

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE

du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE (décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 6 octobre 2017 à Poitiers
par Madame Lisa OSMOND

**Motivation au changement chez les auteurs de violences sexuelles suivis
dans le cadre de soins pénalement ordonnés.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres :

- Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI
- Monsieur le Professeur Ludovic GIQUEL
- Monsieur le Docteur Pierre PARRY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
 ALLAL Joseph, thérapeutique
 BATAILLE Benoît, neurochirurgie
 BRIDOUX Frank, néphrologie
 BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
 CARRETIER Michel, chirurgie générale
 CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
 CHRISTIAENS Luc, cardiologie
 CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
 DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
 DEBIAIS Françoise, rhumatologie
 DROUOT Xavier, physiologie
 DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
 FAURE Jean-Pierre, anatomie
 FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
 GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
 GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
 GILBERT Brigitte, génétique
 GOMBERT Jean-Marc, immunologie
 GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
 GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
 GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
 HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
 HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
 HERPIN Daniel, cardiologie
 HOUETO Jean-Luc, neurologie
 INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
 JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
 JABER Mohamed, cytologie et histologie
 JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
 KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
 KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
 KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
 LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
 LELEU Xavier, hématologie
 LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
 LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
 LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
 LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
 MACCHI Laurent, hématologie
 MARECHAUD Richard, médecine interne
 MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
 MEURICE Jean-Claude, pneumologie
 MIGEOT Virginie, santé publique
 MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
 MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
 NEAU Jean-Philippe, neurologie

ORIOU Denis, pédiatrie
 PACCALIN Marc, gériatrie
 PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
 PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
 PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
 PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
 RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
 RICHER Jean-Pierre, anatomie
 RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
 ROBERT René, réanimation
 ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
 ROBLOT Pascal, médecine interne
 RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
 SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
 SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
 SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
 TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
 THIERRY Antoine, néphrologie
 THILLE Arnaud, réanimation
 TOUGERON David, gastro-entérologie
 TOURANI Jean-Marc, cancérologie
 WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
BEN-BRIK Eric, médecine du travail
BILAN Frédéric, génétique
BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
DIAZ Véronique, physiologie
FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
HURET Jean-Loup, génétique
LAFAY Claire, pharmacologie clinique
PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
SAPANET Michel, médecine légale
SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

BINDER Philippe
GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

BIRAULT François
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

AUDIER Pascal
ARCHAMBAULT Pierrick
BRABANT Yann
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
GIL Roger, neurologie (08/2017)
MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

ALCALAY Michel, rhumatologie
ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
BURIN Pierre, histologie
CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
GRIGNON Bernadette, bactériologie
GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
GUILLET Gérard, dermatologie
JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
MARILLAUD Albert, physiologie
MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
PAQUEREAU Joël, physiologie
POINTREAU Philippe, biochimie
REISS Daniel, biochimie
RIDEAU Yves, anatomie
SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean Louis SENON,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour la qualité et la richesse de votre enseignement, et de nous avoir fait partager votre savoir inépuisable. Vous m'avez transmis votre passion pour la psychiatrie légale, domaine approfondi lors des sessions de psychiatrie criminelle et médico-légale dans le cadre du DIU, c'est d'ailleurs lors de cette formation qu'est née l'idée de ce travail. Je n'oublierai jamais la passion avec laquelle vous nous avez enseigné l'histoire de la psychiatrie. Recevez par ces lignes l'expression de ma plus haute considération.

Au Professeur Nematollah JAAFARI,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de siéger dans le jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité, ainsi que pour votre engagement auprès des internes et de leur formation. Merci également d'attiser notre curiosité envers la recherche en psychiatrie et de promouvoir ce domaine si indispensable à une discipline scientifique. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Professeur Ludovic GIQUEL,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail. Je vous suis reconnaissante de votre implication concernant la formation des internes dans votre spécialité qu'est la pédopsychiatrie. Vos interventions lors des regroupements interrégionaux annuels ont permis des questionnements enrichissants. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Au Docteur Pierre PARRY,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à mon mémoire de DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale, mémoire qui a permis l'élaboration de ce travail de thèse, et d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie de m'avoir ouvert les portes de votre pratique en milieu carcéral et d'avoir éveillé ma curiosité pour les expertises psychiatriques. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Au Docteur Guillaume DAVIGNON,

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail et de siéger dans ce jury. Je te remercie pour ton implication sincère dans l'enseignement aux internes et pour tes remarques toujours bienveillantes et constructives formulées depuis le stage dans l'unité Erato jusqu'à dans l'élaboration de ce travail. Merci de m'avoir accompagnée dans ce processus et d'avoir été si réactif et disponible. Sois assuré de toute ma reconnaissance.

Merci à toutes les personnes qui m'ont aidée dans ce travail : merci aux équipes du CESAVS 17 pour leur disponibilité, leur participation et l'intérêt porté à mon travail de mémoire de DIU puis à ce travail de thèse, et pour les échanges constructifs m'ayant aidé à appréhender d'une manière différente le vécu des équipes de soins, merci à Madame Allix-Beguec pour son aide précieuse dans les démarches concernant le protocole de recherche et les analyses statistiques, et merci à Monsieur Thierry Vincent pour le temps passé à rechercher les documents difficilement accessibles.

A mes parents que je remercie infiniment pour leur soutien sans faille, leur confiance et leur bienveillance au cours de ces longues années d'étude. Je vous suis éternellement reconnaissante.

Merci à Martin pour ta patience et ta gentillesse infinie, ton amour et ton soutien de chaque instant. Ta présence à mes côtés m'a été, m'est et me sera toujours indispensable.

A mes grands-parents pour les valeurs qu'ils m'ont transmises et la douceur dans laquelle ils ont complété mon éducation.

A mes amis d'enfance (Anaëlle, Romain, Thomas, Simon, Jules, Chine, Camille, Manon), d'adolescence (les sirenas et le kersplif), de la faculté de Caen (la Peyroche, la Housni, Max), de la faculté de Poitiers (Maya, Mymy, Marie-Pauline, Chloé, Marion, Camille) et de La Rochelle (Louise, Marion et Antonine).

Merci aux praticiens hospitaliers des Centres Hospitaliers Marius Lacroix, Henri Laborit et de Niort, croisés au cours de ma formation et qui resteront des exemples.

Merci aux différentes équipes soignantes rencontrées au cours de mon internat m'ayant permis d'appréhender ma formation et ma vie professionnelle avec le plus de sérénité et de bonne humeur possible, et enfin, merci à Miles Davis pour avoir permis ces longs moments de concentration nécessaires à ce travail.

« Il y a des silences qui sont de dangereux explosifs ! »

Daniel Pennac

« Parler de psychiatrie, c'est parler de liberté, car, qu'on le veuille ou non, quels que soient les débats qui peuvent et doivent se dérouler, à partir de cette proposition fondamentale : la psychiatrie n'existe que du fait que des hommes sont en difficulté sur une problématique de liberté. »

Lucien Bonnafé

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	14
PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE.....	16
I. Les soins pénalement ordonnés.....	16
1. Le champ d'intervention des soins pénalement ordonnés.....	16
2. Bref historique des soins pénalement ordonnés.....	17
3. Les différentes mesures.....	19
3.1. L'obligation de soins.....	19
3.2. Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins.....	22
3.3. L'injonction thérapeutique.....	28
4. La difficile articulation de la peine et du soin.....	29
4.1. Maladie mentale, liberté et ordre social.....	29
4.2. Les soins pénalement ordonnés : une mise en œuvre complexe.....	31
5. Epidémiologie.....	34
5.1. Quelques chiffres.....	34
5.2. L'inflation des soins pénalement ordonnés.....	35
II. Prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infraction sexuelle.....	37
1. Cadre juridique de la prise en charge des délinquants sexuels.....	37
1.1. Prise en charge en prison.....	37
1.2. Prise en charge en milieu libre.....	38
1.3. Principes éthiques.....	38
2. Le risque de récidive.....	39
2.1. Problématique de la récidive des auteurs d'agressions sexuelles.....	39
2.2. Le modèle Risque-Besoins-Réceptivité.....	42
3. Recommandations thérapeutiques actuelles.....	44
3.1. 5ème conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie.....	44
3.2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les délinquants sexuels.....	45
3.3. Recommandations de l'Académie de médecine.....	46
4. Particularités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.....	47
4.1. Le consentement.....	47
4.2. La demande de soins.....	47

4.3. Les troubles psychiatriques associés.....	49
4.4. L'approche psychodynamique de la personnalité.....	50
4.5. Les distorsions cognitives et le déni.....	51
4.6. L'alliance thérapeutique.....	52
III. Motivation au changement.....	53
1. Définition de la motivation.....	53
2. Les modèles de changement.....	55
2.1. Le modèle « transthéorique » ou théorie du changement par phases.....	55
2.2. La théorie de l'apprentissage social (<i>Social learning theory</i>).....	57
2.3. Les théories du « faire-face » (<i>coping</i>) et du « soutien social ».....	58
3. Hypothèse d'un environnement motivationnel.....	58
4. Les obstacles au changement (<i>Barriers to Change Model</i>).....	59
5. Evaluation des stades de changement.....	62
5.1. Les mesures dimensionnelles.....	62
5.1.1. Le questionnaire URICA.....	62
5.1.2. L'échelle SOCRATES.....	63
5.1.3. L'échelle de disposition au changement (<i>Readiness to Change Scale</i>).....	63
5.2. Les méthodes catégorielles d'évaluation.....	64
IV. Motivation au changement chez les auteurs d'infractions sexuelles.....	64
1. Désir de changement chez les auteurs de violences sexuelles.....	64
2. Mécanisme de la motivation chez les auteurs de violences sexuelles.....	65
3. Facteurs de motivation au changement chez les délinquants.....	66
PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE ET RESULTATS.....	71
I. Justification scientifique.....	71
1. Etat actuel des connaissances.....	71
2. Hypothèses de la recherche.....	72
II. Objectifs.....	73
1. Objectif principal.....	73
2. Objectifs secondaires.....	73
III. Matériel et méthodes.....	74
1. Plan expérimental.....	74
2. Critères d'éligibilité.....	74
2.1. Critères d'inclusion.....	74
2.2. Critères de non inclusion.....	74

2.3. Modalités d'identification des participants et données recueillies.....	74
3. Critères d'évaluation.....	75
4. Déroulement de la recherche.....	75
4.1. Suivi des sujets.....	75
4.2. Calendrier de la recherche.....	76
4.3. Schéma de l'étude.....	76
5. Méthodes d'analyse des données.....	77
6. Droits d'accès aux données et documents sources.....	77
6.1. Accès aux données.....	77
6.2. Données sources.....	78
6.3. Confidentialité des données.....	78
IV. Résultats.....	78
1. Analyse descriptive en intention de traiter.....	79
1.1. L'âge.....	79
1.2. Données qualitatives sociodémographiques.....	80
1.3. Caractéristiques criminologiques de la population.....	81
1.4. Caractéristiques cliniques de la population.....	83
2. Analyse de l'URICA.....	85
3. Analyse des objectifs secondaires.....	87
3.1. Profil des AIS de notre échantillon.....	87
3.2. Comparaison des profils sociodémographiques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement »	87
3.3. Comparaison des profils criminologiques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement ».....	88
3.4. Comparaison des profils cliniques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement ».....	90
3.5. Analyse d'association.....	91
3.6. Incidence des SPO sur la motivation au changement.....	91
3.7. Profil de patient « motivés » versus « peu motivés » au changement.....	93
PARTIE III : DISCUSSION.....	94
CONCLUSION	100
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	102
INDEX DES TABLEAUX	109
INDEX DES FIGURES	109

INDEX DES GRAPHIQUES.....	109
INDEX DES ANNEXES.....	110
ANNEXES.....	111
RESUME.....	124
SERMENT	125

LISTE DES ABREVIATIONS

AIS : Auteur d'Infractions Sexuelles

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Auteur de Violences Sexuelles

CESAVS 17 : Centre de Consultation, d'Evaluation et de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles de Charente-Maritime

CMP : Centre médico-Psychologique

CP : Code Pénal

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CPP : Code de Procédure Pénale

CSP : Code de Santé Publique

CRIAVS : Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs de Violences Sexuelles

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DC : Distorsions Cognitives

DGS : Direction Générale de la Santé

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IS : Injonction de Soins

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IT : Injonction Thérapeutique

JAP : Juge d'Application des Peines

MC : Médecin Coordonnateur

MT : Médecin Traitant

OS : Obligation de Soins

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles

RBR : Risque-Besoins-Réceptivité

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SOCRATES : Stages of Change, Readiness and Treatment Eagerness Scale

SSIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SPO : Soins Pénalement Ordonnés

SSJ : Suivi Socio-Judiciaire

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

URICA : University of Rhode Island Change Assessment

INTRODUCTION

De tout temps, le débat autour de la peine et du soin existe et, depuis peu, la prise en charge thérapeutique apparaît comme l'une des solutions pouvant favoriser la diminution des comportements délinquants, notamment en termes de récidive.

En France, le suivi sanitaire des sujets condamnés pour des infractions sexuelles en milieu ouvert s'effectue généralement dans le cadre de soins pénalement ordonnés (SPO) consistant en une obligation ou une injonction de soins. À travers la question sensible de la formulation de la demande de suivi par les patients émerge la dimension de motivation au changement, notamment du comportement transgressif.

L'idée que la motivation est une composante importante du processus de changement n'est pas nouvelle et de nombreuses études ont analysé le sujet. Cependant, peu se sont intéressées à la motivation se rapportant spécifiquement aux délinquants sexuels et notamment aux patients suivis en SPO. L'analyse des facteurs déterminant la motivation au changement des auteurs de violences sexuelles (AVS) permet d'établir les points perfectibles de leurs prises en charge afin d'améliorer la cohérence et l'efficacité des réseaux de soins.

Après un préambule sur les SPO et les spécificités de la prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infraction sexuelle (AIS), la première partie de notre travail abordera le concept de motivation au changement, les différents modèles théoriques reconnus, et établira une synthèse des données existantes sur le mécanisme de la motivation chez les AVS et les facteurs de motivation au changement chez les délinquants. Cette revue de la littérature nous permettra de mieux comprendre les enjeux liés à la prise en charge des AVS et de mettre en évidence des indicateurs que nous utiliserons comme paramètres d'étude dans notre travail de recherche.

Dans un deuxième temps, nous présenterons notre étude prospective, monocentrique, comparative ayant pour but d'analyser la motivation au changement des AIS pris en charge en milieu ouvert, et notamment de définir les facteurs prédictifs de motivation au changement afin d'améliorer l'efficacité de ces prises en charge.

Enfin, la discussion ouvrira le débat sur l'importance de prendre en considération ces facteurs prédictifs de motivation au changement dans le suivi des AIS et sur la place des soins psychiatriques dans ce domaine. Nous tenterons de proposer des mesures permettant l'amélioration de leurs prises en charge.

PARTIE I : REVUE DE LA LITTERATURE

I. Les soins pénalement ordonnés

1. Le champ d'intervention des soins pénalement ordonnés

Le droit français comporte des dispositions générales autorisant le recours aux soins tout au long de la procédure pénale. La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs [1] a mis en place un dispositif novateur caractérisant les modalités d'intervention et de collaboration des professionnels de la justice et de la santé.

Réservés dans un premier temps aux « alcooliques dangereux », les soins pénalement ordonnés (SPO) constituent aujourd'hui une alternative aux poursuites utilisée par le parquet dans le cadre des classements sous condition, dans la lutte contre la toxicomanie par exemple puisque « Le Procureur de la République peut enjoindre à la personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants de se soumettre à une mesure d'injonction thérapeutique prenant la forme d'une mesure de soins ou de surveillance médicale [...] [2]. L'action publique n'est pas exercée à l'encontre des personnes qui se soumettent à la mesure d'injonction thérapeutique qui leur est ordonnée et la suivent jusqu'à son terme » (article L. 3423-1 du code de la santé publique). Ils sont également une alternative à la peine dans le cadre d'un ajournement et surtout une alternative à l'emprisonnement aussi bien durant la phase pré-sententielle - le contrôle judiciaire ordonné par le juge d'instruction ou par le juge des libertés et de la détention (JLD) pouvant alors soumettre la personne mise en examen à des mesures de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment dans le cadre d'une désintoxication - qu'à un stade ultérieur, que ce soit du jugement ou de l'exécution de la peine. À ces dispositions générales s'ajoutent des dispositions spécifiques à certains délits, c'est le cas notamment dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie ou pour certaines infractions révélant une consommation habituelle et excessive d'alcool [2].

La loi du 5 mars 2007 a profondément réformé le régime de l'injonction thérapeutique (IT) qui peut désormais être ordonnée à tous les stades de la procédure, et non seulement aux

usagers de stupéfiants mais également aux personnes souffrant de troubles de la consommation alcoolique [2].

Néanmoins, c'est dans le cadre du suivi socio-judiciaire (SSJ) que l'obligation de soins (OS) connaît une évolution importante. Initialement réservé aux auteurs d'infractions sexuelles (AIS), le SSJ, véritable arsenal de prévention de la récidive du point de vue du système judiciaire, a été instauré par la loi du 17 juin 1998 qui précise : « Le SSJ emporte, pour le condamné, l'obligation de se soumettre, sous le contrôle du juge de l'application des peines (JAP) et pendant une durée déterminée par la juridiction de jugement, à des mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive » (article 131-36-1 du CP) [1]. Cette mesure constitue une originalité dans le droit français : elle est une peine pouvant être prononcée à titre principal en matière correctionnelle mais également comme peine complémentaire d'une peine d'emprisonnement. C'est aussi une mesure de sûreté prenant en compte la dangerosité du condamné et son risque de récidive pour justifier une mise sous surveillance et sa soumission à certaines obligations durant une période plus ou moins longue [2].

L'objectif de ces SPO est de mettre en place « un dispositif tendant à traiter médicalement le condamné » [3] : ils interviennent ainsi pour redoubler des mécanismes légaux et carcéraux impuissants afin de transformer le rapport du sujet à son acte, à sa culpabilité, à la victime et à sa peine. Ainsi, l'enjeu social central de la loi du 17 Juin 1998 est décrit par Coutanceau R. comme « le pari pour une démocratie républicaine que l'application de la loi aboutisse à une baisse de la récidive » [4].

2. Bref historique des soins pénalement ordonnés

L'évolution du droit pénal est en miroir du regard de la société sur le condamné : de sujet objet de châtiments corporels au Moyen Âge ou de privation de libertés, il est aujourd'hui considéré comme acteur de sa propre peine [5].

C'est tout d'abord la loi du 12 Février 1810, fondatrice du CP, qui a exclu la personne atteinte de troubles mentaux de la sphère judiciaire en introduisant la notion de libre arbitre dans le droit français. Cette notion de responsabilité est illustrée par l'article 64 du CP « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou

lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Esquirol, s'appuyant sur cet article établit ainsi clairement un distinguo entre les champs sanitaire et judiciaire. Dans les suites en 1905, et ce dû à de nombreuses contestations de l'article, la circulaire adressée par le garde des Sceaux Joseph Chaumie pose le principe de l'atténuation de la peine pour les personnes reconnues responsables de leurs actes mais présentant un trouble mental [6].

C'est la réforme de la libération conditionnelle de 1952 qui introduit pour la première fois dans le droit français la possibilité d'un traitement médical obligatoire comme condition de libération [6]. La loi n°54-439 du 15 Avril 1954 concernant le traitement des alcooliques dangereux pour autrui, inclut ainsi un volet sanitaire pouvant être prononcé par la juridiction de jugement et stipule que « tout alcoolique dangereux pour autrui est placé sous surveillance de l'autorité sanitaire ». Puis en 1958, apparaît le sursis avec mise à l'épreuve pouvant comporter une OS. Le statut du JAP, chargé de contrôler et de déterminer dans quelles conditions le condamné exécute sa peine, est créé cette même année.

La loi n° 70-1320 du 31 Décembre 1970 relative aux mesures de lutte contre la toxicomanie instaure l'IT, obligeant la personne à se soigner contre une remise de peine. Puis, l'IS est créée dans les années 1990 venant renforcer la lutte contre la récidive des auteurs de violences sexuelles (AVS), ce sous l'effet de faits divers médiatisés d'auteurs récidivistes et des priorités de politiques pénales privilégiées ces dernières années, donnant naissance à la loi n°98-468 du 17 juin 1998 ou Loi Guigou, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. L'idée est d'introduire un contrôle sur les AVS avec un suivi à la sortie de détention [2], après consentement aux soins du condamné, même si les soins sont proposés comme une alternative à l'emprisonnement.

Depuis, d'autres lois ont été votées aboutissant progressivement à un dispositif de contrôle de plus en plus serré. Ainsi, le SSJ avec IS a été étendu à d'autres comportements délinquants tels que les meurtres, assassinats et actes de barbaries, les violences commises sur mineur de 15 ans et les violences entre conjoints, successivement en 2005 et 2007. Dans la même veine, les lois du 10 août 2007 et du 25 février 2008 renforcent ces dispositifs de contrôle en rendant l'IS systématique lorsqu'un SSJ est prononcé et l'étendant aux mesures de surveillance de sûreté et de rétention de sûreté [7].

3. Les différentes mesures

Les SPO ont comme objectif la prévention de la récidive. Ils se répartissent en OS, IS, IT et SSJ. Les soins ne sont pas essentiellement médicaux, leur spectre est plus large et comprend les différentes activités des Services de probation et d'Insertion Pénitentiaire (SPIP) qui se voient confier de nouvelles missions.

3.1. L'obligation de soins

C'est en 1958 que le législateur a introduit l'OS, en même temps que la création du JAP et le sursis avec mise à l'épreuve, mesure la plus utilisée à l'égard des personnes placées sous main de justice suivies en « milieu ouvert » [8].

L'OS est une mesure applicable avant ou après la condamnation pénale [9]. Elle n'est pas spécifique à la délinquance sexuelle, ne nécessite aucune organisation des relations entre les autorités judiciaires et sanitaires. Elle n'exige pas d'expertise médicale préalable [10], elle relève alors, en toute subjectivité, de la seule conviction, intuition ou expérience des magistrats, convaincus à la lecture du dossier, au vu du comportement du prévenu à l'audience, de son casier judiciaire ou par un faisceau d'indices. La justice espère, en ordonnant une alternative à la détention provisoire ou définitive et en imposant des soins, mettre fin au parcours délinquant [8].

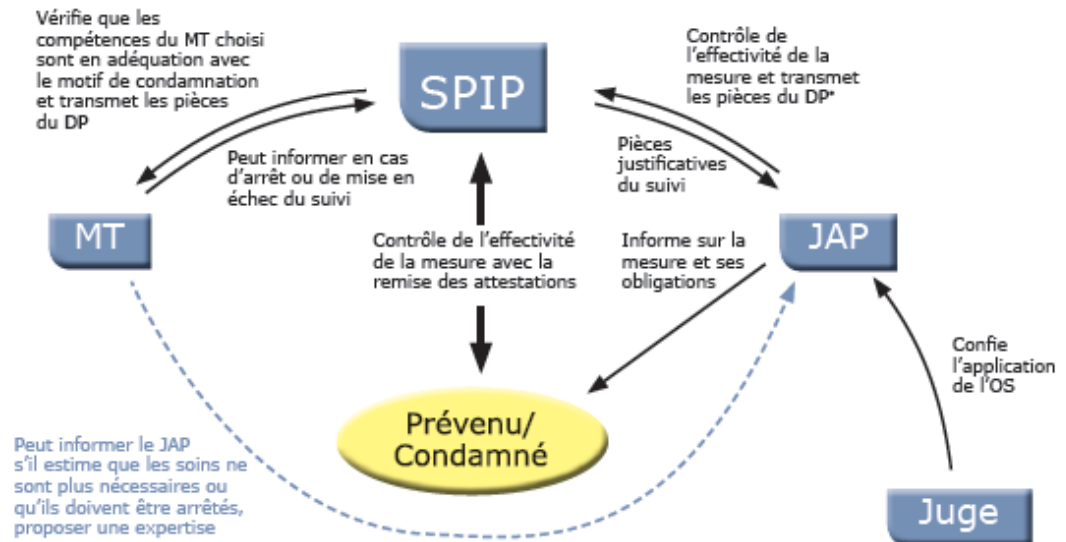
Avant déclaration de culpabilité, l'OS constitue une modalité du contrôle judiciaire. Après déclaration de culpabilité, elle constitue une obligation particulière prévue par l'article 132-45 du CP pour [10] :

- l'ajournement avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve ;
- l'emprisonnement assorti du sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général ;
- une mesure d'aménagement de peines.

Ce dispositif exige du condamné qu'il se soumette « à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'IT prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-45 du Code de la Santé

Publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques. » (article 132-45 3° du CP).

Figure 1. Organigramme de la mesure d'obligation de soins



L'OS peut être prononcée par le tribunal correctionnel, le tribunal pénal ou le JAP, mais ne peut être prononcée à l'encontre d'une personne détenue [10]. Les patients viennent en consultations orientés par le tribunal correctionnel, le tribunal pénal, le JAP ou le SPIP. Cette mesure n'est pas une alternative aux poursuites mais une alternative à l'incarcération [8] :

- alternative à l'incarcération provisoire si elle est prononcée dans le cadre d'un contrôle judiciaire, donc à l'encontre d'une personne présumée innocente ;
- alternative à une peine ferme lorsqu'elle accompagne une condamnation à une peine de prison, en totalité ou partiellement assortie d'un sursis, avec mise à l'épreuve ou obligation d'effectuer un travail d'intérêt général.

L'avertissement prononcé en même temps que la condamnation par le président de la juridiction, la plupart du temps correctionnelle, est le suivant : « Vous respectez l'OS pendant la durée fixée par le tribunal (de 18 à 36 mois) et vous ne ferez pas la peine de prison

prononcée avec sursis ». La personne est donc « placée sous main de justice » mais en liberté [8].

Lorsque la décision pénale est définitive, c'est le JAP qui a la responsabilité du dossier post-sententiel. Il charge le SPIP de la réalisation concrète de la mesure. La personne sanctionnée par une peine de prison avec sursis et mise à l'épreuve est contrôlée et aidée par un conseiller d'insertion et de probation (CIP) qui l'incitera et l'encouragera à suivre les soins imposés par le tribunal [8].

Dans ce processus, la personne condamnée peut choisir le médecin avec lequel elle engagera des soins, mais en réalité, il lui est fortement conseillé de s'orienter vers des services publics connus et spécialisés, entretenant des relations régulières avec les CIP avec lesquels ils peuvent échanger quant au motif de la condamnation [8].

Le contrôle du suivi repose sur une simple remise d'un certificat médical au patient par son thérapeute, celui-ci pouvant être un psychologue ou un psychiatre [9]. Il n'y a donc aucune communication entre les acteurs judiciaires et sanitaires et d'ailleurs, les relations entre ces deux autorités ne sont pas définies par la loi. Le juge a rarement un contact direct avec les soignants, mais des réunions peuvent être organisées. Il paraît essentiel que les magistrats de l'application des peines soient convaincus que la personne chargée des soins rendra compte de la présence ou non du condamné aux rendez-vous fixés et qu'il n'y aura pas d'attestations de complaisance [8].

Le SPIP joue un rôle de filtre entre le soignant et le juge puisqu'il vérifie notamment le respect de l'obligation de soins à travers des attestations de présence, mais celles-ci ne donnent bien évidemment aucune indication sur l'investissement de la personne condamnée, ni sur l'efficacité des traitements ni sur l'évolution. Il est bien souvent constaté que le JAP ne sera informé que des absences, et souvent tardivement, lorsque, après avoir réclamé plusieurs attestations de présence aux soins, le CIP prendra contact avec le secrétariat du centre médico-psychologique ou du centre de soins et apprendra que la personne ne s'est pas rendue aux rendez-vous depuis plusieurs mois [8].

Une des difficultés que rencontrent les JAP est liée à la différence d'appréciation de la nécessité des soins. En effet, le médecin peut considérer que la personne n'a pas, ou n'a plus besoin de soins ou que ceux-ci ne lui seront pas bénéfiques ou adaptés. Le plus souvent, à la suite d'un écrit du soignant expliquant son point de vue, le JAP demandera, de son initiative ou sur réquisition du Ministère Public, soit une expertise, soit des tests sanguins ou complémentaires avant de lever l'OS. De plus, dans une société se voulant de plus en plus sécuritaire qu'est la nôtre actuellement, la justice a tendance à multiplier les avis et expertises avant de prendre une décision élargissant la liberté de la personne condamnée [8].

3.2. Le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins

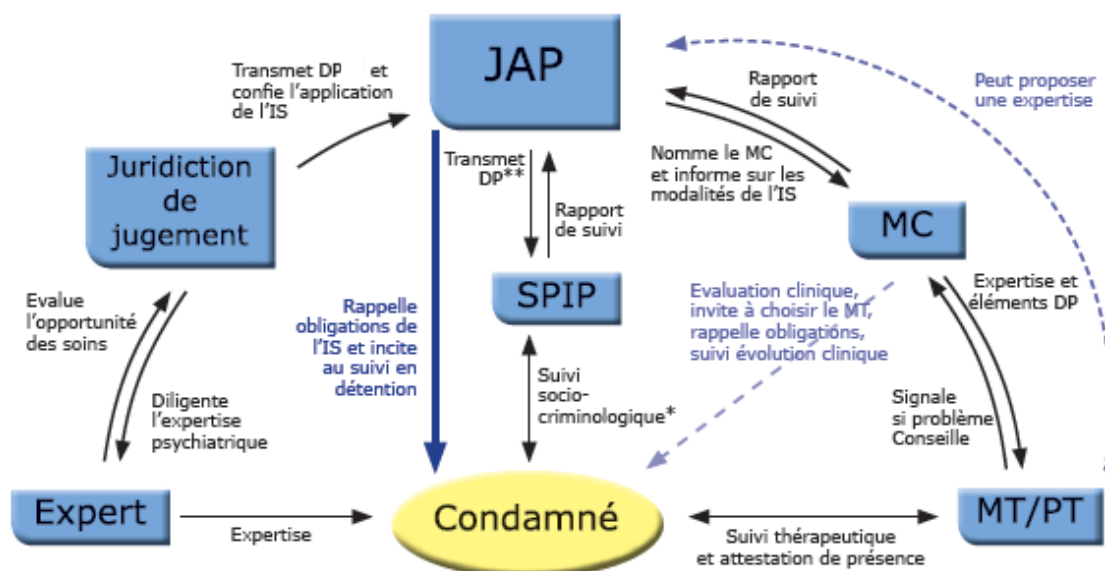
Le SSJ consiste en un suivi judiciaire, social et éventuellement médical visant à prévenir la récidive des délinquants sexuels [11]. Il s'agit, pour le législateur, de « prévoir des soins destinés à s'attaquer aux causes de la criminalité » [12]. Il s'adresse le plus souvent à des délinquants condamnés à de lourdes peines fermes, il est ainsi très majoritairement imposé aux AIS les plus graves [12]. Il est prononcé par le tribunal ou la Cour en complément ou à la place de la peine privative de liberté [11].

Le SSJ peut être prononcé pour une durée maximum de dix ans en cas de condamnation pour un délit et vingt ans en cas de condamnation pour un acte criminel. Cette durée peut être portée à vingt ans par décision spécialement motivée de la juridiction de jugement, lorsqu'il s'agit d'un crime puni de trente ans de réclusion criminelle cette durée est de trente ans, lorsqu'il s'agit d'un crime puni de la réclusion criminelle à perpétuité, la Cour d'Assises peut décider qu'il s'applique sans limite de durée, sous réserve de la possibilité pour le tribunal de l'application des peines de mettre fin à la mesure à l'issue d'un délai de trente ans selon l'article 712-7 du code de procédure pénale (CPP). Lorsque le SSJ accompagne une peine privative de liberté sans sursis, il s'applique à compter du jour où la mesure de privation de liberté prend fin (article 131- 36-5 du code pénal).

L'IS peut constituer l'une des obligations du SSJ. Celle-ci est ordonnée soit par la juridiction de jugement, soit par le JAP, après une expertise médicale. Le juge désigne un médecin coordonnateur choisi sur une liste départementale de psychiatres ou autres médecins ayant suivi une formation adaptée, ce médecin coordonnateur jouant ainsi un rôle de référent auprès du médecin traitant ou du psychologue traitant, il transmet au juge les éléments

nécessaires au contrôle de la mesure de SPO. Le médecin (ou le psychologue) traitant est choisi par la personne condamnée avec l'aval du médecin coordonnateur (MC) (figure 1). Le choix du traitement à entreprendre relève du praticien qui peut décider de l'initiation d'un traitement médicamenteux diminuant la libido ou d'une psychothérapie entre autre, après consentement écrit et renouvelé annuellement du patient [2]. Si le SSJ comporte une IS, le condamné peut commencer un traitement pendant son incarcération. S'il ne consent pas à suivre la mesure de soins, cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois (article 763-7 du CPP). Toutefois, ce refus de soins est sanctionné, aucune réduction supplémentaire de peine ni aucune libération conditionnelle ne pouvant alors être accordée. En milieu libre, le refus des soins, comme la soustraction à toute autre obligation du SSJ, peut entraîner l'incarcération de la personne condamnée pour une durée maximum désormais fixée à trois ans en cas de condamnation pour un délit et sept ans en cas de condamnation pour un crime. Le JAP peut mettre à exécution tout ou une partie de la peine d'emprisonnement préalablement déterminée à l'issue d'un débat contradictoire au cours duquel sont entendues les réquisitions du Procureur de la République, le condamné et son avocat [2].

Figure 2. Organigramme de la mesure d'injonction de soins



L'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative au SSJ, est applicable lorsque le SSJ est encouru et lorsqu'une expertise médicale obligatoire conclut à la possibilité de soins, que ce soit dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté [9]. Cette expertise doit être réalisée par deux experts en cas de poursuites pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie [11].

Mesure initialement attachée à la peine de SSJ, l'injonction de soins implique l'organisation de relations entre les autorités judiciaires et sanitaires, notamment par la présence d'un MC qui fait le lien entre le médecin traitant et le JAP [10]. Ce dernier est choisi par le JAP sur une liste dressée par le Parquet. Le rôle du MC est de rencontrer le détenu au moins une fois par trimestre afin de réaliser une évaluation psycho-criminologique. Il invite le condamné à choisir un médecin ou un psychologue traitant et peut refuser le choix d'un thérapeute s'il estime que ce dernier n'a pas les qualifications requises pour la prise en charge des AIS. Le MC doit en outre recevoir l'accord par écrit du médecin ou psychologue traitant, et ceci dans un délai de quinze jours à compter de la première rencontre. Enfin, le MC informe régulièrement le JAP de l'évolution des soins en lui adressant au moins une fois par an un rapport complet nécessaire au contrôle du respect de l'IS [9].

Depuis la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, le SSJ avec ou sans IS n'est plus réservé aux seules infractions à caractère sexuel. L'IS est maintenant encourue également pour les infractions suivantes [9] :

- atteintes volontaires à la vie ;
- viols et agressions sexuelles ;
- enlèvement et séquestration ;
- atteinte sexuelle sans violence sur mineurs ;
- délits de corruption, de diffusion d'images de mineurs à caractère pornographique ;
- diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vus par un mineur ;
- actes de tortures et de barbarie ;
- incendie volontaire ;
- violences conjugales.

Depuis la loi du 10 août 2007, le SSJ comprend de façon systématique une IS « s'il est établi, après une expertise médicale, que la personne poursuivie est susceptible de faire l'objet

d'un traitement, sauf décision contraire de la juridiction » (article 131-36-4 du CP). On comprend donc aisément l'importance de l'expertise, qui, si elle est positive, rend quasi obligatoire le prononcé de la mesure. Faute de compétences dans ce domaine, le juge ne peut qu'entériner les conclusions de l'expert. À l'inverse de l'OS et de l'IT, on peut conclure que, dans l'IS, c'est le domaine sanitaire qui a l'ascendant sur le judiciaire. Cette procédure est donc plus contraignante qu'une simple OS, les différences entre ces deux mesures sont résumées dans l'annexe 1.

En pratique, le SSJ commence le jour de la libération. La durée moyenne des suivi fixée par la juridiction de jugement est de 6 ans environ, et le non-respect de la mesure peut entraîner une nouvelle détention, fixée elle aussi par la juridiction, d'une durée maximum de 3 ans pour un délit et de 5 ans pour un acte criminel [12]. La loi ne prévoit pas le consentement éclairé de la personne aux soins, elle prévoit au contraire que si la personne condamnée s'oppose à leur administration, elle encourt de sévères sanctions privatives de liberté, réduisant considérablement le choix de la personne condamnée et imposant sans aucun doute aux médecins de transformer ce « consentement » parfois de pure façade en une réelle adhésion.

La loi prévoit que le JAP notifie à la personne condamnée, au plus tard lors de sa remise en liberté, les obligations imposées par le SSJ et désigne un MC, le Code de la santé publique précisant que celui-ci doit être un médecin psychiatre exerçant en qualité de spécialiste depuis au moins 3 ans ou ayant exercé en qualité de spécialiste pendant au moins 5 ans, ou médecin ayant suivi une formation appropriée [8]. Celui-ci sera destinataire des principales pièces du dossier : ordonnance de renvoi, expertises psychiatriques et psychologiques... Il jouera un rôle original d'interface entre le JAP et le médecin ou psychologue traitant que la personne condamnée aura choisi [9], choix que le médecin coordonnateur aura approuvé et que, bien souvent, dans la réalité, il lui aura conseillé, voire imposé.

Si la création du MC est reconnue comme très positive, il n'en demeure pas moins que ce mécanisme subit de plein fouet le déficit de médecins psychiatres des services publics. En effet, en 2009, on constatait que 40 tribunaux de grande instance et 17 départements étaient dépourvus de MC [8]. Le Président de la Cour de cassation, remet en 2008 un rapport au Président de la République expliquant : « On peut raisonnablement estimer que les IS ne

peuvent être mises en place, de façon satisfaisante, dans plus de la moitié des juridictions». Outre ces difficultés matérielles non négligeables, l'exécution et le contrôle de l'IS posent bien d'autres problèmes.

À l'issue du procès, il est possible qu'une personne, parce qu'elle a nié les faits, échappe à un SSJ et donc à une IS. Le législateur, persuadé que les soins sont garants d'une diminution du risque de récidive, a prévu que le JAP ait un pouvoir de contrainte aux soins au cours de la détention en lui attribuant le droit de prononcer des réductions supplémentaires de peine. Ce même juge peut, après expertise, soumettre la libération conditionnelle à l'acceptation d'une IS, et même, lors de la libération définitive, imposer cette injonction dans le cadre d'une surveillance judiciaire pour une durée correspondant à l'ensemble des réductions de peine obtenues. Des réquisitions sont systématiquement prises dans le sens des mesures assorties d'IS pour encadrer la sortie des délinquants sexuels, celle-ci devant être signalée par les greffes des établissements pénitentiaires suffisamment longtemps à l'avance pour permettre de nouvelles expertises et débats [8].

La loi prévoit qu'un détenu peut obtenir des réductions supplémentaires de peine s'il suit des soins pendant sa détention. Une grande majorité des détenus concernés demande donc des soins, et il est bien difficile pour le magistrat de distinguer une demande authentique d'une demande de pure opportunité en vue de réduire la durée de la peine. Lorsqu'un détenu a réellement suivi une thérapie, quelle que soit la forme de celle-ci, pendant plusieurs années de détention, il lui faudra encore, lorsqu'il sera libéré, se soumettre à cette IS pendant plusieurs années. Cela est-il, psychologiquement utile, supportable, d'autant que la personne devra nécessairement changer de thérapeute et revenir sur des faits commis 10, 15 voire 20 ans plus tôt ? Il n'est pas rare que le médecin traitant constate rapidement que les soins ordonnés par un jury d'assises des années auparavant deviennent sans fondement, le travail de réflexion ayant été réalisé en détention.

Une autre difficulté est liée au fait que les AIS pour lesquelles le SSJ est simplement encouru ne peuvent pas obtenir une libération conditionnelle s'ils ne déclarent pas consentir à suivre des soins une fois en liberté. Force est de constater que rares sont les détenus qui reconnaissent, alors que leur liberté est en jeu, qu'ils refuseront ces soins. Il peut en être autrement lorsqu'ils sont confrontés à l'obligation de se rendre chez tel ou tel thérapeute. Sans

qu'ils manifestent clairement leur opposition, on peut voir alors des rendez-vous parfois oubliés ou reportés, un manque d'investissement, ou encore une présence très formelle...

La loi du 10 mars 2010 permet enfin aux JAP de lever une IS après avoir recueilli l'avis du Procureur et du MC [8]. Mais, là encore, le climat sécuritaire imposera inévitablement que des expertises soient ordonnées avant de prendre une telle décision. Face à un risque de récidive difficilement prévisible, il serait intéressant de voir combien de demandes de levées d'IS ont finalement été validées. L'ensemble des textes en vigueur peut aboutir à une IS à perpétuité à partir d'un diagnostic de dangerosité régulièrement renouvelé.

Mais l'humain étant fait de paradoxes, parfois, les conclusions des experts peuvent être difficiles à décrypter. En effet, que décider lorsque l'expert conclut que si la personne est reconnue coupable le risque de récidive n'est pas à écarter, mais que, niant les faits, aucun traitement n'a lieu d'être imposé ? Que décider lorsque la conclusion est que le niveau intellectuel de la personne limite considérablement ses capacités d'introspection, ou encore que le SSJ aura pour fonction de rappeler à intervalles réguliers l'interdit ? Dans ce dernier cas, si l'interdit peut être rappelé par le CPIP, rien ne prouve que le médecin traitant se reconnaîtra dans cette fonction qu'il peut considérer comme étant hors de ses attributions.

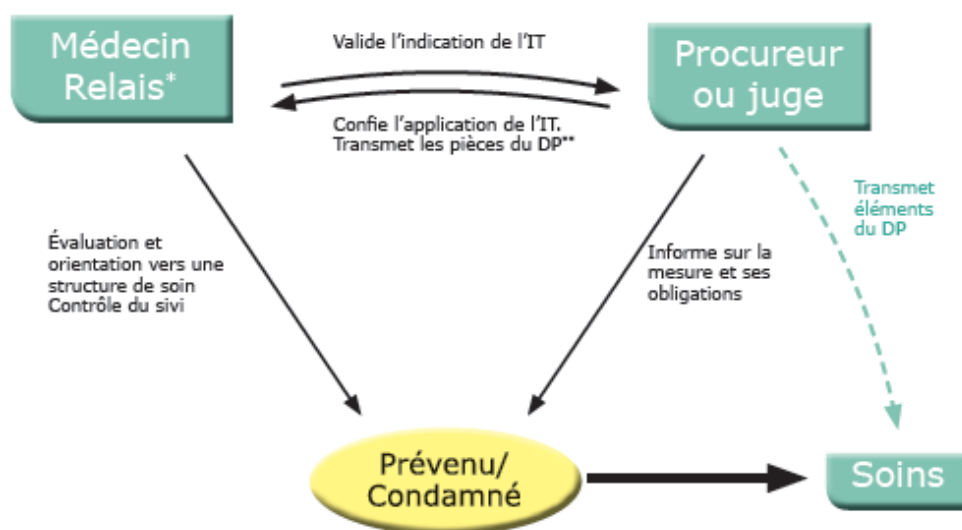
L'évolution de la mesure de l'IS a été marquée par une systématisation de son recours et un élargissement du prononcé hors du cadre du SSJ, engendrant une inflation des mesures prononcées et ainsi un déséquilibre entre l'offre de soins et la demande des magistrats. Ce surajoute à cette problématique que le recrutement de médecins coordonnateurs reste difficile, compte tenu en particulier de la modestie de la rétribution (427 euros pour l'année par personne dans un suivi complet et 213 euros si le suivi est de trois mois) [11]. Ainsi, certaines juridictions auraient des difficultés à établir des listes de médecins coordonnateurs empêchant, en pratique, l'application des mesures ordonnées par le juge. Selon l'Association Nationale des JAP, en 2007 le nombre de MC s'élevait à 90 en France et 43 tribunaux de grande instance (soit la moitié) ne disposaient pas de MC et étaient ainsi dans l'impossibilité totale de mettre en œuvre les mesures d'IS [13].

3.3. L'injonction thérapeutique

L'IT a été créée par la loi du 31 décembre 1970. Elle autorise le Procureur à ne pas poursuivre un consommateur de stupéfiants si celui-ci accepte des soins en lien avec son addiction [11].

La loi du 5 mars 2007 de prévention de la délinquance, a créé la fonction de « médecin-relais », responsable de la mise en œuvre de l'IT. Celui-ci doit notamment apprécier l'opportunité médicale de la mesure. Il adresse la personne concernée à un centre spécialisé de soins en addictologie ou à « un médecin de son choix ou, à défaut, désigné d'office pour suivre un traitement médical ou faire l'objet d'une surveillance médicale adaptés » [14, 15].

Figure 3. Organigramme de la mesure d'injonction thérapeutique



La durée de la mesure est fixée à six mois, renouvelable trois fois.

L'IT a également été étendue par la loi à l'encontre d'une personne ayant « une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ».

4. La difficile articulation de la peine et du soin

4.1. Maladie mentale, liberté et ordre social

La pathologie mentale se caractérise par une profonde souffrance mais les troubles qui lui sont associés peuvent toutefois se manifester de façon singulière, la symptomatologie pouvant notamment altérer la lucidité et le discernement. Ainsi, indépendamment du trouble ressenti par la personne, la pathologie mentale peut induire des comportements susceptibles de poser des problèmes d'ordre public, voire de délinquance, les patients pouvant, dans ces cas, être soumis à des restrictions ou privations de liberté dans le but de les soigner, mais également de préserver la sérénité de la société. Les troubles mentaux sont parfois accompagnés de comportements mal tolérés et considérés comme déviants par l'ordre sociétal. Ce sont les aspects d'irresponsabilité, d'imprévisibilité, voire de violence, absents dans les maladies somatiques, qui sont alors en cause. Cette exigence de conformité des comportements par le corps social assigne aux personnes porteuses de ces symptômes une place singulière, puisque, du point de vue de l'ordre social, les malades mentaux dérangent potentiellement l'ordre établi. Malgré une discussion se voulant résolument ouverte, malgré tous les débats et les avancées, une vision péjorative de la pathologie mentale persiste toujours actuellement.

Néanmoins, l'opinion publique peut réagir de façon paradoxale face à la maladie mentale : si un drame est imputé à un malade mental, elle réclame l'enfermement, mais si elle a connaissance d'un internement arbitraire, elle réagira de manière diamétralement opposée. La tension entre ces trois objectifs que sont les soins, la préservation des libertés individuelles et la protection de la société est constante, suscitant toujours le débat pour la définition des politiques publiques. Ceci exige la recherche d'un équilibre entre les exigences de précautions sanitaires et d'ordre public d'un côté, et le respect des libertés individuelles de l'autre. C'est dans ce contexte, à la fois sur fond de faits divers tragiques mais également dans une ambiance sécuritaire plus générale, que des réformes du système psychiatrique ont eu lieu en France – avec, entre autre, la 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 [7] ou encore la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [16] -, le droit des soins psychiatriques évoluant sans cesse, sous l'égide du législateur.

Le Professeur J.L. Senon et le Docteur C. Jonas écrivaient qu' « imposer des soins aux sujets qui présentent des troubles mentaux pouvant les conduire à des conduites réprimées par la loi a toujours été dans notre société le problème de rapprocher justice et psychiatrie, sanction et prévention, punir ou soigner, et donc consentement au nom de la liberté individuelle et obligation de soins pour protéger la société et ses membres ». Ainsi, pour les deux auteurs, « cette difficulté à rapprocher ceux qui jugent au nom de la loi et ceux qui soignent, conformément à celle-ci, s'est toujours traduite par la promulgation de lois pénales parallèlement à des lois sanitaires, souvent dans un mouvement de balancier » [17]. Les lois promulguées apparaissent ainsi comme des réponses législatives immédiates à des faits divers dramatiques. En septembre 1993, l'affaire de « la petite Karine » (une fillette de 8 ans est violée et tuée par un auteur multirécidiviste en libération conditionnelle) donne naissance quatre mois plus tard à la « loi Méhaignerie » instaurant la perpétuité réelle [14]. Puis, c'est peu de temps après « l'affaire Dutroux » que la 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 [1] sera promulguée. Le drame de Pau en 2004, où un patient souffrant de schizophrénie en rupture de traitement et de suivi, avait tué deux personnels soignants, puis l'affaire Nelly Crémel du nom d'une jeune joggeuse violée et tuée en juin 2005 ainsi que celle de l'enlèvement et du viol d'Enis, 5 ans, par Patrick Evrard en 2007, ont été des occasions de réformer les lois sur les crimes sexuels et la libération conditionnelle de multirécidivistes, donnant naissance à la 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 [7]. Enfin, l'affaire de Grenoble de 2009, où un patient atteint de schizophrénie avait tué un étudiant au cours d'une fugue relançait quant à elle le débat sur les hospitalisations d'office.

La psychiatrie a par définition, pour objectif la prise en charge des troubles mentaux, mais on constate aisément que, ces dernières décennies, son champ d'action s'est largement étendu, devenant une institution de contrôle de toutes formes de souffrances, psychiques comme sociales. De nos jours, les écarts liés à la déviance vis-à-vis de la norme sociale majoritaire semblent définir en grande partie la pathologie mentale.

Bien que la maladie mentale soit la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle [18] et que les études montrent qu'un adulte sur trois sera concerné durant sa vie par des troubles psychiatriques, dans l'inconscient collectif, la psychiatrie a toujours vocation à protéger en premier lieu la société des « fous en liberté ». Selon une enquête

IPSOS parue en 2002 et réalisée auprès de 1014 personnes, il apparaît que les représentations spontanées de la schizophrénie sont par ordre d'importance : une maladie pour 69 % des gens interrogés (« folie », « démence », « cinglé », « barjot »), synonyme de violence pour 16 % (« peur », « danger », « agressivité », « crime »), des soins pour 14 %, de la souffrance dans 12% des cas, des troubles du comportement pour 6 %, et enfin de renfermement pour 5 % des personnes [19]. En « réponse » à ce sentiment d'insécurité, se sont mis en place des politiques sécuritaires touchant tous les pays européens. Ces politiques de tolérance zéro répriment fermement tous les petits délits et crimes, la peine de prison devenant rapidement la seule sanction, faisant ainsi passer la population pénale en France en dix ans d'une moyenne inférieure à 50.000 détenus à environ 60.000 détenus. Les malades mentaux dont les difficultés de réhabilitation ne font que croître dans la période actuelle de récession, sont les boucs émissaires de la politique de tolérance zéro.

De nombreuses voix se sont élevées pour dénoncer une logique de violence sociale, qui « condamne la psychiatrie à repérer, contrôler et parquer à vie [...] tous les marginaux, déviants ou malades désignés potentiellement dangereux » [20]. Ces voix dénoncent une législation de l'abus de pouvoir, puisque la dangerosité associée à la maladie mentale n'est ni définie, ni limitée, et le facteur imprévisibilité présent constamment. L'obsession qui assimile tout accident ou évènement intolérable et l'erreur en défaillance inacceptable doit être refusée. Actuellement, ces « obsessions » légitiment des précautions sans cesse durcies, et condamnées à se durcir dans la mesure où le « risque zéro » n'existe pas.

4.2. Les soins pénalement ordonnés : une mise en œuvre complexe

Le dispositif de l'IS prononcée dans le cadre d'un SSJ témoigne de la volonté du législateur d'associer le soin à la peine et d'organiser une collaboration entre le judiciaire et le sanitaire. On constate que sa mise en œuvre se heurte à de nombreuses difficultés, certaines tenant à un manque de moyens et de mesures d'accompagnement, d'autres révélant des interrogations plus profondes sur sa finalité même.

Pour commencer, cette mesure est sujette à discussion entre les professionnels sur un plan purement déontologique. En effet, via ce dispositif, les professionnels de santé reprochent généralement aux autorités judiciaires d'intervenir dans leur domaine de compétence en se faisant notamment prescripteurs de soins. Ils leur reprochent également de

ne pas respecter la déontologie de leur profession, en particulier le secret médical, et de porter atteinte ainsi à la relation de confiance établie avec le patient. Beaucoup considèrent que les SPO portent atteinte au consentement libre et éclairé de la personne. Les magistrats, quant à eux, reprochent aux professionnels de santé de se retrancher derrière le secret médical pour s'opposer à leur contrôle. Or, l'IS prononcée dans le cadre du SSJ, à la différence des dispositifs généraux, ne peut être prononcée qu'après une expertise médicale établissant que la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement. La décision du juge est donc subordonnée à l'avis médical. L'IS est de même formellement subordonnée au consentement de la personne, même si certains s'interrogent sur sa réalité alors que le refus de soins est sanctionné. La personne a le libre choix du médecin ou du psychologue traitant même si ce choix est contrôlé par le MC et, en cas de désaccord, soumis à la décision du JAP. Aucun traitement ne peut être entrepris sans le consentement de la personne. Le secret médical est protégé par l'instauration du médecin coordonnateur, nous l'avons vu pierre angulaire du dispositif et interface entre le médecin traitant et le juge.

En pratique, la difficile mise en œuvre de l'IS tient pour partie à la pénurie de l'offre de soins, en particuliers des psychiatres, dans le secteur public. Il est indéniable que la France manque cruellement de praticiens, qu'ils soient experts, médecins coordonnateurs, médecins relais ou médecins traitants. Ainsi, 465 experts psychiatres étaient inscrits sur les listes des Cours d'appel en 2014 (on en comptait 537 en 2012, 800 en 2007) [21]. Certains ressorts de juridiction n'ont pas de MC, ou alors en nombre insuffisant. Si le plan Psychiatrie et Santé Mentale annoncé le 20 avril 2005 devait permettre d'améliorer cette situation, ses effets sont demeurés limités à ce jour. La mise en œuvre de l'IS se heurte de plus à l'insuffisance des médecins traitants volontaires pour assumer les prises en charges thérapeutiques de ce type de patientèle. L'élargissement aux psychologues titulaires d'un diplôme de troisième cycle en psychologie clinique augmente certes le volume de l'offre de prise en charge mais la décale et peut conduire à une modification substantielle du rôle du MC [2].

L'IS se heurte enfin à l'opposition idéologique d'une grande partie des psychiatres. Instaurée pour prévenir la récurrence des auteurs de violences sexuelles, la loi mettrait dans une catégorie unique des profils psychopathologiques hétérogènes d'individus impossibles à « catégoriser » en les soumettant sans nuances à la sanction socialement et populairement admise. S'il est indéniable que certains des AVS peuvent tirer bénéfice d'un suivi, notamment psychologique, ils ne présentent pas nécessairement de pathologies mentales. A contrario,

certaines restent dans une attitude de déni les rendant inaccessibles à tout processus thérapeutique, d'autres souffrent de trouble de la personnalité avec des fonctionnements psychiques pervers et, en dépit de leur dangerosité, ne relèveraient pas de la psychiatrie. Les psychiatres font enfin valoir le manque de compétence sur la nature des soins à mettre en œuvre : la cinquième Conférence de Consensus datant de novembre 2001 sur la psychopathologie et les traitements des AIS a de même souligné l'insuffisance des connaissances concernant ce public et l'incertitude quant à la nature des traitements à dispenser. Pour finir, les centres ressources prévus par les textes peinent toujours à se mettre en place, même si la tendance est à l'évolution des pratiques.

Du côté de la justice, des magistrats s'interrogent quant à eux sur la pertinence d'une mesure prononcée le jour même de la condamnation, pour ne s'exercer que plusieurs années plus tard, sur une plus ou moins longue période, généralement à l'issue d'une incarcération très longue. Justifiée pour prévenir la récidive d'individus considérés comme dangereux, elle se heurte aux données statistiques qui, contrairement aux idées communément répandues, témoignent d'un taux de récidive finalement relativement faible pour les infractions sexuelles pénalement sanctionnées [2].

Le SSJ est désormais encouru en cas de condamnation pour de nombreuses infractions, apparaissant de plus en plus comme une mesure de contrôle social destinée à s'exercer longtemps après l'incarcération sur des individus considérés comme durablement dangereux. Ainsi, il n'est pas rare de voir des SSJ prononcés pour des durées de 10, 20 voire 30 ans ! Mais s'il est socialement difficile d'admettre que des personnes considérées dangereuses puissent, sitôt leur peine accomplie, aller et venir sans aucune surveillance, il apparaît tout aussi incongru qu'un grand nombre de personnes puissent être soumises des années durant à des mesures de contrôle. Le suivi médico-psychologique devient une modalité d'exercice du contrôle, s'exécutant alors comme une peine après la peine.

Au-delà des critiques formulées sur le peu de fondement scientifique d'une évaluation prospective de la dangerosité et sur les risques d'atteinte injustifiée aux libertés individuelles, la généralisation du dispositif de SSJ est susceptible d'altérer la relation médecin-patient en transformant le thérapeute en agent de probation soumis à une véritable obligation de résultat.

5. Epidémiologie

5.1. Quelques chiffres

Il faut pour commencer préciser que, concernant les données statistiques des mesures prononcées dans le cadre des SPO, peu de chiffres sont disponibles. Une amélioration des bases de recueil des données relatives au SSJ et à l'IS est indispensable à une bonne connaissance statistique de ces dispositifs. Si certaines sources peuvent fournir des données sur le SSJ, seul le casier judiciaire national est à même d'en fournir sur les IS, et seulement sur celles prononcées dans le cadre du SSJ, ceci étant le cadre majoritaire. Ces dernières ne permettent cependant de remonter qu'à mai 2009. Le dernier rapport sur l'évaluation du dispositif de l'IS menée conjointement par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Services Judiciaires date de février 2011.

Sur 1342 condamnations à un SSJ prononcées en 2009, si on se fie aux seules mesures de SSJ renseignées (soit 41 % d'entre elles), on constate que l'IS est présente dans 66 % des condamnations à un SSJ [14] : on peut en déduire de façon très approximative que, cette même année, le nombre d'IS prononcées avoisine le millier. Le SSJ, assorti ou non d'une IS, est beaucoup plus fréquemment prononcé en matière criminelle que délictuelle. Les condamnations à un SSJ ont crû très rapidement depuis 1998, pour atteindre les chiffres de 1055 en 2004, puis 4276 en 2010, et 3791 mesures d'IS, dont 372 pour des faits autres que de nature sexuelle en 2010 [3] ! Le recours au SSJ rapporté aux condamnations éligibles est resté modéré, le maximum ayant été atteint en 2004 avec un taux de 11,5 %. Ce taux est aujourd'hui de 4,3 %. Pour les infractions éligibles au titre de la loi de 1998, ce taux semble stabilisé, à hauteur de 12 %. Pour celles introduites par la loi de 2005, ce taux est de 3,4 % et, pour celles introduites en 2007, de 0,2 % [3].

Les statistiques judiciaires datant de 2015 rapportent 35000 victimes de violences sexuelles enregistrées par la police et la gendarmerie dont 13730 victimes de viols. Parallèlement, l'Enquête cadre de vie et sécurité menée de 2010 à 2015 par l'Observatoire nationale des violences faites aux femmes rapportait 98000 viols ou tentatives de viol par an en France, avec seulement 10% des victimes qui portent plainte [22]. En 2008, les atteintes sexuelles, hors proxénétisme et racolage public, étaient au nombre de 9292 et représentaient 1,6 % des condamnations prononcées par les tribunaux correctionnels et les viols, au nombre

de 1684, représentaient 48,6 % des crimes ayant fait l'objet d'une condamnation par les Cours d'assises [3].

La durée moyenne des peines de SSJ est de 5,8 ans, et 80 % d'entre elles sont exécutées après une peine d'emprisonnement.

Les obligations liées au SSJ, autres que l'IS ou l'OS, sont peu prononcées au stade du jugement.

Un recensement effectué directement par la mission auprès des Tribunaux de Grande Instance permettait de conclure que le nombre d'IS en cours d'exécution était d'environ 3800, et que 10 % d'entre elles étaient relatives à des infractions autres que sexuelles.

Le rapport concernant l'évaluation du dispositif de l'IS de février 2011 concluait qu'il serait indispensable que des instruments statistiques soient disponibles, nationalement et localement, pour adapter les moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'IS.

5.2. L'inflation des soins pénalement ordonnés

Comme constaté dans le chapitre précédent, à ce jour, peu d'informations sont disponibles sur la fréquence des SPO, et encore moins sur le profil des personnes condamnées concernées. Quelques évaluations confirment une augmentation tendancielle, à l'exception des IT. Selon la loi de programmation relative à l'exécution des peines de mars 2012, 5400 IS étaient alors en cours, contre environ 3800 au début de l'année 2011 (dont 10% concernait d'autres profils que des délinquants sexuels).

S'agissant des IT et des OS, les statistiques sont rares, parcellaires et parfois d'une fiabilité incertaine. Malgré un contexte d'explosion des interpellations pour usage de stupéfiants, le nombre d'IT ordonnées par les parquets n'a guère augmenté et tend même à diminuer depuis l'année 2007 puisqu'on répertoriait 8630 mesures d'IT en 1995, 10062 en 2007, puis 9385 en 2009 et 8263 en 2010. Les disparités régionales sont importantes et seuls 45% des Tribunaux de Grande Instance utilisaient ce dispositif en 2009 [23]. Seules 5% environ des IT sont prononcées par les juridictions de jugement, qui privilégient vraisemblablement le cadre bien plus souple de l'OS.

En l'absence de statistiques nationales, une recherche quantitative récente, consacrée pour partie à l'étude d'un échantillon de 3537 dossiers d'affaires poursuivies dans cinq Tribunaux Correctionnels du Grand Ouest, révélait une croissance non négligeable des OS [24] : 3.6% des affaires jugées en 2000, 5.8% en 2009 voire 9.2% si l'on excluait les ordonnances pénales délictuelles, une procédure qui exclut le prononcé de telles mesures et qui s'est considérablement développée depuis 2003, principalement pour sanctionner des infractions routières. Étant donné l'augmentation du nombre global de poursuites, ces évolutions se sont traduites par un triplement du nombre de condamnés contraints à se soigner [25]. Les écarts entre juridictions étaient néanmoins importants : pour exemple, entre les années 2000 et 2009 incluses, 2.6% des affaires jugées ont donné lieu au prononcé d'une OS dans une juridiction, 8% dans une autre.

Du fait de la masse de ce contentieux, 45% des OS prononcées entre 2000 et 2009 ont visé des condamnés pour conduite en état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants [25]. Toutefois, seuls 3.5% des auteurs ont été condamnés à une OS. Les violences se situent au deuxième rang puisque 17.9% des OS de l'échantillon concernaient des auteurs de violences. Parmi ces auteurs, 7.4% ont été condamnés à de telles mesures, et plus spécifiquement 25% des auteurs de violences et mauvais traitements à l'encontre d'enfants, 16.7% des auteurs de violences sur personne dépositaire de l'autorité publique et 10.9% des conjoints violents. 16.7% des OS recensées s'adressaient à des condamnés pour infractions à caractère sexuel (1.3% des agressions sexuelles sur majeur, 6.4% des agressions sexuelles sur mineur, 2.6% des infractions de corruption de mineur ou de pédopornographie, 6.4% des exhibitions sexuelles). 50% des condamnés pour corruption de mineurs ou pédopornographie ont été condamnés à une OS, 29.4% des auteurs d'exhibition sexuelle, 17.6% des AVS. Enfin, 3.8% des OS de l'échantillon concernaient des personnes condamnées pour usage de stupéfiants.

Concernant le SSJ, en 2007, 96% des 1285 condamnés avaient commis une infraction sexuelle [12].

Dans l'ensemble, le public contraint à engager des soins est [26] :

- plus âgé que la moyenne : 24.2% avait moins de 30 ans contre 42.5% de ceux n'ayant pas fait l'objet d'une telle mesure, le SSJ variant également selon l'âge ; il est un peu plus fréquent pour les âges intermédiaires (27 % pour les 30- 60 ans) que pour les plus jeunes (19 % pour les moins de 30 ans) et les condamnés plus âgés (16 % pour les plus de 60 ans),

- moins diplômé : 83.8% contre 70%,
- plus souvent en situation d'inemploi : 42.9% au chômage contre 33.6%.

Ces statistiques ne sont pas l'exact reflet de la fréquence des mesures de soins, dès lors qu'il conviendrait d'ajouter celles prononcées au stade post-sentenciel par les JAP.

Enfin, concernant la corrélation entre la peine judiciaire et le SPO, on constate que les durées de SSJ les plus longues s'ajoutent aux peines d'emprisonnement les plus longues. En termes de durée d'application des mesures, en 2007, 44 % des SSJ étaient ordonnées pour 5 ans et 18 % pour 10 ans, exceptionnellement pour moins de 2 ans [12].

Si l'on retrace le parcours d'avancée de ses diverses mesures, historiquement on relève plusieurs étapes expliquant l'évolution des chiffres cités précédemment. Pour exemple, en 2002, seulement 645 SSJ étaient prononcés, concernant moins de 8 % des délinquants sexuels incarcérés [2]. Ainsi, pour encourager leur développement, la mission d'information de l'Assemblée Nationale constituée le 4 mars 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales, préconisait non seulement d'autoriser la prise en charge de IS par un psychologue, mais aussi d'introduire un enseignement spécifique sur les délinquants sexuels dans la formation initiale et continue des psychiatres et des médecins traitants notamment, en vue de faciliter l'application et donc le recours à ces mesures. Or, il n'est actuellement a priori pas constaté d'avancée en termes de formation depuis 2004 auprès des professionnels de santé...

II. Prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infraction sexuelle

1. Cadre juridique de la prise en charge des délinquants sexuels

1.1. Prise en charge en prison

Les soins aux AIS peuvent débuter dès l'incarcération. Ces soins ne peuvent en aucun cas être imposés en milieu carcéral, ils reposent sur le strict consentement des détenus. Les soins psychiatriques sont dispensés par les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) existant dans les maisons d'arrêt. Les autres types d'établissements pénitentiaires

disposent d'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Mais si dans les faits, les soins reposent sur le strict volontariat, le législateur a créé la notion *d'incitation aux soins en milieu carcéral* [3], une incitation à des soins médicaux via une médiation judiciaire puisque l'article L721-1 du CPP prévoit que le JAP peut prendre en compte le suivi de la thérapie pour l'octroi de réductions de peines... Les dispositions des articles L3711-1 à 3 du CSP sont dans ce cas applicables au MT de la personne détenue qui délivre des attestations de suivi afin de bénéficier des dites réductions de peine.

Parallèlement aux SMPR ou aux UCSA qui concernent les soins lors de la détention, la Direction de l'Administration Pénitentiaire a mis en place, en partenariat avec le Ministère de la Santé une politique d'orientation des AIS dans des établissements pénitentiaires spécialisés. Ainsi, sur le territoire français, on compte 22 établissements ayant pour vocation l'accueil des délinquants et criminels sexuels.

1.2. Prise en charge en milieu libre

La plupart des demandes de soins en milieu libre se déroulent dans un cadre de contrainte. En effet, les sujets s'engagent rarement dans une démarche de soins spontanée. Comme vu précédemment, ces soins peuvent prendre deux formes que sont OS et l'IS.

1.3. Principes éthiques

Concernant le consentement du patient aux soins, le Code de déontologie médicale s'applique aussi bien aux détenus qu'aux personnes condamnées à une IS. L'article 36 du Code de déontologie précise que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ». Lorsqu'une IS est prononcée, le Président du tribunal avertit le condamné qu'aucun traitement ne peut être entrepris sans son consentement. Mais en cas de refus des soins, l'emprisonnement prononcé dans le cadre du SSJ pourra être mis à exécution...

De même, le libre choix du MT doit être respecté. L'article 6 du Code de déontologie précise que « le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit. ». Néanmoins, comme nous l'avons abordé antérieurement, dans le cadre d'une IS le MC peut refuser le choix du médecin

ou psychologue traitant de la personne, au vu d'un manque de formation du thérapeute choisi par exemple, le législateur voulant s'assurer que l'AVS bénéficie de soins adaptés.

S'agissant du secret médical, le secret professionnel, régi par le Code de déontologie médicale précise que « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». Le CP précise quant à lui : « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». Dans le cadre des soins aux AVS, seule l'IS est concernée par la dérogation au secret médical [8]. Cette dérogation au secret du MC a été mise en place par la loi du 17 juin 1998 renforcée par la loi du 10 mars 2010 qui stipule que « lorsque le refus ou l'interruption du traitement intervient contre l'avis du MT, celui-ci le signale sans délai au MC qui en informe immédiatement, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, le JAP. En cas d'indisponibilité du MC, le MT peut informer directement le JAP du refus ou de l'interruption du traitement intervenu contre son avis » [9].

2. Le risque de récidive

2.1. Problématique de la récidive des auteurs d'agressions sexuelles

Les paramètres permettant de définir la récidive chez les agresseurs sexuels sont multiples et doivent être clarifiés pour déterminer s'il y a récidive et quelle en est sa nature. Cette notion est cruciale pour interpréter correctement les données statistiques sur la récidive et on constate nombre de dérives dans les chiffres cités publiquement, notamment dans les médias [27].

Pour commencer, il s'agit de bien définir ce qui est considéré comme une récidive dans le domaine des infractions sexuelles. D'un point de vue juridique, on considère une récidive comme étant le fait, pour un individu, de commettre une infraction de même nature que celle qu'il a perpétrée dans le passé [28]. La récidive légale est une circonstance aggravante, permettant le prononcé d'une peine plus lourde. Cette notion de récidive est régie

pénalement par des règles qui varient selon qu'il s'agit d'une contravention, d'un délit ou d'un crime. Si la nouvelle infraction est différente de la première commise, la récidive est dite « générale », si elle est identique à la première infraction, on parle de « récidive spéciale ». Parallèlement, on parle de « récidive perpétuelle » lorsqu'elle peut être encourue sans tenir compte du temps passé depuis la commission de la première infraction, en cas de crime par exemple. En revanche, dans d'autres cas, la récidive ne pourra être prononcée si un certain délai fixé par la loi s'est déjà écoulé depuis la première infraction, c'est la « récidive temporaire ».

Une méta-analyse menée en 2007 par Hanson et associés avait permis d'analyser les données recueillies dans 79 études menées en Amérique du Nord, en Europe et en Asie, et rapportait des taux de récidive de 12,4 % pour la récidive sexuelle, 17,5 % de récidive violente (sexuelle et non sexuelle) et 30,1 % de récidive générale, la période de suivi moyenne des dossiers étant de 68 mois [29]. Ainsi, pris dans son ensemble et sans distinction de profil psycho-criminologique, la récidive sexuelle est de 13,4% à 5 ans et de 24% à 15 ans [30]. Nous sommes donc loin du chiffre annoncé régulièrement dans les médias français de 1,6 %, sans qu'il ne soit jamais précisé d'ailleurs de délai temporel.

Les résultats d'une étude menée par Harris et Hanson en 2004 [28] concluaient que la probabilité de récidive d'un individu diminue au fur et à mesure que la période d'absence de récidive augmente. Une recherche récente confirme à nouveau que ce ne sont pas tous les types de délinquants sexuels qui présentent le même niveau de risque de récidive [31]. En effet, l'importance de la récidive dépend bien évidemment du profil criminologique de l'agresseur. Ainsi est-il nécessaire de différencier les agresseurs sexuels de femmes adultes des agresseurs d'enfants, pour lesquels les taux de récidives sont respectivement de 22,8% à 5 ans [32] et 13% à 5 ans [33]. Dans ses catégories déjà distinctes, une nouvelle distinction doit être opérée chez les agresseurs sexuels d'enfants puisque sont à différencier les agresseurs extrafamiliaux qui ont plus de victimes et récidivent plus souvent, des agresseurs intrafamiliaux [30]. Une autre distinction à opérer est le caractère hétéro- ou homosexuel. En effet, les études internationales démontrent clairement un risque de récidive plus élevé dans les cas de pédophilie homosexuelle : proche d'un taux de récidive de 10% à 10 ans pour les pédophiles hétérosexuels, il peut s'élever jusqu'à 40% à 10 ans pour certains pédophiles homosexuels [30].

Les nombreuses études menées sur la récidive des AIS ont permis d'établir deux types de facteurs de risque de récidive :

- les facteurs statiques référant au passé ou aux antécédents de l'agresseur, tels que le sexe de l'auteur, le statut socio-économique, les antécédents judiciaires ou les antécédents de violence agie ou subie [29], qu'elle soit physique, morale ou sexuelle ;
- les facteurs dynamiques comme la symptomatologie psychiatrique, les troubles de la personnalité, l'adhésion aux soins et l'observance des traitements, ou encore la vie affective et l'insertion professionnelle, qui font augmenter ou réduire le risque de récidive comme une problématique de dépendance à l'alcool ou une crise émotionnelle à la suite d'une séparation augmentent le risque, ou une réinsertion sociale réussie le réduit [34].

La loi du 17 juin 1998 a introduit une mesure de sûreté dont l'objectif clairement affiché était d'atténuer ce risque de récidive des AIS, destinée uniquement aux personnes ayant commis des infractions sexuelles à l'égard des mineurs puis étendue depuis 2004 à tous les délinquants, quels que soient l'infraction et l'âge de la victime [35]. L'IS vise alors à réduire la dangerosité de tels sujets : mieux que de maîtriser la récidive, il s'agit de l'éviter [36].

Or, c'est bien sur cette variable qu'est la récidive que les politiques espèrent jouer via une prise en charge faisant cohabiter le médical et le juridique. Mais quelle est réellement l'efficacité des traitements mis en place contre la récidive des AIS ? Des résultats d'une recherche menée en 2002 soulignaient que les traitements ayant montré une meilleure efficacité sont associés à une baisse des taux de récidive de 17 % à 10 % après une période de suivi d'environ cinq ans [37]. Une étude plus récente de 2012 [38] a permis de comparer les taux de récidive à court terme chez 413 agresseurs sexuels ayant suivi des programmes de thérapie. Au total, 12 % des agresseurs sexuels ont récidivé sur une période de 2 à 4 ans et la plupart des récidives étaient de nature sexuelle. Selon les chercheurs, les agresseurs ayant été évalués comme « collaborant au traitement » étaient significativement moins nombreux à avoir récidivé que ceux considérés comme étant « réfractaires au traitement » (9 % contre 15 %).

2.2. Le modèle Risque-Besoins-Réceptivité

La prévention de la récidive reste l'objet d'importants débats en France, malgré tout, les données de la littérature internationale sont claires : bien qu'il n'existe aucune intervention permettant d'assurer un risque zéro il est possible de prévenir la récidive, et le modèle Risque-Besoins-Réceptivité (RBR) constitue le modèle d'intervention le plus efficace en matière de prévention de la récidive [39]. Il s'agit du modèle de prévention de la récidive dominant actuellement au Canada.

En réponse au mouvement du *Nothing Works* [40] prônant la généralisation des condamnations en milieu fermé et le recours à des sanctions pénales alourdies, Andrews et al. publiaient un article [41] posant les bases d'un modèle de prévention de la récidive des personnes placées sous main de justice axé lui sur la réinsertion sociale et soutenant que les accompagner de manière adéquate s'avère plus efficace en matière de prévention de la récidive. Pour ce faire, le modèle RBR préconise que l'on effectue une évaluation fine du risque de récidive, que les interventions ciblent les facteurs associés à ce risque et que les stratégies d'intervention soient de nature cognitivo-comportementale et prennent en compte des caractéristiques idiosyncrasiques des personnes placées sous main de justice. Le modèle RBR repose sur les principes relatifs au cadre général de la prise en charge, à la mise en place d'une évaluation structurée, aux compétences professionnelles requises et à l'indispensable coordination des différents services et des administrations impliqués dans la prévention de la récidive [39].

Le premier constituant du modèle RBR est le *principe du risque*. Ce principe oblige à une évaluation adéquate du risque de récidive par des outils d'évaluation valides afin d'adapter l'intensité de la prise en charge au niveau de risque de récidive de la personne placée sous main de justice, ainsi que les modalités de sa prise en charge. Ainsi pourront être discutées le nombre d'heures requis, la fréquence des entretiens ou encore si l'on s'oriente vers une prise en charge individuelle et/ou en groupe. [39].

Selon le *principe des besoins*, les prises en charge doivent s'axer sur les « besoins criminogènes », le terme « besoins » faisant référence aux facteurs de risque dynamiques, soit des caractéristiques statistiquement associées à la récidive et qui peuvent être modifiées à l'aide d'une intervention (contrairement aux facteurs de risque statiques, facteurs historiques

sur lesquels il n'est pas possible d'intervenir bien qu'ils puissent changer, comme l'âge par exemple). Ainsi doivent être évaluées la présence de traits de personnalité antisociale, les comportements pro-criminels ou encore la problématique d'une comorbidité addictive. Dans la prévention de la récidive d'infractions particulières devront également être travailler des dimensions plus spécifiques comme des préoccupations sexuelles envahissantes chez une personne suivie dans le cadre de prévention de la récidive sexuelle [42] par exemple. Les interventions doivent permettre de travailler aussi bien des dimensions sociales que psychologiques, soulignant l'articulation indispensable de professionnels aux formations et compétences variées. L'identification des besoins criminogènes particuliers à chaque personne semble indispensable puisqu'un facteur dynamique de risque de récidive pertinent pour la plupart des personnes placées sous main de justice peut ne pas être pertinent pour une, tout comme un besoin non criminogène pour la plupart des personnes peut s'avérer criminogène pour une en particulier [43]. Une évaluation structurée du risque via un outil validé permet le recours à des normes et ainsi d'estimer des seuils au-delà desquels les besoins criminogènes sont associés à un risque accru.

Enfin, le *principe de la réceptivité* du modèle RBR permet de définir les modalités et stratégies que les interventions doivent respecter pour prévenir la récidive. La réceptivité générale permet de définir la nature des interventions à privilégier. Le modèle souligne que les approches ayant pour bases les principes d'apprentissage social sont les plus à même de réduire la récidive puisqu'elles proposent de considérer le passage à l'acte comme un comportement acquis, résultant d'une interaction dysfonctionnelle entre comportements, pensées et émotions [44]. L'entretien motivationnel peut également s'avérer pertinent, notamment pour travailler les aspects de motivation au changement et de préparation à la prise en charge. La réceptivité spécifique, elle, souligne l'importance d'adapter les interventions à certaines caractéristiques propres de la personne placée sous main de justice comme à ses modes de compréhension, sa personnalité, ses ressources ou encore sa motivation. Les interventions doivent être adaptées aux styles d'apprentissage de la personne et prioriser les besoins en fonction de sa dynamique [39]. Enfin, il semble nécessaire de disposer d'une évaluation des vulnérabilités, mais également des ressources des personnes [39] : en effet, un faible estime de soi ou une symptomatologie dépressive ne constituent pas des facteurs de risque de récidive, mais il ne fait aucun doute qu'une personne souffrant de dépression ne pourra être en mesure de s'investir efficacement dans les interventions qui lui seront proposées. L'accompagner dans la régulation de son état dépressif

apparaît ainsi comme une étape préalable importante à toute intervention. En terme de ressources et de vulnérabilités, une attention particulière semble devoir être portée à la question de la motivation [45], en reconnaissant que les interventions proposées dans le cadre d'un travail de prévention de la récidive sont particulièrement exigeantes en matière d'économie psychique et que toutes les personnes ne peuvent pas témoigner de la même motivation à s'engager dans une prise en charge. De plus, les fluctuations dans la motivation étant courantes [46], il paraît important de travailler cette dimension en amont de l'intervention ainsi que périodiquement durant celle-ci.

3. Recommandations thérapeutiques actuelles

3.1. 5ème conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie

Cette conférence de consensus a été publiée en 2001 [47], ces recommandations ne prennent donc pas en compte les récentes évolutions en termes de recherches criminologiques. Toutefois elles permettent de poser certaines bases toujours d'actualité.

En premier lieu, une recommandation rappelle la principale contre-indication à l'injonction de soins : « le jury recommande que la négation des faits poursuivis soit considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins ». Il s'agit d'un élément important à préciser puisque régulièrement non pris en compte, nombreux restent les experts concluant à la nécessité d'une IS alors que le détenu examiné ne reconnaît pas les faits.

Ces recommandations évoquent une possible efficacité des traitements en vue d'une réduction du risque de récidive, tout en restant vague : « Il n'est pas possible d'établir aujourd'hui avec certitude que les traitements des auteurs d'agressions sexuelles réduisent de façon significative le risque de récidive. Cependant, plusieurs études font état d'une diminution des récidives quand les personnes ont bénéficié de psychothérapies (comportementales et cognitives, systémiques) ou de thérapeutiques biologiques ».

Enfin, cette conférence de consensus expose certaines règles de base en termes de thérapies médicamenteuses. Elle rappelle que seuls les inhibiteurs sélectifs de la recapture de

la sérotonine (ISRS) ou les traitements freinateurs de la libido sont indiqués dans cette population de délinquants ou criminels. Elle recommande indirectement de ne pas avoir recours aux thymorégulateurs ou neuroleptiques. Il s'agit là encore d'un élément important, il n'est pas rare de rencontrer des patients en injonction de soins traités par de tels psychotropes alors qu'ils n'en relèvent pas.

3.2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les délinquants sexuels

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont plus récentes, datant de juillet 2009 [48]. Elles ne portent que sur la prise en charge des AVS sur des mineurs de 15 ans.

Sur le plan de la chimiothérapie, elles rappellent que « les antipsychotiques et thymorégulateurs n'ont pas d'indications dans le cas d'un trouble du comportement sexuel, en dehors des cas où ce trouble est associé à un trouble psychiatrique caractérisé ». Concernant l'option des ISRS, elles signalent qu'« aucun antidépresseur n'a reçu d'AMM pour le traitement des paraphilies ou des compulsions sexuelles ». Toutefois, dans les recommandations de la HAS, les antidépresseurs serotoninergiques peuvent être prescrits chez des sujets paraphiles et ceci hors AMM. Les deux indications recommandées étant les paraphilies à faible dangerosité criminologique (faible risque de passage à l'acte) telles que l'exhibitionnisme ou pédophilie sans antécédent de passage à l'acte sur des enfants par exemple, et les paraphilies à forte tonalité compulsive. Les doses prescrites devant être similaires à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs. Pour les cas les plus sévères, les traitements freinateurs de la libido (Androcur® ou Salvacyl®) sont indiqués en première intention, en complément d'une psychothérapie.

Concernant l'approche psychothérapique, elle recommande la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en première intention.

Figure 4. Algorithme de la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle selon les recommandations de l'HAS

Niveau	Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	- contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés - pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et le désir	Psychothérapie (TCC) afin de prévenir les récides
Niveau 2	- mêmes objectifs - impact mineur du ttt sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir - absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 - cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (exhibitionnisme sans risque de viol, pédophilie)	- Psychothérapie - ISRS (fluoxétine 40 à 60 mg/j)
Niveau 3	- mêmes objectifs + réduction modérée de l'activité et du désir sexuels - absence de résultats avec le niveau 2 avec IRS à dose élevée pdt 4-6sem - paraphilies avec caresses mais sans pénétration et fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel	- Psychothérapie - ISRS + faible dose d'anti-androgène (acétate de cyprotérone 50-100 mg/j per os)
Niveau 4	- mêmes objectifs + réduction importante de l'activité et du désir sexuels - absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3 - risque modéré ou plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et nombre limité de victimes) - bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5	- Psychothérapie - acétate de cyprotérone : 200- 300 mg/j per os - +- ISRS si anxiété, dépression ou TOC associé
Niveau 5	- mêmes objectifs + disparition quasi complète de l'activité sexuelle - Indiqué si risque élevé de violence sexuelle et paraphilies sévères, fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle	- Psychothérapie - Analogue GnRH LDA - associer acétate cyprotérone pendant le 1 ^{er} mois pour prévenir le risque de rechute pouvant être induit par l'augmentation transitoire de la testostéronémie
Niveau 6	- mêmes objectifs + disparition complète de l'activité et du désir sexuels - pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 - cas les plus sévères de paraphilies	- Psychothérapie - acétate de cyprotérone (50-200 mg/j per os) en association avec un analogue de la GnRH +- IRS

3.3. Recommandations de l'Académie de médecine [49]

Il s'agit des recommandations médicales les plus récentes, publiées en juin 2010.

Elles rappellent que le traitement pharmacologique de référence reste la castration chimique : « les possibilités thérapeutiques des traitements visant à réduire les pulsions sexuelles sont nombreuses. On peut cependant réduire le choix à l'acétate de cyprotérone et surtout aux analogues de la GnRH ».

Concernant la psychothérapie, ces recommandations distinguent les approches psychodynamiques et comportementales : « En France, les psychothérapies dérivées de la

théorie psychanalytique sont les plus fréquemment utilisées. Elles tendent à identifier les contenus inconscients à l'origine des passages à l'acte. L'évaluation des résultats de ces traitements psychanalytiques et psychodynamiques est pratiquement inexistante dans le domaine de la délinquance sexuelle (...) Les thérapies comportementales des délinquants sexuels sont apparues à partir des années 60 et ont été rapidement modifiées en thérapies cognitivo-comportementales ».

Enfin, l'Académie de médecine conclut de façon fort pertinente sur le danger que représente la sur-psychiatisation des AVS, précisant qu'en aucun cas la médecine ne doit se substituer à la justice, le risque de récurrence ne pouvant être supprimé sur la base d'un seul traitement médical. Malgré les meilleurs soins prodigués, la récurrence est toujours possible.

4. Particularités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles

4.1. Le consentement

Sur un plan judiciaire, le consentement doit être recherché par le magistrat avant que l'IS soit prononcée, nécessitant l'avis d'un expert psychiatre. Cela implique que l'indication et l'information soient effectuées avant le contrat de soins classique avec le thérapeute. Ce dernier doit s'assurer en conséquence de la qualité du consentement. Il paraît indéniable que le consentement puisse être « forcé » ou « intéressé », notamment dans le cadre de remise ou d'aménagement de peine. Cette dimension particulière nécessite une certaine adaptation de la relation soignante traditionnelle.

4.2. La demande de soins

La demande dans le cadre de suivi peut revêtir plusieurs aspects, allant schématiquement d'une demande authentique d'aide à une demande d'attestation de suivi sans investissement personnel aucun.

Mais contrairement aux idées reçues, la demande peut exister malgré l'injonction, elle peut d'ailleurs être évolutive au cours de la trajectoire judiciaire et elle peut concerner un autre axe que celui du travail sur l'agression (notamment chez les auteurs qui adoptent un discours de déni) [50, 51].

En thérapie, les soignants constatent que nombreux sont les sujets AVS ayant besoin de préciser combien leur acte ou leur désir est normal en référence à une absence de loi partageable. C. Balier explique que l'agir sexuel violent constitue une conduite de survie psychique, protégeant un moi fragile contre une destructuration, ces sujets rationalisent ce qui leur permet d'exister ou de survivre psychiquement dans l'incompréhension qu'ils ont de pouvoir négocier autrement les excitations, le passage à l'acte sexuel résultant de la rencontre entre la pulsion, le dedans, et la perception, le dehors [52]. Or, la question que pose celle de changer « quelque chose » en soi pour que de tels actes ne se renouvellent pas, suppose que le sujet perçoive que « quelque chose » soit à changer [53]. Mais si ces sujets ne sont pas forcément satisfaits de leur fonctionnement, ils sont le plus souvent dans l'incapacité de percevoir et ainsi de repérer que leur fonctionnement est inapproprié et source de dangerosité. Une fois en dehors du cadre judiciaire, ils ne cherchent nullement à tenter une démarche dont aucun bien-fondé ne leur apparaît.

C. Balier souligne les contradictions auxquels le projet thérapeutique est confronté : « intervenir dans la réalité externe, sinon ce qui est dénié, à l'abri du clivage, ne pourra être mis en évidence, mais au risque d'opérer un réductionnisme de la vie psychique aux éléments de la vie réalité quotidienne » [52]. Il poursuit sur le développement d'une « aire transitionnelle » qui établit le lien entre réalité interne et réalité externe. Ces notions d'espace transitionnel, rapportées aux séquences thérapeutiques, pourraient être facilitées par le dispositif de l'IS. Son objectif thérapeutique est un abord pluridisciplinaire du patient, avec partage des affects entre intervenants afin de saisir les vécus de ce patient qui ne peut les exploiter clairement. Le thérapeute ne doit pas avoir peur de détailler le passage à l'acte car l'agresseur perçoit l'effort de compréhension à la recherche de sens, « d'accusé, il devient patient, dans un mouvement d'identification au thérapeute ». Il s'agit d'aider le patient à comprendre la psychodynamie du passage à l'acte en lui prêtant notre capacité à penser.

Les résultats de son étude comparant des AVS à des auteurs de violences non sexuelles lors de la passation du questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles (QICPAAS) (annexe 1) sont éloquentes [53]. Après passation de ce questionnaire, son équipe avance une proportion de 50 % de patients AVS en demande de soins, les entretiens étant décrits comme « éprouvants mais positifs » et seulement 15% des sujets se disaient innocents ou non concernés. Presque deux agresseurs sur trois perçoivent

confusément que quelque chose en eux serait à changer. Une constante efficace pour provoquer la demande de changement et de soin semble être la condamnation actuelle, avec une période d'intervention thérapeutique décrite comme plus féconde juste après la condamnation.

L'étude de C. BALIER et associés a aussi et surtout permis de mettre en évidence cinq indicateurs significatifs de bonne réponse à une prise en charge psychothérapeutique, que sont [54] :

- 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 reconnaissance de ce qu'une impulsion puisse être à l'origine de leur acte,
- lorsque l'arrestation est verbalisée comme soulageant le sujet,
- la reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Cette étude confirme que la reconnaissance des faits doit être un élément essentiel pour juger de l'accessibilité à un traitement car elle révèle les capacités psychiques sur lesquelles un travail thérapeutique peut s'appuyer, appuyant donc la position des psychiatres qui militent pour que le déni reste une contre-indication formelle à une mesure d'IS.

Le QICPASS est utilisé à la fois comme un outil d'évaluation permettant d'ajuster la prise en charge mais également comme un outil de médiation. Il permet à l'évaluateur de garder une distance qui lui permettra d'entendre la violence mais sans que ses systèmes psychiques d'écoute ne soient effractés : les capacités de contenance psychique pourront rester efficaces entre le soignant et le sujet mais aussi entre le sujet et son acte, permettant de « réinscrire l'acte délinquant dans un circuit d'historisation sociale » [53]. Dans ce cas, le questionnaire peut être utilisé comme support d'une évaluation de l'évolution du processus de symbolisation. Le soignant peut aider le sujet à intérioriser l'interdit tout en prenant en compte sa souffrance identitaire afin de ne pas limiter l'intervention à une tentative de normalisation [53].

4.3. Les troubles psychiatriques associés

La présence de troubles psychiatriques définis selon le DSM-5, entraînant des comportements sexuels déviants chez les AVS, reste minoritaire selon la littérature [55, 56]. Les dimensions cliniques problématiques vont plus relever de traits de personnalité

dysfonctionnels, voire d'authentiques troubles de la personnalité auxquels s'ajoutent souvent des comorbidités des deux axes (addictions, paraphilies, phobies sociales, troubles post-traumatiques, troubles de l'humeur...) [57, 58].

4.4. L'approche psychodynamique de la personnalité

Pour les AVS, l'évaluation clinique traditionnelle va devoir intégrer la dimension de la personnalité et de ses troubles et celle particulière du passage à l'acte transgressif ainsi que l'exploration des sphères affectives et sexuelles.

Les travaux de recherche de C. Balier, M. Girard-Khayat et A. Ciavaldini sur les AVS en milieu pénitentiaire dans les années 1980-90 [53] ont souligné l'importance des troubles identitaires (narcissiques, état-limite), des mécanismes défensifs (comme le clivage et le déni), du rôle du recours au passage à l'acte, des aménagements pervers... Ces premiers travaux sont à l'origine de la création de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS) [59]. Pour ces auteurs, le passage à l'acte sexuel violent serait l'expression d'un défaut de mentalisation, rendant difficile son appropriation réelle après coup. Ce défaut de mentalisation serait en effet inhérent au caractère irreprésentable d'une scène psychique renvoyant, dans les processus primaires de l'inconscient, à l'enjeu de la néantisation et de la mort. Le passage à l'acte agressif serait dès lors une tentative pour rompre un état de tension psychique intolérable, une manière d'apporter une réponse « apaisante », « antidépressive » [60]. Cette recherche de conduite auto-calmane viendrait parer à un débordement d'affects tandis que la victime sert d'objet calmant au même titre que l'acte lui-même.

Ces travaux de recherche sont poursuivis par d'autres auteurs, notamment autour de la question de la dangerosité criminologique de l'AVS et du sens de son passage à l'acte. L'analyse de ce dernier tiendra alors compte de l'interaction entre des facteurs permanents endogènes ou individuels, des facteurs situationnels exogènes ou environnementaux, et du rapport à la victime [61, 62].

4.5. Les distorsions cognitives et le déni

La recherche internationale a progressé rapidement depuis les premiers travaux sur la déviance sexuelle [63, 64] pour proposer une approche complexe aux intrications multiples, du comportement d'agression sexuelle prenant en compte les différents processus dans le domaine des relations interpersonnelles ou des comportements, des cognitions et des émotions.

Cette approche cognitivo-comportementaliste n'est cependant pas une rupture avec l'approche psychodynamique évoquée précédemment puisqu'il s'agit toujours de prendre en compte des facteurs internes au sujet tels que les cognitions, les émotions, la volonté, l'identité et les comportements, et des facteurs environnementaux pour expliquer son comportement violent et l'amener au changement [45]. Ainsi, la Théorie Intégrative de l'Aggression Sexuelle [65] représente une tentative de modèle général pour expliquer la survenue, le développement ou le maintien des agressions sexuelles. Leur survenue serait liée à l'interaction problématique de trois types de facteurs : des facteurs d'ordre biologique, des facteurs environnementaux (le contexte culturel et social, les circonstances personnelles) et des facteurs neuropsychologiques (triade : motivation/ émotions ; perception/ mémoire ; action/ contrôle) pouvant générer des excitations et fantasmes sexuels déviants, des problèmes de régulation émotionnelle, des difficultés sociales, des attitudes antisociales et des distorsions cognitives.

L'étude des schémas cognitifs et distorsions cognitives est particulièrement importante. Les distorsions cognitives (DC) ont été définies comme des « contenus de pensées idiosyncrasiques reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées » [66]. Ces idées erronées seraient le fruit et la manifestation visible de schémas cognitifs inconscients, développés durant l'enfance et l'adolescence, à l'origine des intérêts sexuels déviants, qui guideraient l'interprétation de toutes les situations induisant des interactions sociales et notamment les interactions avec la victime. Les DC seraient présentes avant les agressions et favoriseraient la récurrence par la justification, la minimisation et la banalisation du passage à l'acte. Mais les DC seraient aussi des constructions réactionnelles au passage à l'acte qui favoriseraient la rationalisation de ce dernier et permettraient la conservation de l'estime de soi, une diminution du sentiment de honte et de culpabilité.

Dans le même ordre d'idée, l'étude du déni est souvent associée à celle des distorsions cognitives du fait de leurs interactions fréquentes dans le processus délictuel. La notion de déni, auparavant comprise comme un mécanisme dichotomique, s'est nuancée au fur et à mesure de l'avancée des recherches. Elle se définit, en termes psychodynamiques, comme un mécanisme de défense inconscient qui permet de refuser la reconnaissance d'une partie de la réalité face à une situation stressante [67] et donc de la limite de l'ego en conséquence du manque et de la frustration générés par cette situation, en dépit de la conscience pourtant de l'autre partie du réel. On distinguera dès lors le concept de déni ainsi entendu en tant que mécanisme inconscient, de celui de dénégation ou de déni conscient qui porte sur la non reconnaissance d'un acte. Trois stades de déni conscient sont retenus : le déni complet qui ne concerne qu'une minorité des AVS, la reconnaissance partielle des faits lorsque le déni porte sur une partie des faits et la reconnaissance totale des faits [68]. La recherche sur l'évaluation du déni a permis de proposer des méthodes diverses : entretiens semi structurés avec le QICPAAS, approche hétéro-évaluative par la Grille de déni et de minimisation [69], approche auto-évaluative (Facets of Sexual Offender Denial) [70].

4.6. L'alliance thérapeutique

En plus des dimensions cliniques spécifiques présentes chez les AVS s'ajoutent les contre-attitudes observées ou exprimées par certains thérapeutes, alimentées par des représentations sociales fortes. Ces contre-attitudes se traduisent par un continuum allant du rejet à la fascination.

Deux grands discours sont exprimés par les professionnels : un sentiment d'incompétence qui pourrait s'atténuer grâce à des formations et des analyses de pratiques (rôle des centres ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles ou CRIAVS) et un second se raccrochant à une appréhension de détournement des soins des délinquants vers une visée de contrôle social [71, 50]. Dans ce contexte, il peut s'avérer difficile de développer une alliance favorable au travail thérapeutique. Il faudra veiller à proposer un cadre thérapeutique qui s'attache à garantir deux aspects : une relation thérapeutique étayante et un dispositif interdisciplinaire capable de contenir les manifestations des interactions soignant-soigné. Ces aménagements anticipés permettraient de prévenir l'épuisement professionnel, de préserver l'empathie pour le patient, d'interpeller une

ressource humaine ou matérielle en cas de sentiment de menace ou de situation à risque médico-légal, de rompre l'isolement du thérapeute...[72].

En somme, les particularités cliniques de ces patients, le cadre d'intervention, la nature des faits commis et l'impact de ces trois paramètres sur le thérapeute font des premières rencontres un enjeu particulièrement important pour le déroulement du suivi. Elle place souvent le thérapeute dans une singularité déconcertante et le patient dans un paradoxe lui donnant l'image de personne non engagée dans une volonté de modification de ses comportements. C'est dans ce cadre que l'approche motivationnelle pourrait tenir une place facilitante.

III. Motivation au changement

1. Définition de la motivation

Le terme « motivation » vient du latin *movere* qui signifie bouger : la motivation constitue donc un motif pour bouger, motif qui répond à un besoin ou à un désir [69]. Deux formes sont différenciées : la motivation extrinsèque et la motivation intrinsèque. Les comportements intrinsèques sont motivés généralement par le désir d'atteindre des récompenses qui sont internes à la personne (telle que sa santé), ils offrent les plus grandes performances car l'énergie déployée est plus importante et plus constante, mais sont plus délicats à obtenir puisque dépendant uniquement des besoins et désirs des individus. Les comportements extrinsèquement motivés sont en réponse à des récompenses (ou des punitions) externes. La motivation extrinsèque est la moins performante et la plus aléatoire mais la plus facile à actionner. Ces deux types de motivations sont interdépendants [73], ce qui est important puisque donnant une autre dimension aux incitations financières à l'origine motivateurs extrinsèques.

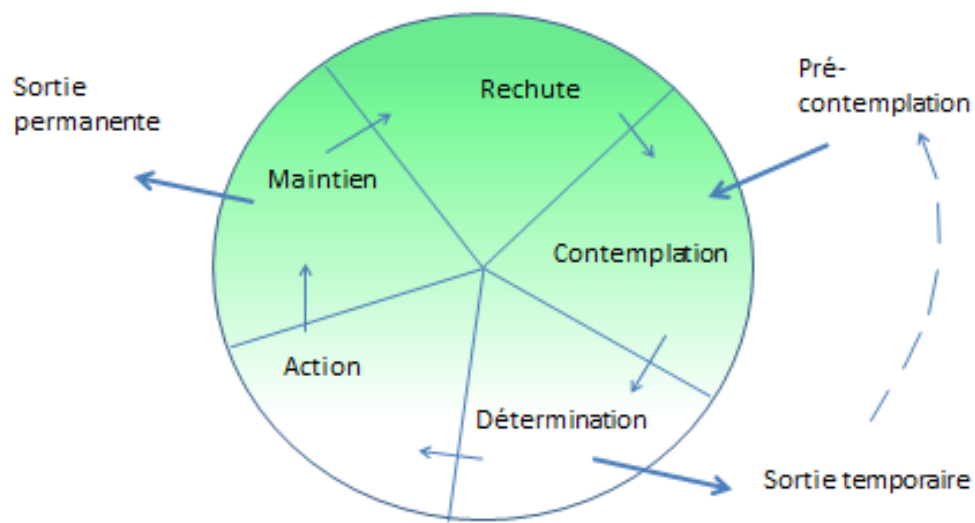
Il est maintenant établi que la motivation intrinsèque est l'un des principaux piliers sur lesquels travailler, des recherches se sont néanmoins penchées sur la motivation extrinsèque via le renforcement immédiat et l'influence sociale, non négligeable puisque rappelons que les deux types de motivation agissent en synergie [74].

La motivation bien que primordiale dans l'abord des problématiques des patients, est une composante psychique longtemps mise de côté dans l'accompagnement de personnes vivant un processus de changement et particulièrement dans le changement des attitudes transgressives. Selon Miller et Rollnick [75] cette motivation est composée de trois aspects : « avoir envie », « se sentir capable » et « être prêt ». « Avoir envie » correspond au sentiment de désir du changement. Il interroge le sujet sur la place et la nécessité que prend le changement dans sa vie. Ainsi c'est l'écart qui existe entre la vie réelle de l'individu et la vie souhaitée qui va engendrer le désir de changement.

Cependant le simple besoin de changement ne suffit pas. La reconnaissance par le sujet de « méthodes », à la fois générales (savoir comment procéder) et personnelles (pouvoir soi-même réaliser ces méthodes) pour entamer le changement, est indispensable à l'amorce de celui-ci et participe au sentiment « d'être capable ». En l'absence de ces méthodes qui guident le sujet, l'écart entre la vie réelle et souhaitée étant trop important, les mécanismes de défense prennent le relais et une forte tolérance à la dissonance voit le jour, empêchant le travail de changement. Enfin, il faut que le sujet se sente « prêt à changer » c'est-à-dire qu'il fasse de ce changement une priorité personnelle.

Selon la théorie de l'autodétermination [76], la motivation n'est pas déterminable par une dichotomie présence/absence mais est un processus dynamique qui peut évoluer et se modifier en fonction de paramètres qui peuvent être extrinsèques (basés sur des contingences extérieures, des pressions familiales, sociales, légales...) et intrinsèques (basés sur des choix personnels, sur la diminution d'expériences émotionnelles négatives, sur une volonté de vivre une vie meilleure, etc.) [50]. La littérature scientifique est unanime sur le fait qu'une fois le changement amorcé, diverses étapes le composent. Prochaska et Diclemente [77] l'ont théorisé et proposent sept stades de développement de la motivation au changement. Ces stades de changement sont représentés dans la figure 5.

Figure 5. Stades du changement selon Prochaska et Diclemente



2. Les modèles de changement

Quatre théories principales et un modèle inspirés des sciences sociales apparaissent actuellement incontournables en matière de motivation au changement : la théorie « transthéorique » ou théorie du changement par phases, la théorie de l'apprentissage social, les théories du « faire-face » et du « soutien social », le modèle de promotion de la santé et de réappropriation de pouvoir.

2.1. Le modèle « transthéorique » ou théorie du changement par phases

Elaborée par Prochaska et Di Clemente [77], ce modèle met en lumière qu'il est essentiel que patients et professionnels comprennent que le changement se fait par étapes, comme autant de « phases de changement » du comportement. Les stratégies adéquates doivent être adaptées à la phase dans laquelle le patient se trouve.

Le « modèle » de ces auteurs repose sur un découpage simple mais efficace du processus de changement en fonction de la position temporelle du patient relativement au changement souhaitable : les sujets peuvent n'avoir aucun désir de changement, ils peuvent

considérer qu'un changement est souhaitable mais dans un avenir encore peu déterminé, ils peuvent être décidés à entreprendre un effort de changement dans un proche avenir, ils peuvent être en train d'effectuer cet effort, ils peuvent l'avoir réussi depuis quelque temps et avoir encore besoin de lutter pour éviter la rechute. La forme la plus utilisée du modèle de Prochaska et DiClemente distingue cinq stades (figure 5) :

- la pré-intention (ou pré-contemplation) est le stade de changement le plus précoce. La plupart des personnes à ce stade se montrent défensives en ce qui concerne leur problème et résistantes au changement. Elles n'ont pas le désir de changer leur comportement dans l'avenir immédiat, c'est-à-dire dans les six prochains mois [78] ;

- au stade de l'intention (contemplation), la personne reconnaît qu'elle a un problème et commence à penser sérieusement à le modifier. Pourtant les personnes à ce stade peuvent être éloignées d'une véritable démarche de changement et peuvent y rester pendant plusieurs mois ou plusieurs années. À ce stade, la personne envisage de changer son comportement durant les six prochains mois ;

- le stade de préparation combine des critères d'intention et de comportement effectif. À ce stade, les personnes ont l'intention de changer leur comportement dans les 30 prochains jours et ont réalisé une tentative de changement au cours de l'année passée. La plupart des personnes ayant atteint ce stade font des tentatives sérieuses pour changer dans un avenir proche. Elles sont prêtes à passer à l'action. Elles effectuent de petits changements de comportements, comme par exemple une baisse de la consommation d'un produit spécifique.

- l'action est le stade dans lequel les personnes modifient activement leur comportement, leurs expériences, ou leur environnement pour surmonter leurs problèmes. La modification du comportement problématique, attestée par un critère fiable variable selon le type de problème et associée à des efforts manifestes et significatifs de changement, sont les critères du stade de l'action. Pour les comportements addictifs, ceci implique l'arrêt du comportement problématique, donc l'abstinence. On considère que le sujet est au stade de l'action tant que l'abstinence n'a pas duré six mois. Pour d'autres troubles, les critères du stade d'action sont différents : pour la dépression, pas plus de deux jours consécutifs de tristesse et d'abattement et pour la violence physique, le fait de ne jamais frapper quelqu'un pendant une période de six mois [79] ;

- le stade de maintien (maintenance) commence six mois après l'arrêt d'un comportement problème. Durant le stade du maintien, la personne fait des efforts pour consolider les changements réalisés durant le stade de l'action et elle doit lutter pour éviter la rechute. Le modèle transthéorique conçoit ce stade comme une étape très importante qui peut durer toute

la vie [78]. Dans les premiers travaux de Prochaska et DiClemente, le maintien était considéré comme l'aboutissement du processus de changement, et donc comme un stade statique. Maintenant, les auteurs ont tendance à considérer le stade de maintien comme un stade actif de poursuite de l'effort, non comme un stade au cours duquel le changement est achevé. Prochaska et DiClemente ont en effet ajouté à leur nomenclature un stade d'achèvement (*termination*) qu'atteignent les personnes qui ont accompli un changement de comportement durable et n'ont plus besoin de faire d'effort pour prévenir la rechute au comportement ancien. À ce sixième stade, le changement de comportement serait définitif, tout risque de rechute serait écarté. Ce stade objectif idéal à atteindre.

Le Modèle Trans-théorique du Changement met un accent particulier sur la notion «d'intention» par rapport à la modification d'un comportement. Autrement dit, peu importe que le contexte encourage ou dissuade le comportement problématique, la responsabilité de corriger ce dernier appartient à l'individu. Cette façon de voir redonne une part de responsabilité aux individus. Mais l'intention, bien qu'indissociable du processus de changement, n'est pas suffisante. Ce processus dépend aussi d'autres facteurs, dont certaines stratégies cognitives, affectives et comportementales mises en œuvre par la personne pour diminuer le risque de rechute ou de récurrence.

2.2. La théorie de l'apprentissage social (*Social learning theory*)

Elaborée par Albert Bandura et al en 1977 [80], ce modèle voit le changement de comportement comme le résultat de déterminants personnels et environnementaux. Pour promouvoir un changement, il apparaît important :

- d'agir au niveau de l'environnement de la personne chez qui on veut encourager des comportements sains ;
- de modifier les croyances personnelles lorsqu'elles ne sont pas fondées ;
- de fournir un apprentissage et de développer des compétences visant de nouveaux comportements et la résolution de problèmes.

D'autres éléments semblent tout autant pertinents comme les récompenses, l'importance de l'assurance d'une réussite (*self-efficacy*) des modifications du comportement ciblées, la nécessité de procéder par étapes modestes afin de permettre au patient de développer la confiance en soi.

2.3. Les théories du « faire-face » (*coping*) et du « soutien social » [81]

Parmi les paramètres mis en avant, on peut préciser en particulier :

- la nécessité de situer l'adaptation dans un contexte social (les stratégies d'adaptation peuvent influencer les autres) ;
- la disponibilité d'un soutien social peut modifier l'impact du stress aigu ou chronique. Les « autres » peuvent offrir des conseils et des encouragements et peuvent donc aider à éviter des comportements inadéquats ;
- le soutien des autres peut favoriser la réappropriation de l'estime de soi et l'assurance de réussite.

Ronald Labonte suggère que pour promouvoir le changement, le soignant doit apprendre à partager le pouvoir et encourager son patient à utiliser le sien [81]. Des programmes et des outils éducatifs sont conçus pour encourager l'autonomie des personnes. Ils tiennent compte du contexte psychologique et environnemental entourant les préoccupations de la personne. Par ailleurs, ils peuvent développer et renforcer la capacité de chacun d'agir à la fois au niveau des symptômes ainsi que des causes du problème.

3. Hypothèse d'un environnement motivationnel

Nombre de pratiques thérapeutiques ou de modèles de changement s'enferment dans l'illusion de la « solution » *pro domo*, voire dans la recette ou la panacée... Le thérapeute tente d'occuper tout l'espace ; il est conduit à généraliser sa proposition à toute situation, à tout contexte ou à toute personne. Pourtant chaque personne est unique, son histoire est consubstantielle et la complexité des relations qu'elle entretient avec sa maladie, son environnement ou les milieux de la santé en font un cas exceptionnel, nécessitant une approche spécifique.

Changer de comportement, en tant que processus complexe, ne peut se résoudre à une seule technique thérapeutique. Pour tenter de dépasser ces illusions, les interactions systémiques se multiplient. Ainsi, l'*allosteric learning model* part de l'hypothèse que le patient est l'acteur unique de son changement [81] : c'est en se connaissant mieux et en agissant « avec (ce qu'il est, ce qu'il sait ou sait faire) pour aller contre », en se

responsabilisant et en s'impliquant, que la personne développe son désir de changer et les compétences qui lui sont nécessaires.

4. Les obstacles au changement (*Barriers to Change Model*)

Dans le *Barriers to Change Model* [82], plusieurs obstacles importants sont identifiés, pouvant se situer entre un individu et le changement de comportement ciblé. En tant que tels, ils peuvent permettre d'établir une aide pour l'évaluation de la motivation au changement voire guider la thérapie le cas échéant.

Le premier obstacle identifié est une perception défaillante de l'importance du changement de comportement ciblé. Les patients sont guidés vers un objectif spécifique, mais il est important de comprendre quels sont les objectifs importants pour l'individu et comment cela affecte la préparation au changement du comportement ciblé. Les individus ne sont capables d'atteindre qu'un nombre limité d'objectifs, ainsi lorsqu'ils sont confrontés au choix de changer un comportement, ils sont susceptibles d'évaluer l'importance de l'objectif de réaliser ce changement en comparaison avec leurs autres objectifs actuels (par exemple, un délinquant peut considérer qu'il est plus important d'aborder des besoins non criminogènes, comme l'emploi ou le logement, plutôt que de s'attaquer au comportement délinquant). Les délinquants peuvent considérer que leur comportement criminel est un symptôme d'autres de leurs problèmes, plutôt que le problème fondamental lui-même.

Un deuxième obstacle peut être la non-reconnaissance de la nécessité de changer le comportement déviant. Ceci peut être dû à une mauvaise perception de la situation ou à une mauvaise connaissance du trouble. Les délinquants sexuels peuvent être peu enclins à reconnaître qu'ils ont un problème du fait de distorsions cognitives par exemple.

Même si certains patients reconnaissent avoir un « comportement à problème » qui doit être changé, ils ne parviennent pas toujours à reconnaître dans quelle mesure ils sont au moins partiellement responsables d'initier ce changement. De façon appropriée ou non, ils peuvent attribuer la cause de leur problème à une source externe tels que la société ou un système de justice pénale perçu comme injuste. Ces patients peuvent donc être moins prédisposés à reconnaître qu'ils sont responsables de l'initiation du changement, se considérant eux-mêmes victimes de leur éducation ou de la société dans son ensemble [82].

Le quatrième obstacle consiste en une mauvaise analyse de la balance avantages-inconvénients perçue du changement, or ces éléments jouent un rôle primordial dans la préparation au changement. Dans le cas du comportement délinquant, il existe de potentiels avantages à la criminalité, comme l'appât du gain ou entretenir une image « prestigieuse » auprès de proches [82]. Ces avantages doivent être mis en perspective avec les inconvénients de telles conduites tels que la peur de se faire prendre, une éventuelle peine de prison ou des amendes. De même, il y aura des avantages et des inconvénients à renoncer à un comportement délinquant : les inconvénients potentiels peuvent inclure une diminution des ressources financières ou la nécessité d'éviter les amis d'antan [83], les avantages potentiels de la désistance du délinquant peuvent inclure une vie plus stable, des perspectives d'emploi... En fin de compte, c'est l'équilibre global perçu entre les inconvénients et les avantages qui auront une incidence sur la préparation au changement.

Le manque de la notion d'urgence à modifier un comportement peut parfois être la seule raison pour laquelle les individus ne changent pas. Les individus peuvent reconnaître l'importance, les besoins et les avantages du changement, mais ils peuvent ne pas avoir l'impression d'avoir besoin d'instaurer des changements à ce moment précis de leur vie. Freeman et Mc Closkey indiquent que toute intervention qui est livrée correctement mais qui est « mal programmée » va entrer en conflit avec la volonté d'un individu de changer et, par conséquent, aura peu d'impact. Ce défaut de notion d'urgence est particulièrement pertinent concernant les comportements délictueux ou criminels, les délinquants étant souvent confrontés à plusieurs années d'emprisonnement avant leur libération [82].

Un sixième obstacle est une perception défaillante de l'individu de sa capacité à changer. Pour certains patients, la conviction qu'ils sont incapables de changer peut représenter un obstacle majeur au changement et ainsi les empêcher même d'essayer d'initier tout changement.

Il en est de même pour la capacité perçue à maintenir le changement. Pour appuyer une volonté de changement, il faut qu'un individu puisse expérimenter des bénéfices à court terme et à plus long terme. Ainsi, un délinquant peut être confiant qu'il peut changer à court terme, mais il peut avoir de sérieux doutes quant au maintien de ce changement. Ces doutes peuvent le dissuader d'essayer ne serait-ce que d'initier un changement.

Le huitième obstacle concerne les inconvénients associés aux moyens de changement. Ces inconvénients peuvent se présenter sous diverses formes, financières, sociales, personnelles... Dans le cas du comportement délinquant, les inconvénients d'être inscrit dans un programme de réadaptation peuvent être une aversion pour les thérapies de groupe ou bien un défaut d'accès à d'autres activités (éducation ou travail) au sein de la prison par exemple [82].

Même lorsqu'un moyen est mis à disposition, il doit être perçu comme étant à la fois approprié et efficace par l'individu. Si les délinquants perçoivent le changement comme quelque chose qui devrait être autodéterminé, ils sont susceptibles de changer eux-mêmes plutôt qu'au sein d'un programme. Ils ne peuvent par conséquent pas considérer qu'un programme de soins est «approprié» et peuvent donc ne pas vouloir s'y engager. Tout manque d'accord entre un thérapeute et son patient concernant les objectifs et les méthodes d'une intervention peut empêcher l'efficacité thérapeutique et entraîner l'abandon.

Les neuf obstacles ci-dessus se concentrent sur les perceptions d'un individu. Ces barrières illustrent la volonté des individus d'essayer de changer et la volonté qu'ils ont d'utiliser un «moyen de changement» spécifié. Cependant, nous ne sommes pas toujours en mesure de réaliser les choses que nous voulons, et ce même si nous pensons avoir les bons outils pour y parvenir. Nos perceptions reflètent souvent notre meilleure évaluation de la situation mais malheureusement, elles ne sont pas toujours exactes. Toute perception inexacte peut être due à un manque d'information, à des attentes irréalistes ou à des distorsions cognitives. La dernière barrière du modèle reconnaît l'importance d'évaluer la disposition «réelle» d'un individu à changer [82]. Indépendamment de nos perceptions, certaines «réalités» peuvent affecter la préparation au changement, comme des limites personnelles, des outils pour parvenir au changement inappropriés, ou des problèmes pratiques. Indépendamment du sentiment perçu par un individu qu'il est capable de changer avec succès, il peut manquer de compétences ou des ressources nécessaires au changement. L'une des principales préoccupations pour tout praticien qui essaie de faciliter le changement est de déterminer si les moyens de changement proposés sont vraiment appropriés et susceptibles d'être efficaces pour chaque individu. Dans le cas des programmes pour délinquants, il faut se demander si le programme de réinsertion est adapté au style d'apprentissage ou encore au niveau d'alphabétisation. Une dernière source d'obstacles potentiels se présente sous la forme d'obstacles pratiques au changement : difficultés financières, problèmes de transport,

problèmes de santé, de garde d'enfants ou encore des contraintes de temps. Toutes ces questions pratiques doivent être prises en considération lors de l'évaluation de la disponibilité d'un individu pour le changement. Tout manquement à cette règle peut amener l'individu à être injustement blâmé pour son manque d'investissement dans la préparation au changement ou l'absence de progrès pendant une thérapie.

Cette approche reconnaît que le processus de changement peut être différent pour chaque personne et qu'un ajustement des moyens mis en œuvre pour le changement de comportement peut être nécessaire tout au long d'un programme d'intervention.

5. Evaluation des stades de changement

L'évaluation des stades de changement est une tâche cliniquement importante mais difficile et plusieurs groupes de cliniciens et de chercheurs ont proposé des questionnaires utilisant des items et des sous-échelles multiples, spécifiques aux différents stades, tels que l'University of Rhode Island Change Assessment (URICA), la Stages of Change, Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) et l'échelle de disposition au changement. Il existe également des mesures catégorielles, qui évaluent les stades de changement en termes de présence ou d'absence. Elles évaluent les stades à travers une série de questions qui s'excluent réciproquement, de manière que les sujets soient classés dans un stade unique par rapport à un certain problème.

5.1. Les mesures dimensionnelles

5.1.1. Le questionnaire URICA

Le questionnaire URICA est un instrument d'auto-évaluation composé de 32 items, à raison de 8 pour chaque stade de changement [81]. Traduit et adapté en français [84], ce questionnaire ne fait référence à aucun problème particulier et peut donc s'appliquer à un grand nombre de problématiques. La consistance interne du questionnaire et de chaque sous-échelle est élevée (coefficients de Cronbach entre 0,88 et 0,89).

À côté de la forme originale, il existe des variantes spécialisées de l'URICA dans lesquelles la formulation des items a été modifiée afin de permettre l'évaluation des stades de

changement dans différents problèmes comme la consommation d'alcool et de tabac, l'utilisation des drogues illicites, la violence conjugale, la décision à s'engager dans une psychothérapie...

Ce questionnaire présente toutefois quelques limites. Il n'évalue que quatre stades de changement, les stades de préparation et d'achèvement étant omis. Pour chaque stade, les huit questions sont extrêmement répétitives, il ne s'agit en fait que de reformulations à peine différentes de la phrase définissant l'attitude propre à chaque stade. Par ailleurs, ce questionnaire ne prend pas en considération le laps de temps écoulé depuis que le comportement a changé, qui est pourtant un critère essentiel du stade de maintien. De ce fait, le questionnaire URICA différencie mal les stades d'action et de maintien. Un autre aspect concerne la difficulté de mettre en évidence la progression à travers les stades de changement à l'aide de ce questionnaire, car ainsi qu'on l'a précisé précédemment, il est fréquent que les patients obtiennent de scores élevés à plusieurs stades de changement.

5.1.2. L'échelle SOCRATES

L'échelle SOCRATES a été créée en 1996 par Miller et Tonigan [85]. Ces auteurs ont utilisé des items semblables à ceux de l'URICA, mais plus spécialement centrés sur les problèmes d'alcool et de drogue, et ont ajouté des items spécialement conçus pour l'évaluation du stade de préparation. Cependant, la structure de cette échelle ne correspond pas aux cinq stades de changement et les données concernant la validité prédictive de cette échelle sont décevantes.

5.1.3. L'échelle de disposition au changement (*Readiness to Change Scale*)

DiClemente, Carbonari et leurs collaborateurs [80], ont mis au point une échelle de disposition au changement l'ALCREADI-AB dont le score est calculé à partir des scores obtenus à des sous-échelles similaires à celles de l'URICA. Cette échelle évalue quatre stades de changement. Le score total à l'ALCREADI-AB peut varier de -2 à +14 : plus le score est élevé, plus la disposition au changement est forte. Elle évalue globalement le degré de disposition au changement d'une personne, mais ne permet pas de déterminer à quel stade spécifique du processus de changement se trouve la personne évaluée. Elles présentent de bonnes qualités psychométriques. La consistance interne est élevée, avec des coefficients de Cronbach compris entre 0,78 et 0,89.

5.2. Les méthodes catégorielles d'évaluation

Ce type de mesure a été fréquemment utilisé dans l'évaluation des stades de changement, en raison de la facilité de passation. Un algorithme catégoriel, s'appliquant à tout problème de comportement, a été proposé par Prochaska, Norcross et DiClemente [78] et se présente sous la forme des quatre affirmations suivantes :

- j'ai résolu mon problème depuis plus de six mois;
- j'ai commencé à changer mon comportement depuis moins de six mois;
- j'ai l'intention de changer mon comportement dans le mois qui vient ;
- j'ai l'intention de changer mon comportement dans les six prochains mois.

Le patient doit indiquer, tout simplement, laquelle de ces quatre phrases décrit le mieux sa situation actuelle. Si aucune ne s'applique à son cas, c'est qu'il est au stade de la pré-intention. Si seule s'applique la quatrième, il est au stade de l'intention, et ainsi de suite. Les algorithmes catégoriels sont fréquemment utilisés dans l'évaluation des stades de changement, en raison de la facilité de passation et semblent être la méthode la plus efficace d'évaluation des stades de changement.

Enfin, il existe aussi des entretiens cliniques d'évaluation des stades de changement. Ils ont été créés et utilisés principalement dans le cadre de la clinique des addictions et la plupart de ces entretiens manquent d'une standardisation de leur contenu, de leur forme et de leur administration, ce qui rend difficile la comparaison des données recueillies dans différents traitements [78]. Leur diffusion reste limitée et à notre connaissance aucun de ces entretiens n'est validé en France.

IV. Motivation au changement chez les auteurs d'infractions sexuelles

1. Désir de changement chez les auteurs d'infractions sexuelles

La motivation au changement peut être influencée par divers éléments, notamment en ce qui concerne les personnes sous contrainte judiciaire. La motivation de chaque contrevenant peut grandement varier en fonction des facteurs (internes ou externes) qui les poussent à s'engager, dans un traitement par exemple.

Nous l'avons vu, l'étude menée par Claude Balier [54] entre 1993 et 1996 auprès de 176 AVS incarcérés s'était intéressée à la dimension du changement, dimension qui a été explorée à l'aide du QICPAAS. L'étude objectivait que plus des 2/3 des sujets voulaient changer et que 54 % avaient déjà fait quelque chose pour changer. Les auteurs amenaient une pondération de ces chiffres par le fait que 61 % se sentaient victimes des événements et qu'un lien apparaissait clairement entre le gradient désir de changement avec le niveau de reconnaissance des faits (8 % pour ceux qui ne reconnaissaient pas les faits contre 92 % pour ceux qui les reconnaissaient totalement). Le désir de changement était souvent associé à des plus forts sentiments de culpabilité (74 %), d'anormalité de leur acte (94 %), des discours de responsabilité de l'acte (82 %) et de reconnaissance de conséquences pour les victimes (56 %). 88 % de ceux qui désiraient changer étaient prêts à payer le « prix fort », qui allait du règlement judiciaire à la perte de l'environnement affectif (séparation, solitude) [54]. Les leviers du changement entrepris étaient variables : l'engagement dans des soins psychiatriques ou addictologiques, le déménagement, le changement de pratiques sexuelles, une pratique religieuse plus investie... Cependant, cette étude a été réalisée à une époque où l'incitation aux soins (par le magistrat d'application des peines) n'était pas encore généralisée auprès des détenus.

2. Mécanisme de la motivation chez les auteurs de violences sexuelles

D'autres études retrouvent des observations cliniques directement appliquées aux stades du modèle motivationnel. Ainsi, Mc Murran & Ward [86] suggèrent qu'en majorité les patients AIS se situeraient aux stades de pré-contemplation ou de contemplation. Selon lui, les patients à ces stades sont plus susceptibles d'arrêter le traitement. Plus les patients sont avancés au niveau des stades, plus les progrès réalisés sont importants et durables. À ces stades, les facteurs de motivation sont en général plus extrinsèques. Les AVS peuvent se fixer au stade de pré-contemplation pour différentes raisons [50]. D'abord les sentiments de honte face à l'infraction sexuelle commise. En milieu carcéral, la peur de la stigmatisation et des sévices physiques ou psychologiques peuvent limiter l'ouverture et la demande de soins.

Deuxièmement, peuvent intervenir des influences liées à une logique de défense (avocat) ou à des positions de déni partagées par l'entourage proche.

En troisième lieu sont retrouvées des dimensions en lien avec la perception que le patient a de lui-même : conviction de ne pas présenter de risque de récurrence, de n'avoir aucun problème et d'être capable de se contrôler dans l'avenir, ne voir que les bénéfices associés à son comportement et se sentir découragé et impuissant face au changement.

Enfin, l'auteur insiste sur des éléments inhérents à la thérapie : manque de confiance envers le thérapeute (perçu comme davantage préoccupé par la protection de la société que dans rôle pour le patient, craintes concernant la confidentialité, mauvaises expériences lors de suivis antérieurs...), préoccupations quant à l'efficacité et à la nature du traitement par exemple.

3. Facteurs de motivation au changement chez les délinquants

Puisque cette notion de motivation au changement est importante dans l'accompagnement de nos patients, quels sont les facteurs qui l'influencent ? La littérature internationale, vieillissante mais non renouvelée à notre connaissance, rend compte d'un certain nombre de facteurs.

Nous verrons dans un premier temps l'impact de facteurs généraux attachés à la motivation dans la population délinquante générale auxquels nous tenterons d'apporter la particularité des facteurs attachés aux AVS. Nous nous pencherons ensuite sur les liens qui unissent la prise en charge thérapeutique et la motivation au changement.

En raison de son caractère multidimensionnel, la motivation est influencée par des facteurs divers ayant trait au patient lui-même et à son environnement au sens large. Tout d'abord, plusieurs facteurs liés au sujet délinquant lui-même sont présents dans la littérature. L'étude de Burrowes et Needs [82] met en avant des caractéristiques sociodémographiques pouvant influencer la motivation au changement. Il s'agit de paramètres comme l'âge du sujet, sa culture, son éducation mais également ses revenus. La personnalité est également empiriquement liée à la motivation puisque les personnes possédant des traits de personnalité comme l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle seraient moins enclines à changer. En effet, l'instabilité émotionnelle et, notamment, le ressenti de certaines émotions négatives semble être fortement liés à la motivation au changement. Weiner [87] explique que les délinquants sexuels fortement motivés à changer présentent souvent un sentiment de culpabilité

contrairement aux patients peu motivés à changer qui ressentent un sentiment de honte. La culpabilité, contrairement à la honte, porte sur les faits commis et agirait sur la volonté d'éviter les situations entraînant des émotions négatives. La honte, quant à elle, concerne l'intérêt que le sujet porte au regard de l'autre sur ses agissements et serait donc plus encline à produire une attaque narcissique du sujet fragilisant sa confiance en lui et donc sa croyance en ses capacités de changer. Enfin, des facteurs développementaux et cognitifs seraient fréquemment attachés à la motivation. Parmi ceux-ci nous retrouvons :

- sur le plan cognitif : les schémas cognitifs, les distorsions cognitives, le déni et le manque d'empathie, la rigidité et la perception des buts de vie ;
- et enfin, sur le plan développemental : le style d'attachement.

Ces facteurs, dans leur ensemble, participent au processus de choix des buts de vie, à la poursuite de ces choix et à la perception du sujet de sa propre capacité à opérer un changement. D'une manière générale, ils participent au développement d'une motivation intrinsèque car sont directement en lien avec le fonctionnement psychique de l'auteur.

Dans le champ des théories cognitivo-comportementales, la question des cognitions des AVS est très étudiée. Ainsi, la littérature nationale et internationale rend compte de l'existence chez les AVS de difficultés cognitives telles que les schémas cognitifs inadaptés, les distorsions cognitives, le déni et le manque d'empathie pour la victime. En effet, chaque personne lie le monde qui l'entoure à l'aide de schémas de pensées construits tout au long de sa vie. Ceux-ci entraînent une perception particulière du monde qui nous amènera à ressentir et à agir en conséquence. Chez certains AIS, sont observés des schémas cognitifs inadaptés, ne reflétant pas la réalité perçue par le plus grand nombre. Ainsi, ces schémas produisent des DC qui favoriseraient les passages à l'acte par une mauvaise interprétation de l'attitude de la victime par exemple mais permettraient aussi la réitération des faits par une attitude de rationalisation de l'individu sur les conséquences de ses comportements et une non-reconnaissance de la responsabilité de ses agissements [68]. Ces DC pourraient favoriser dans un second temps la survenue d'un déni [50].

Enfin, un troisième élément explique le fonctionnement des AVS : l'observation d'un manque d'empathie pour la victime. L'empathie définie comme « la capacité d'un individu à se mettre à la place d'un autre ou de ressentir ce que l'autre ressent », serait partiellement absente chez les AVS. Ce manque d'empathie aurait deux facettes : il entraverait la perception de ses propres émotions lors d'une interaction interpersonnelle (émotions négatives souvent

retrouvées chez les agresseurs sexuels durant la période avant le passage à l'acte et favorisant celui-ci) et il empêcherait également l'identification des émotions de la victime par l'auteur et, notamment, de sa souffrance avant et durant le passage à l'acte. Par ailleurs, les processus cognitifs reconnus comme facilitant les passages à l'acte et favorisant les mouvements dans la chaîne délictuelle sont particulièrement étudiés lorsqu'il s'agit de motivation au changement. Les chercheurs se sont intéressés à observer les cognitions présentes chez les AVS ayant une forte envie de changement et les AVS qui ne sont pas ou peu motivés à changer. En effet, les distorsions cognitives et particulièrement le déni sont des facteurs impactant la motivation au changement. En favorisant une perception erronée des passages à l'acte commis par le sujet, ces facteurs tendent à ne pas favoriser la reconnaissance de sa propre responsabilité par l'auteur et attribue les difficultés à des causes externes. Ainsi, l'AVS ayant des DC ne va pas se penser responsable et capable de changement. La motivation ne sera donc pas tourner vers la nécessité d'un changement. Ceci donne à l'auteur de violence sexuelle une perception extrinsèque des difficultés par la mauvaise interprétation des situations ainsi provoquées.

Par ailleurs, une nuance peut être apportée pour le déni. En effet, ce phénomène n'est pas dichotomique. Nous observons assez aisément des étapes dans le déni allant de la dénégation totale à la reconnaissance complète en passant par le déni partiel (portant sur un aspect de l'agression comme l'attribution de la responsabilité à des facteurs extérieurs, la non-reconnaissance des conséquences pour la victime ou encore la non-conformité de la victime) [50]. Ainsi, les dénégateurs ne seraient à même d'être motivés au changement ne percevant pas les difficultés et leurs implications. Mais chez les AVS ayant un déni partiel les éléments reconnus (souvent attribués à une cause extérieure) pourraient sembler se rapprocher d'une motivation extrinsèque, premier pas vers une motivation au changement intrinsèque. À notre connaissance aucune étude ne valide ces réflexions.

Par ailleurs, des liens semblent exister entre manque de motivation au changement et manque d'empathie. En effet, ce processus, en empêchant la reconnaissance de ses propres émotions de celles de la victime, aurait deux impacts :

- d'une manière directe : le manque d'empathie ne permettrait pas à nouveau la reconnaissance d'un problème comme la souffrance de la victime ou sa propre souffrance (qui encadre les passages à l'acte) et donc la nécessité d'un changement ;
- d'une manière indirecte : l'empathie, lorsqu'elle est présente, favorise par la perception des émotions de l'autre des comportements pro-sociaux nous rendant plus sociable.

Cette sociabilité augmente la possibilité d'un contrôle social positif chez les AVS qui encouragerait à son tour l'autorégulation favorisant la possibilité d'une motivation intrinsèque. Le travail sur l'empathie semble donc être un bon médiateur augmentant le processus de changement en favorisant le contrôle social et, par effet boule de neige, l'autorégulation des patients auteurs de violences sexuelles [88].

McKay, Chapman et Long [89] ont cherché à comprendre les liens entre motivation et attribution causale des comportements chez des AVS d'enfants, des AVS d'adultes, des hommes violents (non sexuellement) et des délinquants non violents. Les résultats montrent que bien que l'attribution de la responsabilité des comportements déviants soit reconnue comme interne, les AVS, ayant tendance à penser leurs comportements comme instables et incontrôlables, possèdent une faible motivation au changement. Une autre étude met, d'ailleurs, en avant le fait que les patients AVS en cours de prise en charge thérapeutique possèdent un plus grand sentiment de contrôle sur leur comportement [90].

Les facteurs cognitifs recouvrent également des phénomènes métacognitifs. C'est particulièrement le cas du sentiment d'efficacité personnelle. Celui-ci se définit par la perception par l'individu de ses propres ressources et concerne directement sa capacité à « se sentir capable de changer » [50]. Ce concept est fortement lié à l'efficacité des stratégies de *coping* utilisées par le sujet pour faire face à des situations stressantes. Dans le domaine de la violence sexuelle les liens entre le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation sont importants. Pollock [91] s'est aperçu en évaluant la motivation d'un groupe d'auteurs de violences sexuelles non récidivants que celle-ci était principalement liée au sentiment d'espoir et d'appréciation d'une récompense combinée avec la rapidité à trouver des stratégies de *coping* efficaces dans les situations anxiogènes. Des facteurs environnementaux auraient également un impact spécifique sur la motivation au changement. En effet, l'environnement agit comme la scène favorisant ou non la violence et donc la nécessité de changer ces comportements violents.

La littérature montre l'importance de l'environnement au sens large du terme prenant en compte aussi bien la famille du patient que son environnement carcéral ou encore le contexte politico-sociétal dans lequel il évolue [82]. Prenons l'exemple du déni chez les AVS et de la famille. Nous avons vu les liens empiriques qui lient le déni et la motivation au changement. La famille peut être un facteur environnemental qui favorise ou non le maintien

du sujet dans le déni et donc potentiellement qui permet ou ne permet pas l'accès au changement. Le maintien dans le déni peut être un moyen de se préserver de la peur de perdre les liens familiaux par le rejet que pourrait entraîner le dévoilement des faits par l'auteur [50].

PARTIE II : PRESENTATION DE L'ETUDE ET RESULTATS

I. Justification scientifique

1. Etat actuel des connaissances

Cette étude est née à la suite d'un travail de mémoire sur les AVS élaboré au Centre de Consultation, d'Evaluation et de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles de Charente-Maritime (CESAVS 17) du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis. Le CESAVS 17 est implanté sur le site du Centre Hospitalier Marius Lacroix à La Rochelle. L'équipe est constituée de cinq professionnels de santé, qu'ils soient infirmier, psychologue ou psychiatre. Le public auquel cette structure s'adresse est composé de toutes les personnes concernées par la problématique de délinquance sexuelle avec ou sans injonction ou obligation de soins, en pré-sententielle ou post-sententielle. Les suivis peuvent se poursuivre ou se mettre en place sur simple demande. Les missions du CESAVS 17 sont de l'ordre de l'évaluation et du soin : au vu de la spécificité de cette problématique, une évaluation est faite puis un contrat de soins est proposé avec possibilités de soins individuels ou en groupe. Les personnes déjà suivies par un psychiatre conservent cette référence, les autres sont vues par le psychiatre du service. Pour les personnes suivies par le CPIP, une réunion tripartite (CPIP, sujet et CESAVS 17) est organisée obligatoirement en début et fin de suivi. Cependant, des réunions intermédiaires peuvent être demandées par un des acteurs. Les équipes de la structure ont également pour missions d'évoquer avec les professionnels les situations cliniques concernant cette problématique spécifique de délinquance sexuelle et sont également habilités à délivrer des attestations si nécessaire. L'orientation des patients est faite par des professionnels en relation avec cette population. Ils donnent l'information et c'est le patient lui-même qui contacte le CESAVS 17 par courrier ou téléphone.

Lors de ce mémoire, nous avons constaté un certain nombre de questionnements des soignants concernant ces prises en charge spécifiques, surtout concernant la capacité de certains AVS à investir le SPO, du fait de capacités d'élaboration limitées ou d'un certain déni des faits par exemple. Certains patients semblent investir les espaces de parole proposés par ces dispositifs et en retirent des bénéfices multiples alors que d'autres présentent peu de

motivation et d'investissement quant à ses soins, les absences aux rendez-vous devenant une pratique courante.

Notre revue de la littérature montre que la motivation au changement est une question cruciale en ce qui concerne le traitement des AVS puisque selon les chercheurs, les AIS évalués comme « collaborant au traitement » sont significativement moins nombreux à récidiver que ceux considérés comme étant « réfractaires au traitement » (9 % contre 15 %) [24]. Pour autant, il n'existe que très peu de recherches en France sur le sujet : nous n'avons retrouvé qu'une seule étude prenant en compte les dimensions de personnalité comme facteur prédictif de la motivation au changement chez les AVS [62], réalisée à une époque où l'incitation aux soins n'était pas encore généralisée auprès des condamnés. De plus, on constate que la littérature sur ce thème distingue mal la prévalence des populations AIS motivées et non motivées et pointe plutôt les dimensions de conformité au traitement et arrêt des programmes de traitement. Enfin, les facteurs de protection apparaissent peu dans les travaux sur la récidive puisqu'ils posent encore problème en ce qui concerne leur opérationnalisation et leur effet sur la récidive.

Pour finir, l'inflation actuelle des mesures de SPO appuie la nécessité de pouvoir prioriser les prises en charge : établir un profil de patient AVS « motivé au changement » permettrait d'une part de prendre en charge les patients les plus à même de bénéficier de ces dispositifs, d'autre part de travailler sur les facteurs de motivation faisant défaut chez les patients « peu motivés », et enfin accentuer la surveillance des patients présentant le moins de facteurs prédictifs de motivation au changement.

2. Hypothèses de la recherche

L'hypothèse principale que nous formulons est que l'investissement des SPO est de meilleure qualité pour les AIS motivés au changement que pour les AIS non motivés au changement, ce qui conditionne les objectifs et bénéfices attendus de ces prises en charge.

Notre hypothèse secondaire est que la motivation au changement concernant les comportements transgressifs des AIS est dépendante de déterminants, personnels ou environnementaux sur lesquels il est possible de travailler dans le cadre des SPO.

II. Objectifs

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la proportion des auteurs d'infractions sexuelles suivis dans la cadre de soins pénalement ordonnés motivés au changement de comportement.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- établir le profil clinique des AIS de notre échantillon ;
- comparer les profils cliniques et criminologiques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement » ;
- évaluer les AIS sur le plan de la motivation au changement de comportements transgressifs en établissant les facteurs prédictifs de motivation au changement des AIS suivis dans le cadre de SPO ;
- évaluer l'incidence des SPO sur la motivation au changement : suivi de moins d'un an vs suivi de plus d'un an ;
- établir un profil de patient « motivés » au changement, donc à prioriser pour ces SPO ;
- établir un profil de patient peu « motivés » au changement pour discuter de la nécessité d'une surveillance plus rapprochée.

III. Matériel et méthodes

1. Plan expérimental

L'étude réalisée est une étude observationnelle prospective mono centrique.

2. Critères d'éligibilité

2.1. Critères d'inclusion

- Homme ou femme,
- sujet âgé de 18 ans ou plus,
- sujet ayant été mis en examen ou reconnu coupable de délit ou crime sexuel, suivi au CESAVS 17 dans le cadre ou non de SPO,
- au vu de son statut judiciaire, sujet pouvant être étudié au cours d'un suivi en milieu ouvert
- sujet ayant donné son consentement à participer à l'étude après information écrite sur celle-ci.

2.2. Critères de non inclusion

- Refus de participer à l'étude,
- toute personne majeure sous tutelle,
- sujet souffrant d'une affection médicale ou neurologique majeure
- troubles visuels, auditifs ou de la compréhension de la langue française perturbant la passation des questionnaires.

2.3. Modalités d'identification des participants et données recueillies

Un cahier d'observation papier a été fourni par l'investigateur. Toutes les informations requises par le protocole devaient être renseignées dans ce cahier.

Un code-patient était indiqué sur chaque cahier d'observation et consistait en la 1ère lettre du nom, la 1ère lettre du prénom et le numéro du patient. Toutes les données nominatives étaient effacées. Les éléments suivants étaient consignés :

- âge,
- sexe,
- critères d'inclusion,
- critères de non inclusion,
- données socio-démographiques, environnementales, médicales et judiciaires,
- résultat à l'échelle URICA (University of Rhode Island Change Assessment scale).

Une demande d'autorisation à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée au Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis. Les données ont été traitées et informatisées de façon anonyme et confidentielle sur un système sécurisé.

3. Critères d'évaluation

Notre critère de jugement principal était un score à l'échelle URICA ≥ 11 , soit être au-delà du stade de contemplation selon le modèle trans-théorique du changement. Cet auto-questionnaire a été développé afin de déterminer la motivation d'un sujet au changement, elle compte quatre sous-échelles qui réfèrent à quatre des cinq étapes de motivation à changer (soit la pré-contemplation, la contemplation, l'action et le maintien). Cette échelle provient du de l'instrument originel le Readiness to Change Questionnaire, validé par Heather et Rollnick en 1993. L'URICA a été traduite et validée en français par le Docteur Levesque en 2001. Elle permet une auto-évaluation sur 32 items, grâce à des réponses données sur une échelle de Likert allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Ce questionnaire prend entre 5 et 15 minutes à passer et ne requièrent qu'un minimum de connaissances académiques, puisqu'ils ont été conçus pour un large éventail de participants.

Dans le cadre de cette étude, la motivation au changement est définie comme le désir de modifier les comportements ayant mené à la mesure de SPO, quels que soient ces comportements. Il ne s'agit pas ici de mesurer la motivation à changer un comportement particulier, comme ne plus consommer de l'alcool ou des drogues, mais bien le fait d'entreprendre les efforts nécessaires à la modification d'habitudes de vie délinquantes.

Les critères de jugements secondaires étaient catégorisés en :

- données sociodémographiques,
- données judiciaires,
- données criminologiques,
- données cliniques.

Qu'elles soient recueillies par les patients ou par les soignants.

4. Déroulement de la recherche

4.1. Suivi des sujets

Il a été proposé à tout patient suivis au CESAVS 17 de participer à l'étude. Ces patients éligibles ont été informés de l'étude par un membre de l'équipe soignante. Une lettre d'information leur a été remis (Annexe 2).

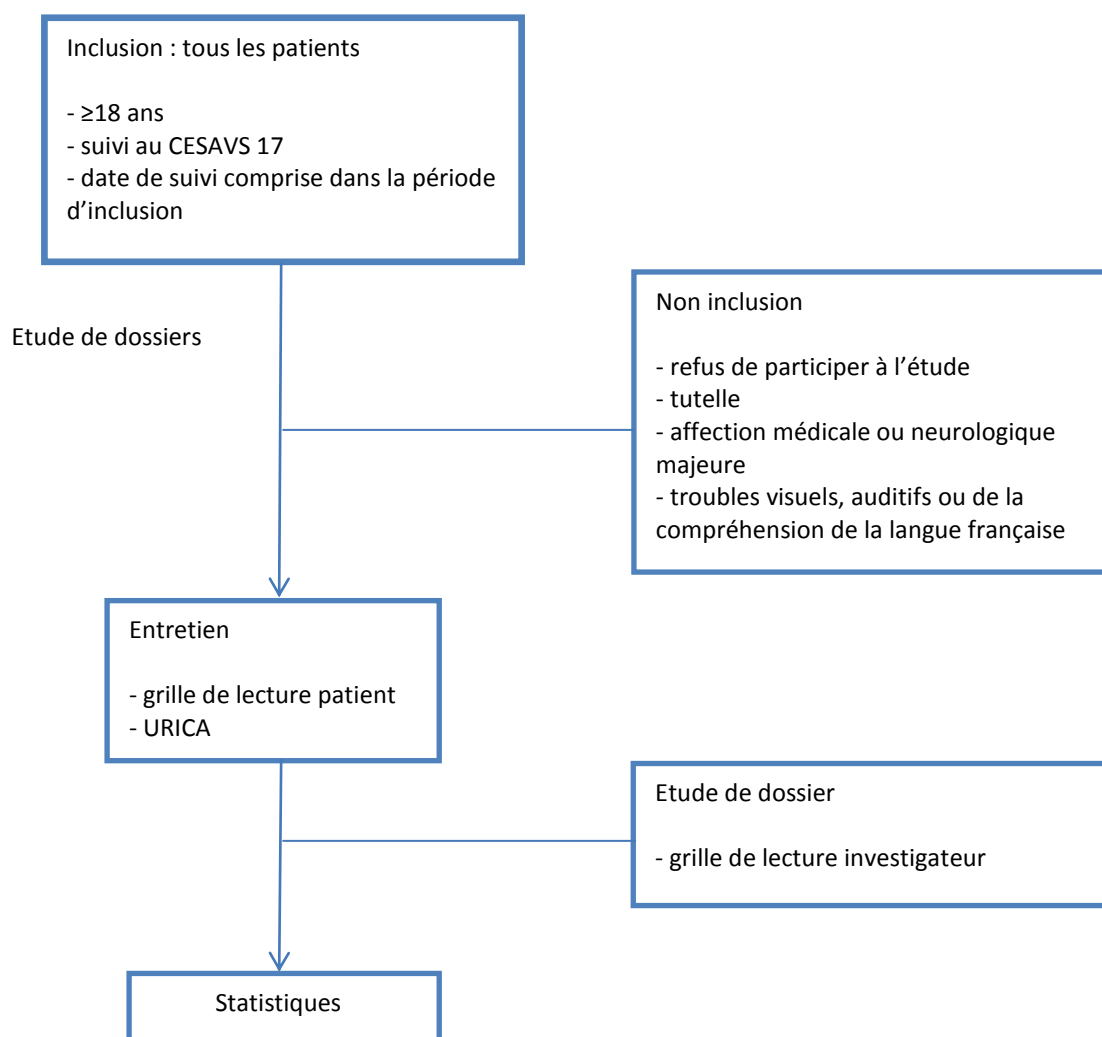
Lors d'une étude de dossier, une pré-inclusion a été effectuée. A ce stade, les patients exclus comprenaient ceux ayant refusé de participer à l'étude, ceux ayant moins de 18 ans, les patients ne pouvant être étudiés au cours d'un suivi en milieu ouvert et les patients sous tutelle.

4.2. Calendrier de la recherche

Avant l'inclusion des patients, notre protocole a été soumis au Comité d'éthique afin qu'il soit validé.

Les patients ont été recrutés au CESAVS 17 du Groupe Hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis par l'investigateur. La période d'inclusion a été de 5 mois.

4.3. Schéma de l'étude



5. Méthodes d'analyse des données

Les données recueillies sur les cahiers d'observation papiers ont été saisies sur un formulaire Google form pour constituer la base de données. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel XLSTAT 2015, avec le soutien de Mme Allix-Béguec, PhD et chef de projet à l'hôpital de la Rochelle.

Les paramètres recueillis ont été présentés dans des tableaux comportant les statistiques descriptives selon les modalités suivantes :

- pour les variables quantitatives : la moyenne et l'écart type ou la médiane, le minimum et le maximum ;
- pour les variables qualitatives : le nombre, les pourcentages et intervalles de confiance à 95%, pour chacune des modalités de la variable (en excluant les données manquantes du dénominateur).

Les analyses testent l'hypothèse nulle d'égalité des moyennes pour les variables quantitatives et d'homogénéité des populations pour les variables qualitatives : pour les variables quantitatives, les distributions étant non-gaussiennes, un test non-paramétrique de Mann-Whitney/Wilcoxon est utilisé, pour les variables qualitatives, un test de khi2 est réalisé ou un test de Fisher en cas de faible effectif. Une différence significative est considérée au risque alpha bilatéral de 5%.

L'étude d'association de facteurs est réalisée par analyse multivariée. Les odd ratios et intervalles de confiance à 95 % sont calculés.

6. Droits d'accès aux données et documents sources

6.1. Accès aux données

L'acceptation de la participation au protocole implique que les personnes qui réalisent la recherche mettront à disposition les documents et données individuelles strictement nécessaires au suivi, au contrôle de qualité et à l'audit de la recherche, à la disposition des personnes ayant un accès à ces documents conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

6.2. Données sources

Le document source utilisé est le dossier médical (données démographiques et clinique), contenant les observations cliniques des soignants, les courriers d'échanges entres intervenants et éventuellement une ou plusieurs expertises médicales.

Les questionnaires complétés par les patients font partis du cahier d'observation et n'ont, par conséquence pas de donnée source.

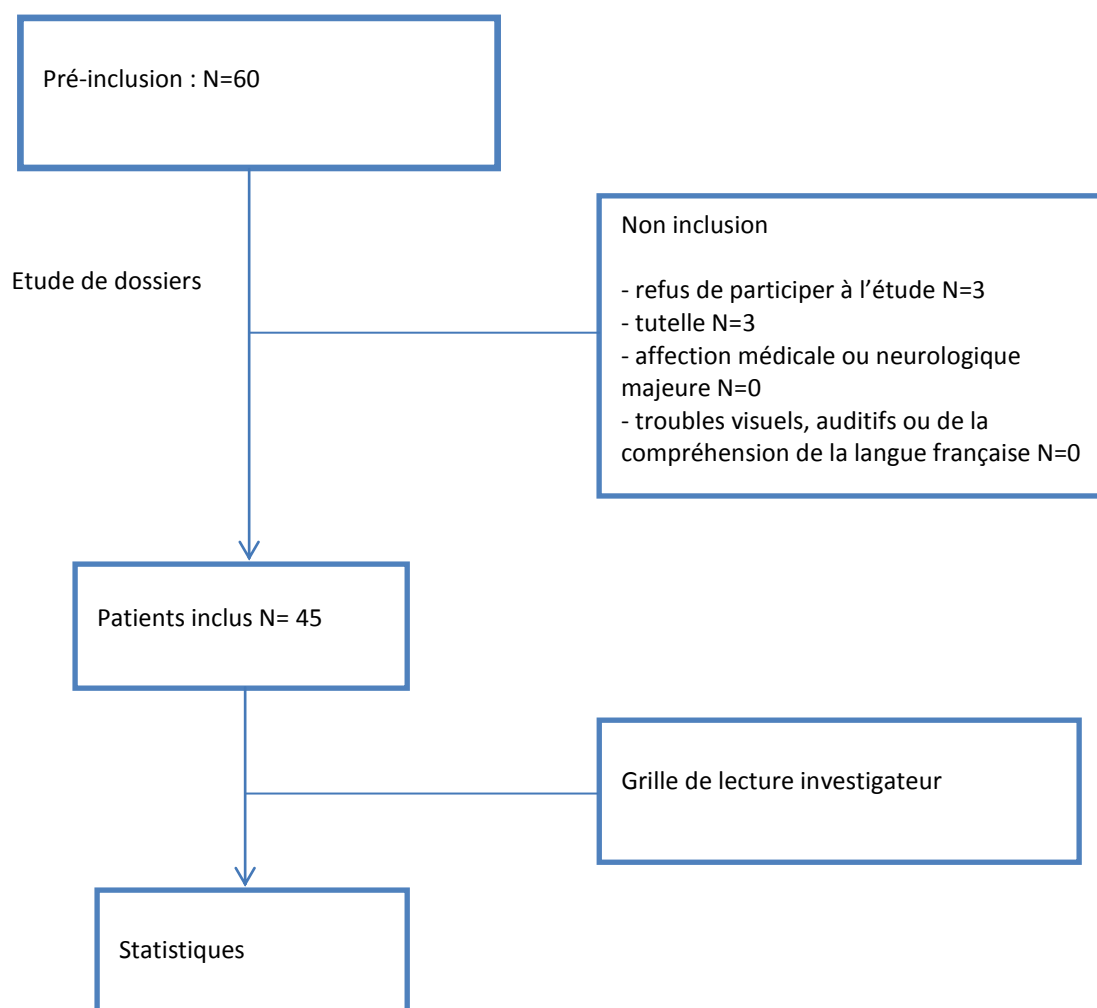
6.3. Confidentialité des données

Conformément aux dispositions législatives en vigueur, en vue d'assurer la confidentialité des informations relatives aux recherches et aux personnes qui s'y prêtent et notamment en ce qui concerne leur identité, un code patient a été utilisé. Les modalités de codification des sujets sont l'utilisation d'un numéro incrémenté suivi de la 1^{ère} lettre du nom et la 1^{ère} lettre du prénom.

IV. Résultats

Comme décrit dans la figure suivante (Figure 6), sur les 60 patients suivis au CESAVS 17 à la date d'inclusion, trois n'ont pas été inclus après étude de dossier étant des patients sous tutelle. Dans un second temps, trois patients ont refusé de participer à l'étude après avoir reçu la lettre d'information. Nous n'avons demandé aucune justification concernant ce refus de participation. Finalement, le nombre de patients inclus était de 45.

Figure 6. Diagramme de flux

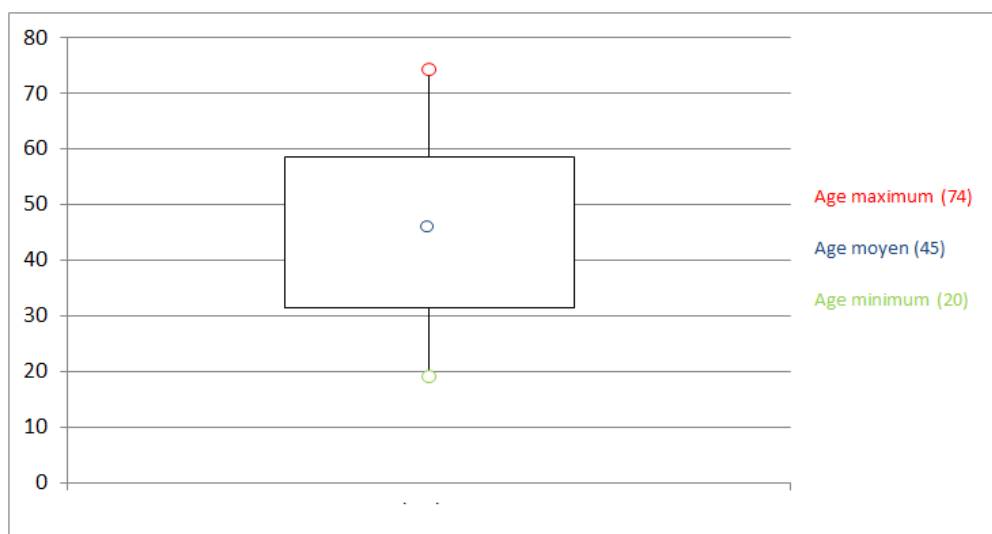


1. Analyse descriptive en intention de traiter

1.1. L'âge

Sur les 45 patients inclus, la moyenne d'âge était de 45 ans ($\pm 13,5$ ans). L'âge minimum était de 20 ans et la personne la plus âgée avait 74 ans.

Graphique 1. Age des sujets inclus dans l'étude



1.2. Données qualitatives sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des 45 sujets sont regroupées dans le tableau 1. Dans notre étude, on note un échantillon composé exclusivement d'hommes, représentatif de la population puisqu'également exclusivement masculine. On constate un pourcentage plus important de sujets célibataires, qu'ils soient divorcés ou non. 71,1 % des sujets ont au minimum un enfant, dont 65,5% étaient restés en contact avec leur(s) enfant(s), de même 91,1% des patients avaient des frères et sœurs dont 75% restaient en contact avec toute ou une partie de leur fratrie.

Concernant le niveau d'étude, 37,8 % des sujets avaient un niveau collège, 44,4% étaient allés jusqu'au BAC, seuls 15,6% avaient fait des études supérieures. 51,1% de notre échantillon avaient une activité professionnelle. Aucun patient inclus ne bénéficiait d'une mesure de protection.

Concernant le sentiment de solitude, seuls 17,8% se déclaraient isolés socialement.

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus dans l'étude

		Effectifs (n=45)	Pourcentage %
Genre			
-	H	45	100
-	F	0	0
Situation familiale			
-	Célibataire	15	33,3
-	En couple	19	42,2
-	Veuf	1	2,2
-	Divorcé/ séparé	10	22,2
Enfants			
-	Oui	32	71,1
-	Non	13	28,9
Parmi eux :			
-	En contact	23	60,5
-	Plus de contact	15	39,5
Fratie			
-	Oui	41	91,1
-	Non	4	8,9
Parmi eux :			
-	En contact	33	75
-	Plus de contact	11	25
Niveau d'études			
-	Maternelle / école élémentaire	1	2,2
-	Collège	17	37,8
-	Lycée	20	44,4
-	Etudes supérieures	7	15,6
Statut professionnel			
-	Activité professionnelle	23	51,1
-	En recherche d'emploi	10	22,2
-	Etudes / formation	1	2,2
-	Retraité	7	15,6
-	Invalidité / MDPH	4	8,9
Sentiment de solitude			
-	Oui	8	17,8
-	Non	37	82,2
Activités en dehors du domicile			
-	Oui	31	68,9
-	Non	14	31,1

1.3. Caractéristiques criminologiques de la population

Les caractéristiques criminologiques des 45 sujets sont regroupées dans le tableau 2. Dans notre étude, seuls 22,2% des sujets avaient des antécédents judiciaires, 13,3% avaient déjà été incarcérés, ces sujets ayant été poursuivis principalement pour une/des agression(s) de nature sexuelle (60%). Concernant le suivi actuel au CESAVS, il était en lien avec des faits de viol pour 51,1% de notre échantillon, 37,8% pour des faits d'attouchements, 13,6% pour détention d'images pédopornographiques et 11,1% pour des faits d'exhibitionnisme. Dans la majorité de cas, il n'y avait qu'une victime (60%), féminine pour 71,1%, âgée de moins de 15 ans pour 71,1%, l'acte ayant lieu exclusivement en intrafamilial dans 72,2% des cas. Une

proportion non négligeable de notre échantillon (37,8%) était considérée comme dénuée d'empathie pour leur(s) victime(s). Aucune pathologie psychiatrique n'était présente au moment des faits pour 97,8% des sujets et seuls 22,2% disaient avoir été sous l'emprise de toxiques au moment des faits.

A la question « quels faits vous sont reprochés ? », 24,4% n'ont pas répondu, ceux ayant répondu ont cité presque tous correctement les faits pour lesquels ils étaient suivis.

Tableau 2 : caractéristiques criminologiques des sujets inclus dans l'étude.

	Effectifs (n=45)	Pourcentage %
Antécédents d'arrestation	- 10	- 22,2
Antécédents d'incarcération	- 6	- 13,3
Type d'antécédents judiciaires		
- agression sexuelle	- 6	- 60
- violences	- 3	- 30
- vol	- 1	- 10
- homicide	- 0	- 0
- autres	- 2	- 20
Type d'agression sexuelle		
- viol	- 23	- 51,1
- attouchements	- 17	- 37,8
- pédopornographie	- 6	- 13,3
- exhibitionnisme	- 5	- 11,5
- pédophilie	- 2	- 4,4
- proxénétisme	- 0	- 0
- harcèlement	- 0	- 0
- autre	- 1	- 2,2
Victime :		
Nombre - unique	- 27	- 60
- plusieurs	- 18	- 40
Sexe - féminin	- 32	- 71,1
- masculin	- 12	- 26,7
- masculin et féminin	- 1	- 2,2
Type - intrafamilial	- 28	- 62,2
- extrafamilial	- 13	- 28,9
- intra et extrafamilial	- 2	- 4,4
Empathie pour la/les victime(s)		
- oui	- 28	- 62,2
- non	- 17	- 37,8
Pathologie psychiatrique au moment des faits	- 1	- 2,2
Sous l'emprise de toxiques au moment des faits	- 10	- 22,2
Réponse claire à « quels faits vous sont reprochés ? »		
- oui	- 34	- 75,6
- non	- 11	- 24,4
Mesure de SPO		
- obligation de soins	- 29	- 64,4
- injonction de soins dans le cadre d'un SSJ	- 12	- 26,7
- pas de SPO, consulte de lui-même	- 4	- 8,9

Concernant le suivi au CESAVS 17, les patients étaient suivis pour 82,2% en post-sententiel, seuls 8,7% (soit 4 patients) venaient consulter au CESAVS 17 sans faire l'objet d'une mesure de SPO. Le type de mesure de SPO, était à 64,4% une obligation de soins, prononcée pour une durée moyenne de 30 mois, et à 26,7% une injonction de soins, prononcées pour une durée moyenne de 7,9 ans.

1.4. Caractéristiques cliniques de la population

Les caractéristiques cliniques de notre échantillon sont décrites dans le tableau 3. La grande majorité des sujets inclus dans l'étude n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge sanitaire, qu'elle soit en lien ou non avec la problématique des violences sexuelles. 66,7% des sujets avaient subi des événements pouvant être considérés comme traumatiques durant l'enfance que ce soit des carences affectives, des vécus d'abandon ou des maltraitances, plus de 30% avaient des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance. Concernant les antécédents psychiatriques et addictologiques, on relevait des antécédents familiaux chez 19 sujets, principalement à type de tentatives de suicide et d'alcoolisme chronique. 25 sujets présentaient des antécédents personnels psychiatriques, dominés également par des tentatives de suicide et des antécédents d'alcoolisme, mais seulement 13 d'entre eux avaient déjà bénéficié de soins psychiatriques que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation. Lors du déroulement de l'étude, 82,2% de l'échantillon ne déclarait aucune addiction. Après les faits, que ce soit en incarcération ou non, moins de 34% des sujets avait présenté une symptomatologie psychiatrique, celle-ci étant dominée par des épisodes dépressifs. Des troubles de la personnalité ou des traits de personnalité pathologiques étaient observés pour 39 patients, largement dominés par des troubles de la personnalité de type immatures puis venaient les personnalités obsessionnelles et narcissiques. Enfin, une impulsivité était observée chez 22% des sujets.

22% des sujets présentaient un QI inférieur à la norme.

Tableau 3 : caractéristiques cliniques des sujets inclus dans l'étude.

	Effectifs (n=45)	Pourcentage %
Evènements de vie		
- parents décédés/ divorcés avant l'arrestation	- 12	- 40
- maltraitance dans l'enfance/ abus sexuel	- 19	- 63,3
- carences affectives / vécu abandonnique	- 19	- 63,3
Antécédents familiaux psychiatriques		
- aucun	- 26	- 57,8
- alcoolisme	- 9	- 20
- dépression et/ou tentative de suicide	- 6	- 13,3
- autres toxiques	- 1	- 2,2
- pathologie psychotique	- 1	- 2,2
- trouble anxieux	- 1	- 2,2
Antécédents personnels psychiatriques		
- aucun	- 20	- 44,4
- alcoolisme	- 12	- 26,7
- dépression et/ou tentative de suicide	- 9	- 20
- autres toxiques	- 4	- 8,9
- pathologie psychotique	- 4	- 8,9
- trouble anxieux	- 3	- 6,7
Suivi psychiatrique avant l'arrestation		
- aucun	- 32	- 71,1
- ambulatoire	- 12	- 26,7
- hospitalisations	- 4	- 8,9
Symptomatologie psychiatrique après les faits		
- aucune	- 30	- 66,7
- dépression	- 10	- 22,2
- trouble anxieux	- 3	- 6,7
- tentative de suicide	- 2	- 4,4
Consommation actuelle de toxiques		
- aucune	- 37	- 82,2
- alcool	- 7	- 15,6
- autres toxiques	- 2	- 4,4
Troubles de la personnalité / traits de personnalité		
- immature	- 15	- 33,3
- narcissique	- 8	- 17,8
- obsessionnelle	- 8	- 17,8
- aucune	- 6	- 13,3
- évitante	- 6	- 13,3
- pervers	- 5	- 11,1
- état-limite	- 3	- 6,7
- schizotypique	- 3	- 6,7
- dépendante	- 2	- 4,4
Impulsivité		
- oui	- 35	- 77,8
- non	- 10	- 22,2
Sentiment de honte concernant les faits	- 41	- 91,1
Sentiment de culpabilité concernant les faits	- 37	- 82,2
Paraphilie		
- aucune	- 36	- 80
- voyeurisme	- 4	- 8,9
- exhibitionnisme	- 4	- 8,9
- fétichisme	- 2	- 4,4
- sadisme	- 1	- 2,2
Comportement sexuels violents		
- se sent capable de se contrôler	- 44	- 97,8
- se sent impuissant face changement de cprmt	- 6	- 13,3
- a recours à des moyens visant à soulager	- 13	- 28,9
QI/ niveau d'intelligence		
- inférieur à la norme	- 10	- 22,2
- dans la norme	- 34	- 75,6
- supérieur à la norme	- 1	- 2,2
Capacités d'élaboration		
- nulles/médiocres	- 23	- 51,1
- bonnes	- 22	- 48,9

Confiance en les soignants du CESAVS	- 45	- 100
Crainte quant à la confidentialité des entretiens	- 5	- 11,1
Efforts reconnus et valorisés	- 42	- 93,3
Investissement des soins considéré par les soignants comme		
- bon	- 22	- 48,9
- médiocre	- 22	- 48,9
- nul	- 1	- 2,2

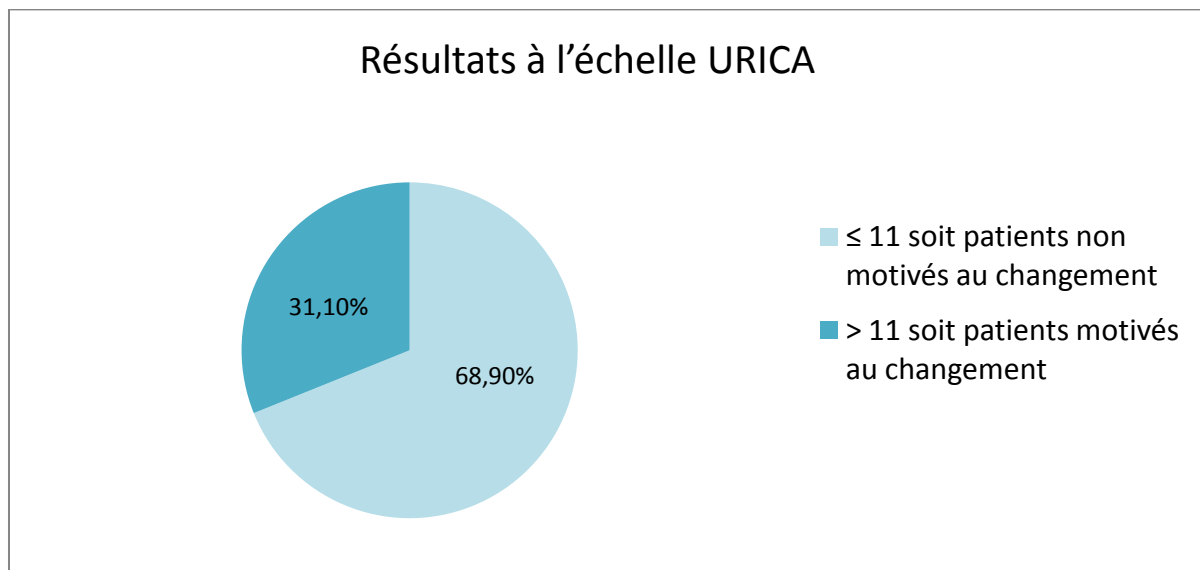
Concernant les faits de violence sexuelle, 8,9% des sujets exprimaient ne pas sentir de honte concernant ces faits et 17,8% n'exprimaient aucune culpabilité. Concernant la problématique des comportements sexuels violents, la grande majorité des sujets (97,8%) affirmait se sentir capable de se contrôler dans l'avenir, mais 13,3% se disaient découragés et impuissants face au changement de comportement et 28,9% avaient recours à des moyens (masturbations pluriquotidiennes, supports visuels...) visant à diminuer ce comportement.

La totalité de l'échantillon affirmait se sentir en confiance avec les soignants du CESAVS 17, que ce soit en terme de confidentialité des entretiens mais également en terme de suivi, le type de prise en charge proposé convenait pour 93,3% des sujets, les efforts de changement de comportement étaient reconnus et valorisés. Cependant, le travail des soignants semblait limité du fait de faibles capacités d'élaboration chez près de 47% des sujets, l'investissement des soins étant jugé médiocre pour 48,9% de notre échantillon ceci semblant être confirmé puisque seuls 37,8% des sujets avait honorés la totalité de leurs rendez-vous depuis le début de leur suivi.

2. Analyse de l'URICA

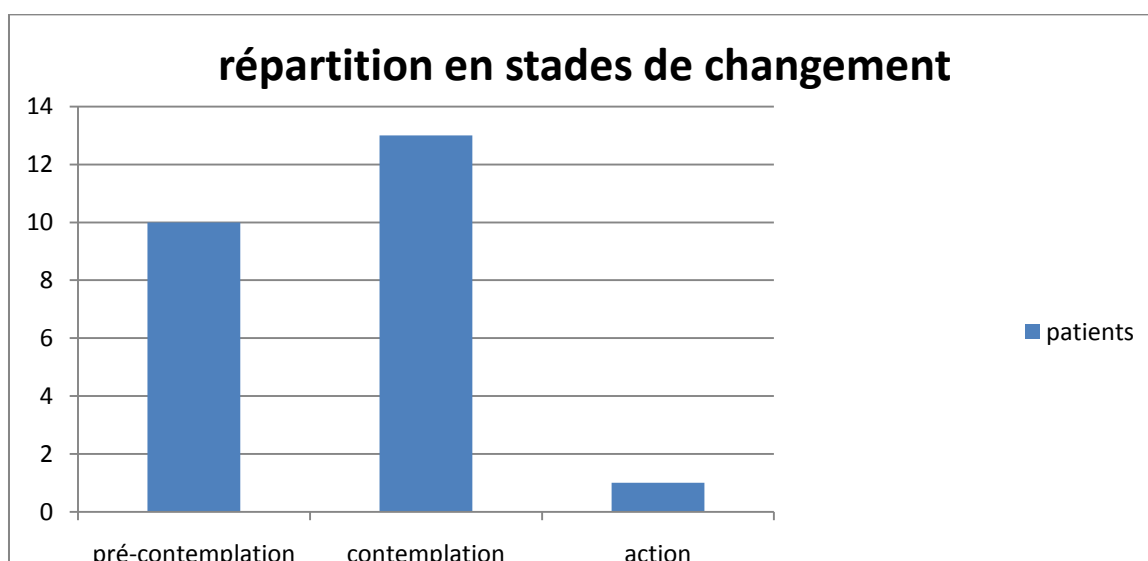
Après avoir défini un patient motivé au changement comme étant un patient ayant un score à l'échelle URICA supérieur à 11, dans notre étude, on obtenait une proportion de 31,1% de patients « motivés au changement », contre 68,9% « non motivés au changement » (graphique 2).

Graphique 2. Proportion de patients motivés et non motivés au changement de comportement



Si l'on se réfère aux différents stades de motivation au changement définis par l'échelle URICA, et en prenant en compte la globalité de notre échantillon, notre étude rapportait 10 patients au stade de pré-contemplation soit $URICA \geq 9,3$, 13 patients au stade de contemplation soit $URICA \geq 11,0$, et 1 patient au stade d'action (soit $URICA \geq 12,6$) (graphique 3). Les 21 patients restant sur les 45 inclus, présentaient un score $URICA < 9,3$ ne correspondant à aucun des stades de motivation au changement selon le modèle théorique du changement.

Graphique 2. Nombre de patients en fonction des différents stades de changement



3. Analyse des objectifs secondaires

3.1. Profil des AIS de notre échantillon

Si l'on se réfère aux données présentées dans l'analyse descriptive, le profil type d'un AIS suivi au CESAVS 17 était :

- concernant les données sociodémographiques : un homme de 45 ans, célibataire ayant au moins un enfant, ayant une formation de niveau lycée et travaillant actuellement, ne se sentant pas isolé socialement ;
- concernant les données criminologiques : un homme sans antécédents judiciaires, étant suivi au CESAVS 17 dans le cadre d'une mesure d'obligation de soins d'une durée moyenne de 30 mois, pour des faits de viol sur une victime féminine âgée de moins de 15 ans, les faits ayant été commis dans le cercle familial, sans qu'il y ait de pathologie psychiatrique décompensée au moment des faits ;
- concernant les données cliniques : le patient type n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique auparavant malgré qu'il ait des antécédents de traumatismes et / ou carences affectives dans l'enfance, et ne présente pas de conduite addictive. Il présente des traits de personnalité de type immatures et un QI dans la moyenne. Concernant les faits de violence sexuelle, il reconnaît un sentiment de honte et de culpabilité et dit se sentir capable de se contrôler dans l'avenir concernant le comportement sexuel déviant. Le patient était en confiance avec les soignants du CESAVS 17, et trouvait que le type de prise en charge proposé lui convenait, les efforts de changement de comportement étant reconnus et valorisés.

3.2. Comparaison des profils sociodémographiques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement »

La comparaison des données sociodémographiques entre les deux groupes « motivés au changement » et « non motivés au changement » permet de connaître les particularités des patients « motivés au changement » sur le plan de leur âge, de leur niveau d'étude ou encore de leur situation professionnelle. Ceci est décrit dans le tableau suivant (tableau 4).

Tableau 4 : données sociodémographiques chez les patients motivés au changement.

	Motivés au changement	Non motivés au changement	Degrés de significativité (p)
Age :			
Entre 20 et 50 ans	15 (51,7%)	6 (50,0%)	0,920
Plus de 50 ans	14 (48,3%)	6 (50,0%)	
Situation familiale :			
Célibataire	17 (58,6%)	8 (66,7%)	0,734
En couple	12 (41,4%)	4 (33,3%)	
Niveau d'étude :			
Lycée ou études supérieures	18 (62,1%)	5 (41,7%)	0,558
Maternelle–primaire- collège	11 (37,9%)	7 (58,3%)	
Contact avec les enfants :			
Non	6 (30,0%)	2 (28,6%)	0,943
Oui	14 (70%)	5 (71,4%)	
Contact avec la fratrie :			
Non	6 (23,1%)	2 (18,2%)	0,741
Oui	20 (76,9%)	9 (81,8%)	
Étayage social :			
Sentiment de solitude	4 (13,8%)	2 (16,7%)	1,000
Bon étayage social	25 (82,2%)	10 (83,3%)	
Activités en dehors du domicile :			
Non	10 (34,5%)	3 (25,0%)	0,718
Oui	19 (65,5%)	9 (75,0%)	

Concernant les données sociodémographiques que nous voulions étudier, on ne retrouve pas d'association statistiquement significative, notamment en ce qui concerne l'étayage social, donnée régulièrement citée dans la littérature pouvant influencer la motivation au changement.

3.3. Comparaison des profils criminologiques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement »

Nous avons comparé les deux groupes « motivés au changement » et « non motivés au changement » en ce qui concerne leurs caractéristiques criminologiques (tableau 5).

Tableau 5 : caractéristiques criminologiques des patients motivés au changement

	Motivés au changement	Non motivés au changement	Degrés de significativité (p)
Antécédents d'arrestations :			
Non	24 (80,6%)	9 (71,4%)	0,491
Oui	5 (19,4%)	3 (28,6%)	
Antécédents d'incarcérations :			
Non	27 (93,1%)	10 (83,3%)	0,567
Oui	2 (6,9%)	2 (16,7%)	
Sous l'emprise de toxiques au moment des faits :			
Non	22 (75,9%)	9 (75,0%)	1,000
Oui	7 (24,1%)	3 (25,0%)	
Etat émotionnel concernant la divulgation des faits :			
Soulagement- affects dépressifs	9 (31,0%)	10 (83,3%)	0,002
Banalisation-déni-absence d'affects-toute puissance	20 (69,0%)	2 (16,7%)	
Empathie pour la/les victimes(s) :			
Non	15 (51,7%)	1 (8,3%)	0,013
Oui, en est capable	14 (48,3%)	11 (91,7%)	
Sentiment de honte concernant les faits :			
Non	4 (13,8%)	0 (0,0%)	0,176
Oui	25 (86,2%)	12 (100,0%)	
Sentiment de culpabilité concernant les faits :			
Non	7 (24,1%)	1 (8,3%)	0,245
Oui	22 (75,9%)	11 (91,7%)	
Patient suivi en pré-sententiel :			
Non	25 (86,2%)	12 (100%)	0,302
Oui	4 (13,8%)	0 (0,0%)	
Mesure de SPO :			
Injonction de soins	8 (27,6%)	4 (33,3%)	0,721
Obligation de soins	21 (72,4%)	8 (66,7%)	

Les données les plus intéressantes de ce tableau sont qu'il existe un lien entre la capacité d'empathie et la motivation au changement puisqu'on observe une association statistiquement significative en faveur des patients capables d'empathie pour leur(s) victime(s) et la motivation au changement ($p=0.013$), et que l'état émotionnel concernant la divulgation des faits est important à prendre en compte puisque la dénégaration ou la banalisation des faits est associée à une absence de motivation au changement ($p=0,002$).

Concernant les antécédents judiciaires ou encore la modalité du SPO, on ne retrouve pas d'association statistiquement significative.

Enfin, il est à noter que nous n'avons pu analyser l'association entre le délai du jugement pour les patients suivis en pré-sententiel et la motivation au changement puisqu'aucun des patients suivis en pré-sententiel n'avait un score à l'URICA supérieur à 11.

3.4. Comparaison des profils cliniques des AIS « motivés au changement » et « non motivés au changement »

Nous avons comparé les deux groupes « motivés au changement » et « non motivés au changement » en ce qui concerne leurs caractéristiques cliniques. Les données sont résumées dans le tableau 6.

Tableau 6 : caractéristiques cliniques des patients motivés au changement.

	Motivés au changement	Non motivés au changement	Degrés de significativité (p)
QI :			
Dans la norme ou supérieur	21 (72,4%)	10 (83,3%)	0,694
Inférieur à la norme	8 (27,6%)	2 (16,7%)	
Antécédents psychiatriques :			
Non	20 (69,0%)	9 (75,0%)	1,000
Oui	9 (31,0%)	3 (25,0%)	
Consommation actuelles de toxiques :			
Non	23 (79,3%)	1 (92,9%)	0,156
Oui	6 (20,7%)	0 (7,1%)	
Paraphilie :			
Non	26 (89,7%)	7 (58,3%)	0,034
Oui	3 (10,3%)	5 (41,7%)	
Impulsivité :			
Non	23 (79,3%)	9 (75,0%)	0,247
Oui	6 (20,7%)	3 (25,0%)	
Capacités d'élaboration :			
Bonnes	8 (27,6%)	7 (58,3%)	0,063
Limitées	21 (72,4%)	5 (41,7%)	
Qualité de l'investissement des soins :			
Bonne	8 (27,6%)	12 (100%)	□ 0,001
Médiocre	21 (72,4%)	0 (0,0%)	
Ratio de rendez-vous honorés :			
□ 95%	20 (69,0%)	4 (33,3%)	0,045
≥ 95%	9 (31,0%)	8 (66,7%)	

Sur l'ensemble des données cliniques, nous retrouvons une corrélation positive entre la motivation au changement et l'absence de paraphilie diagnostiquée, mais ce sont surtout les données livrées par les soignants du CESAVS qui semblent corrélées à la motivation au changement du patient puisqu'on retrouve une association significative entre la motivation au changement et des capacités d'élaboration jugées comme bonnes ($p=0,063$), un investissement des soins jugé bon ($p \square 0,001$), confirmé par un ratio de rendez-vous honorés supérieur à 95% ($p=0,045$).

3.5. Analyse d'association

L'objectif de l'analyse d'association est d'étudier les « variables explicatives » chez les patients motivés au changement ou encore d'établir des facteurs prédictifs de motivation au changement, en tenant compte des relations existantes entre toutes les variables simultanément. Cette analyse a été réalisée à partir de la variable dépendante qualitative qu'est un score à l'échelle URICA >11. Cette variable a été soumise à l'analyse de régression logistique dont l'objectif est de modéliser les relations entre la variable « URICA >11 » et les variables indépendantes « explicatives ».

Cette méthode d'association permet d'estimer un odds ratio qui fournit une information sur la force d'association entre les variables explicatives et la variable dépendante. Seules les variables explicatives pour lesquelles a été retrouvée une association statistiquement significative en analyse bivariée ont été retenues. Seulement une variable s'est dégagée de cette analyse : la qualité de l'investissement des soins (tableau 7). On retrouve qu'un investissement des soins jugé de bonne qualité par les soignants est un facteur prédictif de motivation au changement : il y a 39,5 fois plus de patients dont l'investissement est considéré comme bon chez les « motivés au changement » par rapport aux « non motivés ».

Tableau 7 : Analyse d'association

	Pr > Khi ²	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95%
Etat émotionnel concernant la divulgation des faits : soulagement, affects dépressifs	0,990	1,017	[0,077 ; 13,371]
Empathie pour la/les victime(s)	0,985	1,027	[0,06 ; 17,49]
Paraphilie	0,191	4,037	[0,50 ; 32,62]
Bonnes capacités d'élaboration	0,162	0,250	[0,04 ; 1,74]
Investissement des soins de bonne qualité	0,020	39,538	[1,81 ; 865,78]
Ratio de rendez-vous honorés ≥ 95%	0,764	1,339	[0,198 ; 9,04]

3.6. Incidence des SPO sur la motivation au changement

Afin d'évaluer l'incidence des SPO sur la motivation au changement, nous avons comparé les résultats URICA ainsi que les données sociodémographiques, criminologiques et

cliniques des deux groupes « patients suivis en SPO » (patients SPO) et « patients suivis sans y être obligés par une mesure de SPO » (patients non SPO). Ces données sont résumées dans le tableau 8. Aucune des caractéristiques, qu'elles soient sociodémographiques, criminologiques ou cliniques ne présente de différence statistiquement significative entre les deux groupes, nous avons donc choisi de ne pas les détailler. Il n'y a pas de corrélation établie entre la motivation au changement et le fait d'être obligé à des soins ou non.

Tableau 8 : Motivation au changement chez les patients non suivis en SPO

	Patients non SPO	Patients SPO	Degrés de significativité (p)
Score URICA :			
≤ 11	2 (50,0%)	29 (70,7%)	0,577
> 11	2 (50,0%)	12 (29,3%)	

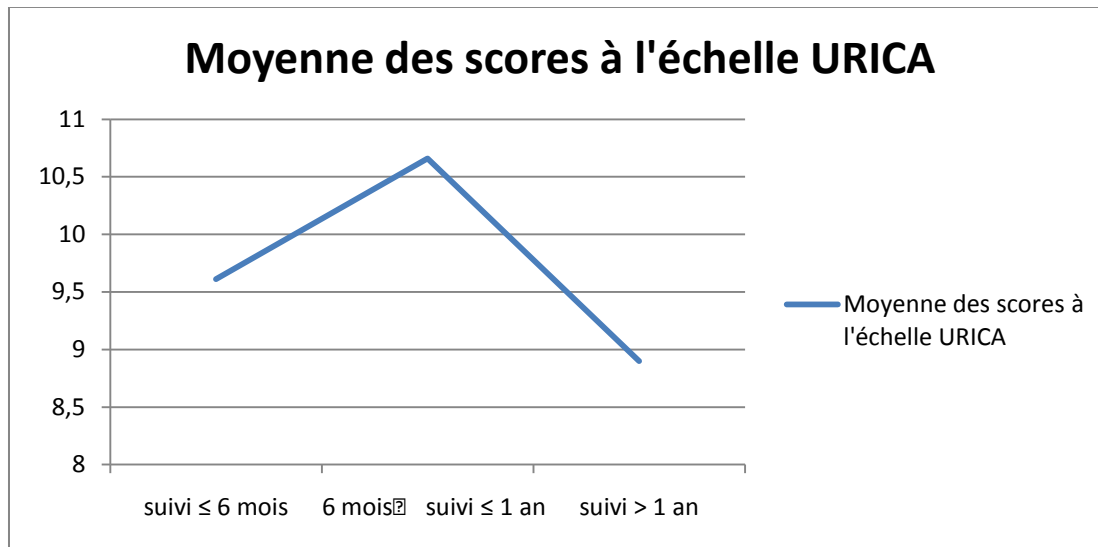
Dans un second temps, nous avons analysé la motivation au changement en fonction de la durée depuis le début des soins (tableau 9). De même, on ne retrouve pas d'association statistiquement significative entre une durée de suivi de plus d'un an et une motivation à changer.

Tableau 9 : Motivation au changement en fonction de la durée de suivi

	Motivés au changement	Non motivés au changement	Degrés de significativité (p)
Durée de suivi au CESAVS :			
> 1 an	22 (75,9%)	8 (66,7%)	0,545
≤ 1 an	7 (24,1%)	4 (33,3%)	

En prenant en compte les scores à l'échelle URICA et non les seuils ≤ 11 ou > 11 , les patients suivis depuis moins de 6 mois au CESAVS avaient une moyenne de 9,61 à l'URICA, ceux suivis depuis moins d'un an avaient une moyenne de 10,66 et ceux suivis depuis plus d'un an avaient une moyenne à 8,90 (graphique 3).

Graphique 3 : Moyennes des scores URICA en fonction de la durée du suivi



3.7. Profil de patient « motivés » versus « peu motivés » au changement

Si l'on considère l'ensemble des données analysées, un patient « motivé au changement » est donc, de façon statistiquement significative par rapport à un patient « peu motivé au changement » :

- plus adapté concernant son état émotionnel à la divulgation des faits, ressentant un soulagement ou des affects dépressifs,
- plus capable d'empathie pour la/les victimes,
- moins à même de présenter une paraphilie,
- présente des capacités d'élaboration jugées comme de bonne qualité par les soignants,
- plus investi dans les soins avec notamment un ratio de rendez-vous honorés plus important.

PARTIE III : DISCUSSION

La motivation au changement est une modalité de plus en plus évaluée en contexte de troubles addictologiques mais plusieurs études s'y sont intéressées concernant les AIS. L'objectif de ce travail était d'analyser s'il existe des facteurs prédictifs de motivation au changement, qu'ils soient sociodémographiques, criminologiques ou cliniques chez des AVS suivis au CESAVS 17. L'intérêt était également de comparer nos données avec celles retrouvées dans la littérature.

Nous avons finalement trouvé peu d'articles sur la motivation au changement chez les AIS : nous n'avons pu répertorier qu'une analyse de cas, une méta-analyse et seulement quatre études, dont seulement 1 française [35]. Le peu d'articles publiés à ce jour tient probablement du fait que la motivation au changement a, dans un premier temps, été étudiée dans d'autres troubles mentaux et n'est que depuis peu de temps étudiée chez les AVS. D'autre part, il existe souvent un biais d'attrition important dans les études auprès de ces patients : le fait que la majeure partie d'entre eux soit suivie dans le cadre de SPO influe déjà sur la motivation à changer et les obligations et injonctions de soins étant généralement prononcées pour plusieurs années, il est normal que la motivation puisse évoluer au cours de la prise en charge, rendant cette modalité difficile à analyser.

Pour ce travail, l'évaluation de la motivation au changement a été réalisée par l'échelle URICA. Ce questionnaire n'évalue que quatre stades de changement puisqu'il ne prend pas en compte les stades de préparation et de maintenance. Les stades sont donc catégorisés en fonction du score obtenu, soit un score d'au minimum 9,3 pour le stade de pré-contemplation, 11,0 pour le stade de contemplation et 12,6 pour le stade d'action. Dans ce travail, nous avons fait le choix de prendre comme critère de jugement principal un score à l'échelle URICA ≥ 11 , soit être au-delà du stade de contemplation selon le modèle trans-théorique du changement pour être considéré comme « motivé au changement ». Ce seuil excluait donc tous les degrés de motivation inférieurs, puisque considérés comme une non motivation à changer. Or l'un des apports essentiels de Prochaska et DiClemente, c'est que certaines stratégies sont plus utiles à certains stades qu'à d'autres [78]. L'idée générale, c'est que le travail introspectif (procédés cognitifs) sur soi, ses représentations et ses émotions, sont

essentiels pour faire passer les sujets du stade de la pré-intention au stade de la préparation. Les procédés comportementaux eux, prennent le relais pour permettre le passage du stade de préparation au stade de maintien. Le « modèle transthéorique » apporte ainsi une contribution à l'approche intégrative en psychothérapie, parce qu'il suggère des critères précis pour le choix raisonné d'un type d'intervention psychothérapeutique en fonction du stade auquel est parvenu le patient [90]. Pour être plus en adéquation avec le modèle transthéorique du changement, les prochaines études devraient plutôt s'attacher à étudier les facteurs prédictifs des différents stades de motivation.

La recherche contemporaine a mis l'accent sur la nécessité de tenir compte de la nature dynamique de la motivation. Les résultats de l'étude de Barrett et Wilson sur des AVS incarcérés et des AVS suivis dans les suites de leur incarcération en ambulatoire [118] ont effectivement montré que la motivation évolue au cours du traitement puisqu'elle avait considérablement augmenté entre l'évaluation en incarcération et l'évaluation en ambulatoire. Comme présenté dans les résultats, notre étude ne montrait pas d'association statistiquement significative entre la durée de suivi et la motivation au changement. De même si on prenait en compte les scores à l'échelle URICA et non les seuils ≤ 11 ou > 11 , les patients suivis depuis moins de 6 mois au CESAVS avaient une moyenne de 9,61 à l'URICA, ceux suivis depuis moins d'un an avaient une moyenne de 10,66 et ceux suivis depuis plus d'un an avaient une moyenne à 8,90. Pour une meilleure évaluation de l'incidence de la durée du suivi sur le degré de motivation, il serait judicieux de prolonger l'étude et de comparer les résultats des scores URICA obtenus durant cette étude et à 6 mois de celle-ci par exemple, ce pour chacun des patients.

Tierney et McCabe [96] soulignent que des facteurs spécifiques à la thérapie peuvent jouer un rôle dans le processus de motivation au changement : le thérapeute peut favoriser l'adhésion au traitement par une attitude positive, des explications claires sur les objectifs du suivi et par une reconnaissance et une valorisation des efforts et progrès du patient. Ceci est particulièrement rencontré chez les AVS pour lesquels une confrontation trop brutale entraîne un renforcement des mécanismes de défense et notamment du déni, une minimisation des difficultés et une coopération pauvre [96]. En parallèle, le refus de participation à une prise en charge peut être en lien avec un décalage entre les besoins du patient, ses objectifs de vie, ses attentes envers la thérapie, ses objectifs de changement et le programme de soins qui lui est proposé. Notre étude a tenté de prendre en compte des paramètres pouvant expliquer cet

éventuel décalage : les patients étaient questionnés sur leurs doutes quant à l'efficacité des soins, la confiance dans les soignants, les craintes quant à la confidentialité des entretiens, si les objectifs thérapeutiques étaient clairement définis avec les soignants, si c'était le bon moment pour arrêter le comportement, si l'attitude des soignants était perçue comme positive et aidant à progresser, si le type de prise en charge proposée convenait, les progrès étaient reconnus et valorisés ou encore sur un plan plus pratique si les patients avaient des difficultés pour être présent aux rendez-vous. Il paraît difficile d'évaluer ces critères, les réponses pouvant effectivement être influencées par un effet de désirabilité sociale du simple fait de la modalité de la prise en charge : les patients étant dans la grande majorité contraints au suivi et craignant des enjeux judiciaires peuvent vouloir donner la « bonne » réponse durant l'étude, bien qu'il ait été précisé que les données seraient traitées de façon anonyme, que cette étude ne s'inscrivait pas dans le contexte de soins et que l'investigateur n'était pas un soignant du CESAVS. Nos données retrouvent effectivement une discordance entre les effectifs de patients semblant adhérer au type de prise en charge et à ses modalités et les patients jugés comme investis dans les soins ou avec un ratio élevé de rendez-vous honorés.

A contrario de l'étude de Hajbi et Pinto [35], la grande majorité de nos sujets se trouvaient répartis dans les stades de pré-contemplation et de contemplation, nous faisant ainsi considérer notre échantillon comme globalement non motivé au changement. Nous pouvons donc supposer que les réponses à l'URICA n'ont, elles, pas été influencées par la désirabilité sociale.

Miner et Dwyer [97] appuient l'importance de l'influence des facteurs externes dans l'inscription et l'investissement dans les programmes de soins et ont montré par exemple, que les patients AVS mariés étaient plus à même de s'inscrire dans des soins que les non mariés. L'ensemble de ces facteurs développe chez les patients une motivation extrinsèque, premier pas vers le changement. Notre étude n'a pas retrouvé de concordance entre les facteurs externes sociodémographiques et la motivation au changement ni avec l'investissement dans les soins.

Conformément aux publications internationales, exceptés certains auteurs tels Ward et Hudson [98], notre travail n'a pas dégagé de profil type de personnalité chez les AVS, même si on constatait pour une importante proportion d'entre eux des traits de personnalité de type immature, ces sujets ont généralement un tableau psychopathologique varié et forment donc

un groupe hétérogène. Néanmoins, la majorité de notre échantillon (63%) présentait des carences précoces à type de carences affectives, de maltraitance dans l'enfance voire d'abus sexuel, et rapportait un vécu abandonnique. Nous nous posons donc la question de savoir dans quelle mesure les troubles psychopathologiques associés, source de souffrances supplémentaires pour ces sujets, peuvent influencer la motivation au changement. Considérant le fait que nous sommes dans un contexte de soins psychologiques, de prise en charge globale de la personne, une hypothèse est que ces sujets se présentent comme motivés au changement, non seulement pour leur problématique de violences sexuelles, mais qu'ils attendent également un soulagement de leurs troubles comorbides, ce qu'ont pu effectivement verbalisé certains patients au moment de l'entretien. Nous avons pu constater que plusieurs sujets ne donnaient pas le « bon » sens à l'expression « problème pour lequel vous êtes suivi au CESAVS » utilisé dans l'échelle URICA, mettant plutôt en avant leur mal-être que le passage à l'acte sexuel en lui-même.

L'étude de Barret et Wilson [46], qui s'est notamment attachée à étudier la motivation au changement en fonction du type d'infraction sexuelle commise, rapportait que les individus présentant une paraphilie montraient une moindre évolution dans leur motivation au changement entre la phase de suivi en incarcération et la phase de traitement dite « communautaire ». Notre étude vient appuyer l'importance de prendre en compte ce critère dans la prise en charge puisque les individus présentant un diagnostic de paraphilie sont de façon significative moins motivés à changer. Dans la recherche et les pratiques actuelles en matière correctionnelle, les individus paraphiles sont considérés comme plus à risque de récidiver.

Dans notre revue de la littérature, nous n'avons retrouvé aucune donnée concernant les AVS venant consulter spontanément, c'est-à-dire hors d'un cadre de SPO, dans les centres de soins spécifiques à ces problématiques. Ce travail permet d'avoir ainsi quelques renseignements sur cette population. Ces patients étaient globalement plus âgés que les patients suivis dans le cadre d'une OS ou d'une IS, tous avaient des enfants et une fratrie avec lesquelles ils étaient en contact, cependant ils rapportaient plus fréquemment un sentiment de solitude. Ils avaient un niveau de formation supérieur, corrélé à un niveau intellectuel toujours dans la norme. Les capacités d'élaboration étaient jugées comme bonnes chez 50% d'entre eux (versus 36,6% chez les « SPO »). La moitié d'entre eux avaient des antécédents d'incarcération, ce qui est plus fréquent que dans la population des AVS en SPO, et également

disait avoir déjà bénéficié de soins concernant cette problématique. Enfin, s'agissant de la motivation au changement, la moitié de l'échantillon présentait un score à l'URICA supérieur à 11 (contre 29,3% chez les SPO). Toutes ces données pourraient s'expliquer par une certaine maturité et une sensibilisation aux soins psychologiques expliquant le recours au suivi du CESAVS. Les trois quarts déclaraient des attouchements sexuels et on observait chez eux une capacité d'empathie pour la victime, contrairement aux patients « non SPO » suivis en majorité (56%) pour des faits de viol, 61% d'entre eux présentant une empathie pour la/les victime(s). Les critères de paraphilies et d'impulsivité étaient quasi équivalents dans les deux populations. L'investissement des soins n'étaient cependant pas jugé meilleur par les soignants, ceci étant corrélé à un ratio de rendez-vous quasi équivalent. Ces données sont toutefois à mettre en perspective du fait que les différences mises en évidence sont statistiquement non significatives, du fait notamment d'un faible échantillon (n=4).

Une des questions que l'on peut se poser à la fin de ce travail est : une intervention motivationnelle auprès des AVS permettrait-elle d'obtenir des résultats significatifs concernant leur implication dans le suivi et l'amélioration des scores de motivation au changement ? Nous n'avons pas eu, à ce jour, connaissance d'études évoquant ces modalités.

Plusieurs biais et limites sont à prendre en compte dans ce travail de recherche. Tout d'abord, le faible effectif de notre échantillon (n=45) est la limite principale de cette étude et restreint la généralisation de cette dernière à l'ensemble de la population des AVS. L'inclusion d'un plus grand nombre de sujets permettrait d'augmenter la puissance de l'étude. De plus, le recrutement était mono-centrique. La présence d'un faible niveau intellectuel peut être un biais de confusion. On peut se demander si ce dernier n'interfère pas avec les scores à l'URICA, l'échelle étant composée de plusieurs items avec des négations et des doubles négations, il n'est pas toujours évident de saisir le sens de l'affirmation et plusieurs patients ont nécessité qu'on relise avec eux certains items. Nous avons néanmoins fait le choix de garder les patients ayant un faible QI car ils sont le reflet d'une grande partie de la population des AVS.

Toutes ces limites nous amènent donc à interpréter les résultats de cette étude avec prudence. Cependant, notre travail autour de la motivation au changement chez les patients AVS renforce notre conviction qu'il s'agit d'un élément clinique intéressant à prendre en

compte et qu'il est nécessaire de poursuivre les explorations autour des stratégies psychothérapeutiques susceptibles d'avoir un impact positif.

Ce travail de recherche permet de mieux comprendre la contribution de caractéristiques individuelles et environnementales sur le développement du processus de changement chez les AVS, et de cibler les patients pouvant tirer bénéfice de ces prises en charge et ceux auprès desquels il s'agirait plutôt d'intensifier la surveillance. Nous retenons le témoignage de Monsieur G., suivi un temps par l'équipe du CESAVS 17 à laquelle il a tenu à adressé une lettre : *« Mais si Madame M. a été si présente c'est aussi parce que j'ai su me mobiliser, m'investir, poser les bases d'un avenir désirable [...]. S'il n'y a pas d'initiative, d'étincelle venant du fond du cœur et de la raison alors l'assistance ne pourra être cantonnée qu'au minimum [...]. On ne peut avancer seul mais il convient absolument d'être à l'origine de sa volonté de changer. La cothérapie, avec comme pierre angulaire le CPIP, trouve alors toute sa place, et ce dans un climat de confiance et d'authenticité. Chacun dans son domaine propre, avec sa démarche et son mode de fonctionnement offre l'occasion d'aller toujours plus loin dans les progrès à engager. La cothérapie est une chance à travers une multitude de compléments, et il n'appartient qu'à nous de la saisir pleinement. »*

Ces résultats ne sont que les prémices d'études autour de la motivation au changement chez les patients AVS. Des travaux plus approfondis avec des échantillons plus conséquents et des échelles complémentaires permettront vraisemblablement de mieux préciser les leviers thérapeutiques ayant un impact potentiel.

CONCLUSION

La prise en charge des AIS ravive continuellement les débats autour de la peine et du soin et interroge sur l'amalgame entre délit et symptôme. Le risque d'instrumentalisation de la médecine à des fins sécuritaires avec, entre autre, l'usage de la psychiatrie comme élément de contrôle social des déviances, inquiète de nombreux praticiens qui rappellent que la psychiatrie n'a pas pour objet de traiter la délinquance, et craignent la systématisation de soins pour une population qui n'est pas demandeuse.

Il ressort de notre revue de la littérature que l'application d'un cadre institutionnel contenant et des moyens thérapeutiques adaptés permettent un accompagnement de ces patients dans la prise de conscience de leurs comportements transgressifs ainsi qu'un accompagnement vers une réinsertion dans la société. Plusieurs études, principalement étrangères, ont permis l'identification de caractéristiques individuelles et environnementales associées au fait de corriger une conduite lors d'un suivi, et de constater que, chez les délinquants sexuels adultes, la motivation au changement représente un problème crucial en ce sens qu'elle est généralement déficiente et qu'elle affecte négativement l'issue des programmes de soins.

Nous avons mené une étude prospective observationnelle mono-centrique sur la motivation au changement chez les patients AVS suivis au CESAVS 17 du GHLRRA. Les caractéristiques de la population des patients correspondent à celles retrouvées dans la littérature : sexe masculin, faible niveau socio-économique, antécédents de carences affectives et/ ou éducatives mais sans antécédents de suivi psychiatrique ni observation d'une pathologie psychiatrique décompensée lors du passage à l'acte, avec une comorbidité addictive ou de traits de personnalité immature. L'infraction pour laquelle ils étaient suivis était majoritairement des attouchements sexuels sur une victime mineure en intrafamilial.

Nos résultats ne montrent pas de lien entre les caractéristiques sociodémographiques ou criminologiques et la motivation au changement. Seule l'évaluation de la qualité de l'investissement des soins par les soignants apparaît comme prédictive d'une motivation au changement de qualité. Cependant, nous avons constaté une corrélation entre les niveaux de

motivation au changement et la capacité d'empathie envers la/les victime(s), un état émotionnel concernant la divulgation des faits adapté, c'est-à-dire à type de soulagement ou d'affects dépressifs, le diagnostic d'une paraphilie ou encore de bonnes capacités d'élaboration.

A notre connaissance aucun travail de recherche français n'a été consacré à l'étude des facteurs prédictifs de motivation au changement dans ce type de prise en charge. Les résultats retrouvés nous permettent d'apporter des éléments nouveaux à la réflexion sur les soins à proposer aux patients ayant commis une infraction sexuelle puisqu'il paraît important de travailler sur la motivation au changement pour engager les auteurs de violences sexuelles dans un réel travail thérapeutique, et que celle-ci dépend de déterminants identifiables sur lesquels il est possible de travailler. Au même titre que l'évaluation du risque de récurrence permet d'adapter la prise en charge correctionnelle, l'évaluation de la motivation au changement permettrait d'adapter les prises en charge sanitaires. Toutefois, ces résultats préliminaires sont à interpréter avec précaution du fait d'un certain nombre de limites méthodologiques. Des études plus larges et de réplication seraient nécessaires avec l'ajout d'échelles complémentaires, qui permettraient d'analyser de manière plus fine et objective la motivation au changement et les facteurs environnementaux, criminologiques et cliniques qui lui sont associés, afin d'aider à améliorer la prise en charge de ces patients et à renforcer l'efficacité des programmes thérapeutiques qui leur sont proposés. Ainsi, la nécessité d'interventions autres que psychothérapeutiques, l'importance de spécifier les objectifs de la prise en charge et la prise en compte de la motivation au changement dans l'implication thérapeutique du patient sont autant d'arguments pour l'intégration de technique d'entretiens motivationnels dans les programmes de soins aux AVS.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] 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 (JORF n°0139, 18 juin 1998. P. 9255).
- [2] Cornier K. Les soins pénalement ordonnés. Les Tribunes de la santé. 2007 Apr ; 17:87-95.
- [3] Joseph-Jeanneney B et al. Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires. Février 2011.
- [4] Doron CO. La volonté de soigner. La philosophie du soin Ethique, médecine et société sous la direction de BENAROYO L, LEFEVE C, MINO J-C, WORMS F. 2010.
- [5] Du Mesnil Du Buisson G. Entre le juge et le thérapeute, quelle place pour le condamné transgresseur sexuel? Pour une réponse interdisciplinaire aux violences sexuelles lors de l'application des peines. L'Évolution Psychiatrique. 1996;159-69.
- [6] Zagury D. Place et évolution de l'expertise psychiatrique. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. 2001.
- [7] Senon JL, Lopez G, Cario R. Psycho-criminologie. DUNOD 2ème édition. Paris; 2012.
- [8] Lebrun M. Témoignage à propos des soins pénalement ordonnés. La Lettre du Psychiatre. 2010 May-Jun ; 6(3).
- [9] Baratta A, Morali A, Halleguen O. Prise en charge médico-judicaire des auteurs d'infractions sexuelles. Médecine & Droit. 2011 ; 2011:114-123.
- [10] Guide de l'injonction de soins [en ligne]. <http://www.sante-sports.gouv.fr/l-injonction-de-soins.html/>
- [11] Delmotte H. Dix questions sur l'injonction de soins. La Gazette, Santé sociale [en ligne]. Novembre 2007. Disponibilité sur internet: < <http://www.gazette-sante-social.fr/6254/10-questions-sur-l-injonction-de-soins>>
- [12] Warsmann JL, Blanc E. Juger et soigner: lutter contre les pathologies et addictions à l'origine de la récidive. Paris: Assemblée nationale ; juillet 2009. Rapport n° 1811.
- [13] Fossey L. Analyse et état des lieux sur l'injonction de soins. Association nationale des juges de l'application des peines. Créteil ; mai 2008.
- [14] Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal Officiel de la République française. 6 mars 2007 ;(55):4215.

- [15] Setbon M, De Calan J. L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés. Paris : Observatoire français des drogues et des toxicomanies, août 2000, étude n° 21.
- [16] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel de la République Française. 2011.
- [17] Senon JL, Jonas C. Protection de la personne. Droits des patients en psychiatrie. Médecine et Droit. 2005, p.48.
- [18] Danet S, Cocagne N, Fourcade A. L'état de santé de la population en France. Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats, n° 747, janvier 2011.
- [19] Senon JL, Manzanera C. Réflexion autour des fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise pénale. Ann Med Psychol 2006;164:818-27.
- [20] Colbeau C. Nous refusons la politique de la peur. Le Monde, 12 décembre 2008.
- [21] Senon JL, Zagury D. L'expertise psychiatrique pénale en France, un système à la dérive. L'information psychiatrique, 2014 ; 90(8) :627-629.
- [22] Enquête « cadre de vie et sécurité » 2010-2015. Institut national de la statistique et des études économiques - Observatoire nationale des violences faites aux femmes.
- [23] Charbonnier G et al. Rapport de la Mission d'évaluation de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance. Mars 2010.
- [24] Danet J, Brizais R, Gautron V. La réponse pénale. Dix ans de traitement des délits. Presse Universitaire de Rennes. 2013.
- [25] Gautron V. Les mesures de sûreté et la question de la dangerosité : la place des soins pénalement ordonnés. Criminocorpus [en ligne]. 20 octobre 2014. Disponible sur internet : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01248735>>
- [26] Saas C, Lorvellec S, Gautron V. Les sanctions pénales : une nouvelle distribution. In *ibid.* Presses Universitaires de Rennes. 2013 ; p. 159-210.
- [27] Tardif M, Spearson-Goulet JA. La récidive chez les agresseurs sexuels. Trousse média sur les agressions sexuelles [en ligne]. Novembre 2012. Disponibilité sur internet : □ <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/fiches/la-recidive-agresseurs-sexuels>>
- [28] Harris AJR, Hanson RK. La récidive sexuelle : D'une simplicité trompeuse. Rapport pour spécialistes ; no 2004-03. Ottawa, Ontario, 2004. Sécurité publique et protection civile Canada.
- [29] Hanson RK, Morton-Bourgon KE. L'exactitude de l'évaluation du risque: Une méta-analyse. Rapport pour spécialistes. Ottawa, novembre 2007. Sécurité publique Canada. ISBN : 978-0-662-73541-0.

- [30] Hanson K, Buissière T. Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998;(662):348–62.
- [31] Mann RE, Hanson RK, Thornton D. Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 2010 ; 22(2): 191–217.
- [32] Campbell JC, Quinsey VL, Lalumière ML. Predicting sexual offenses. In: *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers and child abusers. Interpersonal violence: The practice series*. 1995;8:114-137.
- [33] Proulx J, Pellerin B, Paradis Y, Mc Kibben A, Aubut J, Ouimet M. Static and dynamic predictors of recidivism rates in sexual aggressors. *Sex Abuse*. 1997;9:7–27.
- [34] Hanson RK, Harris A. Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*. 2000;27:6-35.
- [35] Hajbi M, Pinto, Wagner R, Didier JP, Libbey J. Motivation au changement et dimensions de personnalité chez des auteurs de violences sexuelles en injonction de soins. *L'information psychiatrique*. Juillet 2010 ; 86 :597-609.
- [36] Ciavaldini A. Violences sexuelles : surveiller et/ou soigner, une question éthique. In : *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*. Paris, 2003.
- [37] Hanson RK, Gordon A, Harris A., Marques JK., Murphy W., Quinsey V, Seto M. The 2001 ATSA report on the effectiveness of treatment for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 2002;14(2):169-194.
- [38] Beech AR, Mandeville-Norden R, Goodwill A. Comparing recidivism rates of treatment responders/nonresponders in a sample of 413 child molesters who had completed community-based sex offender treatment in the United Kingdom, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2012; 56(1), 29–49.
- [39] Benbouriche M, Vanderstukken O, Guay J-P. Les principes d'une prévention de la récidive efficace :le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques* 21 (2015) 219–234.
- [40] Martinson R. What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, (1974) 35, 22–54.
- [41] Andrews D-A, Bonta J, Hoge R-D. Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, (1990) 17, 19–52.
- [42] Hanson R-K, Morton-Bourgon K-E. The characteristics of persistent sexual offenders : A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (2005) 73, 1154–1163.
- [43] Andrews D-A, Bonta J. Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, (2010) 16, 39–55.

- [44] Andrews D-A, Bonta J. The psychology of criminal conduct (5^eéd.). New Providence, NJ. 2010.
- [45] Ward T, Day A, Howells K, Birgden A. The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*. 2004;9(6):645-73.
- [46] Barrett M, Wilson R-J, Long C. Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, (2004)15, 269–283.
- [47] 5^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Psychopathologies et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles. Paris, décembre 2001.
- [48] Haute Autorité de santé. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Paris: Recommandations de bonne pratique; 2009.
- [49] Milgrom E, Bouchard P, Olié JP. La prévention médicale de la récurrence chez les délinquants sexuels. Académie de Médecine, Recommandations officielles. Paris, 28 juin 2010.
- [50] Bertscha I, Canoc JP. Approche motivationnelle auprès des auteurs de violences sexuelles : état de la littérature et aspects cliniques . *Journal de thérapie comportementale et cognitive* (2015) 25, 48-57.
- [51] Cohen S. Face à l'injonction de soins : le problème de l'engagement du travail psychothérapeutique. In: Ciavaldini A, editor. *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*. Paris: In Press; 2003. p. 115-24.
- [52] Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris; 1988.
- [53] Balier C, Ciavaldini A, Girard-Kayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Caractéristiques de l'acte d'agression [en ligne]. Direction générale de la santé, Novembre 1996. Disponibilité sur internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/rapports/recherche/RechBalier6>>
- [54] Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Paris: Direction générale de la santé . 1996 (291).
- [55] Goumilloux R, Bourgeois M. 75 expertises d'agresseurs sexuels en justice pénale. *Annales Medico-Psychologiques*. 1995;153(2):213-9.
- [56] Senon JL, Manzanera C, Humeau M. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Information Psychiatrique*. 2006;82:645-52.
- [57] 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;29:443-9.

- [58] Leue A, Borchard B, Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur Psychiatry*. 2004;19:123-30.
- [59] Bertsch I, Courtois R. La recherche auprès des auteurs de violences sexuelles en France. Janvier 2016.
- [60] Millaud F, Lemay M. Le passage à l'acte : aspects cliniques et psychodynamiques. Paris, FR: Masson; 1998.
- [61] Hirschelmann A, Sztulman H, Favard AM. La dynamique du passage à l'acte ou le développement psychique entre «violence» et «agressivité». *Annales Medico-Psychologiques* (Paris). 1998;156(9):596-606.
- [62] Hirschelmann A. Risques et dangers. *Bull Psychol*. 2006;481(1):47-55.
- [63] Bond I, Evans D. Avoidance therapy: its use in two cases of underwear fetishism. *Can Med Assoc J*. 1967;96(16):1160.
- [64] Marshall WL, Barbaree HE. An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, editors. *Handbook of Sexual Assault : Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York, NY, US: Plenum; 1990. p. 23-52.
- [65] Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*. 2006;11(1):44-63.
- [66] Beck AT. Thinking and depression: I. idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*. 1963;9(4):324-33.
- [67] DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, texte révisé. Paris: Masson; 2000.
- [68] Vanderstukken O. Évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie. In: Pham T, editor. *Évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Bruxelles: Mardaga; 2006.p. 161-94.
- [69] McKibben A, Aubut J, Dassylva B. Grille d'évaluation du déni et de la minimisation. Document inédit. 1995.
- [70] Wright RC, Schneider SL. Mapping child molester treatment progress with the FoSOD: Denial and explanations of accountability. *Sex abus*. 2004;16(2):85-105.
- [71] Bami M. Rencontre en prison. *Rev Fr Psychanal* 1998;62(1):51—62.
- [72] Balier C. Les agressions sexuelles : de l'analyse de la pathologie à la mise en place d'une politique française de soins spécifiques. In : Louzon C, Salas D, editors. *Justice et psychiatrie*. Paris: Erès; 1998.
- [73] Roulois P. Théories Générales sur la Motivation. *Neuropédagogie* [en ligne]. Juin 2010. Disponibilité sur internet: <<https://neuropedagogie.com/motivation/theories-generales-sur-la-motivation.html>>.

- [74] Curry SJ, Grothaus L, McBride C. Reasons for quitting : Intrinsic and Extrinsic Motivation for Smoking Cessation in a Population-Based Sample of Smokers. *Addictive Behaviors*. 1997;22(6):727-739.
- [75] Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. Paris: Dunod; 2002.
- [76] Deci E, Ryan R. Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health Edward L. *Canadian Psychology*. 2008, Vol. 49, No. 3, 182–185
- [77] Prochaska JO, Diclemente CC. The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: DowJones-Irwin; 1984.
- [78] S.Csillik A, Petot JM. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'évolution psychiatrique* 77 (2012) 331–341
- [79] DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. In: Millerand WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviours*. 2nd ed New York: Plenum Press; 1998. p. 3–24.
- [80] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychol Rev* 1977; 84:191-215.
- [81] Giordan A. Comment favoriser le changement de comportement ? *Médecine des maladies Métaboliques* - Septembre 2010 - Vol. 4 - N°4
- [82] Burrowes N, Needs A. Time to contemplate change? A frame-work for assessing readiness to change with offenders. *AggressViolent Behav*. 2009;14:39-49.
- [83] Kirchner E, Kennedy R, Dragun J. Assertion and aggression in adult offenders. *Behavior Therapy* ; 1979. 10(4), 452–471.
- [84] Noël Y. Évaluation d'une technique d'hypnothérapie du tabagisme : application de l'analyse du dépliage. Nanterre: Université de Paris X–Nanterre; 1996 [thèse de Doctorat].
- [85] Miller WR, Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav* 1996;10:81–9.
- [86] McMurran M, Ward T. Motivating offenders to change in therapy: an organizing framework. *Legal Criminol Psych*. 2004;9:295-311.
- [87] Weiner B. An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag; 1986.
- [88] Hildebran D, Pithers WD. Enhancing offender empathy for sexual-abuse victim. In: Laws DR, editor. *Relapse prevention with sex offenders*. New York : Guilford Press. 1989 :236-43.

- [89] Mc Kay MM, Chapman JW, Long NR. Causal attributions for criminal offending and sexual arousal: comparison of child sex offenders with other offenders. *Br J Clin Psychol*. 1996;35:63-75.
- [90] Larsen J, Hudson SM, Ward T. Evaluation of attributional change in a relapse prevention program for child molesters. *Behavior Change*. 1995;12:127-38.
- [91] Pollock PH. Self-efficacy and sexual offending against children : construction of a measure and changes following relapse prevention treatment. *Legal Crim Psychol*. 1996;1:219-28.
- [92] Aghababian V, Giocanti D, Lancon C et al. Les aspects médico-psycho-judiciaires de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des auteurs d'infractions sexuelles : apport des décrets d'application. *Journal de Médecine Légale et de Droit Medical*. 2002 ; 45 : 19-24.
- [93] Cochez F, Gromb S, Oliveira A et al. La prise en charge des agresseurs sexuels : aspects éthiques, juridiques et médicaux. *Journal de Médecine Légale et de Droit Médical*. 2001 ; 44 : 485-90.
- [94] Py B. L'expertise de santé : mission médicale, juridique ou prédictive ? », *Philosophia Scientiæ* [en ligne]. 2008. Disponibilité sur internet : <http://philosophiascientiae.revues.org>; DOI : 10.4000/philosophiascientiae.119>
- [95] Wulfman R. Les nouvelles missions de l'expert psychiatre, in : *Médecine & Droit*. 2007. 2007(82) : 20-24.
- [96] Tierney DW, McCabe MP. Motivation for behavior change among sex offenders. A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2002;22:113-29.
- [97] Miner MH, Dwyer SM. Analysis of dropouts from outpatient sex offender treatment. *Journal Psychol Hum Sex* 1995;1:77-93.
- [98] Ward T, Louden K, Hudson SM, Marshall WL. A descriptive model of the offense chain for child molesters. *Journal of Interpersonal Violence* 1995 ; 10 : 452-72.

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus dans l'étude.....	81
Tableau 2. Caractéristiques criminologiques des sujets inclus dans l'étude.....	82
Tableau 3. Caractéristiques cliniques des sujets inclus dans l'étude.....	84
Tableau 4 : données sociodémographiques chez les patients motivés au changement.....	88
Tableau 5 : caractéristiques criminologiques des patients motivés au changement.....	89
Tableau 6 : caractéristiques cliniques des patients motivés au changement.....	90
Tableau 7 : Analyse d'association.....	91
Tableau 8 : Motivation au changement chez les patients non suivis en SPO.....	92
Tableau 9 : Motivation au changement en fonction de la durée de suivi.....	92

INDEX DES FIGURES

Figure 1. Organigramme de la mesure d'obligation de soins.....	20
Figure 2. Organigramme de la mesure d'injonction de soins.....	23
Figure 3. Organigramme de la mesure d'injonction thérapeutique.....	28
Figure 4. Algorithme de la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle selon les recommandations de l'HAS.....	46
Figure 5. Stades du changement selon Prochaska et Diclemente.....	55
Figure 6. Diagramme de flux.....	79

INDEX DES GRAPHIQUES

Graphique 1. Age des sujets inclus dans l'étude.....	80
Graphique 2. Proportion de patients motivés et non motivés au changement de comportement...	86
Graphique 3. Moyennes des scores URICA en fonction de la durée du suivi.....	93

INDEX DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Version abrégée du Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS).....	111
ANNEXE 2 : Lettre d'information au patient.....	114
ANNEXE 3 : Cahier d'observation.....	115
ANNEXE 4 : URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale).....	122

ANNEXE 1

QICPASS LIGHT

(version abrégée du Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles)

DESCRIPTION DE L'ACTE :

En ce qui concerne l'acte pour lequel vous avez été condamné ou le motif de votre consultation :

1. S'agit-il d'une impulsion ? oui non non précisable
2. A un autre moment de votre vie aviez-vous déjà pensé à ce comportement, à cet acte ? oui non
si oui, comment y pensiez-vous ?
3. Avant l'acte, avez-vous eu une pensée ou eu dans votre tête une image qui soit venue (ne pas poser aux patients qui consultent spontanément) ? Oui non Autre
A. Si oui ou autre, décrivez
B. Si non que s'est-il passé pour vous juste avant l'acte ?
4. Si ce n'est pas la première fois que vous pratiquez cet acte, est-ce toujours la même image qui vient avant l'acte ? Oui non Autre
A. Si oui ou autre décrivez
B. Si non, que se passe-t-il pour vous avant l'acte ?
5. Comment vous sentiez-vous émotionnellement à l'intérieur de vous juste avant l'acte ?

CIRCONSTANCES PARTICULIERES DU PASSAGE A L'ACTE :

6. Généralement recherchez-vous un lieu précis ? Oui non
si oui, quel lieu et pourquoi ?
7. Cela se passe-t-il à un moment précis de la journée ? Oui non
si oui, laquelle et pourquoi ?
8. Est-ce à une époque particulière de votre vie que l'acte s'est passé ? Oui non
Si oui, laquelle et pourquoi ?
9. Présence d'adjuvant :
A. Avant l'acte avez-vous pris de l'alcool ? Oui non
B. Avant l'acte avez-vous pris de la drogue ? Oui non
C. Pendant l'acte étiez-vous en groupe ? Oui non
10. Pensez-vous que quelque chose ou quelqu'un aurait pu empêcher que cela arrive ? Oui non
Si oui, quoi et qui ?
Si non, pourquoi ?

DESCRIPTION DU PASSAGE A L'ACTE :

11. L'âge de la victime a-t-il une importance ? Oui non
Si oui, quel âge de préférence ?
12. Le sexe de la victime a-t-il une importance ? Oui non
Si oui quel est le sexe de préférence ?

13. Pendant l'acte qu'éprouvez-vous ?

14. L'acte vous a procuré principalement ?

- A. Du plaisir
- B. L'apaisement d'une excitation ou d'une tension
- C. Du dégoût
- D. une insatisfaction

15. Avez-vous voulu apprendre ou montrer quelque chose à votre victime ? Oui non

16. Y a-t-il eu contrainte ? Oui non

Si oui, la contrainte a-t-elle compté dans votre excitation ? Oui non

17. Y a-t-il eu violence ? Oui non

Si oui, la violence a-t-elle compté dans votre excitation ? Oui non

18. Après l'acte vous sentiez-vous coupable ou honteux ? Oui non ne peut pas répondre

Si oui, de quoi :

PERCEPTION DE L'ACTE PAR LE SUJET :

19. Pendant l'acte, que représentait pour vous la victime :

20. Vous sentez-vous victime des événements ? Oui non

A. Si oui, décrire lesquels.

B. pensez-vous que l'acte devait fatalement arriver à un moment ou à un autre de votre vie ? Oui non

21. Y a-t-il une chose que vous aurez aimé changer en vous qui aurait permis que l'acte ne se passe pas :

Oui non

Si oui, pourquoi ?

22. Vous sentiez-vous soulagé d'être arrêté ? oui non

Si oui, pourquoi ?

INVESTIGATION FAMILIALE

23. Depuis l'enfance : avez-vous été séparé de votre famille ? Oui non

Si oui, pouvez-vous vous souvenir de l'âge que vous aviez, de la durée et de la cause de la séparation ?

Age : Durée : Cause : Où :

Pour vous cela a été :

- A. Bien vécu
- B. Mal vécu
- C. Indifférent

24. Avez-vous déjà connu d'autres ruptures dans votre vie ? Oui non

Si oui, quel type d'évènement a fait rupture ?

25. Y a-t-il eu de problèmes d'alcoolisation ? Oui non

si oui, qui :

26. Y a-t-il eu de problèmes de toxicomanie ? Oui non

si oui, qui :

27. Y a-t-il eu de problèmes de violence agressive ? Oui non

si oui, qui/qui :

28. Y a-t-il eu de problèmes de violence sexuelle ? Oui non

si oui, qui/qui :

29. Y a-t-il eu d'autres problèmes que vous souhaiteriez évoquer ? oui non
si oui, lesquels :

INVESTIGATION DE LA VIE SEXUELLE

30. En dehors de l'acte transgressif, avez-vous une vie sexuelle ? Oui non

31. Si oui, celle-ci est-elle satisfaisante ? Oui non

32. Si oui, cette satisfaction est-elle plus grande que celle procurée par l'acte transgressif ? Oui non

33. Si vous n'avez pas d'autre vie sexuelle que celle de l'acte transgressif, avez-vous quand même d'autres pratiques sexuelles ?

34. Comment avez-vous débuté votre vie sexuelle ?

35. Y a-t-il eu un moment de votre vie une modification importante de votre vie sexuelle ?

36. Utilisez-vous des supports visuels mettant en scène des enfants ou jeunes adolescents (revues, cassettes, DVD, etc) ?

INVESTIGATION DE PERSONNALITE :

37. En général êtes-vous sujet à des angoisses ? Plutôt souvent rarement jamais

38. Vous arrive-t-il de vous sentir dépassé par les événements ? Oui non

39. Avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez devenir fou ? Oui non

40. Avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez commettre des actes fous ?

41. Avez-vous fait des tentatives de suicide

DIFFICULTES RELATIONNELLES

42. Avez-vous en général des difficultés dans les relations avec les gens ? Oui non

43. Dans votre enfance, ou pendant votre adolescence, avez-vous eu des difficultés avec les autres ?

ANNEXE 2

Lettre d'information aux patients

Titre de la recherche :	Motivation au changement chez les auteurs d'infractions sexuelles suivis dans le cadre de soins pénalement ordonnés : étude des facteurs prédictifs de la motivation au changement.
Promoteur :	Groupe Hospitalier de la Rochelle-Ré-Aunis
Investigateur principal :	Lisa OSMOND (interne DES de psychiatrie)
Collaborateur :	Dr P. PARRY, Mr V. DUBUS, Mme C. LUCAS, Mme C. MOINET
Adresse :	Centre Hospitalier Marius Lacroix 208 rue Marius Lacroix, 17000 La Rochelle
Téléphone :	0546456100

Madame, Monsieur,

Nous réalisons actuellement une étude sur la **motivation au changement chez les auteurs d'infractions sexuelles suivis au CESAVS 17**. Le but de l'étude est d'évaluer les facteurs prédictifs de motivation au changement de comportement transgressif. Cette étude est observationnelle, c'est-à-dire que tous les actes sont pratiqués de manière habituelle, sans procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance.

Vous êtes libre de refuser votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice et sans avoir à vous justifier. Cela n'altérera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués et ne modifiera pas vos relations avec l'ensemble de l'équipe soignante.

Toute information vous concernant recueillie pendant cet essai sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données, et traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, **vos données personnelles seront préservées.**

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur. S'agissant de données nominatives, vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès et de rectification des données vous concernant conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Le projet a été déclaré à la CNIL en date du 23/12/2016. Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués si vous le souhaitez.

Après avoir lu ce document d'information, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous désirez.

ANNEXE 3

CAHIER D'OBSERVATION

**Motivation au changement chez les auteurs d'infractions sexuelles
suivis dans le cadre de soins pénalement ordonnés :
étude des facteurs prédictifs de la motivation au changement.**

Numéro du patient : _____

Initiales du patient :
 Prénom Nom

Investigateur coordinateur

Lisa OSMOND
CH Marius Lacroix du Groupe La Rochelle-Ré-Aunis
208 rue Marius Lacroix
17000 La Rochelle
Tél : 05.46.45.61.00
E-mail : lisa.osmond@ch-larochelle.fr

Critères d'inclusion

	oui	non
- Homme ou femme âgé de 18 ans ou plus	☐	☐
- Sujet ayant été mis en examen ou reconnu coupable d'infraction sexuelle, suivi au CESAVS 17 dans le cadre ou non de SPO	☐	☐
- Au vu de son statut judiciaire, sujet pouvant être étudié au cours d'un suivi en milieu ouvert	☐	☐
- Ayant donné son consentement écrit à participer à l'étude après information écrite sur celle-ci	☐	☐

Critères de non inclusion

	oui	non
- Personne majeure sous tutelle	☐	☐
- Sujet souffrant d'une affection médicale ou neurologique majeure	☐	☐
- Troubles visuels, auditifs ou de la compréhension de la langue française perturbant la passation des questionnaires	☐	☐

Les **pages 3, 4 et 5** sont à remplir par le **patient**

Les **pages 2 et 6** sont à remplir par un **soignant du CESAVS 17** ou l'**investigateur**

La **page 7** est à remplir par l'**investigateur**

DONNEES à REMPLIR PAR LE PATIENT

Etes –vous :	☐ un homme ☐ une femme
Quel âge avez-vous :	— —
Concernant votre situation familiale :	☐ célibataire ☐ en couple ☐ veuf ☐ divorcé / séparé
Avez-vous des enfants ?	☐ oui ☐ non
Si oui, êtes-vous en contact avec ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous des frères et sœurs ?	☐ oui ☐ non
Si oui, êtes-vous en contact avec ?	☐ oui ☐ non
Niveau d'études	☐ maternelle/primaire ☐ collège ☐ lycée ☐ études supérieures
Situation professionnelle	☐ employé ☐ en recherche d'emploi ☐ en formation/études ☐ retraité ☐ invalidité
Bénéficiez-vous d'une mesure de curatelle ?	☐ oui ☐ non
Vous sentez-vous isolé ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous des activités hors de votre domicile ?	☐ oui ☐ non

Selon vous, quels faits vous sont reprochés ?	
Concernant les faits qui vous sont reprochés : étiez-vous sous l'emprise de toxiques au moment des faits ?	☐ oui ☐ non
Existe-t-il un sentiment de honte concernant ces faits ?	☐ oui ☐ non, je ne pense pas avoir fait quelque chose de répréhensible
Existe-t-il un sentiment de culpabilité concernant ces faits	☐ oui ☐ non
Avant cette prise en charge, aviez-vous déjà bénéficié de soins concernant cette problématique?	☐ oui ☐ non
Si oui, sous quelle(s) forme(s)	☐ avec votre médecin traitant ☐ avec un(e) psychologue/psychiatre ☐ au sein d'une association de patients ☐ autre :

Vous sentez-vous capable de vous contrôler dans l'avenir concernant le comportement pour lequel vous êtes mis en examen?	☐ oui ☐ non
Vous sentez-vous découragé et impuissant face au changement de ce comportement ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous recours à des moyens visant à soulager ce comportement ? (masturbation, supports visuels, autres...)	☐ oui si oui, le(s)quel(s) ?..... ☐ non
Avez-vous des doutes quant à l'efficacité des soins suivis au CESAVS ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous confiance dans le(s) soignant(s) du CESAVS au(x)quel(s) vous avez à faire?	☐ oui ☐ non
Avez-vous des craintes quant à la confidentialité des entretiens?	☐ non, je n'ai aucune crainte ☐ un peu, je crains de divulguer certaines informations ☐ oui, je crains que des informations soient divulguées aux acteurs judiciaires
Vos objectifs thérapeutiques sont-ils clairement définis avec le(s) soignant(s) ?	☐ oui, je sais quels sont mes objectifs ☐ un peu, j'ai une idée de ce que je dois atteindre ☐ non, je ne sais pas quels sont les objectifs de ses soins
Pensez-vous que l'arrêt de ce comportement vous soit bénéfique ?	☐ oui ☐ non
Pensez-vous que ce soit le bon moment pour vous d'arrêter ce comportement ?	☐ oui ☐ non
Trouvez-vous que l'attitude des soignants soit positive et vous aide à progresser concernant votre problématique ?	☐ oui, cela compte beaucoup pour moi ☐ oui, c'est important mais je n'ai pas l'impression que l'attitude du soignant m'aide ☐ non, l'attitude du soignant ne m'aide pas à progresser
Trouvez-vous que le type de prise en charge proposé vous convienne ?	☐ oui ☐ non
Vos efforts et vos progrès sont-ils reconnus et valorisés ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous parfois des difficultés pratiques pour être présent aux rendez-vous?	☐ oui ☐ non

Veillez maintenant compléter l'échelle de motivation au changement se trouvant en pages 4 et 5.

ECHELLE DE MOTIVATION AU CHANGEMENT

University of Rhode Island Change Assessment Scale (McConaughy, DiClemente, Prochaska et Velicer, 1998)

Voici un ensemble d'énoncés portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené au CESAVS 17. Lisez attentivement toutes les questions et répondez en indiquant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Utilisez l'échelle ci-dessous:

Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Je pense que je suis prêt(e) à faire quelque chose pour m'améliorer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangent | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Je travaille enfin sur mon problème | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. J'ai réussi à travailler sur mon problème, mais je ne suis pas certain de pouvoir faire les efforts par moi-même | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. J'espère qu'ici on m'aidera à mieux me comprendre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Je travaille vraiment dur pour changer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai un problème et je pense vraiment que j'ai besoin de changer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai fait, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

17. Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème	1	2	3	4	5
18. Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème	1	2	3	4	5
19. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème	1	2	3	4	5
20. J'ai commencé à travailler sur mes problèmes, mais j'aimerais avoir de l'aide	1	2	3	4	5
21. Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider	1	2	3	4	5
22. J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits	1	2	3	4	5
23. J'ai peut-être une part de responsabilités dans le problème, mais je ne le pense pas vraiment.	1	2	3	4	5
24. J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils	1	2	3	4	5
25. N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet	1	2	3	4	5
26. C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes	1	2	3	4	5
27. Je suis ici pour éviter que mon problème ne revienne	1	2	3	4	5
28. C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé	1	2	3	4	5
29. J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser?	1	2	3	4	5
30. Je travaille activement sur mon problème	1	2	3	4	5
31. Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer	1	2	3	4	5
32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder.	1	2	3	4	5

DONNEES à REMPLIR SUR DOSSIER par un soignant du CESAVS 17 ou l'investigateur

Données sociodémographiques			
Evènements de vie	☐ parents décédés / divorcés avant les faits criminels ☐ antécédents de maltraitance / d'abus sexuel ☐ carences affectives / vécu abandonnique		
Qi/niveau d'intelligence	☐ inférieur à la norme	☐ dans la norme	☐ supérieur à la norme

Données judiciaires	
Atcd familiaux judiciaires	☐ oui ☐ non ☐ ne sais pas
Atcd d'arrestations	☐ oui (si oui, nombre :) ☐ non
Atcd d'incarcération	☐ oui (si oui, nombre :) ☐ non
Motif(s)	☐ agression sexuelle ☐ vol ☐ violences ☐ homicide ☐ autre
Cadre du suivi CESAVS	☐ pré-sententiel (si oui, le jugement a lieu dans : ☐ moins de 6 mois ☐ plus de 6 mois) ☐ obligation de soins (durée :) ☐ injonction de soins (durée :) ☐ demande spontanée, vient sans y être obligé

Données criminologiques			
Type(s) d'agression sexuelle	☐ Attouchements ☐ proxénétisme	☐ viol ☐ harcèlement	☐ pédophilie ☐ pédopornographie
			☐ exhibitionnisme ☐ autre
Symptomatologie psychiatrique au moment des faits	☐ aucune ☐ dépression	☐ hypomanie/manie ☐ dissociation	☐ délire/hallucinations ☐ autres :
Victime(s)	☐ unique ☐ plusieurs (nombre: ...)	sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ les deux	âge: ☐ moins de 15 ans ☐ plus de 15 ans ☐ les deux
			☐ intra-familiale ☐ extra-familiale
Etat émotionnel concernant les faits	☐ banalisation ☐ affects dépressifs	☐ déni des faits ☐ dissociation/ délire	☐ soulagement ☐ sentiment de toute-puissance
Empathie concernant la/les victimes	☐ oui, en est capable ☐ non, aucune empathie		
Après les faits (que ce soit en incarcération ou non)	☐ tentative de suicide ☐ dépression	☐ psychose ☐ trouble anxieux	☐ autres :

Données cliniques					
Atcd familiaux psychiatriques	☐ aucun ☐ pathologie psychotique	☐ alcoolisme ☐ TS	☐ autres toxiques ☐ névrose	☐ trbles de l'humeur ☐ ne sais pas	
Suivi psychiatrique avant l'arrestation	☐ oui si oui, ☐ suivi ambulatoire (iDE/psychologue/psychiatre) ☐ hospitalisation ☐ soins pénalement ordonnés ☐ non				
Atcd personnels psychiatriques	☐ oui si oui, ☐ alcoolisme ☐ tb de l'humeur	☐ autres toxiques ☐ dépression	☐ pathologie psychotique ☐ tb anxieux	☐ TS	
Consommation de toxiques	☐ aucune	☐ alcool	☐ autres toxiques		
Paraphilie	☐ aucune ☐ sadisme	☐ fétichisme ☐ masochisme	☐ voyeurisme ☐ transvestisme	☐ exhibitionnisme	
Trouble de la personnalité / traits de personnalité	☐ antisociale ☐ histrionique	☐ narcissique ☐ pervers	☐ schizoïde ☐ état-limite	☐ schizotypique ☐ évitante	☐ dépendante ☐ obsessionnelle ☐ immature ☐ aucune
Impulsivité	☐ oui ☐ non				
Capacités d'élaboration	☐ nulles ☐ limitées ☐ bonnes				
Vous considérez l'investissement des soins	☐ nul ☐ médiocre ☐ bon				
Durée de suivi au CESAVS 17	☐ ≤ 6 mois ☐ ≤ 1 an ☐ ≥ 1 an				
Rendez-vous	Nombre de rdv depuis le début du suivi au CESAVS = Nombre de rdv honorés= Soit un ratio de :% de rdv honorés				

OUTILS STANDARDISES (à remplir par l'investigateur)

Echelle de Motivation au Changement (University of Rhode Island Change Assessment Scale)

Pré-contemplation (PC)	Contemplation (C)	Action (A)	Maintenance (M)
1. ____	2. ____	3. ____	6. ____
5. ____	8. ____	7. ____	16. ____
11. ____	12. ____	10. ____	18. ____
13. ____	15. ____	14. ____	22. ____
23. ____	19. ____	17. ____	27. ____
26. ____	21. ____	25. ____	28. ____
29. ____	24. ____	30. ____	32. ____
Total= ____ divisé par 7 = ____ (Average)	Total = ____ divisé par 7 = ____	Total = ____ divisé par 7 = ____	Total = ____ divisé par 7 = ____

Score = (Avg C + Avg A + Avg M) – Avg PC =

Score : ☐ ≤ 11 ☐ ≥ 11

ANNEXE 4

ECHELLE DE MOTIVATION AU CHANGEMENT

University of Rhode Island Change Assessment Scale (McConaughy, DiClemente, Prochaska et Velicer, 1998)

Voici un ensemble d'énoncés portant sur la façon dont vous percevez les problèmes qui vous ont amené au CESAVS 17. Lisez attentivement toutes les questions et répondez en indiquant le chiffre correspondant à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Utilisez l'échelle ci-dessous:

Fortement en désaccord	Moyennement en désaccord	Neutre ou indécis	Moyennement en accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5

1. D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement	1	2	3	4	5
2. Je pense que je suis prêt(e) à faire quelque chose pour m'améliorer	1	2	3	4	5
3. Je fais quelque chose au sujet des problèmes qui me dérangent	1	2	3	4	5
4. Ça vaudrait la peine de travailler sur mon problème	1	2	3	4	5
5. Ce n'est pas moi qui ai un problème; ça n'a pas de sens pour moi d'être ici	1	2	3	4	5
6. Ça m'inquiète de savoir que le problème que j'avais réglé pourrait revenir, alors je viens ici pour chercher de l'aide	1	2	3	4	5
7. Je travaille enfin sur mon problème	1	2	3	4	5
8. J'ai pensé à changer quelque chose à propos de moi-même	1	2	3	4	5
9. J'ai réussi à travailler sur mon problème, mais je ne suis pas certain de pouvoir faire les efforts par moi-même	1	2	3	4	5
10. Parfois, mon problème est difficile mais je travaille dessus	1	2	3	4	5
11. C'est plutôt une perte de temps pour moi d'être ici car le problème n'a rien à voir avec moi	1	2	3	4	5
12. J'espère qu'ici on m'aidera à mieux me comprendre	1	2	3	4	5
13. Je suppose que j'ai des défauts mais il n'y a rien que j'ai vraiment besoin de changer	1	2	3	4	5
14. Je travaille vraiment dur pour changer	1	2	3	4	5

15. J'ai un problème et je pense vraiment que j'ai besoin de changer	1	2	3	4	5
16. Je n'ai pas persévéré aussi bien que je l'avais espéré dans les changements que j'ai fait, alors je suis ici pour éviter que mon problème revienne	1	2	3	4	5
17. Même si je ne réussis pas toujours à changer avec succès, au moins je travaille sur mon problème	1	2	3	4	5
18. Je pensais qu'une fois que j'aurais réglé mon problème j'en serais débarrassé, mais parfois il m'arrive encore de me retrouver pris avec le même problème	1	2	3	4	5
19. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de régler mon problème	1	2	3	4	5
20. J'ai commencé à travailler sur mes problèmes, mais j'aimerais avoir de l'aide	1	2	3	4	5
21. Peut-être qu'ici on va pouvoir m'aider	1	2	3	4	5
22. J'aurais besoin d'un coup de main en ce moment pour m'aider à maintenir les changements que j'ai déjà faits	1	2	3	4	5
23. J'ai peut-être une part de responsabilités dans le problème, mais je ne le pense pas vraiment.	1	2	3	4	5
24. J'espère que quelqu'un ici va pouvoir me donner de bons conseils	1	2	3	4	5
25. N'importe qui peut parler de changer; moi je fais vraiment quelque chose à ce sujet	1	2	3	4	5
26. C'est ennuyant ces discussions à propos de psychologie. Pourquoi les gens ne peuvent-ils pas juste oublier leurs problèmes	1	2	3	4	5
27. Je suis ici pour éviter que mon problème ne revienne	1	2	3	4	5
28. C'est frustrant, j'ai l'impression que mon problème pourrait revenir même si je croyais l'avoir réglé	1	2	3	4	5
29. J'ai des soucis comme tout le monde. Pourquoi perdre du temps à y penser?	1	2	3	4	5
30. Je travaille activement sur mon problème	1	2	3	4	5
31. Je préférerais m'accommoder de mes défauts plutôt que d'essayer de les changer	1	2	3	4	5
32. Après tout ce que j'ai fait pour essayer de changer mon problème, ça revient encore m'obséder.	1	2	3	4	5

RESUME

Introduction : Les recherches actuelles sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles s'intéressent à identifier les facteurs qui favorisent ou compromettent le déroulement de l'intervention auprès de ces patients, suivis principalement dans un contexte de soins contraints par une autorité. La motivation au changement de comportement figure parmi ces facteurs ayant démontré leur influence positive, permettant une meilleure implication du patient, avec en ligne de mire, une réduction du risque de récurrence.

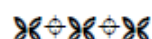
Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, observationnelle, mono-centrique, au Centre de Consultation, d'Evaluation et de Soins aux Auteurs de Violences Sexuelles de Charente-Maritime. Quarante-cinq patients auteurs de violences sexuelles ont été inclus. L'objectif principal était d'évaluer la proportion des auteurs d'infractions sexuelles suivis dans la cadre de soins pénalement ordonnés motivés au changement de comportement à l'aide de l'échelle University of Rhode Island Change Assessment. Les objectifs secondaires étaient d'établir le profil clinique des patients de notre échantillon, de comparer les profils cliniques et criminologiques des patients « motivés au changement » et « non motivés au changement », d'établir des facteurs prédictifs de motivation au changement et donc des profils de patients « motivés » au changement à prioriser pour ces soins ou peu « motivés » au changement pour discuter de la nécessité d'une surveillance plus rapprochée.

Résultats : Les résultats montraient une majorité de patients « motivés au changement ». Nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative entre la motivation au changement et les caractéristiques sociodémographiques étudiées. Nous retrouvons une corrélation positive entre la motivation au changement et la capacité d'empathie envers la/les victime(s), un état émotionnel adapté au moment de la divulgation des faits à type de soulagement ou d'affects dépressifs, le diagnostic d'une paraphilie ainsi que de bonnes capacités d'élaboration. Seule l'évaluation de la qualité de l'investissement des soins par les soignants, confirmée par un ratio de rendez-vous honorés significativement plus élevé, apparaît comme un facteur prédictif de motivation au changement.

Conclusion : Ces résultats préliminaires, même s'ils nécessitent d'être approfondis et précisés sur une population plus large, confirment le nécessaire investissement du sujet dans sa prise en charge et l'importance de porter attention aux facteurs de motivation au changement.

Mots clés : motivation au changement, auteurs de violences sexuelles, University of Rhode Island Change Assessment Scale, implication thérapeutique.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

