les objectifs sont d'introduire les problèmes de communication de présenter les 4 comportements existants (Affirmé / Passif / Agressif / Manipulateur), de différencier la « personnalité » des « comportements »

Ils sont modulables malgré les résistances de la part du patient ou de son entourage

Les changements possibles sont plus rapides

– **Prise de conscience de ses comportements**

Sont – ils chroniques ou systématiques ?

Sont – ils spécifiques en fonction des personnes ?

**Module 4**  
**Croyances erronées sur les grands comportements, sur la sexualité et les distorsions cognitives**

**4 séances**

**Première séance : Croyances erronées sur les grands comportements**

**Objectifs :** Prise de conscience de l'existence de croyances qui sous-tendent les différents comportements

Réflexion collective autour de ces croyances

– **Travail sur les croyances erronées sur des comportements**

Réflexion sur le développement des 4 grands comportements

Réflexion sur les normes culturelles et croyances personnelles

Travail collectif sur les croyances personnelles

Critiques constructives et modification(s) (individuelle et collective) de ces croyances erronées sur base d'exemples proposés par thérapeutes puis participants

**Deuxième séance : croyances erronées sur la sexualité**

L'objectif est de faire réfléchir les participants autour de la sexualité en général

– **Travail sur les croyances erronées sur la sexualité**

Basé sur des questionnaires (cfr bilan) et images

(« Qu'en dit-on ») concernant les croyances autour de la sexualité

**Troisième séances : Projection du film « American Beauty**

**Quatrième séance : Distorsions cognitives**

- **Résumé du film par les patients**

– **Repérage par les patients**

Évolution des comportements

Évolution du fantasme

– **Expression libre sur ses croyances et ressenti**

En lien avec le film

En lien avec ses propres expériences

– **Échanges au sein du groupe autour de**

**Module 5**  
**« Musico – thérapie et**  
**Expression corporelle »**

Distorsions cognitives des patients relevées par d'autres patients  
Distorsions cognitives relevées par thérapeutes pendant la séance

Les objectifs sont de favoriser l'expression émotionnelle et l'expression corporelle

Modalités

- Séances intégrées entre chaque module
- Constituent une sorte de fil rouge évolutif

Intérêt

- Émergence de l'expression émotionnelle de personnes présentant Difficultés d'expression / élaboration / mentalisation

Défenses par l'intellectualisation

**Module 6 : « Empathie »**

**2 séances**

**Première séance**

**Projection du film « Blessure d'enfance »**

Témoignages d'agresseurs sexuels et de victimes

- **Discussion autour du point de vue de l'agresseur**

En lien avec des thèmes soulevés par le film

En lien avec sa propre expérience

- **Intérêt**

Ressenti émotionnellement chargé pendant le film

Expression de leur vécu dans un premier temps

**Deuxième séance**

- **Retour sur leur ressenti**
- **Discussion autour du point de vue de la victime**

En lien avec les témoignages du film

En lien avec les représentations qu'ils ont du vécu de leur(s) victime(s) ou leur propre vécu de victime

- **Cette séance ne vise pas**

Verbalisation d'un sentiment de culpabilité

D'un acte de contrition (position moraliste)

- **Cette séance vise un travail sur**

Le lien et les interactions avec la/les victime(s)

En lien avec le passage à l'acte

**Module 7 : Clôture**

**1 séance**

**Tous les thérapeutes sont présents**

**Retour sur le vécu des patients**

- Ils peuvent revenir sur des points importants pour eux

**Évaluation globale du programme de traitement par les patients**

- Pour chaque module ou séance, les patients relèvent les intérêts, les difficultés, les critiques

Tableau 30. Description de programme de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle dans les études

Auteurs Année, pays	Cadre	Durée	Thérapie de groupe	Prévention de la récidive	Thérapie individuelle	Thérapie familiale	Suivi post traitement
<b>Crolley et al., 1998, Etats-Unis (157)</b>	Highlanhland institute for behavioral change (HIBC) à Atlanta La majorité des personnes traitées étaient envoyé par la justice ; il y avait quelques cas volontaire	18 à 24 mois. Puisque chaque client progressait à son rythme, le traitement a duré 4 ans chez certains.	1/ semaine, durée 110 minute	le client apprend le concept de situation à haut risque (situation qui menace le contrôle de son comportement déviant. Dans les séances individuelles, le client est aidé pour analyser ses propres situations à haut risque et utilise les compétences d'autocontrôle pour éviter ou gérer la situation.	une fois / semaine, sur une durée de 50 minutes	50 minute / une fois par semaine pendant la phase intensive	Une session de thérapie de groupe par mois et une séance de thérapie individuelle par mois. La thérapie individuelle s'arrête lorsque le thérapeute et le client sont en accord sur l'arrêt. Le client peut alors continuer la thérapie de groupe en fonction de ses besoins
<b>Friendship et al., 2003 Royaume Uni (152)</b>	Le programme CORE AAS hommes, ayant une peine d'au moins 4 ans et volontaire pour participer à un traitement	composé de 29 séances de 2heures	thérapies cognitivo comportementales 4 séances de thérapie de groupe	2 à 4 séances de séance de gestion de risque	Commence par une thérapie individuelle		
<b>Friendship et al., 2003 Royaume Uni (152)</b>	CORE version 2	70 à 75 séances	thérapie de groupe	stratégie de prévention de la récidive	évaluation de la chaine individuelle de comportement cognitif		
<b>Maletzky et Steinhauser 2002 Étas-Unis (182)</b>	Programme de traitement en communauté des délinquants sexuels aux Etats-Unis	La durée moyenne du traitement était de 18 mois	TCC, éducation à l'empathie, éviter les mauvais comportements sexuels, éducation pour le contrôle des impulsions sexuelle	prévention des rechutes	Presque tous les participants avaient une thérapie individuelle (95 % de l'échantillon le traitement était individualisé en fonction des besoins du délinquant sexuel)		un conditionnement aversif, feedback avec pléthysmographie, reconditionnement de la masturbation, sensibilisation au vice,
<b>Marques et al., 2005 Étas-Unis (153)</b>	Programme de traitement SOTEP 18 – 30 mois avant libération, âge entre 18 – 60 ans, plus de 2 condamnations pour	hôpital psychiatrique 1 an puis 1 an en communauté	Séances de thérapie de groupe de 90 minutes / semaine + un travail d'éducation en groupe permettant	Une TCC intensive dans le programme de traitement en prison, spécialement centré dans la prévention de la récidive			Une prise en charge de 1 an en milieu ouvert Une prise en charge spécifique sur la réduction de risque avec les substances illicites (alcool,

	agression sexuelle, admettre l'agression, QI > 80, parler anglais, pas de psychose, pas de prise en charge sévère en prison		d'acquérir des connaissances spécifiques sur les situations à haut risque et les capacités nécessaires au délinquant.			drogues) était donnée au participants ayants des problèmes d'abus et de dépendance.
<b>McGrath et al. 2007 États-unis (158)</b>			TCC	Prévention de la récidive		un examen et une supervision par détecteur de mensonge (polygraphe). Le programme évaluait la compliance
<b>McGrath et al. 2003 États-unis (154)</b>	Programme de traitement en prison de moyenne sécurité dans une unité fermé. Peine de 4 ans ou plus		Thérapie cognitivo comportementale			Il intégrait un traitement en prison et un suivi hors de la prison
<b>Nicholaichuk et al. 2000 Canada (155)</b>	Centre de traitement de forte intensité des délinquants sexuel de 48 lits dans un centre régional de psychiatrie au Canada	la durée du traitement entre 6 et 8 mois	TCC	Prévention de la récidive		
<b>Schweitzer et Dwyer, 2003 Australie (156)</b>	Sexual offender treatment programm (SOTP) en Australie Condamnation pour agression sexuelle	15 semaines d'évaluation et thérapie 5 semaines de phase de planification 25 semaines de thérapie intensive	Thérapie cognitivo comportementale, thérapie de groupe avec 6 modules	prévention de la récidive		
<b>Zgoba et al. 2003 Etats-Unis (148)</b>	Adult Diagnostic Treatment Center (ADTC) Programme de traitement des AAS récidivistes et compulsif		TCC	prévention de la récidive	Thérapie individualisée.	Programme de traitement en 5 étapes ; les participants peuvent être placés en communauté thérapeutique dans le programme pour suivre leur comportement



						après l'étape 5.
<b>Dunsieth et al. 2004 Etats-Unis (44)</b>	Traitement résidentiel intense pour adultes de plus de 18 ans, QI ≥ 70, ayant commis au moins une agression sexuelle Traitement de l'abus de substances psychoactives inclus dans le programme + prise de médicament si nécessaire.	18 mois	5 heures de thérapie de groupe chaque jours	Prévention de la récurrence : Travail sur la claine délictuelle	Une séance de 1 h / semaine	
<b>Meyer et al. 2003 Etats-Unis (228)</b>	Programme de traitement en ambulatoire avec suivi intensif des AAS		TCC de groupe 2 fois par semaine au moins		1000 heures de thérapie individuelle Thérapie individuelle 2 fois mois au moins	Surveillance électronique
<b>Emeraud, 2003 (229)</b>	Unité fonctionnelle spécifique pour AAS (UFAAS) Grenoble-Varce		Groupe de parole fermé à visée thérapeutique pour AAS reconnaissant les faits		Entretiens individuels hebdomadaires dans les quartiers de détention	Réunion hebdomadaire soignant-soignés, activités de médiation (photolangage, cuisine, bibliothèque, enseignement, activité manuelle) ce sont des espaces de créations de création, de rencontre, de vie collective qui favorisent les échanges soignants-détenus et aux travers eux les processus d'identificatoires, les processus de restauration narcissique, d'apprentissage de mode de résolution de conflit surgissant dans le rapport à l'autre.

Tableau 32. Protocole de prise en des auteurs d'agressions sexuelles sous analogues de la GnRH

Auteurs, Pays, année	Protocoles Médicament	Protocole psychothérapie	Définition de la maladie Echantillon recruté	Critères évalués et suivi au cours du traitement
<b>Grasswick et al., Canada 2003 (230)</b>	Ambulatoire Castration chirurgicale ou injection de leuprolide ou CPA Castration chirurgicale (2), leuprolide (1) et 12.5 à 75 mg de CPA par jour (4)		Patients avec une paraphilie sévère( sadisme sexuel, pédophilie, voyeurisme) suivant à long terme un traitement antiandrogène avec des niveaux différents de traitement  7 patients sélectionnés parmi les patients traités par des psychiatres pour paraphilie sévère au Royal Ottawa Health Care Group, soit suivant le traitement volontairement, en ayant ou non effectué un crime sexuel, soit envoyé par la juridiction locale	Initial : diagnostic psychiatrique, médication, facteurs de risque pour l'ostéoporose (fracture, diabète, maladie de la thyroïde, calculs rénaux, utilisation de stéroïdes, anticoagulants ou anticonvulsivants, tabac, consommation d'alcool, exercice, perte de poids ou de taille, consommation inappropriée de vitamine D ou de calcium, antécédents familiaux d'ostéoporose) En cours de traitement : NFS, électrolytes, calcium, phosphate, AST, ALT, Gamma-GT, bilirubine totale, phosphatase alcaline, albumine, protéines, TSH, PTH, vitamine D, BUN, créatinine, taux plasmatique de testostérone, LH, FSH, œstradiol, progestérone et prolactine Densitométrie osseuse
<b>Briken et al., Allemagne 2000 (231)</b>	Ambulatoire 11.25 mg de leuproréline tous les 3 mois en IM 300 mg de CPA les 2 premières semaines	Psychothérapie	Le diagnostic était réalisé avec les critères de l'ICD 10. 11 patients paraphiles (7 pédophiles et 3 pédophiles sadiques) selon les critères de l'ICD 10 étant venu à la clinique, retard mental chez 5 patients et présence de trouble de la personnalité (borderline, anxieux, narcissique et schizoïde)	Fréquence des érections, éjaculations et masturbations, Intensité et fréquence des fantasmes sexuels déviants, taux sérique de testostérone
<b>Briken et al. Allemagne 2001 (232)</b>	Injection de leuprolide 11.25 mg de leupréline acétate (trenantone) tous les 3 mois en injection sous-cutanée 300 mg de CPA par semaine pendant les 2 premières semaines	psychothérapie de soutien	Patients remplissant les critères du ICD-10 pour le sadisme sexuel, la pédophilie ou le trouble du contrôle des pulsions sexuelles	Initial : examen urologique, psychiatrique et sexologique En cours de traitement : Fréquence des érections, éjaculations et masturbations, fréquence et intensité des fantasmes déviants
<b>Krueger et al., 2001 (233)</b>	Ambulatoire Injection de leuprolide 3.75 ou 7.5 mg par mois de leuprolide	Pour certains TCC de groupe ou psychothérapie de soutien individuelle et thérapie de prévention de la rechute	Patients remplissant les critères du DSM-IV pour une paraphilie  12 patients	Initial : taux sériques de testostérone, LH et FSH En cours de traitement : évaluation de la densité osseuse, taux sériques de testostérones, LH et FSH

	acetate IM			
<b>Thibaut et al., France, 1996 (46)</b>	Hospitalisation initial Ambulatoire  Injection intramusculaire de 3.75 mg de triptorelin IM par mois et 200 mg de CPA par jour pendant au moins 1 mois	Psychothérapie	Diagnostic d'une paraphilie selon les critères du DSM-III-R 1 avec 3 arrestions 1 un agression avec un enfant 1 avec trouble bipolaire + pédophilie et 1 arrestion pour agression sexuelle contre jeune garçon 1 avec personnalité borderline, 10 épisode de contacts sexuelle avec les jeune garçon 1 avec personnalité histrionique, condamnation pour 3 actes de pédophilie  1 avec retard mental et exhibitionisme, plusieurs contact avec les filles qui n'étaient pas enregistré à la police	Initial : examen clinique et entretien psychiatrique - En cours de traitement : entretien mensuel où interrogation sur la nature, la fréquence, et l'intensité des fantasmes sexuels déviants et sur la nature et la fréquence de l'activité sexuelle Taux plasmatique de testostérone, d'œstradiol, de LH et de TeBG. Densité osseuse vertébrale et fémorale
<b>Rosler et al., Israël, 1998 (214)</b>	3.75 mg de triptoreline IM par mois pendant une durée indéterminée et psychothérapie de soutien durant 8 à 42 mois	Psychothérapie de soutien, 1 à 4 fois par mois, effectuée par un psychiatre expérimenté dans le traitement des paraphiles	Diagnostic d'une paraphilie sévère (pédophilie, exhibitionnisme, voyeurisme et frotteurisme) selon les critères du DSM-IV  30 patient dont 25 pédophiles. 16 sur 30 avaient une condamnation anétrieure pour agression sexuelle.	Initial : Antécédents médicaux et psychiatriques, mesure du volume testiculaire, taux plasmatique de LH, FSH et testostérone, densités minérales osseuses du col fémoral et de la colonne vertébrale lombaire - En cours de traitement : comportement comparé à celui avant le traitement ou à celui lors du suivi d'un traitement antérieur par des médicaments sérotoninergiques taux plasmatique de LH, FSH et testostérone tous les mois, volume testiculaire tous les 3 mois, densité osseuse tous les 6 mois évaluation grâce au <i>Three Main Complaints questionnaire</i> (centré sur les 3 problèmes qui affecte le plus le sujet et pour lesquels celui-ci attend le plus d'aide et de soutien) et au <i>Intensity of Sexual Desire and Symptoms Scale</i> (évaluation de 3 types de comportement) évaluation de l'intérêt et du désir sexuel en fonction de la nature, l'intensité et la fréquence des pensées et des désirs sexuels évaluation de l'activité sexuelle en fonction de la fréquence de la masturbation et de tout acte déclaré entraînant un orgasme, de la nature et du nombre d'incidents comportementaux sexuels anormaux. Évaluation des fantasmes sexuels par la description des fantasmes érotiques, de l'objet de leur fantasme, de leur intensité et de leur fréquence.
<b>Thibaut et al., France,</b>	3.75 mg par mois IM de triptorelin ou	psychothérapie	Diagnostic de paraphilie selon les critères du DSM-III-R Personnes se plaignant de leur comportement déviant	Initial : examen clinique et taux plasmatique de testostérone 17 β œstradiol, FSH, LH et TeBG,

<p><b>1993 (234)</b></p>	<p>decapeptyl pendant une durée de 10 jours à 1 an</p>		<p>6 patients</p>	<p>mesure de la densité osseuse vertébrale et fémorale En cours de traitement : Taux plasmatique de testostérone, 17 β œstradiol et LH évaluation de l'efficacité du traitement par des questions sur la nature, la fréquence et l'intensité des fantasmes sexuelles déviants et sur la nature et la fréquence de l'activité sexuelle</p>
------------------------------	--	--	-------------------	---

**Tableau 33. Protocole de prise en des auteurs d'agressions sexuelles sous Cyprotérone (CPA)**

Auteurs, Pays, année	Protocoles Médicament	Protocole psychothérapie	Définition de la maladie Echantillon recruté	Critères évalués et suivi au cours du traitement
<b>Brotherton Allemagne 1974 (235)</b>	Hôpital  100 mg par jour de CPA par voie orale	Non disponible	Patients ayant une hypersexualité avec des caractéristiques sexuelles normales  18 patients	effets du CPA sur les niveaux de FSH et LH
<b>Menghini et al., Suisse 1991 (236)</b>	Hôpital Injection de CPA	Psychothérapie	Patients hospitalisés pour une déviance sexuelle	
<b>Cooper, Canada 1981 (237)</b>	Ambulatoire  Injection de CPA/placebo  4 semaines de cyprotérone acetate ou de placebo 50 mg IM ou sans traitement	Pas de psychothérapie	Patients avec des problèmes sexuels sévères avec des répercussions légales ou sociales	Score d'intérêt sexuel Score d'activité sexuelle Érections spontanées journalières Masturbation programmée : score de rapidité de l'orgasme et nombre Taux de testostérone plasmatique avant la séance de masturbation
<b>Grasswick et al., Canada 2003 (230)</b>	Ambulatoire  Castration chirurgicale ou injection de leuprolide ou CPA Castration chirurgicale (2), leuprolide (1) et 12.5 à 75 mg de CPA par jour (4)	Non disponible	Patients avec une paraphilie sévère( sadisme sexuel, pédophilie, voyeurisme) suivant à long terme un traitement antiandrogène avec des niveaux différents de traitement  7 patients sélectionnés parmi les patients traités par des psychiatres pour paraphilie sévère au Royal Ottawa Health Care Group, soit suivant le traitement volontairement, en ayant ou non effectué un crime sexuel, soit envoyé par la juridiction locale	Initial : diagnostic psychiatrique, médication, facteurs de risque pour l'ostéoporose (fracture, diabète, maladie de la thyroïde, calculs rénaux, utilisation de stéroïdes, anticoagulants ou anticonvulsivants, tabac, consommation d'alcool, exercice, perte de poids ou de taille, consommation inappropriée de vitamine D ou de calcium, antécédents familiaux d'ostéoporose) En cours de traitement : NFS, électrolytes, calcium, phosphate, AST, ALT, Gamma-GT, bilirubine totale, phosphatase alcaline, albumine, protéines, TSH, PTH, vitamine D, BUN, créatinine, taux plasmatique de testostérone, LH, FSH, oestradiol, progestérone et prolactine Densitométrie osseuse
<b>Briken et al., Allemagne 2000 (231)</b>	Ambulatoire  11.25 mg de leuproréline tous les 3 mois en IM	Psychothérapie	Le diagnostic était réalisé avec les critères de l'ICD 10. 11 patients paraphiles (7 pédophiles et 3 pédophiles sadiques) selon les critères de l'ICD 10 étant venu à la clinique, retard mental chez 5 patients et présence de trouble de la personnalité (borderline, anxieux, narcissique et schizoïde)	Fréquence des érections, éjaculations et masturbations, Intensité et fréquence des fantasmes sexuels déviants, taux sérique de testostérone

	300 mg de CPA les 2 premières semaines			
<b>Briken et al. Allemagne 2001 (232)</b>	Injection de leuprolide 11.25 mg de leuproréline acétate (trenantone) tous les 3 mois en injection sous-cutanée 300 mg de CPA par semaine pendant les 2 premières semaines	psychothérapie de soutien	Patients remplissant les critères du ICD-10 pour le sadisme sexuel, la pédophilie ou le trouble du contrôle des pulsions sexuelles	Initial : examen urologique, psychiatrique et sexologique En cours de traitement : Fréquence des érections, éjaculations et masturbations, fréquence et intensité des fantasmes déviants
<b>Van Moffaert, 1976 (238)</b>	<b>Ambulatoire</b>  Injection de 150 à 250 mg par jour de CPA	psychothérapie	2 patients dont un pédophile ayant fait 13 ans de prison, un patient volontaire avec des tendances fétichiste et exhibitionniste	
<b>Jeffcoate et al., 1980 (239)</b>	Injection de CPA 100 mg par jour de CPA pendant 21 à 31 jours		Agresseurs sexuels en bonne santé, ne prenant pas de médicaments  8 patients	Taux sériques hebdomadaires de testostérone, LH, FSH et prolactine Entretien hebdomadaire avec analyse des modifications de la libido et de la fréquence de la masturbation
<b>Menghini et Ernst Suisse 1991(236)</b>	300 mg de CPA en intramusculaire toutes les 2 ou 3 semaines	Psychothérapie de soutien éventuel	19 hommes hospitalisés à la clinique psychiatrique cantonale Beverin (6 exhibitionnistes, 6 pédophiles, 5 violeurs et 2 sadiques)	
<b>Cooper et al. ; Canada 1992 (240)</b>		Psychothérapie de soutien	1 pédophile hétérosexuel avec un trouble de la personnalité immature et dépendante et un léger retard mental selon les critères du DSM-III-R	Fréquences des pensées, fantasmes, masturbations et érections matinales, évaluation phallométrique en réponse à des stimuli audiovisuels Taux sérique de testostérone, LH, FSH et prolactine
<b>Bradford et Pawlak 1987 (241)</b>	4 semaines d'observation, 6 semaines de 50 mg par jour de CPA, 4 semaines de 100 mg par jour de CPA		1 pédophile homosexuel un grave comportement sexuel agressif et sadique Remplis les critères du DSM-III pour le trouble psychosexuel, la pédophilie et le syndrome organique de la personnalité	Mesure de la tumescence pénienne en réponse à des stimuli audio Mesure des taux plasmatiques de testostérone, LH, FSH, prolactine, SHBG et progestérone
<b>Cooper et al. ; Canada 1992 (242)</b>	4 semaines de placebo, 4 semaines de 100 mg par jour de CPA/MPA, 4 semaines de 200 mg par jour de CPA/MPA, 4 semaines de		sujets avec des antécédents de pédophilie (patients présentant une ou plusieurs paraphilies et ayant effectué un acte pédophile allant d'une seule agression sexuelle violente sur un enfant de 9 ans à de nombreuses agressions impliquant de multiples victimes des 2 sexes)  10 patients mais 3 sortent de l'étude, Parmi les 7 restants, il y avait	Fréquence des pensées et fantasmes sexuels, masturbations, érections matinales au réveil et degré de frustration sexuel Observation du comportement sexuel : exposition génitale et masturbations, expressions sexuelles, contact avec les autres, évaluation phallométrique. Observation des réactions à des stimuli sexuels

	placebo, 4 semaines de 100 mg par jour de MPA/CPA, 4 semaines de 200 mg par jour de MPA/CPA et 4 semaines de placebo		1 pédophile hétérosexuelle avec 3 victime, exhibitionnisme et sadisme 1 pédophile hétéro/homosexuelle et violeur, avec un moins 7 victimes, polypervers 1 pédophile hétéro/homosexuelle avec un moins 4 victimes 1 pédophile hétérosexuelle avec 2 victimes, sadisme sexuelle; pédophile hétérosexuelle avec une victime, sadisme sexuelle, pyromanie sexuelle Pédophile hétérosexuelle avec 2 victimes Pédophile homosexuelle avec 3 victimes	audio et visuels Taux sanguins de prolactine, LH, FSH et testostérone Suivi des effets secondaires : somnolence, diabète, augmentation de l'appétit, prise de poids, perte de poils, bouffée de chaleur, légère dépression, réduction du volume d'éjaculat, gynécomastie et surveillance de la fonction hépatique.
<b>Bradford et al., Canada, 1993 (243)</b>	1 mois sans traitement puis 3 mois de placebo/CPA puis 3 mois du traitement CPA/Placebo (4 périodes de 3 mois) 50 mg à 200 mg de CPA par voie orale par jour	Non disponible	hommes ayant entre 18 et 60 ans, remplissent les critères définis par le DSM-III-R concernant les troubles psychosexuels et la paraphilie. La paraphilie doit être présente depuis au moins 12 mois (pédophilie, fétichisme, viol, inceste, frotteurisme et exhibitionnisme)  19 patients constitué de patient envoyé par la justice ou de patient qui sont venus consulté, tous avit des crière DSM-II-R de paraphilie	- Initial : taux plasmatique de testostérone, LH et FSH, évaluation du comportement sexuel : questionnaires, test de la tumescence pénienne pour les préférences érotiques - En cours de traitement : taux plasmatiques des hormones sexuelles, tumescence pénienne, tests hématologiques et biochimiques, questionnaires évaluation psychiatrique grâce au <i>Forensic psychiatric questionnaire</i> , au <i>Buss-Durkee Hostility Inventory</i> et au <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> Comportement sexuel évalué par un score d'intérêt sexuel et un score d'activité sexuelle
<b>Bradford et al., Canada, 1993 (244)</b>	50 mg à 200 mg par jour de CPA par voie orale	Non disponible	patients traités pour pédophilie à la Sexual Behaviours Clinic du Royal Ottawa Hospital et de l'université d'Ottawa. Diagnostic de paraphilie par le DSM-III-R et depuis au moins 12 mois,  L'échantillon était constitué de de 20 personnes dont 15 pédophiles (11 homosexuels, 3 hétérosexuel, 1 bisexuel) 3 cas d'inceste, 2 exhibitionnistes.  Tous avaient des problèmes avec leur comportement pédophile, dans la majorité des cas, ils avaient particper à d'autre traitement sans succès significatif,	Initial : évaluation par un psychiatre, test de tumescence pénienne - En cours de traitement : test de tumescence pénienne en réponse à des stimuli audio

**Tableau 34. Protocole de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sous ISRS**

Auteurs, Pays, année	Protocoles Médicament	Protocole psychothérapie	Définition de la maladie Echantillon recruté	Critères évalués et suivi au cours du traitement
<b>Kafka et al., 1992 (245)</b>	Fluoxetine par voie orale 20 mg de fluoxetine par jour	psychothérapie hebdomadaires pour 4, traitement psychologique pour 6	Patients avec des addictions et compulsions sexuelles  20 hommes	Initial : présence et sévérité des symptômes dépressifs - En cours de traitement : fréquence des comportements, fantasmes, besoins et activité sexuel conventionnels ou non, l'intensité des désirs sexuels conventionnels ou non, un ratio d'intérêt sexuel total, pourcentage du temps de la journée occupé à des activités sexuelles non conventionnelles
<b>Kruesi et al., 1992 (246)</b>	Clomipramine ou desipramine par voie orale  25 à 50 mg par jour de clomipramine puis de desipramine et augmentation jusqu'à ce que les symptômes diminuent avec une limite de 250 mg par jour		Patients ayant une paraphilie selon les critères du DSM-III-R  15 patients	Entretien avec le SADS-L (Schedule for affective disorders and schizophrenia, lifetime version), évaluation de la dépression et de l'anxiété grâce au NIMH Global Assessment Scale, évaluation du comportement compulsif grâce au Leyton Obsessionnal Inventory  Évaluation des effets secondaires sexuels grâce au Sexual Efficacy Scale Erectile Functioning
<b>Bourgeois et Klein, 1996 (247)</b>	20 mg à 80 mg par jour de fluotexine pendant 6 semaines puis 3mg deux fois par jour de risperidone	Thérapie de groupe pour les patients avec des obsessions sexuelles	Patient de 27 ans avec des antécédents de pensées sexuelles obsessionnelles sur les enfants depuis l'âge de 7 ans. diagnostiqué selon les critères du DSM-IV comme pédophile non exclusif, attiré par les 2 sexes et trouble dysthymique	



**Tableau 35. Protocole de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle sous médroxyprogestérone (MPA)**

Auteurs, Pays, année	Protocoles Médicament	Protocole psychothérapie	Définition de la maladie Echantillon recruté	Critères évalués et suivi au cours du traitement
<b>Meyer et al., 1977 (248)</b>	Hôpital  Injection de MPA  100 mg de MPA IM par semaine		Patients présentant un comportement sexuel déviant ou ayant un caryotype XYY entraînant un comportement antisocial	Hématocrite, hémoglobine, globules blancs, hématies, électrolytes, urée, glucose, calcium, phosphore, acide urique, cholestérol, albumine, bilirubine totale, phosphatase alcaline, lactase déshydrogénase et transaminase Taux plasmatiques d'hormone de croissance, de cortisol, de gonadotropin, de testostérone, de LH et de FSH
<b>Myers, 1991 (249)</b>	Hôpital  200mg de MPA toutes les 2 semaines		1 patient pédophile avec un léger retard mental suivi pendant 5 ans	Taux plasmatique de testostérone Évaluation et mesure des érections et éjaculations
<b>McConaghy et al., Australie 1988 (250)</b>	Hôpital  150 Mg de MPA, IM	Comparaison psychothérapie vs MPA	Diagnostic par DSM-III de paraphilie  30 patients de 22 avec diagnostic d'une paraphilie et 8 avec 2 ou plus. 19 avaient été condamnées pour agression sexuelle. Parmi les 11 restants, 8 avaient fait une agression sexuelle mais n'avaient pas été accusés	Interview tout les 2 – 3 mois des patient pour évaluer la compliance. Évaluation du niveau d'anxiété
<b>Kravitz et al. Etats-Unis 1996 (201)</b>	Hôpital  MPA en 300 mg IM 1/semaine ; ajustement au cours du traitement.	Psychothérapie de groupe	13 hommes avec un diagnostic de paraphilie dont 10 étaient des pédophiles (4 incestueux). Il y avait 4 volontaires 9 personnes étaient des traitements recommandés par la justice, 6 avaient eu des arrestations précédentes	Même évaluation que les patients de Kravitz et al 1995; Test phallométric réalisés avant le traitement. Suivi du taux de testostérone tous les 3 mois, évaluation des fantasme sexuels, masturbation en présence d'un stimulus déviant et non déviant, engagement dans une activité sexuelle déviante ou non déviante, évaluation des effets indésirables potentiel du médicament.
<b>Hucker et al. Canada 1988 (251)</b>	Hôpital  MPA		Personnes ayant une accusation pour agression sexuelle sur les enfants ou ayant condamnées pour agression sexuelle. La préférence sexuelle pour les enfants était confirmée par les tests phallométrique  (il est à noté qu'il y avait 48 personnes potentielles pour le traitement et 30 ont refusé le traitement) 18 personnes pour l'étude, 2 exclus en court, et 5 perdu de vue.	

			Soit 11 personne dont 23,5% de pédophile hétérosexuel, 58,8% de pédophile homosexuel, 17,7% de pédophile bisexuel	
<b>Kravitz et al. Etats-Unis 1995 (207)</b>	<b>Hôpital</b>  MPA en 300 mg IM/ semaine	Psychothérapie de groupe	Diagnostic de paraphilie  29 hommes âgés entre 18 et 77 ans, dont 22 pédophiles, 18 pédophiles extrafamiliaux, 4 pédophiles incestueux. Parmi les 18 pédophiles extrafamiliaux 14 étaient des pédophiles homosexuels. Parmi les 29, 15 avaient déjà été condamnés dont 11 pour agression sexuelle.  Le nombre médian de victimes admis par les 22 pédophiles était 13 (variant de 1 à 200)  Quand ils étaient sous traitement 15 ont admis qu'ils avaient des problèmes de comportement sexuel et 14 ont dénié le fait d'avoir des troubles de comportement sexuel ;	Évaluation psychiatrique, test psychologique, données médicales et légales, question d'évaluation du comportement sexuel, pléthymographie. Prétraitement: glycémie, ECR, testostérone sanguine, NFS, cholestérol, triglycérides, enzymes hépatiques, électroencephalogramme, scan cérébral. Au cour du suivi: Tous les 3 mois pendant le traitement Testostérone, glycémie, enzymes hépatique, Chaque mois, pression artérielle, poids, Questionnaire d'évaluation des effets indésirables potentiels et sur la consommation d'alcool.
<b>Meyer et al. Etats-Unis, 1985 (252)</b>	<b>Ambulatoire</b>  Injection de MPA 400 mg par semaine IM de MPA puis ajustement		Patients présentant un comportement sexuel offensant  23 hommes présentant un comportement sexuel offensant (6 violeurs, 2 exhibitionnistes, 12 pédophiles 3 hommes désirant ou ayant mutilés leurs parties génitales)	Pression artérielle, examen des parties génitales, hémocrite, hémoglobine, globules blanc, taux sériques de sodium, potassium, chlore, bicarbonate, urée, calcium, phosphore, acide urique, cholestérol, bilirubine totale, phosphatase alcaline, lactase déshydrogénase, transaminases, testostérone, LH, FSH et MPA Examen des éjaculats : mobilité, morphologie des spermatozoïdes
<b>Blumer et al. Etats-Unis 1975 (253)</b>	<b>Ambulatoire</b>  Injection de MPA  100 à 300 mg par semaine de MPA IM		Patients handicapés sévères et chroniques et réfractaires aux autres formes conventionnelles de traitement  22 patients	Entretien tous les mois avec la famille proche Taux sériques de testostérone, LH et taux urinaires de gonadotrophines, stéroïdes, examen physique et neurologique, EEG, entretien psychiatrique, tests de neuropsychologie, d'hostilité et de sexualité
<b>Gottesman et al. 1993 (254)</b>	<b>Ambulatoire</b>  60 mg par jour de MPA par voie orale	psychothérapie individuel et de groupe	Patients remplissant les critères du DSM-III-R pour une paraphilie  7 patients	Initial : fréquence du comportement paraphile sans contact, pourcentage du temps d'éveil occupé par des fantasmes paraphiles, nombres d'érections matinales hebdomadaires, fréquence des comportements paraphiles, taux sanguin de testostérone, LH et prolactine, glycémie à jeun, fonction hépatique et thyroïde En cours de traitement : taux sanguin de testostérone, pression artérielle, poids Estimation du pourcentage de temps occupé par des pensées sexuelles envahissantes et leur interférence avec la vie sociale et professionnelle, fréquence et qualité des

				rapports sexuels, satisfaction après l'éjaculation, fréquence et qualité des érections matinales, fréquence du comportement paraphile, présence d'effets secondaires
<b>Gagné, 1981 (255)</b>	<b>Ambulatoire</b> Injection de MPA 200 mg par semaine de MPA IM pendant les 2 premières semaines puis 1 ou 2 fois par semaine en fonction de leur réponse clinique pour les 4 semaines suivantes, puis 100 mg par semaine ou 200 mg toutes les 2 semaines pour les 12 semaines suivantes, puis 100 mg par semaine ou par mois pour les 7 à 8 mois suivants		patients ayant une paraphilie seule ( pédophile, exhibitionniste, voyeur, inceste violeur, travesti, <i>indecent assault</i> ) ou associée avec un autre trouble psychiatrique ayant des antécédents de comportement sexuel déviant répété ou de préoccupations sexuels compulsives interférant avec leur vie sociale et leur sensation de bien-être  48 patients	Évaluation psychiatrique, taux sérique de testostérone, entretien hebdomadaire avec un membre de la famille
<b>Cooper et al.; Canada 1990 (256)</b>	100 mg de MPA pendant 12 semaines		Un patient avec un comportement sexuel anormal et agressif remplissant les critères du DSM-III pour trouble de la conduite, comportement associable agressif, schizophrénie chronique indifférenciée et paraphilie atypique	Mesure de la turgescence pénienne nocturne et de la rigidité pénienne au cours de la nuit, fréquence de la tumescence pénienne nocturne, circonférence pénienne en réponse à des stimuli audio, questionnaire sexuel prenant en compte la fréquence des comportements sexuels incluant les fantasmes sexuels, la masturbation avec ou sans orgasme, les érections matinales Taux sérique de testostérone, LH, FSH et prolactine ainsi que les électrolytes, la fonction hépatique
<b>Cooper et al. Canada 1992 (240)</b>	Acétate de cyprotérone	Psychothérapie de soutien	1 pédophile hétérosexuel avec un trouble de la personnalité immature et dépendante et un léger retard mental selon les critères du DSM-III-R	Fréquences des pensées, fantasmes, masturbations et érections matinales, évaluation phallométrique en réponse à des stimuli audiovisuels Taux sérique de testostérone, LH, FSH et prolactine
<b>Maletzky et al., Etats-Unis, 2006</b>	200 à 400 mg de MPA IM chaque semaine	Psychothérapie individuelle	Condamnation pour un crime sexuel devant être relâché dans les six mois, étant actuellement condamné pour son second crime sexuel ou manquant des capacités intellectuelles pour contrôler	Taux de testostérone

<b>(208)</b>			<p>ses désirs sexuels ou ayant fait preuve d'un comportement sexuel N = 275 134 ont eu une recommandation pour avoir le traitement, 79 ont réellement reçu le médicament parmi lesquels, 17 pédophiles hétérosexuels et 41 pédophiles homosexuels.</p>	
<b>Meyer, Etats-Unis 1992 (257)</b>	MPA, dose initiale de 400mg/ semaine en IM, ajustement au cours du traitement	Psychothérapie individuelle	<p>Les auteurs d'agression sexuelle envoyés dans une clinique aux États-Unis. Pour être inclus, le patient devait reconnaître que son comportement sexuel est un problème et qu'il veut un traitement.</p> <p>Le MPA était proposé à 61 AAS, 21 ont refusé et 40 ont accepté le traitement. Parmi les 40 qui ont accepté le traitement par MPA, 23 étaient des pédophiles.</p>	<p>Evaluation psychiatrique initiale Hématocrite, hémoglobine, NFs, urémie, ASAT, ALAT, calcium, triglycéride, phosphatase alcaline, LDH, testostérone, LH, FSH, glycémie (diabète).</p> <p>Tests phallométriques</p>

<b>Tableau 36 : Synthèse des examens de suivi d'un traitement médicamenteux par anti-androgène ou analogue de la GnRH des AAS</b>				
<b>Auteurs pays année</b>	<b>Nom du médicament</b>	<b>Tests avant le traitement</b>	<b>Suivi</b>	<b>Effets secondaires principaux</b>
<b>Reilly et al. Canada 2000 (213)</b>	Leuprolide	Taux sérique de testostérone, LH et FSH Taux sérique d'urée et de créatinine NFS Densité osseuse Électrocardiogramme Dose test de leuprolide 1 mg en sous-cutané pour les allergies et l'anaphylaxie	Taux sérique de testostérone et NFS tous les mois pendant 4 mois puis tous les 6 mois Taux de LH tous les 6 mois Taux sérique d'urée et de créatinine tous les 6 mois Densitométrie osseuse tous les mois	Gynécomastie Ostéopénie (ostéoporose) Nausées, vomissements Embolie pulmonaire, thrombose, infarctus du myocarde, arythmie Bouffées de chaleur Hypogonadisme
	Medroxyprogestérone	Taux sérique de testostérone, LH, FSH et prolactine Tests de fonction hépatique NFS Glycémie Pression artérielle Poids	Taux sérique de testostérone tous les mois pendant 4 mois puis tous les 6 mois Taux sérique de LH et prolactine tous les 6 mois Surveillance de la pression artérielle et du poids Si le taux de testostérone est diminué de façon significative alors densitométrie osseuse de départ puis tous les ans Si une hépatotoxicité est suspectée alors tests de la fonction hépatique	Gynécomastie Prise de poids Bouffées de chaleur Symptômes dépressifs Fatigue Tolérance au glucose anormale Augmentation de la pression artérielle Hypogonadisme Dose-dépendants
	Cyprotérone	Taux sérique de testostérone, LH, FSH et prolactine Tests de fonction hépatique NFS Électrocardiogramme Glycémie Pression artérielle Poids	Taux sérique de testostérone tous les mois pendant 4 mois puis tous les 6 mois Taux sérique de LH et de prolactine tous les 6 mois Surveillance de la pression artérielle et du poids Si le taux de testostérone est diminué de façon significative alors densitométrie osseuse de départ puis tous les ans Si une hépatotoxicité est suspectée alors tests de la fonction hépatique	Gynécomastie Prise de poids Bouffées de chaleur Fatigue Symptômes dépressifs Hépatotoxicité Augmentation de la pression artérielle, insuffisance cardiaque Hypogonadisme Dose-dépendants
<b>Hill et al., Allemagne</b>	IRS	ECG	Evaluation de la fonction hépatique	Les effets indésirables chez les AAS

<b>2003 (209)</b>			et rénale, des électrolytes, NFS, pression artérielle	sont les même que dans les autres indications (anxiété, réduction du sommeil, nausée, trouble hépatique, réduction de l'appétit)
	Cyprotérone	FSH, LH, testostérone, prolactine, calcémie, phosphate, glycémie, les enzymes hépatiques, (ASAT, ALAT, gamma GT), urée, créatininémie, NFS, poids, pression artérielle, ECG, sensitométrie osseuse	<p>Les effets indésirables sont dose-dépendants, donc un suivi régulier peut permettre de les minimiser et permettre de maintenir une activité sexuelle normale tout en éliminant l'activité sexuelle déviante.</p> <p>Testostérone, enzymes hépatique, urée, NFS chaque mois pendant les 4 premiers mois et ensuite tous les 6 mois.</p> <p>LH, FSH, glycémie, calcémie, phosphate, et pression artérielle tous les 6 mois ;</p> <p>Si suspicion d'ostéoporose, densitomètre osseuse tous les ans.</p>	<p>Changement de la pression artérielle, détérioration d'un trouble cardiaque existant, trouble thromboembolique, ostéoporose</p> <p>Hypogonadisme ;</p> <p>Gynécomastie, bouffées de chaleur, Prise de poids, changement de la glycémie, anémie, chute de cheveux, peau sèche, fatigue, maux de têtes, troubles du sommeil, troubles de l'humeur, nausée, vomissement, constipation, troubles hépatiques (augmentation des enzymes hépatiques) ;</p> <p>Temporairement dysfonctionnement rénale, Pathologie de l'hypophyse</p>
	Agonistes de la LHRH ( <i>Luteinizing hormone-releasing hormone</i> )	FSH, LH, testostérone, prolactine, calcémie, phosphate, glycémie, les enzymes hépatiques, (ASAT, ALAT, gamma GT), urée, créatininémie, NFS, poids, pression artérielle, ECG, sensitométrie osseuse	<p>Créatininémie</p> <p>Testostérone, enzymes hépatique, urée, NFS chaque mois pendant les 4 premiers mois et ensuite tous les 6 mois.</p> <p>LH, FSH, glycémie, calcémie, phosphate, et pression artérielle tous les 6 mois ;</p> <p>Si suspicion d'ostéoporose, densitomètre osseuse tous les ans.</p>	
<b>Stoléru, France 2008 (203)</b>	Analogue de la GnRH	Dosage sanguins hormonaux de testostérone, LH, FSH Dosage de l'urée et de la créatinine car des altérations du fonctionnement rénale sous Leuproréline ont été rapportées ;	Dosage de testostérone et NFS tous les moins pendant 4 mois puis tous les 6 mois ; dosage de la LH sérique tous les 6 mois ; Dosage de l'urée et la créatinine tous les 6 mois ; une absorptiométrie biphotonique	

		<p>NFS car anémie et une baisse de globule blancs ont été rapportées en réponse à un traitement induisant une baisse des androgènes circulants ;                  Absoptiométrie biphotonique pour dépister une ostéoporose ;                  Un électrocardiogramme car des analogue de la GnRH sont associée à un effet cardiovasculaire, telle que l'aggravation d'une insuffisance cardiaque, d'une ischémie myocardique et des poussées d'hypertension artérielle.</p> <p>Dosage de PSA libre et du PSA total afin de ne pas retarder le diagnostic d'un éventuel cancer prostatique dont le traitement masquerait la présence.</p>	<p>tous les ans</p>	
<p><b>Krueger et Kaplan Etats-Unis, 2000 (218)</b></p>	<p>Analogue de la GnRH</p>	<p>Densitométrie osseuse pour suivi l'apparition potentielle d'une ostéoporose</p>		<p>Bouffées de chaleur, alopecie, gynécomastie, asthénie, déminéralisation osseuse                  La majorité des effets secondaires est réversible à l'arrêt du traitement.                  Dans les études, le taux de testostérone et les capacités sexuelles sont retrouvée dans les 2 mois après l'arrêt du traitement par analogue de la GnRH chez les auteurs d'agression sexuelle ; cependant les effets secondaires comme la gynécomastie et la déminéralisation osseuse peuvent persister plus longtemps.</p> <p>Il est clairement nécessaire de mettre en place de suivi à long de l'impact de</p>

				ces traitements chez les AAS.
<b>Briken et al., Allemagne 2003 (210)</b>	Analogue de la GnRH	Consentement éclairé, Taux de testostérone, LH et FSH Urémie, créatininémie, NFS, enzymes hépatique, Evaluation de l'état cardiovasculaire, Densitométrie osseuse,  Pour les allergies, test de 1mg en sous-cutanée.	Testostérone et NFS chaque mois pendant 4 mois, puis tous les 6 mois.  LH, FSH, Urémie, créatininémie tous les 6 mois, Densitométrie osseuse tous les ans	Bouffées de chaleur, prise de poids, augmentation de la transpiration, gynécomastie, incontinence urinaire temporaire, ostéoporose, douleur transitoire aux sites d'injection, hypogonadisme, diminution de la croissance des cheveux et des poils, asthénie et tension musculaire, impuissance, dysfonctionnement érectile et éjaculatoires, nausée, dépression, thrombo-embolie
<b>Hoogeveen et Van der Veer Pays-Bas, 2008 (212)</b>	Analogue de la GnRH		Pour permettre le diagnostic rapide d'une ostéoporose, il est important de suivre les éléments biochimiques de la formation osseuse : le 25 hydroxy vitamine D (à l'arrivée), le pro-collagen de type 1, carboxy terminale propeptide type1-collagen (CTX) au début de la thérapie et 1 fois par an.  en plus de mesure standard d'absorptiométrie,	Troubles de l'érection, hypogonadisme, gynécomastie, alopecie, bouffées de chaleur (incidence entre 55 et 80%),  Le traitement à long terme est associé à la perte musculaire, prise de poids, l'asthénie. Il y a également un risque d'hyperglycémie, une résistance à l'insuline pour certains patients ;



## Annexe 2 : Recherche documentaire : liste des sites Internet consultés

- Adelaide Health Technology Assessment, Australie
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, France
- Agence Canadienne des Médicaments et des technologies de la Santé, Canada
- Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé, Canada
- Agency for Healthcare Research and Quality, Etats Unis
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Canada
- Alberta Medical Association, Canada
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Etats Unis
- Ascodocpsy, France
- Association for the Treatment of Sexual Abusers, Etats Unis
- Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles, France
- Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical, Australie
- Bibliothèque Médicale AF Lemanissier, France
- Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine, France
- Blue Cross Blue Shield Association Technology Evaluation Center, Etats Unis
- Bonne Pratique du Médicament, France
- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Canada
- Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones, France
- Centre de Recherche en Défense Sociale, Belgique
- Centre de Recherche Institut Philippe Pinel, Canada
- Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, Belgique
- Centre for Addiction and Mental Health, Canada
- Centre for Clinical Effectiveness, Australie
- Centre for Reviews and Dissemination, Royaume Uni
- CMA Infobase, Canada
- Comité Consultatif National d'Éthique, France
- Comité d'Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques, France
- Department of Health, Royaume Uni
- Euroscan
- Expertise collective de l'INSERM, France
- Guideline Advisory Committee, Canada
- Guidelines and Protocols Advisory Committee, Canada
- Guidelines International Network
- Haute Autorité de Santé, France
- Health Services Technology Assessment Text, Etats Unis
- Horizon Scanning, Australie
- Institute for Clinical Evaluative Sciences, Canada
- Institute for Clinical Systems Improvement, Etats Unis
- Institute for Health Economics Alberta, Canada
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment
- Intute Health & Life Sciences, Royaume Uni
- Medical Services Advisory Committee, Australie
- Medical Services Plan, Canada
- Mental Health America, Etats Unis
- Minnesota Department of Health – health Technology Advisory Committee, Etats Unis
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, Royaume Uni
- National Guideline Clearinghouse, Etats Unis
- National Institute for Health and Clinical Excellence, Royaume Uni
- National Institutes of Health, Etats Unis
- National Health Services, Royaume Uni
- National Health Services Scotland, Royaume Uni

- National Horizon Scanning Centre, Royaume Uni
- National Library for Health, Royaume Uni
- New Zealand Health Technology Assessment, Nouvelle Zélande
- Ontario Medical Advisory Secretariat, Canada
- Prodigy, Royaume Uni
- Psydoc France, France
- Santé Canada, Canada
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Royaume Uni
- Singapore Ministry of Health, Singapour
- Société Française de Médecine Générale, France
- Techniques psychotherapiques, France
- U.S. Preventive Services Task Force, Etats Unis
- Veterans Affairs Technology Assessment Program, Etats Unis
- West Midlands Health Technology Assessment Collaboration, Royaume Uni

## Annexe 3. Stratégies de la recherche documentaire

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Seules les publications en langue française et anglaise ont été recherchées.

Les tableaux 1 et 2 présentent la stratégie de recherche dans les bases de données. Les résultats obtenus en termes de nombre de références (par type d'étude et par sujet sur une période donnée) sont repris dans les tableaux.

Les résultats de la veille sur Medline ne sont pas inclus dans les tableaux ci-après.

**Tableau 1** : Stratégie de recherche dans les bases de données Medline et PsycINFO : Prise en charge psychothérapeutique

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
<b>Psychothérapie</b>			
<b>Medline – Recommandations</b>		01/1995 – 12/2007	<b>11</b>
Etape 1	(paraphilias OR exhibitionism OR fetichism, psychiatric OR masochism OR pedophilia OR sadism OR transvestism OR voyeurism OR sex offenses)/de OR (sex* devia* OR deviant sex* OR sex* offen* OR paraphili* OR pedophil* OR paedophil* OR child molest* OR sex* abuse* OR rapist* OR rape*)/ti NOT (stress disorders, post-traumatic OR HIV infections)/de		
ET			
Etape 2	(psychotherapy OR psychological techniques)/de OR ((mental health services OR psychiatry OR psychology)/de AND (therap* OR care OR cares)/ti, ab))		
ET			
Etape 3	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (guideline OR practice guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (guideline* OR recommendation*)/ti		
<b>Medline – Méta-analyses</b>		01/1995 – 12/2007	<b>9</b>
Etape 1 ET Etape 2			
ET			
Etape 4	meta-analysis as topic OR review literature as topic)/de OR meta-analysis/type de publication OR (meta analy* OR metaanaly*)/ti OR (systematic review OR systematic overview OR systematic literature review)/ti, ab OR OR cochrane database syst rev/journal		
<b>Medline – Essais contrôlés</b>		01/1995 – 12/2007	<b>29</b>
Etape 1 ET Etape 2			
ET			
Etape 5	(controlled clinical trials as topic OR randomized controlled trials as topic OR single-blind method OR double-blind method OR random allocation OR cross-over studies)/de OR (controlled clinical trial OR randomized controlled trial)/type de publication		
<b>Medline – Etudes de cohortes</b>		01/1995 – 12/2007	<b>15</b>
Etape 1 ET Etape 2			
ET			
Etape 6	(cohort studies OR longitudinal studies OR prospective studies OR follow-up studies)/de		
<b>Medline – Autres essais cliniques, études comparatives, études de cas contrôlés</b>		01/1995 – 12/2007	<b>66</b>
Etape 1 ET Etape 2			
ET			
Etape 7	(clinical trials as topic OR case-control studies OR retrospective studies)/de OR (clinical trial OR comparative study)/type de publication OR (versus OR compare*)/ti		
<b>Medline – Autres types d'études</b>		01/1995 – 12/2007	<b>349</b>

Etape 1 ET Etape 2 SAUF Etape 3 OR Etape 4 OR Etape 5 OR Etape 6 OR Etape 7		
<b>Medline – Psychothérapie et qualité de vie – Tous types d'études</b>	01/1993 – 04/2008	<b>70</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 8 (quality of life OR health status OR health status indicators OR socioeconomic factors OR patient satisfaction OR activities of daily living OR disability evaluation OR work capacity evaluation OR life style OR interpersonal relations OR sickness impact profile OR apache OR severity of illness index OR social support OR social behavior OR social adjustment OR employment OR occupations OR rehabilitation, vocational OR occupational therapy OR absenteeism OR work capacity evaluation OR personal satisfaction)/de OR (quality of life OR qol)/ti, ab		
<b>PsycINFO – Psychothérapie – Tous types d'études</b>	01/2000 – 03/2009	<b>86</b>
Etape 9 (child abuse OR sex offenses OR paraphilias)/de OR (sex* offen* OR sex* devia* OR deviant sex* OR paraphili* OR pedophil* OR paedophil* OR child* molest* OR sex* abus* OR rape OR rapes OR rapist*)/ti NOT (sexually transmitted diseases OR posttraumatic stress disorder OR hiv)/de ET Etape 10 (psychotherapy & psychotherapeutic counseling OR cognitive therapy OR behavior therapy & behavior modification OR group & family therapy OR interpersonal & client centered & humanistic therapy OR psychoanalytic therapy)/catégorie OR psychotherap*/ti		
<b>Epidémiologie (France et autres pays)</b>		
<b>Medline – Epidémiologie, France – Tous types d'études</b>	01/1995 – 12/2007	<b>12</b>
Etape 1 ET Etape 11 (prevalence OR incidence/de OR (prevalence* OR incidence)/ti, ab ET Etape 12 france/de OR french/langue OR (French OR france)/ti, ab OR France/affiliation		
<b>Medline – Epidémiologie, hors France – Tous types d'études</b>	01/1995 – 12/2007	<b>131</b>
Etape 1 ET Etape 11 SAUF Etape 12		
<b>PsycINFO – Epidémiologie, France et autres pays occidentaux – Tous types d'études</b>	01/2002 – 03/2009	<b>85</b>
Etape 9 ET Etape 13 epidemiology/de OR (epidemiolog* OR incidence* OR prevalence*)/ti		
<b>Facteurs prédictifs de récurrence</b>		
<b>Medline – Récurrence – Tous types d'études</b>	01/1995 – 12/2007	<b>177</b>
Etape 1 ET Etape 14 ((risk OR risk factors)/de OR (risk group* OR risk factor* OR risk assessment OR predict*)/ti, ab) AND ((recurrence OR treatment outcome)/de OR (reoffend* OR reoffens* OR recidiv* OR relapse)/ti, ab)		
<b>PsycINFO – Facteurs prédictifs de récurrence – Tous types d'études</b>	01/2000 – 12/2007	<b>179</b>
Etape 9 ET Etape 15 (risk factors OR at risk population OR recidivism)/de OR reoffen* OR recidiv* OR relapse*/ti		
<b>Echelles d'évaluation</b>		
<b>Medline – Echelles d'évaluation – Tous types d'études</b>	01/1995 – 12/2007	<b>96</b>
Etape 1 ET Etape 16 (psychiatric status rating scales OR severity of illness index OR questionnaires OR outcome assessment (health care) OR psychometrics)/de OR (scale OR scores OR score)/ti		
<b>PsycINFO – Echelles – Tous types d'études</b>	01/2000 – 12/2007	<b>96</b>
Etape 9 ET Etape 17 (personality measures OR profiles measurement OR psychiatric evaluation OR psychological assessment OR questionnaires OR rating scales OR screening test OR standardized tests OR testing)/de		

\* troncature, remplace un ou plusieurs caractères ; de : descriptor ; ti : title ; ab : abstract

**Tableau 2 : Stratégie de recherche dans les bases de données Medline et Embase : Prise en charge médicamenteuse**

Type d'étude / sujet Termes utilisés	Période	Nombre de références
<b>Traitement par les anti-androgènes</b>		
<b>Recommandations</b>	01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 4</b>
Etape 1 ET Etape 2	(paraphilias OR exhibitionism OR fetichism, psychiatric OR masochism OR pedophilia OR sadism OR transvestism OR voyeurism OR sexual deviation OR sexual crime OR sex offenses OR child abuse, sexual OR child sexual abuse OR rape OR incest)/de OR (sex* offen* OR pedophil* OR paedophil* OR child molest* OR sex* abuse* OR sex* assault* OR paraphili* OR rapist* OR rape* OR sex* devia* OR devia* sex*)/ti, ab SAUF (HIV infections OR human immunodeficiency virus infection OR stress disorders, post-traumatic OR posttraumatic stress disorder OR endometriosis OR prostate tumor OR prostatic neoplasms OR orchiectomy)/de  (testosterone/antagonists and inhibitors OR androgen antagonists OR antiandrogen OR leuprorelin OR leuprolide OR triptorelin OR cyproterone OR cyproterone acetate OR medroxyprogesterone OR medroxyprogesterone 17-acetate OR medroxyprogesterone acetate OR 3-4-5-trichloro-alpha-chloromethyl-alpha-hydroxypropionanilide OR alpha-alpha-alpha-trifluoro-2-methyl-4-nitro-meta-lactotoluidid OR bicalutamide OR cyoctol OR diane OR epitestosterone OR flutamide OR hydroxyflutamide OR inocoteron acetate OR lavanducyanin OR methylestrenolone OR nilutamide OR osaterone acetate OR oxendolone OR spironolactone OR topteron OR Ws-9659-B OR zanoterone)/de OR (androcur* OR provera OR cycrin OR amen OR lupron OR decapept*I OR cyproterone*acetate OR tr*ptoreli* OR medroxyprogesterone*acetate OR antiandrogen* OR anti androgen OR leuprorelin* OR leuprolide*)/ti, ab OR (CPA OR MPA)/ti	
Etape 3	(practice guideline OR practice guideline as topic OR guideline as topic OR health planning guidelines OR consensus development OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, nih as topic)/de OR (guideline OR practice guideline OR consensus development conference, nih OR consensus development conference)/document type OR (consensus conference* OR consensus statement*)/ti,ab OR (guideline* OR recommendation*)/ti	
<b>Méta-analyses et revues systématiques</b>	01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 2</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 4	(meta-analysis as topic OR meta-analysis OR metaanalysis OR systematic review )/de OR meta-analysis/document type OR systematic* review*/ti, ab OR (metaanalys* OR meta analys*)/ti	
<b>Essais contrôlés</b>	01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 11</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 5	(controlled clinical trials OR controlled clinical trials as topic OR randomized controlled trial* OR randomized controlled trials as topic OR single-blind method OR single blind procedure OR double-blind method OR double blind procedure OR random allocation OR randomization OR crossover procedure OR cross-over studies)/de OR (controlled clinical trial OR randomized controlled trial)/document type OR random*/ti	
<b>Études de cohortes</b>	01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 15</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 6	(cohort stud* OR cohort analysis OR longitudinal stud* Ou follow-up studies OR follow up OR prospective stud*)/de OR cohort*stud*/ti	
<b>Autres essais cliniques, études comparatives études rétrospectives, études de cas contrôlés</b>	01/1964 – 03/2009	<b>E+M: 16</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 7	(clinical trial* OR case-control stud* OR retrospective stud* OR comparative study)/de OR (clinical trial OR comparative study)/document type OR (versus OR compar*)/ti	
<b>Revues</b>	01/1964 – 03/2009	<b>E+M: 67</b>

Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans

Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 8	(review literature OR review literature as topic OR review)/de OR review/document type	01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 184</b>
<b>Autres types d'études</b>			
Etape 1 ET Etape 2 SAUF	Etape 3 OU Etape 4 OU Etape 5 OU Etape 6 OU Etape 7 OU Etape 8		
<b>Suivi du patient traité par les anti-androgènes</b>			
<b>Tous types d'études</b>		01/1964 – 06/2008	<b>E+M : 22</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 9	(physical examination OR medical examination OR clinical examination OR functional assessment OR monitoring, physiologic OR drug monitoring OR monitoring OR patient monitoring OR biological monitoring)/de OR (surveill* OR parameter* OR monitor* OR control*)/ti		
<b>Effets secondaires des anti-androgènes</b>			
<b>Tous types d'études</b>		01/1964 – 06/2008	<b>E+M : 81</b>
Etape 1 ET Etape 2 ET Etape 10	(adverse drug reaction OR adverse effects OR drug toxicity OR toxicity OR side effect OR contraindications OR poisoning)/subheading OR (adverse reaction* OR adverse effect* OR adverse event* OR adverse experience* OR side reaction* OR side effect* OR side event* OR side experience* OR untoward reaction* OR untoward effect* OR untoward event* OR untoward experience* OR toxic* OR poison* OR contra*indication OR contraindicate* OR chemically*induc*)/ti		
<b>Qualité de vie du patient traité par les anti-androgènes</b>			
<b>Tous types d'études</b>		01/1964 – 04/2008	<b>M : 16</b>
Etape 11	(paraphilias OR exhibitionism OR fetichism, psychiatric OR masochism OR pedophilia OR sadism OR transvestism OR voyeurism OR sex offenses)/de OR (sex* devia* OR deviant sex* OR sex* offen* OR paraphili* OR pedophil* OR paedophil* OR child molest* OR sex* abuse* OR rapist* OR rape*)/ti NOT (stress disorders, post-traumatic OR HIV infections)/de		
ET Etape 12	(quality of life OR health status OR health status indicators OR socioeconomic factors OR patient satisfaction OR activities of daily living OR disability evaluation OR work capacity evaluation OR life style OR interpersonal relations OR sickness impact profile OR apache OR severity of illness index OR social support OR social behavior OR social adjustment OR employment OR occupations OR rehabilitation, vocational OR occupational therapy OR absenteeism OR work capacity evaluation OR personal satisfaction)/de OR (quality of life OR qol)/ti, ab		
ET Etape 13	(testosterone/antagonist and inhibitors OR androgen antagonists OR leuprolide OR triptorelin OR cyproterone acetate OR cyproterone OR medroxyprogesterone 17-acetate OR epitestosterone OR flutamide OR spironolactone)/de OR (bicalutamide OR cyoctol OR Diane OR flutamide hydroxylase OR methylestrenolone OR nilutamide OR osaterone acetate OR oxendolone OR topteron OR WS 9659 B OR zanoterone)/nom de substance OR (androcur* OR provera OR cycrin OR amen OR lupron OR decapapt* Ou cyproterone acetate OR tryptoreli* OR medroxyprogesterone acetate OR antiandrogen* OR anti androgen* OR leuprolide* OR leuprorelin*)/ti, ab OR (MPA OR CPA)/ti		
<b>Traitement par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine</b>			
<b>Recommandations</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 2</b>
Etape 1 ET Etape 3 ET			

Etape 14	(serotonin uptake inhibitor* OR 1-2-3-5-6-10b-hexahydro-6-4-methylthiophenyl-pyrrolo-2-1-a-isoq OR 2-7-fluoro-4-indanyl-oxy-methyl-morpholine OR bicifadine OR cericlamine OR citalopram OR dapoxetine OR desvenlafaxine OR duloxetine OR duloxetine-oxalate OR escitalopram OR femoxetine OR fluoxetine OR fluoxetine-plus-olanzapine OR fluvoxamine OR fluvoxamine maleate OR hydroxynefazodone OR hyperforin OR ifoxetine OR litoxetine OR medifoxamine OR milnacipran OR moxifetin OR nefazodone OR nefopam OR nomelidine OR norcitalopram OR norfluoxetine Ou norsesertraline OR Ns-2359 OR paroxetine OR sertraline OR sibutramine OR venlafaxine OR vilazodone)/de OR (serotonin*uptake*inhibit* OR serotonin*reuptake*inhibit* OR SSRI* OR 5*HT*uptake*inhibit* OR 5*HT*reuptake*inhibit* OR 5*hydroxytryptamine*uptake*inhibit* OR 5*hydroxytryptamine*reuptake*inhibit*)/ti, ab		
<b>Méta-analyses et revues systématiques</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 1</b>
Etape 1 ET Etape 4 ET Etape 14			
<b>Essais contrôlés</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 7</b>
Etape 1 ET Etape 5 ET Etape 14			
<b>Etudes de cohortes</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 3</b>
Etape 1 ET Etape 6 ET Etape 14			
<b>Autres essais cliniques, études comparatives études rétrospectives, études de cas contrôlés</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 9</b>
Etape 1 ET Etape 7 ET Etape 14			
<b>Revues</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 25</b>
Etape 1 ET Etape 8 ET Etape 14			
<b>Autres types d'études</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 35</b>
Etape 1 ET Etape 14			
SAUF Etape 3 OU Etape 4 OU Etape 5 OU Etape 6 OU Etape 7 OU Etape 8			
<b>Suivi du patient traité par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine</b>			
<b>Tous types d'études</b>		01/1964 – 06/2008	<b>E+M : 16</b>
Etape 1 ET Etape 14 ET Etape 9			
<b>Effets secondaires des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine</b>			
<b>Tous types d'études</b>		01/1964 – 06/2008	<b>E+M : 30</b>
Etape 1 ET Etape 14 ET Etape 10			
<b>Qualité des vie du patient traité par les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine</b>			
<b>Tous types d'études</b>		01/1964 – 04/2008	<b>M : 5</b>
Etape 11 ET Etape 12			
ET			
Etape 15	(serotonin uptake inhibitors OR citalopram OR fluoxetine OR fluvoxamine OR nefopam OR paroxetine OR sertraline /de OR (YM 922 OR bicifadine OR JO 1017 OR dapoxetine OR o-desmethylvenlafaxine OR duloxetin OR femoxetine OR olanzapine-fluoxetine combination OR hydroxynefazodone OR hyperforin OR ifoxetine OR litoxetine OR medifoxamine OR milnacipran OR nefazodone OR norfluoxetine OR norsesertraline OR sibutramine Ou venlafaxine OR vilazodone)/nom de substance OR (serotonin uptake inhibit* OR serotonin reuptake inhibit* OR SSRI* OR 5HT uptake inhibit* OR 5HT reuptake inhibit* OR 5-hydroxytryptamine uptake inhibit* OR 5-hydroxytryptamine reuptake inhibit*)/ti, ab		
<b>Traitement par d'autres médicaments</b>			
<b>Recommandations</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 7</b>
Etape 1 ET Etape 3			
ET			
Etape 16	(drug therapy OR topiramate OR naltrexone)/de OR drug therapy/subheading OR (chemical castration OR topiramate OR naltrexone)/ti, ab OR (castration OR treat* OR pharmacologic* OR pharmacotherapy)/ti		
SAUF Etape 2 OU Etape 14			
<b>Méta-analyses et revues systématiques</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 2</b>
Etape 1 ET Etape 4 ET Etape 16			
SAUF Etape 2 OU Etape 14			
<b>Essais contrôlés</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 10</b>
Etape 1 ET Etape 5 ET Etape 16			
SAUF Etape 2 OU Etape 14			
<b>Etudes de cohortes</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 12</b>
Etape 1 ET Etape 6 ET Etape 16			
SAUF Etape 2 OU Etape 14			
<b>Autres essais cliniques, études comparatives études rétrospectives, études de cas contrôlés</b>		01/1964 – 03/2009	<b>E+M : 12</b>

---

Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans

---

Etape 1 ET Etape 7 ET Etape 16  
SAUF Etape 2 OU Etape 14

---

**Reuves** 01/1964 – 03/2009 **E+M : 24**

Etape 1 ET Etape 8 ET Etape 16  
SAUF Etape 2 OU Etape 14

---

**Autres types d'études** 01/1964 – 03/2009 **E+M : 86**

Etape 1 ET Etape 16  
SAUF Etape 2 OU Etape 14 OU Etape 3 OU Etape 4 OU Etape 5 OU  
Etape 6 OU Etape 7 OU Etape 8

---

**Suivi du patient traité par d'autres médicaments**

---

**Tous types d'études** 01/1964 – 06/2008 **E+M : 32**

Etape 1 ET Etape 16 ET Etape 9  
SAUF Etape 2 OU Etape 14

---

**Effets secondaires des autres médicaments**

---

**Tous types d'études** 01/1964 – 06/2008 **E+M : 18**

Etape 1 ET Etape 16 ET Etape 10

---

\* troncature, remplace un ou plusieurs caractères ; E : Embase, M : Medline



## Références bibliographiques

1. Fédération française de psychiatrie, Direction générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2002.
2. O'Donohue W, Regev LG, Hagstrom A. Problems with the DSM-IV diagnosis of pedophilia. *Sex Abuse* 2000;12(2):95-105.
3. Marshall WL. Diagnostic problems with sexual offenders. In: Marshall WL, Fernandez L, Marshall LE, Serran GA, ed. *Sexual offender treatment. Controversial issues*. Chichester: John Wiley and Sons; 2006. p. 33-43.
4. Levenson JS. Reliability of sexually violent predator civil commitment criteria in Florida. *Law Hum Behav* 2004;28(4):357-68.
5. Baron-Laforêt S. Les auteurs de violences sexuelle. In: Senon JL, Lopez G, Cario R, ed. *Psycho-criminologie. Clinique, prise en charge, expertise*. Paris: Dunod; 2008. p. 99-112.
6. Ciavaldini A. Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique. *Pluriels* 2008;69-70-71:5-11.
7. Ciavaldini A. Modèle théorique en psychocriminologie : la psychodynamique. In: Senon JL, ed. *Psychocriminologie, clinique, prise en charge et expertise*. Paris: Masson; 2008. p. 21-33.
8. Ciavaldini A. Procédures des soins ambulatoires à destination des auteurs de violences sexuelles. Saint-Egrève: Centre de soins ambulatoires le PARI (psychothérapies, applications et recherches intersectorielles) du Centre Hospitalier de Saint-Egrève; 2008.
9. Rault A. *Agresseurs sexuels*. Niort: CRIVAS Limousin Poitou-Charentes; 2007.
10. Harrault A, Hugnon C. La rencontre thérapeutique avec les auteurs de violences sexuelles ou la nécessaire articulation des soins psychologiques avec le suivi socio-judiciaire 2007. <[http://www.artaas.org/RECHERCHES/CIFAS2007/NecArti\\_A\\_HCH\\_CIFAS07.pdf](http://www.artaas.org/RECHERCHES/CIFAS2007/NecArti_A_HCH_CIFAS07.pdf)> [consulté le 21-4-2009].
11. Alvarez J, Gourmelon N. La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles. Etat des lieux et analyse de nouvelles pratiques. Agen: ENAP; 2007.
12. Balier C, Ciavaldini A, Girard Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Paris: Direction Générale de la Santé; 1996.
13. Doron CO. Traçabilité, contrôle et soin : la mise en place de technologies sécuritaires ? 3e séance séminaire "prévention des risques et gouvernement de la dangerosité", Centre Georges Canguilhem, Université Paris VII. Paris: Université Paris VII; 2008.
14. Paulet C. Le point de vue d'un psychiatre à propos de l'exercice en milieu pénitentiaire. *Pluriels* 2009;69-70-71:16-9.
15. World Federation of Societies of Biological Psychiatry, Thibaut F, De la Barra F, Gordon H, Cosyns P. Pharmacological treatment of paraphilias. Barsbüttel, Germany: WFSBP; 2009.
16. Marshall WL, Ward T, Mann RE, Moulden H, Fernandez YM, Serran G, et al. Working positively with sexual offenders: maximizing the effectiveness of treatment. *J Interpers Violence* 2005;20(9):1096-114.
17. Cohen LJ, Galynker II. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 2002;8(5):276-89.
18. Hall RCW, Hall RCW. A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 2007;82(4):457-71.
19. Goldman JDG., Padayachi UK. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *J Sex Res* 2000;37(4):305-14.
20. Lamanda V. *Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux*. Paris: Présidence de la République; 2008.
21. Bajos N, Bozon M, Beltzer N, Andro A, Ferrand M, Goulet V, et al. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. *Population & Sociétés* 2008;(445):1-4.
22. Les atteintes volontaires à l'intégrité physique enregistrées en 2006 par les forces de police et de gendarmerie. Fiche thématique n°3. In: Bauer A, Observatoire national de la délinquance, Institut national des hautes études de sécurité, ed. *La criminalité en France. Rapport de l'Observatoire national de la délinquance 2007*. Paris: CNRS Editions; 2007. p. 290-291.
23. Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR, Wilsnack RW, Wonderlich SA, Kristjanson AF. Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings. *Child Abuse Negl* 1999;23(6):579-92.
24. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Med J Aust* 1996;164(1):14-7.
25. Mazza D, Dennerstein L, Garamszegi CV, Dudley EC. The physical, sexual and emotional violence history of middle-aged women: a community-based prevalence study. *Med J Aust* 2001;175(4):199-201.
26. Spitzberg BH. An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence Vict* 1999;14(3):241-60.
27. Lameyre X. *Les violences sexuelles*. Toulouse: Milan; 2001.
28. Saint-Martin P, Bouyssy M, O'Byrne P. Analysis of 756 cases of sexual assault in Tours (France): medico-legal findings and judicial outcomes. *Med Sci Law* 2007;47(4):315-24.
29. Brunod R, Angèle C, Cazenave B, Raso H. Enquête catamnestique de 55 expertises médico-judiciaires après viols incestueux. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002;50(1):41-8.
30. de Saint Martin Pernot L, Saccardy-Androuin C, Baccino E. Abus sexuels sur les mineurs : épidémiologie finistérienne. *J Med Leg Droit Med* 1995;38(5):363-8.
31. Craissati J, McClurg G. The challenge project: perpetrators of child sexual abuse in south east London. *Child Abuse Negl* 1996;20(11):1067-77.
32. Harrati S, Vavassori D, Villerbu LM. La criminalité sexuelle des femmes : étude des caractéristiques psychopathologiques des femmes auteurs d'agressions sexuelles. In: Tardif M, ed. *L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières*. 3ème Congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Cifas 2005. Textes choisis. Montréal: Cifas - Institut Philippe Pinel; 2005. p. 89-108.
33. Tardif M, Auclair N, Jacob M. Sexual abuse perpetrated by adult and juvenile females : an ultimate attempt to resolve a conflict associated with maternal identity. *Child Abuse Negl* 2005;29:153-67.

34. Marshall WL. Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression Violent Behav* 2007;12(1):16-35.
35. Lindsay WR. Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2002;46(Suppl 1):74-85.
36. Baltieri DA, de Andrade AG. Alcohol and drug consumption among sexual offenders. *Forensic Sci Int* 2008;175(1):31-5.
37. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999;156(5):786-8.
38. Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur Psychiatry* 2004;19(3):123-30.
39. Hoyer J, Kunst H, Schmidt A. Social phobia as a comorbid condition in sex offenders with paraphilia or impulse control disorder. *J Nerv Ment Dis* 2001;189(7):463-70.
40. Långström N, Sjöstedt G, Grann M. Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sex Abuse* 2004;16(2):139-50.
41. Ahlmeyer S, Kleinsasser D, Stoner J, Retzlaff P. Psychopathology of incarcerated sex offenders. *J Personal Disord* 2003;17(4):306-18.
42. Kafka MP, Prentky RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study. *J Clin Psychiatry* 1998;59(7):388-96.
43. Fazel S, Hope T, O'Donnell I, Jacoby R. Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychol Med* 2002;32(2):219-26.
44. Dunsieath NW, Jr., 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* 2004;65(3):293-300.
45. Harsch S, Bergk JE, Steinert T, Keller F, Jockusch U. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *Int J Law Psychiatry* 2006;29(5):443-9.
46. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology* 1996;21(4):411-9.
47. Abel GG. The importance of meeting research standards: a reply to Fischer and Smith's articles on the Abel assessment for sexual interest. *Sex Abuse* 2000;12(2):155-61.
48. Senon JL, Manzanera C. Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. *AJ Pénal* 2008;(4):176-80.
49. Balier C, Parayre C, Parpillon C. Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels. Rapport au Ministère du travail et des affaires sociales. Paris: La Documentation française; 1995.
50. Carlstedt A, Innala S, Brimse A, Söderström AH. Mental disorders and DSM-IV paedophilia in 185 subjects convicted of sexual child abuse. *Nord J Psychiatry* 2005;59(6):534-7.
51. McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, et al. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999;60(6):414-20.
52. Kafka MP, Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sex Abuse* 2002;14(4):349-66.
53. Kanyanya IM, Othieno CJ, Ndeti DM. Psychiatric morbidity among convicted male sex offenders at Kamiti Prison, Kenya. *East Afr Med J* 2007;84(4):151-5.
54. Thibaut F, Kuhn JM, Cordier B, Petit M. Les traitements hormonaux de la délinquance sexuelle. *Encephale* 1998;24(2):132-7.
55. Francis KJ, Wolfe DA. Cognitive and emotional differences between abusive and non-abusive fathers. *Child Abuse Negl* 2008;32(12):1127-37.
56. Giovannangeli D, Cornet JP, Mormont C. Etude comparative dans les 15 pays de l'Union Européenne : Les méthodes et les techniques d'évaluation de la dangerosité et du risque de récidive des personnes présumées ou avérées délinquants sexuels (Résumé). Liège: Université de Liège; 2000.
57. Aubut J. Les agresseurs sexuels. Paris: Maloine; 1993.
58. Clipson CR. Practical considerations in the interview and evaluation of sexual offenders. *J Child Sex Abus* 2003;12(3-4):127-73.
59. Gordon H, Grubin D. Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10(1):73-80.
60. Lafortune D. La délinquance sexuelle à la lumière des épreuves projectives. In: Pham TH, ed. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Sprimont: Mardaga; 2006. p. 69-110.
61. Shentoub V, Debray R. Fondements théoriques du processus TAT. *Bull Psychologie* 1970;24(292):897-903.
62. Bridges MR, Wilson JS, Gacono CB. A Rorschach investigation of defensiveness, self-perception, interpersonal relations and affective states in incarcerated pedophiles. *Journal of Personality Assessment* 1998;70(2):365-85.
63. Proulx J. Les troubles de la personnalité des agresseurs sexuels. In: Pham TH, ed. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Sprimont: Mardaga; 2006. p. 43-68.
64. Ridenour TA, Miller AR, Joy KL, Dean RS. "Profile" analysis of the personality characteristics of child molesters using the MMPI-2. *J Clin Psychol* 1997;53(6):575-86.
65. Shedler J, Westen D. Personality Diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Bridging the Gulf Between Science and Practice. In: American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association, Division of Psychoanalysis (39) of the American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work, ed. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring (MD): Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders; 2006. p.
66. Looman J. Comparison of two risk assessment instruments for sexual offenders. *Sex Abuse* 2006;18(2):193-206.
67. Ciavaldini A. Psychopathologie des agresseurs sexuels. Paris: Masson; 1999.
68. Cornet JP, Giovannangeli D, Mormont C. Les délinquants sexuels. Théories, évaluation et traitements. Paris: Frison-Roche; 2003.
69. Vanderstukken O, Pham TH, Menghini M, Willocq L. Evaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. In: Pham TH, ed. L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels. Sprimont: Mardaga; 2006. p. 161-194.
70. Levieil A. Le déni chez les auteurs d'agressions sexuelle. Mémoire déposé en vue de l'obtention du master 2 en Psychologie. Mons-Hainaut: Université Mons-Hainaut; 2007.
71. Vanderstukken O, Schiza G, Archer E, Pham T. Evaluation des distorsions cognitives chez des agresseurs sexuels auprès d'une population carcérale française. In: Tardif M, ed. L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières. 3eme Congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Cifas 2005. Textes choisis. Montréal: Cifas - Institut Philippe Pinel de Montréal; 2005. p. 275-94.

72. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press; 1993.
73. Robin M, Vanderstukken O, Hautekeete M. Mise en évidence de croyances anticipatoires soulageantes et permissives chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfants 2009. <[http://www.santementale5962.com/journeescientifique/vanderstukken\\_poster\\_13-05-09.pdf](http://www.santementale5962.com/journeescientifique/vanderstukken_poster_13-05-09.pdf)> [consulté le 11-1-2010].
74. Hautekeete M, Cousin I, Graziani P. Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance, un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 1999;9(4):108-12.
75. Leclerc B, Proulx J. La pléthysmographie pénienne chez les agresseurs sexuels. In: Pham TH, ed. *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Sprinton: Mardaga; 2006. p. 137-159.
76. Marshall WL, Fernandez YM. Phallometric testing with sexual offenders: limits to its value. *Clin Psychol Rev* 2000;20(7):807-22.
77. Greenberg DM. Sexual recidivism in sex offenders. *Can J Psychiatry* 1998;43(5):459-65.
78. Prentky RA, Lee AFS, Knight RA, Cerce D. Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis. *Law Hum Behav* 1997;21(6):635-59.
79. Pham TH, Ducro C. Evaluation du risque de récidive. In: Pham TH, ed. *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Sprinton: Mardaga; 2006. p. 111-136.
80. Proulx J, Lussier P. La prédiction de récidive chez les agresseurs sexuels. *Criminologie* 2001;34(1):9-29.
81. Zgoba KM, Simon LMJ. Recidivism rates of sexual offenders up to 7 years later: does treatment matter? *Criminal Justice Review* 2005;30(2):155-73.
82. Harris AJR, Hanson RK. La récidive sexuelle : d'une simplicité trompeuse 2004-03. Ottawa: Sécurité publique et Protection civile Canada; 2004.
83. Centre de Recherche en Défense Sociale, Unité de Psychopathologie Légale, Ducro C, Pham TH, Martin M, Pilhet B. Etude du parcours post institutionnel d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (AICS) suite à la prise en charge post pénitentiaire en Région wallonne. Partie I : évaluation de la récidive. Tournai (BE): Presses Universitaires de Mons-Hainaut; 2007.
84. Menghini M, Ducro C, Pham TH. Evaluation de la récidive auprès d'agresseurs sexuels issus d'un hôpital sécuritaire en Belgique francophone. *Forensic* 2005;n° Spec:39-48.
85. Hanson RK, Morton KE, Harris AJR. Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know. *Ann N Y Acad Sci* 2003;989:154-66.
86. Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(6):1154-63.
87. Craig LA, Browne KD, Stringer I, Hogue TE. Sexual reconviction rates in the United Kingdom and actuarial risk estimates. *Child Abuse Negl* 2008;32(1):121-38.
88. Ducro C, Pham T. Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sex Abuse* 2006;18(1):15-26.
89. Altman DG. Systematic reviews of evaluations of prognostic variables. *BMJ* 2001;323(7306):224-8.
90. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(2):348-62.
91. Hildebrand M, de Ruitter C, de Vogel V. Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: association with sexual and nonsexual recidivism. *Sex Abuse* 2004;16(1):1-24.
92. Urbaniok F, Endrass J, Rossegger A, Noll T. Violent and sexual offences: a validation of the predictive quality of the PCL:SV in Switzerland. *Int J Law Psychiatry* 2007;30(2):147-52.
93. Olver ME, Wong SCP. Psychopathy, sexual deviance, and recidivism among sex offenders. *Sex Abuse* 2006;18(1):65-82.
94. Looman J, Abracen J, Serin R, Marquis P. Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders. *J Interpers Violence* 2005;20(5):549-68.
95. Dempster RJ, Hart SD. The relative utility of fixed and variable risk factors in discriminating sexual recidivists and nonrecidivists. *Sex Abuse* 2002;14(2):121-38.
96. Fazel S, Sjöstedt G, Långström N, Grann M. Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. *Sex Abuse* 2006;18(2):159-67.
97. Firestone P, Bradford JM, McCoy M, Greenberg DM, Curry S, Larose MR. Prediction of recidivism in extrafamilial child molesters based on court-related assessments. *Sex Abuse* 2000;12(3):203-21.
98. Harris GT, Rice ME, Quinsey VL, Lalumière ML, Boer D, Lang C. A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychol Assess* 2003;15(3):413-25.
99. Olver ME, Wong SCP, Nicholaichuk T, Gordon A. The validity and reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version: assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychol Assess* 2007;19(3):318-29.
100. Thornton D. Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sex Abuse* 2002;14(2):139-53.
101. Hudson SM, Wales DS, Bakker L, Ward T. Dynamic risk factors: the Kia Marama evaluation. *Sex Abuse* 2002;14(2):103-19.
102. Thornton D, Beech A, Marshall WL. Pretreatment self-esteem and posttreatment sexual recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004;48(5):587-99.
103. Lund CA. Predictors of sexual recidivism: did meta-analysis clarify the role and relevance of denial? *Sex Abuse* 2000;12(4):275-87.
104. Nunes KL, Hanson RK, Firestone P, Moulden HM, Greenberg DM, Bradford JM. Denial predicts recidivism for some sexual offenders. *Sex Abuse* 2007;19(2):91-105.
105. Thornton D. Age and sexual recidivism: a variable connection. *Sex Abuse* 2006;18(2):123-35.
106. Hanson RK. Recidivism and age: Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *J Interpers Violence* 2002;17(10):1046-62.
107. Dickey R, Nussbaum D, Chevolleau K, Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *J Sex Marital Ther* 2002;28(3):211-8.
108. Prentky RA, Lee AFS. Effect of age-at-release on long term sexual re-offense rates in civilly committed sexual offenders. *Sex Abuse* 2007;19(1):43-59.
109. Hanson RK. Does Static-99 predict recidivism among older sexual offenders? *Sex Abuse* 2006;18(4):343-55.
110. Barbaree HE, Blanchard R, Langton CM. The development of sexual aggression through the life span. The effect of age on sexual arousal and recidivism among sex offenders. *Ann N Y Acad Sci* 2003;989:59-71.
111. Doren DM. What do we know about the effect of aging on recidivism risk for sexual offenders? *Sex Abuse* 2006;18(2):137-57.
112. Seager JA, Jellicoe D, Dhaliwal GK. Refusers, dropouts, and completers: measuring sex offender treatment efficacy. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004;48(5):600-12.

113. Mander AM, Atops ME, Barnes AR, Munafo R. Sex offender treatment program: initial recidivism study. *Alaska Justice Forum* 1996;13:2.
114. Barbaree HE. Psychopathy, treatment behavior, and recidivism. An extended follow-up of Seto and Barbaree. *J Interpers Violence* 2005;20(9):1115-31.
115. Langton CM, Barbaree HE, Harkins L, Peacock EJ. Sex offenders' response to treatment and its association with recidivism as a function of psychopathy. *Sex Abuse* 2006;18(1):99-120.
116. Seifert D, Möller-Mussavi S, Wirtz M. Risk assessment of sexual offenders in German forensic institutions. *Int J Law Psychiatry* 2005;28(6):650-60.
117. Rice ME, Harris GT. Cross-validation and extension of the violence risk appraisal guide for child molesters and rapists. *Law Hum Behav* 1997;21(2):231-41.
118. Bartosh DL, Garby T, Lewis D, Gray S. Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47(4):422-38.
119. Nunes KL, Firestone P, Bradford JM, Greenberg DM, Broom I. A comparison of modified versions of the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide. *Sex Abuse* 2002;14(3):253-69.
120. Långström N. Accuracy of actuarial procedures for assessment of sexual offender recidivism risk may vary across ethnicity. *Sex Abuse* 2004;16(2):107-20.
121. Sjöstedt G, Långström N. Actuarial assessment of sex offender recidivism risk: a cross-validation of the RRASOR and the Static-99 in Sweden. *Law Hum Behav* 2001;25(6):629-45.
122. Hanson RK, Thornton D. Improving risk assessments for sex offenders: a comparison of three actuarial scales. *Law Hum Behav* 2000;24(1):119-36.
123. Allan A, Dawson D, Allan MM. Prediction of the risk of male sexual reoffending in Australia. *Aust Psychol* 2006;41(1):60-8.
124. Hanson RK, Thornton D. Statique -99 : une amélioration des évaluations actuarielles du risque de récidive chez les délinquants sexuels. Ottawa: Ministère du Solliciteur Général du Canada; 1999.
125. de Vogel V, de RC, van BD, Mead G. Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law Hum Behav* 2004;28(3):235-51.
126. Sreenivasan S, Garrick T, Norris R, Cusworth-Walker S, Weinberger LE, Essres G, *et al.* Predicting the likelihood of future sexual recidivism: pilot study findings from a California sex offender risk project and cross-validation of the Static-99. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007;35(4):454-68.
127. Sudo J, Sato M, Obata S, Yamagami A. Exploring the possibility of risk assessment of Japanese sexual offenders using Static-99. *Crim Behav Ment Health* 2006;16(3):146-54.
128. Hanson RK, Harris AJR. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse* 2001;13(2):105-22.
129. Centre de Recherche en Défense Sociale. Projet stop 125 de la Commission européenne "Evaluation de la récidive sexuelle en Europe". Tournai: CRDS; 2003.
130. Craig LA, Beech A, Browne KD. Cross-validation of the risk matrix 2000 sexual and violent scales. *J Interpers Violence* 2006;21(5):612-33.
131. Thornton D, Mann R, Webster S, Blud L, Travers R, Friendship C, *et al.* Distinguishing and combining risks for sexual and violent recidivism. *Ann N Y Acad Sci* 2003;989:225-35.
132. Fischer L, Smith G. Statistical adequacy of the Abel Assessment for Interest in Paraphilias. *Sex Abuse* 1999;11(3):195-205.
133. Côté G. Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique. *Criminologie* 2001;34(1):31-45.
134. Craig LA, Browne KD, Stringer I. Comparing sex offender risk assessment measures on a UK sample. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004;48(1):7-27.
135. Campbell TW. Sex offenders and actuarial risk assessments: ethical considerations. *Behav Sci Law* 2003;21(2):269-79.
136. Terrier E, Savin B. Protocole d'évaluation des Auteurs d'Aggression Sexuelle et indication de thérapie. Congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Cifas 2007. Paris: ARTAAS; 2007.
137. Bonta A. Offender risk assessment: Guidelines for selection and use. *Crim Justice Behav* 2002;29(4):355-79.
138. Winton MA. Treatment paradigms of sex offenders of children: An analysis of professional journals. *Aggression Violent Behav* 2005;10(5):569-78.
139. Smith J, Coutanceau R, Weyergans E. Quelle thérapie possible pour la pédophilie ? *Prat Psychol* 2005;(3):223-32.
140. Smith J, Petibon C. Groupes de prévention de la récidive destinés à des pédophiles : adaptation française. *Encéphale* 2005;31(5):552-8.
141. Rivalin-Grenier C. La thérapie de groupes pour les auteurs d'agressions sexuelles. *Psychiatrie et prison : Quels soins face à l'inflation des mesures carcérales ? Pratiques en santé mentale* 2003;49(4):47-8.
142. Cornet JP, Mormont C, Michel A. Quelques données sur les différentes prises en charge des délinquants sexuels dans les pays de l'Union européenne. *Ann Med Psychol* 2001;159(9):639-44.
143. Hanson RK, Gordon A, Harris AJR, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, *et al.* First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002;14(2):169-94.
144. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J Exp Criminol* 2005;1(1):117-46.
145. Hachouf S, Bénézech M. Éléments pour une approche thérapeutique des agresseurs sexuels. *Ann Med Psychol* 2001;159(3):182-9.
146. Hamon F. Les psychothérapies des délinquants sexuels. *Soins Psychiatr* 1999;(202):19-21.
147. Savin B. Fonctionnement inconscient de la famille incestueuse : la thérapie socio-familiale comme mode possible de prise en charge thérapeutique des familles incestueuses. Communication au 2ème Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle, Bruxelles, du 7 au 9 mai. Bruxelles: 2003.
148. Zgoba KM, Sager WR, Witt PH. Evaluation of New Jersey's sex offender treatment program at the Adult Diagnostic and Treatment Center: preliminary results. *J Psychiatry Law* 2003;31(2):133-64.
149. Marx BP, Miranda R, Meyerson LA. Cognitive-behavioral treatment for rapists: can we do better? *Clin Psychol Rev* 1999;19(7):875-94.
150. Marshall WL, McGuire J. Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47(6):653-63.
151. Kenworthy T, Adams CE, Bilby C, Brooks-Gordon B, Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;Issue 3.

152. Friendship C, Mann RE, Beech AR. Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales. *J Interpers Violence* 2003;18(7):744-59.
153. Marques JK, Wiederanders M, Day DM, Nelson C, van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse* 2005;17(1):79-107.
154. McGrath RJ, Cumming G, Livingston JA, Hoke SE. Outcome of a treatment program for adult sex offenders: From prison to community. *J Interpers Violence* 2003;18(1):3-17.
155. Nicholaichuk T, Gordon A, Gu D, Wong S. Outcome of an institutional sexual offender treatment program: a comparison between treated and matched untreated offenders. *Sex Abuse* 2000;12(2):139-53.
156. Schweitzer R, Dwyer J. Sex Crime Recidivism: Evaluation of a Sexual Offender Treatment Program. *J Interpers Violence* 2003;18(11):1292-310.
157. Crolley J, Roys D, Thyer BA, Bordnick PS. Evaluating outpatient behavior therapy of sex offenders. A pretest-posttest study. *Behav Modif* 1998;22(4):485-501.
158. McGrath RJ, Cumming GF, Hoke SE, Bonn-Miller MO. Outcomes in a community sex offender treatment program: a comparison between polygraphed and matched non-polygraphed offenders. *Sex Abuse* 2007;19(4):381-93.
159. Cortoni F, Nunes K. Recherche de l'efficacité du traitement chez les délinquants sexuels. In: Tardif M, ed. *L'agression sexuelle : coopérer au-delà des frontières*. 3ème Congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Cifas 2005. Textes choisis. Montréal: Cifas - Institut Philippe Pinel de Montréal; 2005. p. 309-323.
160. Lung FW, Chou FHC, Lu YC, Wen JK, Yen YC, Kao CY. In-prison treatment for sexual offenders in Taiwan. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2007;51(3):340-7.
161. Meijer EH, Verschuere B, Merckelbach HL, Crombez G. Sex offender management using the polygraph: a critical review. *Int J Law Psychiatry* 2008;31(5):423-9.
162. Ciavaldini A, Bouchard M. Evaluation psychodynamique de l'impact du psychodrame en groupe sur des sujets pédophiles judiciairisés. *Forensic* 2004;18:12-5.
163. Ciavaldini A. Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles. *Rev psychothér psychanal groupe* 2004;42:69-78.
164. Doren DM, Yates PM. Effectiveness of sex offender treatment for psychopathic sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2008;52(2):234-45.
165. Seto MC, Barbaree HE. Psychopathy, treatment behavior and sex offender recidivism. *J Interpers Violence* 1999;14(12):1235-48.
166. Barbaree H, Langton C, Peacock E. Sexual offender treatment for psychopaths : is it harmful ? In: Marshall WL, Fernandez YM, Marshall LE, Serran GA, ed. *Sexual offender treatment. Controversial issues*. Chichester: John Wiley and Sons; 2006. p. 159-71.
167. Hanson RK. Établissement d'une échelle actuarielle sommaire du risque de récidive sexuelle. Ottawa: Ministère du Solliciteur général du Canada; 1997.
168. Looman J, Abracen J. Psychopathy subtypes, treatment performance and recidivism. In: 25 th Annual conference of the Association for the treatment of sexual abusers. Chicago: 2006. p.
169. Abracen J, Looman J. Issues in the treatment of sexual offenders. Recent developments and directions for future research. *Aggression Violent Behav* 2004;9(3):229-46.
170. Siquin M, Condomines GD. Prise en charge des agresseurs sexuels, quand le soin est une obligation. *Soins Psychiatr* 2004;(233):31-2.
171. Tardif M. La psychothérapie de groupe avec les agresseurs sexuels adultes : approche psychodynamique. *Forensic* 2004;4(1):10-4.
172. Di Fazio R, Abracen J, Looman J. Group versus individual treatment of sex offenders: A comparison. *Forum on Corrections Research* 2001;13(1):56-9.
173. Hayez JY, De Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Paris: PUF; 1997.
174. Savin B. Entretiens thérapeutiques familiaux. In: Ciavaldini A, Balier C, ed. *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Masson: Paris; 2000. p. 181-91.
175. Lambrick F, Glaser W. Sex offenders with an intellectual disability. *Sex Abuse* 2004;16(4):381-92.
176. Harkins L, Beech AR. Examining the impact of mixing child molesters and rapists in group-based cognitive-behavioral treatment for sexual offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2008;52(1):31-45.
177. Garrett T, Oliver C, Wilcox DT, Middleton D. Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sex Abuse* 2003;15(4):323-38.
178. Renard G, Bazin A, Donnaint-Santune F. Expérience d'un groupe thérapeutique pour auteurs de violences sexuelles en maisons d'arrêt. Communication CIFAS Paris 13-09-2007. Epinal: UCSA de la maison d'Arrêt d'Epinal; 2007.
179. Levenson JS, Macgowan MJ. Engagement, denial, and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sex Abuse* 2004;16(1):49-63.
180. Langevin R. Acceptance and completion of treatment among sex offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2006;50(4):402-17.
181. Jones N, Pelissier B, Klein-Saffran J. Predicting sex offender treatment entry among individuals convicted of sexual offense crimes. *Sex Abuse* 2006;18(1):83-98.
182. Maletzky BM, Steinhauer C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif* 2002;26(2):123-47.
183. Aytes KE, Olsen SS, Zakrajsek T, Murray P, Ireson R. Cognitive/behavioral treatment for sexual offenders: an examination of recidivism. *Sex Abuse* 2001;13(4):223-31.
184. Rice ME, Harris GT. The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. *Ann N Y Acad Sci* 2003;989:428-40.
185. Pelissier B. Treatment retention in a prison-based residential sex offender treatment program. *Sex Abuse* 2007;19(4):333-46.
186. Beyko MJ, Wong SC. Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: a study of sex offender treatment attrition. *Sex Abuse* 2005;17(4):375-89.
187. Drapeau M, Körner A, Granger L, Brunet L, Caspar F. A plan analysis of pedophile sexual abusers' motivations for treatment: a qualitative pilot study. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2005;49(3):308-24.
188. Marshall LE, Marshall WL, Fernandez YM, Malcolm PB, Moulden HM. The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: description and preliminary appraisal. *Sex Abuse* 2008;20(1):25-42.
189. Ciavaldini A, Balier C. Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Masson; 2003.
190. Legendre-Boulay C. Art-thérapies. In: Ciavaldini A, Balier C, ed. *Aggressions sexuelles : pathologies, suivis*

- thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Masson; 2000. p. 193-201.
191. Drapeau M. Research on the processes involved in treating sexual offenders. *Sex Abuse* 2005;17(2):117-25.
192. Drapeau M, Körner AC, Granger L, Brunet L. What sex abusers say about their treatment: results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *J Child Sex Abus* 2005;14(1):91-115.
193. Marshall WL. Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sex Abuse* 2005;17(2):109-16.
194. Drake CR, Ward T. Treatment models for sex offenders. A move towards a formulation-based approach. In: Ward T, Laws DR, Hudson SM, ed. *Sexual deviance: issues and controversies*. London: Sage Publications; 2003. p. 226-43.
195. Ward T, Nathan p, Drake CR, Lee JKP, Pathé M. The role of formulation-based treatments for sexual offenders. *Behav Change* 2000;17(4):251-64.
196. Bonta A, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Ottawa: Public Safety Canada; 2007.
197. Kennedy SM. Réceptivité au traitement : Réduction de la récidive par des traitements plus efficaces. *Forum on Corrections Research* 2000;12:19-23.
198. Looman J, Dickie I, Abracen J. Responsivity issues in the treatment of sexual offenders. *Trauma Violence Abuse* 2005;6(4):330-53.
199. Hollin CR. Treatment programs for offenders. Meta-analysis, "what works," and beyond. *Int J Law Psychiatry* 1999;22(3-4):361-72.
200. Krueger RB, Kaplan MS. Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders. *J Psychiatr Pract* 2002;8(1):21-32.
201. Kravitz HM, Haywood TW, Kelly J, Liles S, Cavanaugh JL. Medroxyprogesterone and paraphiles: do testosterone levels matter? *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996;24(1):73-83.
202. Cordier B, Thibaut F, Kuhn JM, Deniker P. Traitements hormonaux des troubles des conduites sexuelles. *Bull Acad Natl Med* 1996;180(3):599-605.
203. Stoléro S. Les analogues de la GnRH dans la prise en charge des patients présentant une pédophilie. *MT Médecine de la Reproduction Gynécologie Endocrinologie* 2008;10(2):135-41.
204. Saleh FM, Guidry LL. Psychosocial and biological treatment considerations for the paraphilic and nonparaphilic sex offender. *J Am Acad Psychiatr Law* 2003;31(4):486-93.
205. Hansen H, Lykke-Olesen L. Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. *J Forensic Psychiatry* 1997;8(1):195-9.
206. Neumann F, Kalmus J. Cyproterone acetate in the treatment of sexual disorders: pharmacological base and clinical experience. *Exp Clin Endocrinol* 1991;98(2):71-80.
207. Kravitz HM, Haywood TW, Kelly J, Wahlstrom C, Liles S, Cavanaugh JL. Medroxyprogesterone treatment for paraphiliacs. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995;23(1):19-33.
208. Maletzky BM, Tolan A, McFarland B. The Oregon depo-Provera program: a five-year follow-up. *Sex Abuse* 2006;18(3):303-16.
209. Hill A, Briken P, Kraus C, Strohm K, Berner W. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;4(4):407-21.
210. Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2003;64(8):890-7.
211. Thibaut F. Perspectives on treatment interventions in paraphilias. In: *Handbook of medical psychiatry*. 2003. p. 909-18.
212. Hoogeveen J, Van Der Veer E. Side effects of pharmacotherapy on bone with long-acting gonadorelin agonist triptorelin for paraphilia. *J Sex Med* 2008;5(3):626-30.
213. Reilly DR, Delva NJ, Hudson RW. Protocols for the use of cyproterone, medroxyprogesterone, and leuprolide in the treatment of paraphilia. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2000;45(6):559-63.
214. Rösler A, Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med* 1998;338(7):416-22.
215. Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries RA. Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Arch Sex Behav* 2005;34(6):691-705.
216. Czerny J-P, Briken P, Berner W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry* 2002;17(2):104-6.
217. Dickey R. Case report: the management of bone demineralization associated with long-term treatment of multiple paraphilias with long-acting LHRH agonists. *J Sex Marital Ther* 2002;28(3):207-10.
218. Krueger RB, Kaplan MS. Disorders of sexual impulse control in neuropsychiatric conditions. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5(4):266-74.
219. Belaisch J, de Kervasdoué A. Violences sexuelles: le traitement hormonal. *Contracept Fertil Sex* 1997;25(9):694-9.
220. Krueger RB, Hembree W, Hill M. Prescription of medroxyprogesterone acetate to a patient with pedophilia, resulting in Cushing's syndrome and adrenal insufficiency. *Sex Abuse* 2006;18(2):227-8.
221. Mc Grath RJ. Conducting sexual offenders risk assessment. In: *The 2nd International conference toward a safer society*. Edinburg: 2004. p.
222. Prentky RA, Knight RA, Lee AFS. Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):141-9.
223. Scalora MJ, Garbin C. A multivariate analysis of sex offender recidivism. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47(3):309-23.
224. Macpherson GJD. Predicting escalation in sexually violent recidivism: Use of the SVR-20 and PCL: SV to predict outcome with non-contact recidivists and contact recidivists. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2003;14(3):615-27.
225. Firestone P, Bradford JM, McCoy M, Greenberg DM, Curry S, Larose MR. Recidivism in convicted rapists. *J Am Acad Psychiatry Law* 1998;26(2):185-200.
226. Hanson RK, Harris AJ. Where should we intervene ? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Crim Justice Behav* 2000;27(1):6-35.
227. Vanderstukken O, Schiza G. Le programme de traitement du Centre de détention de Loos : intérêt de l'évaluation. In: *Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles*, ed. *Dixièmes journées nationales de l'ARTAAS*. 2006. p.
228. Meyer WJ, Molett M, Richards CD, Arnold L, Latham J. Outpatient civil commitment in Texas for management and treatment of sexually violent predators: a preliminary report. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2003;47(4):396-406.
229. Emeraud PY. Travail en équipe en SMPR dans le traitement des auteurs d'agresions sexuelles. In: Ciavaldini A, Balier C, ed. *Agresions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris: Masson; 2003. p. 131-140.

230. Grasswick LJ, Bradford J.M.W. Osteoporosis associated with the treatment of paraphilias: a clinical review of seven case reports. *J Forensic Sci* 2003;48(4):849-55.
231. Briken P, Berner W, Noldus J, Nika E, Michl U. Therapie mit dem LHRH-Agonisten Leuprorelinacetat bei Paraphilien und sexuell aggressiven Impulshandlungen. *Nervenarzt* 2000;71(5):380-5.
232. Briken P, Nika E, Berner W. Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *J Sex Marital Ther* 2001;27(1):45-55.
233. Krueger RB, Kaplan MS. Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Arch Sex Behav* 2001;30(4):409-22.
234. Thibaut F, Cordier B, Kuhn JM. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87(6):445-50.
235. Brotherton J. Effect of oral cyproterone acetate on urinary and serum FSH and LH levels in adult males being treated for hypersexuality. *J Reprod Fertil* 1974;36(1):177-87.
236. Menghini P, Ernst K. Die antiandrogenbehandlung im rückblickenden Urteil von 19 Sexualstraftätern. *Nervenarzt* 1991;62(5):303-7.
237. Cooper AJ. A placebo-controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality. *Compr Psychiatry* 1981;22(5):458-65.
238. Van Moffaert M. Social reintegration of sexual delinquents by a combination of psychotherapy and anti-androgen treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1976;53(1):29-34.
239. Jeffcoate WJ, Matthews RW, Edwards CR, Field LH, Besser GM. The effect of cyproterone acetate on serum testosterone, LH, FSH, and prolactin in male sexual offenders. *Clinical endocrinology* 1980;13(2):189-95.
240. Cooper AJ, Cernovsky Z, Magnus RV. The long-term use of cyproterone acetate in pedophilia: A case study. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1992;18(4):292-302.
241. Bradford JM, Bourget D. Sexually aggressive men. *Psychiatr J Univ Ott* 1987;12(3):169-75.
242. Cooper AJ, Sandhu S, Losztyn S, Cernovsky Z. A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Can J Psychiatry* 1992;37(10):687-93.
243. Bradford JM, Pawlak A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch Sex Behav* 1993;22(5):383-402.
244. Bradford JM, Pawlak A. Effects of cyproterone acetate on sexual arousal patterns of pedophiles. *Arch Sex Behav* 1993;22(6):629-41.
245. Kafka MP, Prentky R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry* 1992;53(10):351-8.
246. Kruesi MJ, Fine S, Valladares L, Phillips RA, Rapoport JL. Paraphilias: a double-blind crossover comparison of clomipramine versus desipramine. *Arch Sex Behav* 1992;21(6):587-93.
247. Bourgeois JA, Klein M. Risperidone and fluoxetine in the treatment of pedophilia with comorbid dysthymia. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16(3):257-8.
248. Meyer WJ, Walker PA, Wiedeking C, et al. Pituitary function in adult males receiving medroxyprogesterone acetate. *Fertil Steril* 1977;28(10):1072-6.
249. Myers BA. Treatment of sexual offenses by persons with developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 1991;95(5):563-9.
250. McConaghy N, Blaszczyński A, Kidson W. Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77(2):199-206.
251. Hucker S, Langevin R, Bain J. A double blind trial of sex drive reducing medication in pedophiles. *Ann Sex Res* 1988;1:227-42.
252. Meyer WJ, Walker PA, Emory LE, Smith ER. Physical, metabolic, and hormonal effects on men of long-term therapy with medroxyprogesterone acetate. *Fertility and sterility* 1985;43(1):102-9.
253. Blumer D, Migeon C. Hormone and hormonal agents in the treatment of aggression. *J Nerv Ment Dis* 1975;160(2-1):127-37.
254. Gottesman HG, Schubert DS. Low-dose oral medroxyprogesterone acetate in the management of the paraphilias. *J Clin Psychiatry* 1993;54(5):182-8.
255. Gagné P. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. *Am J Psychiatry* 1981;138(5):644-6.
256. Cooper AJ, Losztyn S, Russell NC, Cernovsky Z. Medroxyprogesterone acetate, nocturnal penile tumescence, laboratory arousal, and sexual acting out in a male with schizophrenia. *Arch Sex Behav* 1990;19(4):361-72.
257. Meyer WJ, Cole C, Emory E. Depo provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1992;20(3):249-59.

## Participants

### Comité d'organisation

Pr Florence Thibaut, psychiatre, Rouen  
Dr Catherine Deguines, responsable unité  
Afssaps, Saint-Denis

Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis  
Dr Caroline Laborde, HAS, Saint-Denis

### Groupe de travail

Dr Sophie Baron-Laforet, psychiatre, Paris  
Pr Paul Cosyns, psychiatre, Anvers, Belgique  
Dr Catherine Deguines, Afssaps, Saint-Denis  
Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis -  
coordonnateur  
Mme Karine Gonnet, magistrat, Paris  
M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis  
- coordonnateur  
Dr Annie Navarre-Coulaud, psychiatre, Dieppe  
Dr Catherine Paulet, psychiatre, Marseille

M. Philippe Pottier, directeur de service  
pénitentiaire d'insertion et de probation, Paris  
Pr Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers  
Pr Florence Thibaut, psychiatre, Rouen  
Dr Jean-Michel Thurin, psychiatre, Paris  
M. Olivier Vanderstukken, psychologue, Lille

### Groupe de lecture

Pr Jean-François Allilaire, psychiatre, Paris  
Dr Jocelyn Aubut, psychiatre, Montréal  
Dr Claude Balier, psychiatre, Proveyzieux  
Dr Thierry Bonvalot, psychiatre, Quimperlé  
Mme Denise Bouchet-Kervella, psychanalyste,  
Paris  
M. Jean-René Chartier, psychologue,  
psychanalyste, Paris  
M. André Ciavaldini, psychologue, Grenoble  
Dr Bernard Cordier, psychiatre, Suresnes  
Dr Jean-Michel Darves-Bornoz, psychiatre,  
Paris  
Pr Emmanuel de Becker, psychiatre, Bruxelles  
Dr Pierre-André Delpa, médecin légiste,  
Toulouse  
M. Pierre-Yves Emeraud, infirmier de secteur  
psychiatrique, Varcès  
Dr Marc-Antoine Grohens, psychiatre, Villejuif  
Pr Jean-Yves Hayez, psychiatre, Bruxelles  
Dr Carol Jonas, psychiatre, Tours  
Dr Michel Lacour, psychiatre, Poissy  
Dr Olivier Lehembre, psychiatre, Valenciennes  
Dr Eric Marcel, psychiatre, Le Mesnil Saint-  
Denis  
Dr Yves Tyrode, psychiatre, Aix-en-Provence  
P. Loick Villerbu, psychologue, Rennes



