

# DÉLINQUANCE SEXUELLE : CONCEPTS ET PRISES EN CHARGE *SEXUAL OFFENSES: CONCEPTS AND TREATMENTS*

Par P.-M. DANG-VU<sup>1</sup>, C. COTTIN<sup>2</sup>, P. CEZERA<sup>3</sup>, C. SOUCHET<sup>4</sup>, M. JEAN<sup>5</sup>

ARTICLE ORIGINAL  
ORIGINAL ARTICLE

## RÉSUMÉ

La délinquance sexuelle est un sujet sensible et la prise en charge soignante des auteurs d'agression sexuelle difficile, surtout pour des personnels non formés. Des cadres légaux existent, comme l'obligation ou l'indication de soins, mais les modalités de prise en charge varient selon les moyens humains disponibles localement et selon l'intérêt historique de certaines équipes soignantes pour le sujet.

Un recensement des différents types de prise en charge, leurs indications respectives, une mise en perspective de l'articulation soins-justice devenaient alors intéressants à proposer de manière synthétique après le rappel de quelques concepts.

**Mots-clés :** Suivis socio-judiciaires, médecin coordonnateur, agression sexuelle, agresseur.

## SUMMARY

*Sexual violence is a sensitive subject and it is difficult to care for sex offenders, particularly for untrained personnel. There are legal frameworks in place, such as the requirement or order of care, but the implementation of care differs according to locally available human resources and the historic interest of certain care teams for the subject.*

*It was therefore of interest, following a reminder of a few concepts, to summarise a census of different types of care and their respective indications, and to put into perspective the links between care and justice.*

**Keywords:** Sociolegal follow-up, coordinating physician, sexual assault, offender.

## I. INTRODUCTION

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles est un sujet difficile, complexe et sensible. L'actualité forte de ces questions, les désaccords de certains spécialistes, renforcés par l'inévitable surenchère médiatique ou politique, la résonance particulière qu'elles entraînent chez les soignants ou les personnels de la Justice nous rappellent sans cesse à la lutte contre la récidive.

Les liens avec l'administration pénitentiaire, la préservation du secret médical, les étapes incontournables d'une prise en charge de ces patients « atypiques », le type de soins les plus appropriés, les critères d'arrêt de prise en charge, sont autant de sujets que nous essaierons d'aborder en plus de certaines définitions ou pré-

1. Dr. Pierre-Mathieu DANG-VU, psychiatre, médecin coordonnateur, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Niort (79 000), service de psychiatrie et psychologie médicale. Courriel : pierre-mathieu.dang-vu@ch-niort.fr, 05 49 78 39 70, 05 49 78 39 69 (fax).

2. Mme Cassandre COTTIN, juriste, Niort (79 000).

3. M. Philippe CEZERA, cadre supérieur de santé, Centre Hospitalier de Niort (79 000), centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

4. Mme Cécile SOUCHET, Juge de l'Application des Peines, Tribunal de Grande Instance de Niort (79 000).

5. M. Mario JEAN, Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation, Niort (79 000).

requis et des éléments de psychopathologies incontournables.

## II. QU'EST-CE QUE LA DÉLINQUANCE SEXUELLE - LES DIFFÉRENTES PARAPHILIES

### 1. Violence et délinquance sexuelle(s) : définitions

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence sexuelle « comprend tout acte sexuel, toute tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne, utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec sa victime, y compris sans s'y limiter, au foyer et au travail. La coercition peut inclure le recours à la force à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage, les menaces, etc. La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement – parce qu'elle est ivre,

droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple [1] ».

Pour le Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, l'abus sexuel est un acte qui peut prendre différentes formes, allant de l'exhibitionnisme, ou des caresses, jusqu'au viol et à l'inceste.

La peine est aggravée lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans, ou lorsque l'agresseur est un ascendant ou une personne ayant autorité. Elle peut aller jusqu'à 20 ans de prison en France.

### 2. Apports du Code Pénal

L'article 222-22 du Code Pénal modifié par la Loi n°2010-769 du 9 juillet 2010 – art.36, précise que : « constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues plus haut, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.

Le tableau suivant permet de hiérarchiser et de clarifier les différentes infractions à caractère sexuel :

Infractions		Incriminations	Peines principales
Crime	Viol Art. 222-23 du Code Pénal	« tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par la violence, menace, contrainte ou surprise est un viol »	Quinze ans de réclusion criminelle
Délit	Agression sexuelle Art. 222-22, al. 1 <sup>er</sup> du Code Pénal	« constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »	Hors viol, cinq ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende
Délit	Exhibition sexuelle Art. 222-32 du Code Pénal	« L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public »	Un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende
Délit	Harcèlement sexuel Art. 222-33 du Code Pénal	« le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle »	Un an d'emprisonnement et 15000 euros d'amende

Les circonstances aggravantes sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

### 3. Les nosographies actuelles

Les termes de « perversion sexuelle » ou « personnalités perverses », présents dans les anciennes nosographies disparaissent progressivement des écrits actuels, sûrement du fait de la connotation morale qu'ils apportaient.

La Classification Internationale des Maladies (CIM 10) propose celui de « troubles de la préférence sexuelle » [2], tandis que le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) propose celui de « paraphilies » [3].

Les différentes paraphilies peuvent impliquer des objets inanimés (fétichisme ou transvestismes), des enfants ou des personnes non consentantes (pédophilie, voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme), l'humiliation ou la souffrance du sujet lui-même ou de

son partenaire (masochisme ou sadisme sexuel), des animaux (zoophilie), des cadavres (nécrophilie), les fèces ou l'urine (copro ou urophilie).

Les classifications psychiatriques :

- tiennent compte du sujet, de la récurrence ou de la persistance du trouble, alors que les catégories pénales ne se basent que sur la commission et l'intention de l'acte
- permettent également le repérage des comorbidités ou des troubles de la personnalité associés.

A retenir :

Les aspects nosographiques et pénaux ne se superposent pas totalement : la Loi n'interdit pas toutes les paraphilies. Elle condamne l'entrave à la liberté d'autrui, adulte non consentant, mineur ou personne vulnérable inapte à consentir.

### III. ÉLÉMENTS DE PSYCHOPATHOLOGIE

#### 1. La difficulté d'établir un profil-type

Il est très difficile d'élaborer un profil-type psychopathologique de l'agresseur sexuel devant le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles elles apparaissent. Néanmoins, les experts semblent d'accord sur le fait que ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de solutions « défensives » par rapport à des angoisses majeures [4].

Des lors, une généralisation des propos sur ce sujet devient difficile. La fédération française de psychiatrie insiste sur le fait que les connaissances étiopathogéniques concernant les auteurs d'agression sexuelle présentent un degré de certitude trop faible.

Circonstances aggravantes	
Celles liées à la victime	Mineur de moins de 15 ans Personnes dont la vulnérabilité est apparente ou connue de l'auteur (âge, déficience mentale, handicap, grossesse, etc.).
Celles liées à l'existence du lien entre la victime et son agresseur	Ascendant naturel ou adoptif, ou tout autre personne ayant autorité (ex : compagnon de la mère) Personne ayant autorité par ses fonctions (ex : instituteur)
Celles liées aux circonstances du viol	Agression précédée, accompagnée ou suivie de torture ou d'actes de barbarie Viol collectif Usage ou menace d'une arme Agression accompagnée d'une rémunération
Celles liées aux résultats de la violence	Le viol a entraîné la mort de la victime Le viol a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente L'agression a entraîné une blessure ou une lésion

Deux constantes sont souvent retrouvées dans l'environnement familial d'une victime d'agression incestueuse : la confusion dans la place de chacun et la confusion au niveau des générations.

Certains facteurs de risque ont néanmoins pu être identifiés dans le parcours des auteurs de violences sexuelles [4] : les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance, les carences affectives par négligence ou abandon, les maltraitances, les dysfonctionnements familiaux, l'abus ou les dépendances aux pro-

duits psychoactifs et notamment l'alcool. Ciavaldini [5] a remarqué quant à lui certains éléments : difficultés à reconnaître l'altérité, accessibilité à la culpabilité limitée, modalités défensives prévalentes (clivage, déni, etc.), faible investissement du registre verbal, carences affectives précoces et « agir » comme mode privilégié de régulation des conflits psychiques.

L'association agresseur-ancien agressé n'est pas systématique.

## 2. Les théories actuelles étiopathogéniques [4]

Le passage à l'acte sexuel transgressif se situe toujours au carrefour de l'organisation sociale, et familiale, du déterminisme individuel et de la représentation de la Loi.

Les théories psychosociologiques mettent en avant la démission parentale, la dislocation de la famille, l'augmentation de l'intervention de l'Etat avec une sur-assistance des parents et des enfants.

Les théories biologiques soulignent le rôle des hormones, des neurotransmetteurs et des éventuels facteurs génétiques. Il paraît cependant hasardeux d'extrapoler les données de la neurobiologie à la clinique des agressions sexuelles comme de transposer les résultats des études faites sur l'animal à l'homme.

Les théories psychanalytiques sont abordées plus bas dans le présent article. On pourra rajouter qu'elles sont également utiles dans la régulation et la supervision des soignants impliqués.

Les théories cognitivo comportementales sont aujourd'hui les seules validées pour ce qui est de leur mise en œuvre sous forme de psychothérapie. Initialement, le traitement visait à modifier les préférences sexuelles déviantes. Leur fondement actuel se situe sur la dimension plurifactorielle, impliquant un travail socio-éducatif plus global. Par pragmatisme, des dimensions non sexuelles sont abordées comme l'entraînement aux habiletés sociales, l'affirmation de soi, etc.

## IV. ÉPIDÉMIOLOGIE

S'il était nécessaire d'encore sensibiliser à la prévention de la récidive en terme de délinquance sexuelle, quelques statistiques assez convaincantes pourront être utiles à rappeler.

### 1. Les enquêtes de victimation

Des éléments importants sont apportés par les études de victimation. Leur raison d'être tient au fait que toutes les victimes d'agressions sexuelles ne donnent pas forcément de suites judiciaires à leur agression. Les résultats de l'enquête « cadre de vie et sécurité » sont publiés dans le dernier rapport de l'observatoire national de la délinquance et des réponses pénales [6] dont nous ne livrerons que certains chiffres jugés pertinents. Cette enquête porte sur un échantillon représentatif de la population française et permet d'estimer le nombre de victimes.

Ainsi, pour ce qui est des violences sexuelles hors ménage déclarées en 2012 et portant sur les deux années précédentes, on note une certaine stabilité depuis 2006 avec 290 000 victimes déclarées (0.7% de la population) réparties en 80 000 hommes et 210 000 femmes. Le taux de plainte était en moyenne

de 8.1 % soit environ 10% des femmes et 2.5% des hommes.

Le nombre de viols paraît stable entre 2008 et 2012 et semble concerner 0.8% des femmes âgées de 18 à 75 ans, ce qui revient à 168 000 viols en moyenne.

Les violences sexuelles constatées par les services de police et de gendarmerie en France mettent en évidence une stabilité entre 2006 (22864 plaintes) et 2011 (23871 plaintes) [6].

### 2. Les statistiques judiciaires

De 1980 à 1998, alors que la population écrouée a triplé, la proportion de personnes condamnées pour des infractions de nature sexuelle a quintuplé. Par rapport à la totalité de la population incarcérée, les agresseurs sexuels ont tour à tour représenté 6% en 1980, 18% en 1998 et enfin 22% en 2005. En 2012, sur 55501 personnes incarcérées, 7722 (13.4%) l'étaient pour des infractions à caractère sexuel. La moyenne d'âge est de 44 ans. Plus on avance dans l'âge des personnes incarcérées et plus le taux d'agresseurs sexuels est important. À noter que 16% des mineurs ayant des peines d'incarcération fermes le sont pour de tels agissements [7].

### 3. L'apport des études médicales

Une étude un peu ancienne mais faisant référence est celle d'Hanson et Buissière en 1998, portant sur près de 30 000 cas d'agresseurs sexuels sur une période de suivi de 5 ans. Elle met en évidence un taux de récidive de 13% pour les pédophiles et de 21% pour les agresseurs de femmes adultes [8].

L'ampleur du phénomène rend donc urgente une évaluation fiable du risque de récidive, le développement et l'application de thérapies spécifiques, ce qui sera détaillé plus bas [9, 10].

## V. LE TEMPS DES EXPERTISES

### 1. Intérêts des expertises

Lors de la phase pré sententielle, l'enjeu de l'expertise consiste à savoir si le sujet peut être jugé pénalement responsable de ses actes.

Que ce soit lors de la phase pré sententielle au cours de l'enquête ou lors de la phase pré libératoire en conditionnelle, l'évaluation psychopathologique du sujet ne devrait pas être dissociée de l'évaluation du risque de récidive de comportement violent, c'est-à-dire de la dangerosité [11].

L'évaluation clinique initiale est indispensable aux choix des modalités de prise en charge, parce qu'elle permet de déterminer et d'identifier les vulnérabilités et les ressources du sujet et plus généralement des fac-

teurs qui ont pu contribuer au développement des troubles et à les précipiter. Les informations à réunir sont multiples et comprennent notamment des données sociodémographiques, des données cliniques (antécédents personnels et familiaux, qualité des relations interpersonnelles, modalités de fonctionnement psychologique, de relation à la réalité et à la Loi, recherche de troubles psychiatriques caractérisés et de troubles de la personnalité, description de la ou les paraphilies) et des informations sur l'acte (description du ou des passages à l'acte) [12].

## 2. Les dangersités

La *dangerosité psychiatrique* est en relation avec un risque de passage à l'acte principalement lié à un trouble mental, et notamment au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante. La dangerosité et le trouble psychiatrique sont ainsi directement liés. Les troubles psychiatriques ici concernés sont les troubles psychotiques (délire paranoïde, délire paranoïaque, automatisme mental, les troubles thymiques, déficience intellectuelle, psychopathie, abus de substances psycho actives).

La *dangerosité criminologique* reconnaît quant à elle le rôle que peuvent avoir les facteurs sociologiques et institutionnels. Benezech la définira comme le « phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes et les biens » [13]. Cette notion pourrait être intégrée dans la prédisposition du sujet à commettre un délit ou un crime. Son appréciation permettra de révéler une possible probabilité de (re)commettre une infraction.

## 3. Facteurs de risque et de protection

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés chez les individus présentant des troubles mentaux. Au niveau « individuel », l'âge, le faible niveau socio-économique, et le faible niveau d'études sont au premier rang. Au niveau « historique », les antécédents de violence agie ou subie, la précocité des comportements violents, les maltraitements psychiques et physiques pendant l'enfance entrent de manière primordiale en ligne de compte. Au niveau « clinique », l'existence d'une maladie psychiatrique, d'un trouble de la personnalité surtout s'il s'agit de la psychopathie, l'abus d'alcool ou de substances illicites, des faibles capacités d'insight ou de gestion de la colère ainsi qu'une faible adhésion aux soins devront être repérés comme particulièrement inquiétants. Pour finir, les facteurs de risque « contextuels » comme le cadre de vie, le niveau de stress, les mauvaises conditions sociales devront être pris en compte [14].

À l'inverse, il est facile d'identifier les facteurs de protection criminelle (support social, investissement des figures d'autorité, qualité de l'alliance thérapeutique, environnement familial adapté par exemple).

Ceci est à remettre en perspective, car il est admis que les personnes atteintes de trouble mental sévère ne sont les auteurs que de 5% des infractions criminelles avec violence [15].

Par pragmatisme, plutôt que de distinguer les différentes sortes de dangerosité (psychiatrique versus criminologique), plutôt que de se limiter à poser un diagnostic (tous les auteurs de crimes violents ne sont pas malades mentaux), il s'agit de mieux connaître le risque de récidive violente.

Certains auteurs ont essayé d'établir des échelles objectives sans en rester à une évaluation subjective basée sur un jugement clinique non structuré, obtenue par le biais d'un entretien libre : c'est le domaine de la psycho criminologie.

## 4. Évaluation de la dangerosité

Outre Atlantique et plusieurs pays européens ont généralisé l'utilisation d'échelles pour évaluer le risque de réitération de comportements violents. C'est ce qui est mis en évidence par D. Giovannangeli [16]. À ce sujet, la France apparaît comme une exception en Europe, pratiquant encore de manière régulière des expertises pénales de manière non structurée comme les entretiens libres.

Une évolution des pratiques expertales est régulièrement demandée par les politiques [17, 18] ou par le milieu judiciaire [19], ces derniers préconisant les méthodes d'évaluation codifiées de la dangerosité. Pour donner une idée du débat, certains « modernes » veulent fustiger les « archaïques ». En 2009, l'HAS [12] publie ses recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Le 8 juin 2010, l'académie de médecine [20] préconise dans son rapport l'utilisation des échelles actuarielles, validées sur des bases scientifiques. L'académie de médecine insiste sur le fait qu'une politique de prévention de la récidive ne peut, en l'état actuel des connaissances (efficacité limitée des expertises, des psychothérapies et traitements hormonaux) s'appuyer de façon prédominante sur les approches médicales.

### a. Les échelles dites « actuarielles »

Les échelles dites « actuarielles » [12], étudient les liens statistiques entre des facteurs cliniques, sociologiques, institutionnels, judiciaires et le risque de réitération de comportement violent. L'échelle Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) étudie le risque de récidive de violences physiques tandis que les échelles Statique-99, Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) et Vermont Assessment of Sex Offender Risk (VASOR) étudient le risque de récidive de violence sexuelle [21, 22].

Ces instruments ont l'inconvénient de ne prendre en compte que les facteurs « statiques » qui par définition ne sont ni modifiables ni variables, comme l'âge, le



sexe ou la structure de personnalité psychopathique. Leur prédictivité est surtout fiable à moyen et long terme. Ils ne permettent pas d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge et l'évaluation du risque reste dans ce cas « figée ». Outre le manque de formation des cliniciens au maniement de ces échelles, c'est peut-être leurs limites statiques qui sont à l'origine de leur sous-emploi sous nos latitudes. L'avantage est que l'évaluateur n'a pas besoin d'être clinicien ! [23].

#### b. Les entretiens semi-structurés

L'évaluation clinique standardisée vise à uniformiser les évaluations cliniques par le biais d'entretiens semi-structurés. Les échelles HCR-20, SVR-20, START [23] disposent d'une bonne valeur prédictive positive. Il s'agit d'outils pouvant être utilisés lors d'une rencontre unique, adapté au suivi d'un délinquant ou criminel pour lequel une évaluation de la thérapie en cours est souhaitée.

L'avantage indéniable des instruments d'évaluation clinique standardisée est de prendre en compte les données statiques et dynamiques du sujet, permettant ainsi une meilleure prise en compte de l'évolution du risque de violence dans le temps pour le même individu. Ces échelles se veulent plus sensibles à l'évolution des patients si bien que certains auteurs [14] leur accordent une meilleure pertinence clinique et une meilleure fiabilité, car elles laissent à l'examineur sa liberté de jugement.

Ces deux types d'échelles ne permettent donc pas de comprendre la réalisation du geste violent, mais s'attellent à définir le risque de récidive, de manière complémentaire. Des éléments de compréhension de l'acte violent sont souvent plus présents dans des expertises réalisées par des auteurs marqués par les théories psycho dynamiques.

#### 5. L'évaluation clinique intégrée

Nombreux sont les outils qui ont été développés dans le but d'améliorer l'appréciation de la dangerosité et du risque de récidive des auteurs de violences sexuelles. Aucun ne fait permet d'apprécier ce risque avec une certitude exacte [23].

L'appréciation du risque de dangerosité pourra tirer un particulier bénéfice de l'utilisation combinée de l'évaluation clinique standardisée et de l'expérience du clinicien. La mise en évidence des facteurs de risque de récidive, permettra d'adapter la prise en charge future et de juger de son efficacité. L'évaluation finale possible de la dangerosité reste donc dans les mains du clinicien. Elle reste bien différente de la capacité de prédiction que la société voudrait bien pouvoir confier aux psychiatres.

#### 6. Quelle évaluation du risque de récidive ?

Si pour certains auteurs [14, 23] l'évaluation intégrée semble la plus pertinente, l'académie de médecine

continue de mettre en avant les échelles actuarielles, mais ne les comparant qu'à l'évaluation structurée [20].

## VI. MODE DE PRISE EN CHARGE : DES TEMPS BIEN DISTINCTS

### 1. En prison, le temps de la détention [7]

#### a. Une population particulière

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont une population particulièrement exposée à la stigmatisation. Ayant du mal à s'inscrire dans un groupe, il est fréquent de constater des comportements particuliers (refus d'activités, de douches communes, etc.) qui s'ils sont des conduites d'évitements de situations objectivement à risque, peuvent les conduire rapidement à une désocialisation et à un isolement quasi-total.

Il s'agit d'une population pénale qui refuse peu les soins en milieu fermé. Ceci va dans le sens d'une intervention précoce car plus le patient est jeune, meilleures sont ses chances d'amélioration au décours de la prise en charge. La loi du 10 août 2007 [24], relative à la lutte contre la récidive, incite expressément les délinquants sexuels à débiter un traitement pendant leur incarcération.

Face aux particularités des prises en charge de ces détenus, et aux risques qu'ils encourent dans des établissements classiques, se sont développés des établissements proposant des prises en charge spécialisées, offrant un environnement protecteur et des moyens sanitaires accrus, permettant un suivi médical et psychologique adapté, conformément aux recommandations de la circulaire du 21 février 2012 [25]. À noter que les détenus condamnés à un suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soins doivent exécuter leur peine privative de liberté dans un tel établissement [26].

D'autres critères sont également pris en compte dans l'orientation d'un détenu, comme le maintien des liens familiaux, ce qui conduit, compte tenu du fait de l'insuffisance du nombre d'établissements spécialisés, à ce que la majorité des délinquants sexuels soient encore incarcérés dans des établissements non spécialisés.

#### b. Le parcours du détenu

L'admission en détention est une période propice à une évaluation multidisciplinaire afin d'individualiser au mieux la prise en charge. Certains entretiens sont obligatoires (visite du chef d'établissement, examen médical, entretien avec un conseiller pénitentiaire), d'autres sont vivement conseillés.

Certains centres pénitentiaires comme à Fresnes (94260) ou à Réau (77550) disposent d'un conseil

national d'évaluation dont la mission est de statuer sur le besoin de prise en charge adaptée et sur la dangerosité du détenu.

#### c. Un principe : l'incitation aux soins

A l'entrée en détention, l'équipe soignante doit présenter à la personne les modalités existantes de l'offre de soins.

Le Juge de l'Application des Peines (JAP) renouvelle tous les 6 mois une incitation aux soins auprès des personnes condamnées pour une infraction à caractère sexuel qui sera assortie d'un suivi socio judiciaire. Cet appel est relayé par les équipes soignantes et pénitentiaires.

En règle générale, les détenus qui se soumettent à des mesures de soins pourront bénéficier d'aménagements ou de réductions de peine. La perspective d'une libération anticipée rend les soins fortement incitatifs.

L'expertise psychiatrique obligatoire, préalable à tout aménagement de peine et permission de sortie pour l'ensemble de cette population, constitue de manière indirecte une autre incitation aux soins.

#### d. Les différents soins possibles

Comme à d'autres moments du parcours de soins, par exemple lors de la sortie, une variété de l'offre de soins permet d'individualiser au mieux ces derniers à la complexité de chaque situation.

Une situation pouvant être habituelle est celle de la dénegation partielle ou la minimisation des actes pour lesquels une condamnation a été prononcée. Le travail du soignant sera alors d'accompagner le sujet dans son changement de positionnement dans la voie d'une meilleure reconnaissance de ses responsabilités et du développement d'une empathie pour sa victime [7].

Une difficulté fréquemment ressentie est celle de faire émerger une demande sincère chez le détenu. C'est le préalable à la prise de conscience des actes graves, qui est elle-même nécessaire avant d'entamer une psychothérapie permettant de maîtriser la violence, les pulsions mises en cause et de développer des stratégies d'évitement (entre autres) si un apaisement n'est pas possible. Cette psychothérapie ne peut être efficace que si une relation de confiance s'établit entre le détenu et le thérapeute.

Le travail qu'il soit en individuel ou en groupe ne devra pas se centrer uniquement sur le passage à l'acte, afin de ne pas exposer le détenu à des sentiments de découragement, de colère ou de dépression potentiellement dangereux. Le sens de la peine, mais aussi d'autres sujets connexes comme l'entraînement aux habiletés sociales, l'amélioration de l'estime de soi, l'acceptation de sa propre responsabilité, la reconstruction de la trajectoire biographique, ou d'autres encore qui seront abordés plus bas, sont particulièrement intéressants à aborder avec ce type de détenu.

Les programmes de prévention de la récidive correspondent à une prise en charge groupale animée par des conseillers d'insertion et de probation en milieu fermé. Ils réunissent des condamnés ayant une problématique commune, et visent à recréer un milieu socialisant et à mettre en place des stratégies d'évitement de nouveaux passages à l'acte. Les groupes de pairs, qu'ils soient animés par des personnels socio éducatifs ou soignants, ont un pouvoir de conviction plus fort que les vérités assénées par des professionnels extérieurs à ces problématiques. Toute la difficulté, dans ce micro milieu qu'est la prison, est d'installer un climat de confidentialité permettant une confiance mutuelle.

### 2. Préparation de la sortie de prison

Dans le cadre de la préparation à la sortie, et lorsque la personne n'est soumise à aucune mesure, elle est néanmoins invitée par le psychiatre à initier des soins, soit durant la période de détention restante, soit après la sortie.

La dangerosité, dont l'évaluation sera abordée plus bas, n'est pas la même en milieu fermé et en milieu ouvert [27]. En effet, la bonne adaptation d'un détenu au cadre du milieu fermé ne doit pas nous bercer d'illusions pour ce qui est de l'absence de dangerosité à la sortie.

Afin d'en tenir compte, aucune libération conditionnelle ne peut être accordée aux personnes condamnées à une peine égale ou supérieure à 10 ans (emprisonnement ou réclusion) pour un crime aggravé sans avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté. La dite commission s'entoure de l'avis de deux experts. Le JAP, par décision spécialement motivée, peut remplacer cette double expertise par une expertise réalisée conjointement par un psychiatre et un psychologue [28].

## VII. LES SOINS AMBULATOIRES

Les soins obligés existent depuis longtemps. La Loi de 1954 prévoyait déjà les soins pour les alcooliques dangereux et aux personnes faisant usage de stupéfiants.

### 1. Les cadres légaux

#### a. L'obligation de soins (OS) [figure 1]

L'obligation de soins est ordonnée lorsque l'utilisateur refuse l'alternative thérapeutique ou si, l'ayant initialement acceptée, décide de s'y soustraire. Elle est habituellement proposée à l'entrée d'une procédure judiciaire par le Procureur de la République, ou imposée au cours d'une procédure judiciaire par le Juge d'Instruction, le Juge des Enfants dans le cadre d'un contrôle judiciaire (art. L 628-2 Code de la Santé Publique [CSP]) ou par une juridiction de jugement.

Ce n'est donc pas un aménagement de peine mais bien une peine prononcée en tant que telle par la juridiction de jugement.

Elle peut donc intervenir tant avant qu'après la déclaration de culpabilité. Elle n'est pas spécifique de la délinquance sexuelle.

L'OS, prévue par l'article 132-45 du Code Pénal (CP) modifié par Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 - art. 5, est mise en œuvre sans procédure particulière et notamment sans expertise médicale préalable. Elle est définie comme « l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitements et de soins, même sous le régime de l'hospitalisation ». Il y a donc une subtilité quant à la notion de consentement, car si en effet la personne doit consentir aux soins, en revanche, le prononcé de l'obligation de soins ne requiert aucun consentement de sa part... et c'est bien ce qui pose souvent problème.

La relation entre les milieux judiciaires et sanitaires se matérialise par un certificat médical dont la teneur est laissée à discrétion du soignant. Le plus souvent, il s'agit d'une attestation de présence aux différents rendez-vous, sans que la nature des soins ou la progression dans ceux-ci soient précisées.

#### b. L'injonction de soins (IS) [figure 1]

Elle est prévue par la Loi du 17 juin 1998 n° 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, dite loi Guigou [26]. Il s'agit d'une mesure d'assistance dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Une expertise médicale préalable doit conclure à la possibilité des soins, dans le cadre d'un sursis mise à l'épreuve, libération conditionnelle, surveillance judiciaire ou surveillance de sûreté.

Si elle s'ajoute à une peine d'emprisonnement, elle ne prend effet qu'à son issue (elle peut aussi être prononcée à titre de peine principale). Elle concerne des condamnés ayant un sursis mise à l'épreuve, ceux qui bénéficient d'une libération conditionnelle ou d'un placement sous surveillance judiciaire. Cette loi rend possible la notion de « malade-responsable », contraint à la fois de restriction de liberté et aux obligations de se soigner.

En cas de refus des soins proposés, des sanctions sont applicables :

- Si le condamné est privé de liberté : il sera incité à commencer les soins pendant l'exécution de sa peine. En cas de refus, il ne pourra bénéficier de réduction supplémentaire de sa peine, ni d'un aménagement de cette dernière.
- Si le condamné est en milieu ouvert : mise à exécution de la peine prévue dans la condamnation ordonnant le suivi socio-judiciaire, révocation de la mesure d'aménagement de peine, réincarcération après retrait des réductions de peine du condamné placé sous surveillance judiciaire par exemple.

L'articulation entre le milieu sanitaire et judiciaire se déroule entre les acteurs suivants :

- Le Juge de l'Application des Peines (JAP) : désigne un médecin coordonnateur inscrit sur la liste départementale établie par le Procureur de la République. Il lui transmet copie des expertises, du réquisitoire définitif, décision de condamnation et toute autre pièce utile.
- Le Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (CPIP) travaillant pour un Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) : qui parmi ses nombreux rôles (favoriser la réinsertion, préparer le retour à la vie libre, réaliser des enquêtes sociales, prévenir les effets désocialisants de la prison, etc.) veille au respect des obligations imposées au condamné ; il possède également un rôle éducatif, mais aussi un rôle dans l'évaluation de la dangerosité.
- Le médecin traitant ou psychologue traitant, ayant au moins 5 ans d'expérience. Il a le libre choix de traitement(s) à proposer.
- Le médecin coordonnateur fait le lien entre les milieux judiciaires et sanitaires, par le biais d'un rapport au moins annuel abordant de la nature des soins et de leurs intérêts, en application des dispositions de l'article L. 3711-1 du CSP. Le souci principal du médecin coordonnateur est « de donner, si besoin était, cette cohérence à la prise en charge de ces patients condamnés, d'en assurer le maintien, et de pouvoir grâce à sa position extérieure aux soins et à sa formation de médecin avoir une fonction de conseil ou d'orientation quant aux soins administrés ». Les trois principales questions auxquelles il doit répondre pourraient donc être les suivantes : « les soins sont-ils adaptés, faut-il les modifier, quel type de traitement médicamenteux faut-il éventuellement mettre en place en plus du suivi psychothérapique ? » [29]. Le médecin coordonnateur, avec l'expert, est donc le seul intervenant de formation médicale, à pouvoir fournir à l'institution judiciaire une évaluation de l'effectivité des soins et de l'évolution de la personne. Sa fonction a été élaborée pour maintenir l'indépendance indispensable du soin, en préservant le secret médical du médecin traitant.

## 2. Les traitements

L'objectif des différentes prises en charge est la réduction du risque de récurrence. La fédération française de psychiatrie le précise dans ses recommandations de 2001 [4] : « les agressions sexuelles sont à replacer dans un contexte plus global, notamment en terme de comorbidités somatiques et psychiques voire psychiatriques, ainsi que dans un contexte social plus général ».

Il convient de garder à l'esprit de ne pas réduire le patient à ses actes ou à ses symptômes, et donc de penser sa prise en charge de manière holistique.



	Obligation de soins (OS)	Injonction de soins (IS)
Loi(s) applicable(s)	Code de Procédure Pénale (CPP) de 1954 Code Pénal (CP) de 1994	Loi du 17.06.1998 relative à la prévention des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs Loi du 12.12.2005 relative au traitement de la récidive des infractions Loi du 10.08.2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs
Nature des obligations	« se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitements ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » Cette mesure est toujours intégrée dans une mesure ou une peine principale	« la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée » Le suivi socio judiciaire peut être prononcé comme peine principale
Procédure	Le Juge (de jugement ou JAP) peut la prononcer sans avis médical préalable. Consultation du médecin traitant par le justiciable Justification par le justiciable de sa consultation auprès du JAP et du SPIP	Le Juge (de jugement ou JAP) la prononce après expertise sur l'opportunité d'un traitement puis rappelle au condamné ses obligations. Le JAP désigne un médecin coordonnateur pour faire l'interface soins-justice et rappelle les obligations au condamné
Consentement	Requis : art. L 1111-4 du Code de la Santé Publique (CSP). Possibilité pour le Juge de révoquer le sursis mise à l'épreuve et prononcer ainsi l'emprisonnement.	Requis mais limité : possibilité pour le Juge de prononcer une peine d'emprisonnement si refus de se soumettre aux soins : art.131-36-4 du CP
Cadre juridique et public concerné	Personnes mises en examen : - Présentiel : contrôle judiciaire (art. 138-10 du CPP) - Ajournement avec mise à l'épreuve (art. 132-64 du CP) Personnes condamnées : - Aménagement de peine : sursis avec mise à l'épreuve (art. 132-45-3 du CP), sursis avec TIG (art. 132-56 du CP) - Post sententiel : surveillance judiciaire (art. 723-30 du CP) - Non spécifique aux auteurs d'agressions sexuelles	Uniquement pour les personnes condamnées : Peine principale (pas d'incarcération préalable ou complémentaire (suppose une éventuelle incarcération préalable) : suivi socio judiciaire (art. 131-36-4 du CP) depuis 1998 Aménagement de peine : sursis avec mise à l'épreuve (art. 132-45-1 du CP) depuis 2005 Post sententiel : libération conditionnelle (art. 731-1 du CPP), surveillance de sûreté (art. 706-53-19 du CPP) depuis 2005 Uniquement pour des infractions pour lesquelles le suivi socio judiciaire est encouru : infractions sexuelles (1998) et violences (2005)
Acteurs	Prononciation facultative par le Juge (instruction, de jugement, de l'Application des Peines) Libre choix par le justiciable du médecin traitant Contrôle exercé par le JAP et le SPIP	Prononciation facultative par le Juge Depuis mars 2008, le Juge est tenu de prononcer l'IS pour des infractions pour lesquelles le suivi socio judiciaire est encouru et dès lors qu'un expert s'est prononcé sur l'opportunité d'un traitement (art. 763-3 du CPP) Médecin coordonnateur : invite le condamné à choisir un médecin traitant, conseille le médecin traitant si celui-ci en fait la demande, transmet au JAP/SPIP les éléments nécessaires au contrôle de l'IS, informe le condamné des suites possibles du traitement, coopère à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif, ainsi qu'à des actions de formations et d'étude. Médecin traitant et/ou psychologue traitant : choisis librement par le justiciable sous réserve de validation par le médecin coordonnateur.
Moment et durée de la mesure	Avant détention, pendant le contrôle judiciaire Après détention, pendant la durée de mise à l'épreuve, mais peut être préparée en détention par incitation aux soins lorsque le lieu de détention permet d'assurer un suivi médical et psychologique adapté (art. 717-1 et 763-7 du CPP) Entre un et trois ans. Cinq ans si récidive légale. Sept ans si à nouveau récidive (art. 132-42 du CP)	Jamais avant condamnation Après détention mais peut être préparée en détention par incitation aux soins lorsque le lieu de détention permet d'assurer un suivi médical et psychologique adapté (art. 717-1 et 763-7 du CPP) Maximum vingt ans

*Figure 1 : Tableau comparatif entre obligation et injonction de soins [16]*

S'il fallait le préciser, le traitement des comorbidités psychiatriques (addictions, dépression, trouble psychotique, etc.) améliore les effets des traitements spécifiques destinés à modifier les comportements sexuels [20]. Il s'agit là d'une priorité.

Les différents traitements spécifiques sont psychothérapiques et/ou médicamenteux. Certains auteurs [30] s'appuyant sur leur expertise mais aussi sur des études anciennes [31, 32] pensent que les auteurs d'infractions à caractère sexuel ne bénéficient pas des traitements optimums scientifiquement validés et notamment l'association psychothérapies cognitivo comportementales - castration chimique. Malheureusement, une récidive est toujours possible même sous traitement bien conduit.

Il n'est pas montré de différences de résultats lors de la comparaison de deux groupes recevant pour l'un une psychothérapie non spécifique et pour l'autre aucune psychothérapie [33]. Les études citées en référence ont mis ce fait en évidence depuis une vingtaine d'années.

#### a. Les traitements psychothérapiques

Pour Marshall et al 2006 [34], cité par l'académie de médecine, les objectifs de la psychothérapie peuvent être selon le cas, l'amélioration de l'estime de soi, l'acceptation de sa propre responsabilité, la reconstruction de la trajectoire biographique, la définition des modalités d'accomplissement des actes d'agression, l'apprentissage de la reconnaissance de ses émotions et de celles d'autrui, l'acquisition des capacités sociales déficientes, le développement de la stratégie de gestion des émotions, l'évaluation des contenus sexuels. Il pourrait être rajouté la capacité de reconnaître l'autre comme sujet et non comme objet de déni ou support de projections agressives.

Que ce soit lors des expertises pré ou post sententielles, ou lors de la prise en charge psychothérapique, il est souvent plus qu'intéressant de comparer le discours du patient au contenu du dossier pénal (récit des faits, enquêtes sociales, expertises, jugement). Ce dernier peut le moment venu devenir un vrai levier thérapeutique, quand les souvenirs sont partiels, quand l'émotion a submergé les capacités d'assimilation du sujet, ou quand une demande de soins émerge de manière ambivalente accompagnée d'une minimisation des faits.

Le premier des objectifs cependant, reste celui de faire émerger une demande, étape complexe au début des soins quand ces derniers sont vécus de manière uniquement contraignante, et qu'aucune demande apparente ou explicite n'est formulée.

#### i. Les thérapies cognitivo comportementales

Les psychothérapies individuelles sont indiquées lorsque le sujet est motivé, et que les capacités de symbolisation ou d'insight sont correctes [12].

Les thérapies cognitivo comportementales (TCC) ont montré une efficacité en réduisant de manière significative la récidive sexuelle [35]. L'impact est modéré mais jugé tout de même positif par d'autres auteurs [36]. La première étape est de motiver le sujet en lui soulignant les avantages d'un traitement.

Les sujets qui réfutent la réalité de l'agression sexuelle commise et ceux qui ne reconnaissent pas la souffrance de la victime ne peuvent malheureusement pas bénéficier de ce genre de psychothérapie.

#### ii. Les thérapies d'inspiration psychanalytique

A l'heure actuelle, peu de données sont disponibles quant aux résultats des psychothérapies analytiques ou psycho dynamiques dans le sens large du terme [37].

L'outil de pensée psychanalytique accorde une place importante aux étapes précoces du développement et à ses perturbations (traumatismes, maltraitance, séparations et ruptures) qui s'expriment à l'âge adulte par des troubles de l'attachement et de la construction de l'identité.

Il est admis que ces techniques visent à identifier les contenus inconscients à l'origine des passages à l'acte et à faire un travail de mise en liaison de ceux-ci. Laplanche et Pontalis [38] précisent que : « sous le nom de psychothérapie analytique on entend une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse ». Depuis la parution de ces lignes, la psychanalyse s'est diversifiée et de nombreuses méthodes ont été mises au point. Elles portent parfois sur des aspects particuliers du psychisme mais elles s'articulent toujours autour des notions d'inconscient, de fonctionnement psychique, de pulsion et de transfert. Le travail est basé sur la relation transférentielle et la mise en représentation de ce qui y est actualisé. Les fantasmes, la souffrance du sujet, l'idée de la perception des faits par les victimes peuvent y être abordés.

#### iii. Les psychothérapies de groupe

Ces psychothérapies facilitent l'expression par l'échange au sein d'un groupe, apportent un étayage qui concourt à l'amélioration des capacités d'introspection et de verbalisation [12]. Les groupes fermés semblent plus appropriés aux personnes ayant accepté leur implication personnelle dans les faits pour lesquels ils sont poursuivis. Les règles habituelles de fonctionnement, en particulier l'existence d'entretien préliminaire et la confidentialité sont applicables [4].

Les groupes d'inspiration psycho dynamique partent du principe que la mise en groupe mobilise psychiquement. Un conflit apparaît de fait: vouloir appartenir au groupe et vouloir y exister différencié. Seront

réactivés des conflits en lien avec les histoires familiales. Le groupe sera thérapeutique dans la mesure où les thérapeutes feront en sortes que chacun puisse faire cette expérience d'à la fois appartenir au groupe et y être reconnu différencié.

L'espace sécurisé ainsi créé permettra de « reprendre » là où des accrocs dans la construction de l'identité étaient advenus. Pouvoir reconnaître et nommer leurs émotions, les mettre en lien avec celles des autres, les articuler avec d'autres moments de leur histoire, pouvoir écouter, rencontrer l'autre, évoquer les éléments difficiles du présents et du passé y compris les faits reprochés et la condamnation sont autant d'éléments que les participants à ces groupes seront amenés à expérimenter.

La prise en charge en TCC de groupe, si elle existe, se déroule sous forme de programmes divisés en modules avec des objectifs prédéfinis (affirmation de soi, gestion du stress et des émotions, éducation sexuelle et affective, contrôle de la consommation de produits psycho actifs, etc.). Dans le cadre de la prévention de la récurrence, pourront être abordés la gestion des fantasmes et la conduite à tenir devant les situations à risque préalablement repérées.

Il n'y a pas actuellement de données disponibles sur les efficacités comparées de la prise en charge individuelle versus en groupe [20].

#### b. Les traitements médicamenteux spécifiques : les traitements hormonaux

Ils visent à diminuer la libido, par le biais d'une réduction majeure et réversible de la testostéronémie des personnes concernées, mais ne modifient en rien leurs troubles de l'attirance sexuelle (paraphilies).

Ils réduisent le risque de récurrence sexuelle, d'autant plus s'ils sont associés à une psychothérapie cognitive comportementale, mais ne l'annulent pas. Ils réduisent les comportements sexuels inadaptés, ainsi que l'activité sexuelle de manière globale.

Certains auteurs [30] déplorent le fait qu'ils restent une exception, de manière regrettable, dans les prises en charge actuelles. Ce sont sûrement le terme de « castration », et la méconnaissance de leur caractère réversible qui seraient à l'origine de leur sous-emploi. Le consentement du sujet doit être reçu après une information sur les indications et effets secondaires du traitement. En cas de refus de traitement anti hormonal réellement indiqué et dans le cadre d'une injonction de soins, le retour en détention peut être ordonné par le JAP dans le cadre d'un manquement au suivi socio judiciaire.

La testostérone ayant des effets pleiotropiques, cognitifs, musculaires, osseux, cardiovasculaires, la diminution de sa concentration ou de ses effets entraîne des conséquences qui peuvent être graves. Cela peut justifier selon les cas, un traitement préventif ou curatif de l'ostéoporose, une surveillance cardiovasculaire, etc. [20].

Deux produits ont à ce jour l'autorisation de mise sur le marché.

Les examens complémentaires à pratiquer lors de la prescription initiale, quel que soit le produit sont : le bilan hormonal (dosage de testostérone, TEBG, LH) et l'ostéodensitométrie chez les sujets âgés de plus de 50 ans.

La surveillance commune aux deux produits est la suivante : évaluation annuelle ou au moins biennale de l'ostéodensitométrie, avis rhumatologique si besoin (valeurs anormales), surveillance de la testostéronémie théoriquement non nécessaire sauf si doute sur prise de testostérone. La durée totale du traitement ne fait actuellement pas consensus, mais un minimum de 3 à 5 ans semble requis [12].

Des examens complémentaires initiaux et une surveillance peuvent être particuliers à chaque produit (figure 2).

La durée d'action pour obtenir une disparition complète des fantasmes et du comportement inapproprié est d'environ 1 à 3 mois, quel que soit le type de traitement hormonal utilisé.

#### i. La cyprotérone – Androcur 100 mg® (figure 2)

Il s'agit d'un traitement initialement préconisé dans le traitement de l'hirsutisme féminin et les soins palliatifs antiandrogéniques des malades de cancer de la prostate. Dans les données pharmacodynamiques de la Référence Caractéristiques Produits (RCP), on retiendra que l'acétate de cyprotérone a un effet inhibiteur central : il inhibe la liaison de la testostérone à son site récepteur. Cet effet anti gonadotrope entraîne une réduction de la synthèse de la testostérone par les testicules et donc de la testostéronémie.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) date du 21.07.2005 et mentionne l'indication suivante : « Réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies, en association à une prise en charge psychothérapeutique ». L'HAS dans son rapport de commission de transparence de décembre 2012 [39], mentionne ce produit comme « un traitement de première intention, en association avec une psychothérapie. Le rapport efficacité/effets indésirables est difficile à déterminer compte tenu des données disponibles ». Et de poursuivre : « en l'état actuel des connaissances, le service médical rendu par ces spécialités est important ». Le rapport précise qu'il existe des alternatives thérapeutiques, à savoir les autres spécialités à base d'acétate de cyprotérone, et la triptoréline (Cf. +bas).

Instauré habituellement à une dose de 100 mg, la posologie peut être exceptionnellement augmentée à 300 mg. C'est un médicament pris sous forme orale, de manière journalière.

Les contre-indications sont les suivantes : affections hépatiques graves, diabète sévère de type 1 ou 2, existence d'antécédents de maladies thrombo emboliques (car augmentation du risque thrombo embolique), dépression chronique sévère, anémies à hématies falciformes.

formes, antécédents d'ictère ou de prurit persistant pendant la grossesse, antécédents d'herpès gestationis, existence ou antécédents de méningiomes, adolescent en cours de croissance, hypersensibilité. En cas de déficience intellectuelle, l'entourage doit s'assurer de l'observance médicamenteuse.

Un bilan biologique doit être pratiqué en début de traitement et au cours du traitement si survient une symptomatologie évoquant une possible hépato toxicité. Pendant le traitement, les fonctions hépatiques, cortico surrénales et la numération de formule sanguine doivent être contrôlées régulièrement.

Rarement des pathologies tumorales bénignes du foie ont pu être observées, exceptionnellement malignes. Le traitement devra alors être arrêté.

Perte osseuse et risque d'éventuelle ostéoporose en cas d'utilisation prolongée.

En pratique clinique :

- L'indication doit être posée par une équipe pluri disciplinaire (psychiatre, psychothérapeute, endocrinologue)
- L'efficacité du produit peut être diminuée par la consommation d'alcool
- Le dosage de la testostéronémie (idéalement proche de 0) permet de vérifier l'observance.
- Surveillance mensuelle pendant les trois premiers mois puis trimestrielle des fonctions hépatiques
- Les effets secondaires les plus fréquents sont réversibles : gynécomastie (20%), hépatotoxicité, complications thrombo emboliques et dépression.

#### ii. La triptoréline – Salvacyl 11.25 mg LP® (figure 2)

Le traitement par Salvacyl LP® est indiqué pour la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères. Ce traitement par agonistes de la GnRH (ou « LH-RH ») doit être instauré et contrôlé par un psychiatre. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel déviant.

L'autorisation de mise sur le marché date du 23.08.2007.

Ce produit est à injecter toutes les 12 semaines (trois mois). Il s'agit de la première spécialité à libération prolongée dans cette indication. Les conséquences biologiques et hormonales de leur administration est équivalente à celles de la castration chirurgicale.

Ce médicament agit en réduisant fortement la sécrétion de testostérone.

L'effet agoniste initial doit être pris en compte, et conduit à une augmentation transitoire de la testostéronémie. Il est donc recommandé un traitement initial par Androcur® pendant au moins 10 jours avant de réaliser la première injection de Salvacyl®, et ce pendant le premier mois de traitement injectable. L'indication éventuelle d'une hospitalisation pour mise en place du traitement peut alors être posée.

A l'arrêt du traitement, il existe un risque d'augmentation de la sensibilité à la testostérone qui peut conduire à une augmentation des pulsions sexuelles. Un traitement par Androcur® peut alors s'avérer nécessaire.

Les études publiées [40] mesuraient par un questionnaire sur les trois principaux troubles dont se plaignait le patient, l'intensité du désir, la nature, la fréquence et l'intensité des fantasmes sexuels, et la testostéronémie [41, 42]. Les résultats étaient probants sur les symptômes mesurés et permettaient de conclure à une efficacité de la triptoréline sur les pulsions sexuelles.

L'utilisation de la triptoréline au long cours expose à une augmentation de la perte osseuse avec risque d'ostéoporose, d'où une surveillance nécessaire à ce sujet. L'avis de l'HAS pour la triptoréline recoupe celui pour la ciproterone et dans son avis de commission de transparence du 18 février 2009 [43], mentionne ce produit comme « un traitement de première intention, en association avec une psychothérapie ».

Le rapport efficacité/effets indésirables est difficile à déterminer compte tenu des données disponibles ». Et de poursuivre : « en l'état actuel des connaissances, le service médical rendu par ces spécialités est important ».

Plus que la surveillance de l'efficacité c'est la compliance au traitement qui peut être évaluée par la testostéronémie. La commission de transparence [43, 44] insiste sur le fait :

- que la vérification de l'observance est facilitée par la forme à libération prolongée
- que le traitement par triptoréline est particulièrement adapté pour les patients ayant un risque de nouveau passage à l'acte élevé
- lorsque le niveau intellectuel du patient compromet la psychothérapie
- lorsque les autres traitements sont inefficaces.
- qu'il faille surveiller l'apparition d'éventuels symptômes dépressifs et/ou bouffées de chaleur.

La forme commercialisée de la triptoréline sous le nom de Decapeptyl LP 11.25 mg® est prescrite hors AMM.

Un autre agoniste de la GnRH existe : La leuproréline – Enantone 11.25 LP®. Elle est également prescrite hors AMM.

Les prescriptions hors AMM obéissent à l'habitude du prescripteur, mais aussi aux contingences de livrets des médicaments disponibles dans certains établissements de soins ou lieux de vie.

#### c. Les psychotropes « conventionnels »

Les psychotropes antipsychotiques, thymorégulateurs, antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) n'ont pas l'AMM dans l'indication : « diminution des pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviances sexuelles sévères », en dehors des cas où ces pulsions sexuelles



	Ciprotérone - Androcur®	Triptoréline - Salvacyl®
Principes généraux	En complément de la psychothérapie, si possible cognitivo comportementale (seule validée en l'espèce). En vue d'une baisse globale de la libido. Après consentement éclairé	
Mode d'action	Effet inhibiteur central	Agonistes de la GnRH
Contre-indications	Affections hépatiques graves, diabète sévère, antécédents de maladies thrombo-emboliques, dépression chronique sévère, anémie à hématies falciformes, existence ou antécédents de méningiomes, adolescent en cours de croissance, hypersensibilité	Formelle : Ostéoporose grave Hypersensibilité Relative : anticoagulation efficace (risque d'hématome)
Bilan commun aux deux produits avant prescription	Dosage de testostérone, TEBG, LH et ostéodensitométrie si âge > 50 ans	
Bilan spécifique avant prescription	Bilan hépatique	
Prescriptions	Entre 100 et 300 mg, per os	11.25 mg intra musculaire profond, tous les trois mois Traitement initial par Androcur® pendant 10 jours puis idem pendant un mois après la première injection
Remarques importantes	surveillance des prises si déficience intellectuelle	Particulièrement bien indiqué en cas de risque de nouveau passage à l'acte élevé
Durée d'action après la première prescription	Entre 1 et 3 mois	
Surveillance commune aux deux produits	Ostéodensitométrie tous les ans ou tous les deux ans. Avis rhumatologique en cas de valeurs anormales.	
Surveillance spécifique à chaque produit	Surveillance mensuelle pendant les trois premiers mois puis trimestrielle des fonctions hépatiques Si symptomatologie évoquant une hépatotoxicité : bilan biologique adapté	Testostéronémie en cas de doute sur la compliance au traitement Surveillance cardio vasculaire (↑mortalité) Si arrêt du traitement, relais temporaire par Androcur®, car risque d'augmentation des pulsions sexuelles
Effets indésirables fréquents	Pathologies tumorales hépatiques, apparition de méningiomes, gynécomastie, complications thromboemboliques, hépatotoxicité dose dépendante, dépression	Dépression, bouffées de chaleur, nausées, asthénie, dorsalgies, paresthésies des membres inférieurs, céphalées, sensations vertigineuses, troubles des fonctions érectiles, hyperhidrose
Durée de traitement	Au moins entre 3 et 5 ans minimum, mais pas encore de consensus à ce sujet.	

*Figure 2 : Tableau comparant les prescriptions des différents traitements hormonaux*

sont associées à une pathologie psychiatrique avérée [43, 44].

S'il était utile de le préciser, il va de soi que les individus présentant une pathologie psychiatrique avec symptômes positifs comme la schizophrénie doivent

pouvoir bénéficier d'un traitement anti psychotique associé à une psychothérapie adaptée. Un neuroleptique à action prolongée peut être privilégié en cas de doute sur l'observance en ayant à l'esprit que la clozapine (qui n'existe que sous la forme orale et qui pré-

sente un risque d'agranulocytose) est la plus efficace dans la diminution de la violence et de l'agressivité chez le patient schizophrène [45].

Une mention spéciale est à apporter aux antidépresseurs IRS qui sont souvent prescrits dans le cadre de paraphilies à faible risque de nouveau passage à l'acte et à forte tonalité compulsive avec lutte anxieuse, ou bien sûr en cas de dépression associée. Les doses prescrites sont alors progressivement augmentées, si besoin jusqu'à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs (fortes doses) [46].

Les traitements chirurgicaux (orchidectomie, destruction de certaines zones de l'hypothalamus) ne sont pas utilisés en France du fait de leurs conséquences irréversibles.

#### d. Traitements et populations spécifiques

Pour les adolescents agresseurs, une synergie toute particulière entre les prises en charge thérapeutique personnelle et familiale, et la prise en charge socio-éducative (et notamment avec la protection judiciaire de la jeunesse) doit être visée, d'autant que la chimiothérapie hormonale est difficilement envisageable avant la fin de la puberté.

Pour ce qui est des sujets déficients intellectuellement, surtout dans le cadre d'une vie institutionnelle, une grande prudence est de mise dans la caractérisation des faits, et notamment dans la qualité du consentement. La régulation institutionnelle de la qualité de l'intimité et l'expression de la sexualité semblent plus appropriée que l'approche thérapeutique individuelle [4].

La prise en charge des malades psychiatriques auteurs d'agression a été vue plus haut. Les deux prises en charges spécifiques, psychiatrique et au regard de l'infraction à caractère sexuel, doivent être conjointes pour que chacune augmente l'efficacité de l'autre.

#### e. Algorithme décisionnel [47]

La nature des traitements et posologies varie en fonction des objectifs et indications pour chaque patient. (Figure 3)

#### f. Traitements – conclusions

Compte tenu du fait qu'il n'y a pas de certitude quant à l'efficacité des traitements psychothérapeutiques ou médicamenteux, compte tenu du risque de répercussions sociales, la question de que faire d'un patient avec un risque de récidive important détecté malgré un traitement bien conduit en milieu ouvert, ou d'un patient en fin de peine de prison avec un risque élevé reste brûlante.

La Loi du 25 février 2008 [48] sur la rétention de sûreté ne répond que partiellement à ces questions, permettant aux criminels condamnés à une peine de 15 ans minimum d'être retenu malgré l'exécution de

la totalité de leur peine. Certains auteurs de crimes, en raison d'une probabilité élevée de récidive, peuvent demeurer soumis à l'issue de leur peine à des restrictions ou interdictions.

Ceci exclu de facto bon nombre de patients n'ayant pas commis de crime « assez grave » pour relever de cette mesure.

Nous sommes donc devant le sujet délicat de l'enfermement comme seul moyen de garantir la sécurité pour certains patients particulièrement dangereux.

Dans le cadre des condamnés pouvant être soumis à la rétention de sûreté, deux ans avant la fin de la peine, le Juge de l'Application des Peines convoque ces détenus afin d'établir avec eux un bilan de leur suivi médical. Si ce raisonnement est suivi jusqu'au bout, et si le délinquant sexuel refuse d'accepter les soins au cours de sa détention, la pression du risque de récidive est telle qu'il pourra être privé de liberté indéfiniment. Le temps passant et la crainte augmentant, quels praticiens oseront prendre la responsabilité de faire relâcher ces patients ?

Les recommandations de l'Académie de Médecine [20] sont donc de bons sens, puisqu'elles allient des exhortations :

- à améliorer les expertises de dangerosité, en enseignant et diffusant les méthodes actuarielles, tout en précisant le caractère imparfait de leurs prévisions,
- à définir une politique qui ne soit pas uniquement basée sur les moyens médicaux, étant donné leurs efficacités partielles, et leurs effets secondaires notables,
- à mettre en place des actions incitatives de recherche, jugée sous dotée et mal structurée en France.

Prédire la dangerosité n'est pas encore une science exacte, les données sur l'efficacité des traitements, notamment chez les sujets non volontaires, sont encore largement incomplètes. Il n'y a pas encore de consensus sur la durée des traitements qu'ils soient psychothérapeutiques ou médicamenteux, alors qu'il est généralement admis que la dangerosité des individus sus cités s'étend sur plusieurs dizaines d'années.

### 3. Articulations soins-justice

Nombre d'équipes s'occupant des soins pénalement obligés trouvent une difficulté quand il s'agit d'articuler de manière satisfaisante leurs actions avec celles du milieu judiciaire. Comment rester soignant quand les soins sont ordonnés comme « punition » suite à des actes répréhensibles ?

Le rapport Warsmann [49] précise qu'il est « nécessaire de donner un cadre clair aux échanges que peuvent avoir les différents acteurs du suivi ». Plusieurs pratiques exis-

Niveaux	Objectifs et indications	Traitements et posologies
1	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés. Pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel.	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé
2	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés. Pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel. Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex : exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie)	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (Hors AMM) sous réserve d'utiliser des doses comparables à celles prescrites dans le trouble obsessionnel compulsif (fluoxétine, 40 à 60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j)
3	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une réduction modérée de l'activité et du désir sexuels. Absence de résultats avec le niveau 2, en prescription de 4-6 semaines d'IRS à doses élevées Paraphilies avec caresses mais sans pénétration Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Ajouter à l'IRS une faible dose d'anti androgène (ex : acétate de ciproterone 50 – 100 mg/j per os)
4	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une réduction importante de l'activité et du désir sexuels. Absence de résultats avec le niveau 3 Risque modéré ou dans certains cas plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes) Bonne observance du traitement sinon passer au niveau 5	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Dose standard d'acétate de ciproterone : 200 – 300 mg/j per os Si présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'antiandrogène
5	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une disparition quasi complète de l'activité et du désir sexuels. Risque élevé de violences sexuelles et cas de paraphilies sévères Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire Salvacyl® 11.25 mg tous les 3 mois par intra musculaire)
6	Contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels. Pas de résultat satisfaisant obtenu avec le niveau 5 Les cas les plus sévères de paraphilies	Psychothérapie, TCC si possible et si thérapeute formé Prescrire l'acétate de ciproterone (50 – 200 mg per os) en association avec un analogue de la GnRH Un IRS peut également être associé

*Figure 3 : Algorithme décisionnel*

tent selon les situations et les enjeux locaux, qui permettent l'établissement d'un dialogue et d'une véritable articulation entre les différents acteurs.

Si cette articulation selon les territoires est absente ou non formellement matérialisée (contrats, convention), elle peut réunir ailleurs, et sous différentes

formes, tous ou en partie, les CPIP, directeurs de SPIP, JAP, psychiatres, psychologues, équipes soignantes et médecins coordonnateurs.

Un dispositif intéressant, sans qu'il soit pour le moment généralisé à l'échelle nationale, semble être celui proposé par les unités TAAGS (Traitements des

Auteurs d'AGression Sexuelle). En milieu ouvert, après reconnaissance de culpabilité, les réunions triangulaires réunissent de manière périodique le patient-probationnaire, un de ses soignants et son CPIP.

Les références théoriques présentées ci-dessous sont d'inspiration psychanalytique. Non validées scientifiquement, elles présentent des intérêts dont celui de nourrir la réflexion des soignants concernés par ces prises en charge difficiles.

Cette articulation des prises en charge est une nécessité clinique et socio-éducative ; certaines équipes ont réussi à transformer la réunion triangulaire en un véritable outil thérapeutique de contenance psychique adaptée au fonctionnement de chacun, adaptée aux personnalités gravement perturbées de ces patients pour qui la construction de l'objet interne a été défectueuse, entraînant une subjectivation défailante et des rapports aux autres pathologiques. André Ciavaldini [50] évoque même le concept d'intercontenance en référence aux travaux de R. Kaes [51]. Ce concept met en évidence que l'action de chacun n'est efficace que parce que celle des autres l'est également, que la pluralité des intervenants plus que bénéfique est une nécessité absolue et que nul n'a la capacité, seul, de mener correctement ce type de prise en charge.

L'existence même de ces rencontres permet dans un premier temps de matérialiser la place de chacun et le cadre sur lequel chacun pourra s'appuyer tout au long des soins obligés. Il s'agit donc d'un dispositif multi institutionnel témoignant et symbolisant les différentes dimensions de la prise en charge des patients-probationnaires. Le soignant veillera à ne pas être instrumentalisé par la Justice et à ne pas en devenir qu'un auxiliaire. Le CPIP en étant d'une certaine manière témoin et accompagnateur du soin, aura une meilleure compréhension de la personne qui lui est confiée, des représentations voire des souffrances de cette dernière, permettant ainsi d'adapter sa prise en charge voire d'en mieux comprendre le rythme.

Les réunions triangulaires permettent secondairement de sortir de la dualité habituelle des consultations en psychiatrie ou des rendez-vous de suivi au SPIP et de l'angoisse inhérente à ce type de rencontre. Cet espace bienveillant permet à chacun de se confronter à un autre en présence d'un tiers, ce qui apporte un sentiment de sécurité qui n'existe pas dans les rencontres habituelles. Finalement, ces réunions permettent une interrogation des soins obligés, en présence de tous les acteurs de « premier rang ».

Le sentiment de sécurité obtenu grâce à la continuité et à la régularité des rencontres permet de modifier les postures, les « défenses », d'aider à l'expression des émotions et des difficultés sans risquer l'effondrement, malgré les tentatives de fuites ou d'évitement du soin par le probationnaire ou les éventuels rappels à l'ordre du JAP.

## VII. CONCLUSION

Si en matière de délinquance sexuelle, le concept de « délinquant-malade » fait désormais consensus, force est de constater un glissement vers la notion du « malade dangereux » dont il faudrait préserver la société avec une obligation de résultats.

L'intensité de la relation soignant-malade ou personnel de Justice – condamné/probationnaire, dans le cadre de la prise en charge des délinquants sexuels impose de ne pas travailler seul, permettant à chacun une prise de recul sur sa propre histoire personnelle, ses propres tabous.

La prise en charge de la délinquance sexuelle doit donc être adaptée à chaque cas. Les prises en charge structurées en psychothérapie, individuelles ou en groupe, et médicamenteuses par des traitements psychotropes ou par castration chimique, si elles sont intéressantes surtout quand elles sont combinées, n'ont une efficacité encore que partielle pour ce qui est du risque de récidive.

L'articulation avec le monde judiciaire est indispensable pour que la mentalisation des faits débouche sur une sincère culpabilité et une volontaire envie de réparation et de soins.

Une sensibilisation ou mieux, des modules intégrés dans le cursus général de la formation initiale et continue de tous les intervenants en la matière, qu'ils soient issus du monde judiciaire, soignant ou socio-éducatif ne peut être que souhaitée. Les Centres de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), de distribution régionale, sont un support indispensable pour la diffusion des informations validées ou en passe de l'être, et pour l'harmonisation des pratiques au cas par cas. ■

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Chapitre 6, p. 164 – 201.
- [2] *CIM-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson, 2000. 305 p.
- [3] American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. franç., 4<sup>e</sup> éd. rév., Masson, Paris, 2003.
- [4] Fédération française de psychiatrie : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001.
- [5] CIAVALDINI A. *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Masson, Paris, 2001.
- [6] Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, synthèse du rapport 2012, novembre 2012, 60 p.



- [7] BRIGANT F. *La prise en charge des délinquants sexuels en milieu fermé, archives de politique criminelle*. Ed. A. Pédone, 2012 (34) : 135-153.
- [8] HANSON, R. KARL BUSSIÈRE, MONIQUE T. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998 (66), 348-362.
- [9] BARATTA A, Expertise post-sentencielle et évaluation du risque de récidive. *L'information psychiatrique*, (87) : 657-662.
- [10] BARATTA A, MORALI A, HALLEGUEN O, La vérité sur l'expertise post-sentencielle : évaluation clinique contre échelle actuarielle. *Annales médico-psychologiques* 2012 (170) : 96-98.
- [11] BARATTA A, MILOSESCU GA, Apport des mesures objectives dans l'évaluation du risque de violence sexuelle, *Annales médico-psychologiques*, 2013 (171) : 449-451.
- [12] Haute Autorité de Santé. Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans – recommandation de bonne pratique – juillet 2009.
- [13] BENEZECH M. Introduction à l'étude de la dangerosité. In De Beaurepaire C ; Benezech M et Kotteler C. *Les dangers*, Paris, John Libbey, 2004, p. 15.
- [14] VOYER M, SENON JL, PAILLARD C, JAAFARI N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique* 2009 : 85 ; 745-52.
- [15] FAZEL S, GRANN M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 : 1397-403.
- [16] GIOVANNANGELI D, CORNET, JP, MORMONT C. Étude 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. Université de Liège : Faculté de psychologie et de sciences de l'éducation Université de Liège, Recherche n°99/028 STOP IV, Sept. 2000.
- [17] CLÉMENT P. Assemblée nationale, Rapport d'information n°1718, Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, sur le traitement de la récidive des infractions pénales, 7 juillet 2004.
- [18] GARRAUD JP. Réponses à la dangerosité : rapport sur la mission parlementaire confiée par le premier ministre à monsieur Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux. Mis en ligne le 19 octobre 2006.
- [19] LAMANDA V. Amoinrir les risques de récidive criminelle des condamnés dangereux. Rapport à M. le Président de la République par Vincent Lamanda, Premier président de la Cour de cassation 30 mai 2008.
- [20] Académie Nationale de Médecine, bulletin 194, no 6, 1033-1044, séance du 22 juin 2010.
- [21] PHAM T, DUCRO C, MARGHEM B, RÉVEILLÈRE C. Évaluation du risque de récidive au sein d'une population de délinquants incarcérés ou internés en Belgique francophone. *Ann Med Psychol* 2005 (163) : 842-5.
- [22] DUCRO C, PHAM T, Évaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sex Abuse* 2006 (18) : 15-26.
- [23] VOYER M, SENON JL, Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence, la psychiatrie à l'épreuve des demandes sociales (1<sup>re</sup> partie), *L'information psychiatrique*, 2012 (6) : 445-453.
- [24] Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.
- [25] Circulaire NOR JUSK1246C du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.
- [26] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, version consolidée du 26 juillet 2009, parue au JO n° 139 du 18 juin 1998 (rectificatif paru au JO n° 151 du 02 juillet 1998).
- [27] BURGELIN F. Ministère de la Justice, Ministère de la santé et des solidarités, Rapport de la Commission santé-justice : santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive, juillet 2005.
- [28] Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines, parue au JO n° 0075 du 28 mars 2012.
- [29] DANG-VU P.-M, DANG-VU V, COTTIN C et al. Le médecin coordonnateur dans l'injonction de soins... réflexions et partage d'expériences, *Journal de Médecine Légale Droit Médical*, 2013 (55) : 436-440.
- [30] BARATTA A. Evaluation et prise en charge des délinquants et criminels sexuels, *études et analyses*, 2011 (12) : 1-32.
- [31] MARSHALL WL, JONES R, WARD T, JOHNSTON P, BARBAREE HE, Treatment outcome with sex offenders, *Clinical Psychology Review*, 1991 (11) : 465-485.
- [32] FURBY L, WEINROTT MR, BLACKSHAW L, Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 1989 (105) : 3-30.
- [33] Florida Department of Health and rehabilitative services. Status of sex offender treatment programs, fiscal year 1983-84. Annual report to the Florida Legislature, Alcohol, Drug Abuse and mental Health Program Office, Tampa, 1984.
- [34] MARSHALL WL, MARSHALL LE, SERRAN GA, FERNANDEZ YM. *Treating sexual offenders*. Tand F Informa, ed N. York, 2006, 1-253.
- [35] HANSON KR, GORDON A, HARRIS AJ et al. First report of the collaborative outcome data project of the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex abuse* 2002 (14) : 195-197.
- [36] SCHMUCKER M, LOSEL F. Does sexual offender treatment work ? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema* 2008 (20) : 10-19.

- [37] GABBARD GO, *Psychothérapie psychodynamique : Les concepts fondamentaux*, Elsevier Masson, 2010, 1-209.
- [38] LAPLANCHE J ET PONTALIS JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 1967. Réédité PUF 2007.
- [39] Haute Autorité de Santé, Androcur 100 mg, comprimé sécable, commission de transparence, avis du 19 décembre 2012.
- [40] ROSLER A, WITZUME E. Treatment of Men with Paraphilia with a Long-Acting Analogue of Gonadotropin-Releasing Hormone, *NEJM* 1998, 338 : 416-465.
- [41] 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; 87:445-50.
- [42] THIBAUT F, CORDIER B, KUHN JM. Gonadotrophin releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: A lifetime treatment. *Psychoneurol*, 1996, 21 (4) : 411-419.
- [43] Haute Autorité de Santé, Salvacyl L.P.11,25 mg, poudre et solvant pour suspension injectable à libération prolongée, commission de transparence, avis du 18 février 2009.
- [44] Haute Autorité de Santé, Salvacyl L.P.11,25 mg, agoniste de la LH-RH, synthèse d'avis de la commission de transparence, avis du 18 février 2009.
- [45] VOLAVKA J, CITROME L, HUERTAS D. Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 ; 34 : 123-35.
- [46] LOO H., OLIE J.-P. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs ? *EMC - Psychiatrie*, 2004, 1 (4) : 273-283.
- [47] THIBAUT F, DE LA BARRA F, GORDON H., et al, Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World Journal of Biological Psychiatry*, 2010, 11 (4): 605-655.
- [48] 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.
- [49] WARSMANN JL, rapport d'information sur le suivi des auteurs d'infraction à caractère sexuel, 29 février 2012.
- [50] CIAVALDINI A. *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Ed. in press, 2003 : 135-142.
- [51] KAËS R, *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod, 1993, 352 p.