



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

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

RECOMMANDATIONS

Juillet 2009

L'argumentaire des recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

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

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

Sommaire

Recommandations	4
1 Introduction	4
1.1 Thème et objectifs des recommandations	4
1.2 Population concernée	4
1.3 Professionnels concernés	6
1.4 Gradation des recommandations	6
2 Données statistiques	6
3 Cadre législatif du soin pénalement ordonné	7
3.1 L'obligation de soins	7
3.2 L'injonction de soins	8
4 Le médecin coordonnateur : cadre d'intervention et fonctions.....	9
4.1 Ses missions	9
4.2 Les modalités pratiques	10
5 Cadre déontologique et éthique de la prise en charge thérapeutique.....	11
6 Evaluation initiale.....	11
7 Prise en charge psychothérapique et pharmacologique.....	13
7.1 Généralités	13
7.2 Formation et accompagnement des soignants	13
7.3 Objectifs de la prise en charge	13
7.4 Traitement des pathologies somatiques et psychiatriques associées	13
7.5 Eléments d'évaluation à prendre en compte dans le suivi	14
7.6 Prise en charge psychothérapique	14
7.7 Traitements pharmacologiques	17
Annexe 1. Outil d'intervention du soignant dans le cadre de soins pénalement ordonnés.....	22
Annexe 2. Liste non exhaustive d'éléments cliniques et sociodémographiques à évaluer	25
Annexe 3. Liste non exhaustive d'outils d'évaluation standardisée.....	27
Annexe 4. Liste des centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) existant en novembre 2009	29
Méthode <i>Recommandations pour la pratique clinique</i>.....	34
Participants.....	36
Fiche descriptive des recommandations.....	37

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

► Thème des recommandations

Ces recommandations de bonne pratique professionnelle ont été élaborées par la HAS à la demande du ministre de la Santé. La demande s'inscrit dans le contexte des évolutions législatives sur la prévention de la récidive (loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs), avec notamment le renforcement des mesures d'injonction de soins instituées par la loi du 17 juin 1998. Elle vise également à participer à l'amélioration de la prise en charge sanitaire des auteurs d'agression sexuelle¹ à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans².

► Objectifs des recommandations

L'objectif principal de ce travail est de proposer aux professionnels des stratégies de prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs.

Les recommandations répondent aux questions suivantes :

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

1.2 Population concernée

Une grande hétérogénéité caractérise la population concernée, qui est essentiellement celle des auteurs d'infraction à caractère sexuel³, mais qui peut comprendre des personnes qui ne font pas l'objet d'une procédure judiciaire, ce qui rend difficile la dénomination même de cette population.

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

Le choix du terme « auteur d'agression sexuelle » a été privilégié par rapport à celui d'agresseur sexuel, car la notion d'auteur fait référence au sujet dans sa globalité et amène à penser la prise en charge comme non spécifiquement centrée sur le passage à l'acte. Le terme « délinquant sexuel » n'a pas été retenu pour ne pas s'inscrire dans la seule logique judiciaire, de même que le terme « abuseur sexuel », qui est une mauvaise traduction de l'anglais.

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

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

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

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

La pédophilie est définie dans le DSM-IV-TR (cf. encadré 1) dans le cadre des troubles sexuels et des troubles de l'identité sexuelle dans le sous-chapitre des paraphilies, et dans la CIM-10 (cf. encadré 2) elle figure dans le cadre des troubles de la personnalité.

ENCADRE 1. DEFINITION DE LA PEDOPHILIE DANS LE DSM-IV-TR.

A. Présence de fantasmes⁴ imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements, survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes).

B. La personne a cédé à ces impulsions sexuelles, ou les impulsions sexuelles ou les fantasmes imaginatives sexuelles sont à l'origine d'un désarroi prononcé ou de difficultés interpersonnelles.

C. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins 5 ans de plus que l'enfant mentionné en A.

N.B. : ne pas inclure un sujet en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec un enfant de 12-13 ans.

Spécifier si :

- ▶ attiré sexuellement par les garçons
- ▶ attiré sexuellement par les filles
- ▶ attiré sexuellement par les garçons et filles

Spécifier si :

- ▶ limité à l'inceste

Spécifier le type :

- ▶ type exclusif (attiré uniquement par les enfants)
- ▶ type non exclusif

ENCADRE 2. DEFINITION DE LA PEDOPHILIE DANS LA CIM-10 (OMS 1993)

La pédophilie est une préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles, ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté (F65.4).

⁴ Cet encadré reprend le texte intégral de la traduction française du DSM-IV-TR (DSM-IV-TR. Ed. Masson, 2003, page 661). Le terme « fantasmes » traduit l'anglais « *fantasies* », qui correspond à la notion de « fantasmes ». Le terme « impulsions sexuelles » traduit l'anglais « *sexual urges* », que l'on peut traduire par « pulsions sexuelles » ou « besoins sexuels urgents ». Le texte anglais original est le suivant : A. *Over a period of at least six months, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving sexual activity with a prepubescent child or children (generally age 13 years or younger).* B. *The person has acted on these sexual urges, or the sexual urges or fantasies cause marked distress or interpersonal difficulty.* C. *The person is at least age 16 years and at least 5 years older than the child or children in Criterion A.*

Les travaux publiés et disponibles ont presque exclusivement été réalisés chez des hommes auteurs d'agression sexuelle. Le peu de données disponibles concernant les femmes auteurs d'agression sexuelle ne permettent pas de proposer des recommandations spécifiques pour cette population. Sont exclus de ces recommandations les mineurs auteurs d'agression sexuelle qui justifieraient un travail spécifique avec des professionnels du champ de l'enfance et l'adolescence.

1.3 Professionnels concernés

Ces recommandations sont destinées :

- prioritairement aux acteurs du soin, en particulier psychiatres, psychologues, infirmiers, médecins généralistes ;
- aux experts psychiatres et psychologues dans le cadre de la discussion de l'indication de l'injonction de soins ;
- aux médecins coordonnateurs⁵.

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

1.4 Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail n'ont pas permis d'établir une gradation pour les recommandations. Toutes les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture. Le chapitre sur les traitements médicamenteux est fondé sur l'avis de la commission de la transparence⁶.

2 Données statistiques

Les données statistiques issues des institutions policières ou judiciaires ne permettent pas de connaître le phénomène des agressions sexuelles dans son ensemble, car nombre d'actes restent inconnus faute de plaintes. En France, les condamnations pour viol sur mineurs de moins de 15 ans progressent régulièrement depuis les années 1980. Leur accroissement s'amplifie au point qu'elles sont désormais presque deux fois plus nombreuses qu'au début des années 1990 (environ 8 pour un million d'habitants en 2005 au lieu de 4,5 en 1994). Toutefois, il convient de pondérer ces chiffres car l'augmentation du nombre de plaintes ne traduit pas forcément une augmentation du nombre des agressions sexuelles. En 2005, les viols sur mineurs représentaient 0,092 % des 540 077 condamnations pour crimes ou délits prononcées en France (512 condamnations pour viol sur mineur de moins de 15 ans). Selon les chiffres produits par l'administration pénitentiaire,

⁵ Selon la loi du 17 juin 1998, le médecin coordonnateur est un « psychiatre ou médecin ayant suivi une formation appropriée » qui intervient dans le suivi sociojudiciaire en dehors de la prison. Ses missions sont les suivantes :

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

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

⁶ Avis de la commission de la transparence du 18 février 2009 sur le Salvacyl LP 11,25 mg (disponible sur le site de la HAS : www.has-sante.fr).

1,12 % de la population carcérale était, à la date du 1^{er} avril 2008, détenue pour crime commis sur mineur dont 0,96 %, soit 473 détenus, pour viol.

Une enquête téléphonique récente⁷ sur la sexualité en France, réalisée sur un échantillon de 12 364 Françaises et Français, montre que 16 %⁸ des femmes et 5 % des hommes interrogés en 2006 déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de viol au cours de leur vie (6,8 % des femmes déclaraient des rapports forcés et 9,1 %, des tentatives, et respectivement 1,5 % et 3,0 % des hommes). Parmi les personnes qui avaient subi des agressions sexuelles, 59 % des femmes et 67 % des hommes rapportaient que les premiers rapports forcés ou tentatives s'étaient produits avant 18 ans. En population générale, parmi les femmes de 18-39 ans, 11 % avaient connu un rapport forcé ou une tentative avant 18 ans.

Parmi les personnes ayant subi une agression sexuelle, 46 % des femmes et 62 % des hommes disaient qu'ils n'en avaient jamais parlé autour d'eux. C'est dans les générations anciennes (les femmes de 60 à 69 ans et les hommes de 50 à 59 ans) que les personnes avaient le moins parlé à quelqu'un (respectivement 33 % et 30 %). Dans les plus jeunes générations, plus de victimes en parlent (par exemple chez les femmes de 18-24 ans, 71 % en avaient parlé).

Dans la population adulte, seule une minorité des agressions sexuelles fait l'objet d'une plainte auprès des services de justice. Dans l'enquête française de 2006 citée plus haut, 0,44 % (IC 95 % : 0,30 %-0,64 %) des femmes déclaraient avoir subi un rapport sexuel imposé ou une tentative de rapport sexuel imposé au cours des 12 derniers mois (soit entre 50 000 et 120 000 femmes). Lorsque ces données sont comparées aux 9 993 plaintes pour viol de femmes enregistrées en 2005, on constate que les plaintes correspondent environ à 10 % de la population. On peut craindre que le nombre d'agressions sexuelles sur mineurs soit également sous-déclaré.

Il n'y a pas de données précises concernant le nombre de mineurs agressés et le pourcentage d'agressions faisant l'objet d'une plainte. Une enquête française⁹ réalisée dans les établissements scolaires du secondaire et publiée en 1994 montrait que 6 % des adolescentes de 11 à 19 ans rapportaient avoir été victimes d'agressions sexuelles. Une autre enquête publiée en 1997 rapportait que 15 % des filles et 2 % des garçons de 15 à 18 ans déclaraient avoir subi des rapports sexuels sous la contrainte.

3 Cadre législatif du soin pénalement ordonné

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

Une personne peut être soumise à des soins pénalement obligés à plusieurs stades du procès pénal. Cette mesure peut prendre deux formes, lesquelles renvoient à des régimes juridiques différents (cf. tableau 1).

3.1 L'obligation de soins

L'obligation de soins est une mesure générale applicable avant ou après déclaration de culpabilité. Elle n'est pas spécifique à la délinquance sexuelle et peut être prononcée sans

⁷ Bajos N *et al.* Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. Population & Sociétés 2008;(445):1-4.

⁸ En réponse à la question « au cours de votre vie est-il arrivé que quelqu'un vous force ou essaie de vous forcer à avoir des rapports sexuels ? »

⁹ Choquet M, Ledoux S. Adolescents. Enquête nationale. Le temps des premières expériences sexuelles. Paris : Inserm, 1994.

expertise médicale préalable. Les relations entre les autorités judiciaires et sanitaires ne sont pas définies par la loi.

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

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

3.2 L'injonction de soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un exemple d'outil, à mettre dans le dossier du sujet, pouvant aider à l'intervention de l'équipe de soin dans le cadre de soins pénalement ordonnés est proposé en annexe 1.

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

4 Le médecin coordonnateur : cadre d'intervention et fonctions

Le médecin coordonnateur est une nouvelle fonction :

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

Le médecin coordonnateur intervient dans le cadre d'une injonction de soins sur décision du juge de l'application des peines (JAP) qui le nomme pour une personne, un dossier. Il ne peut assurer le suivi simultané de plus de 20 personnes soumises à une injonction de soins.

4.1 Ses missions

Le rôle du médecin coordonnateur a été renforcé avec la loi du 25 février 2008¹⁰ et surtout par le décret du 4 novembre 2008¹¹.

¹⁰ 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.

¹¹ Décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté.

Il rencontre le sujet soumis à l'injonction de soins et réalise une évaluation clinique du fonctionnement psychique et de la psychopathologie du sujet :

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

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

Il valide le choix du médecin traitant ou du psychologue traitant¹² :

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

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

Il informe l'intéressé qu'il peut poursuivre les soins à la fin de la mesure.

4.2 Les modalités pratiques

Lors du premier entretien, le médecin coordonnateur précise au sujet sa fonction et ses missions.

Si le médecin traitant a un exercice privé, le médecin coordonnateur informe le sujet que la prescription de son médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale est nécessaire pour obtenir le remboursement de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie.

Le médecin coordonnateur demande au médecin traitant et/ou au psychologue traitant un accord écrit pour prendre en charge la personne dans le cadre d'une injonction de soins. Il informe le médecin traitant et/ou le psychologue traitant qu'il peut leur faire parvenir, à leur demande, les pièces du dossier et notamment les expertises et le jugement.

Le médecin coordonnateur rencontre le sujet soumis à l'injonction de soins tous les 3 mois (décret n°2008-1129 du 4 novembre 2008 - art. 8 ; article R 3711-21) pour réaliser un bilan de sa situation.

Il garantit le secret professionnel au médecin traitant et/ou au psychologue traitant. Ces derniers peuvent l'informer de difficultés rencontrées, d'une interruption de suivi ou d'une fin de prise en charge. Le médecin coordonnateur peut conseiller le médecin traitant ou le psychologue traitant si ceux-ci en font la demande.

¹² Les termes « médecin traitant » et « psychologue traitant » sont inscrits dans les articles R 3711-23 et R 3711-25 du Code de la santé publique.

5 Cadre déontologique et éthique de la prise en charge thérapeutique

Quelques principes éthiques et déontologiques sont ici à rappeler¹³ :

- dans la prise en charge thérapeutique, la personne est un patient même s'il a commis un acte délictueux ;
- les règles médicales habituelles sont donc en vigueur : pas de traitement sans indication médicale et accord préalable du sujet ;
- le secret professionnel médical constitue une condition indispensable au cadre thérapeutique, en milieu carcéral comme dans le dispositif du droit commun¹⁴.

La prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle s'adresse à la personne, qui ne doit jamais être réduite ni à ses actes ni à ses symptômes. Elle a pour objectif : la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récurrence.

L'une des principales difficultés déontologiques pour le praticien est de repérer les situations nécessitant un signalement. En effet, le médecin aura, en conscience, à concilier des principes pouvant être contradictoires ou à choisir entre eux : d'une part, l'obligation de respecter le secret professionnel, les impératifs de la confidentialité nécessaires au cadre thérapeutique et la non-ingérence dans les affaires de famille ; d'autre part, l'obligation légale de porter assistance à une personne en péril et l'urgence de signaler les mauvais traitements sur un mineur de 15 ans ou une personne vulnérable, lorsqu'elle est en danger.

Lorsqu'une procédure judiciaire est en cours :

- les soins en détention reposent sur le principe du consentement : une offre de soins peut être proposée sans qu'elle ait de caractère obligatoire. Elle peut s'inscrire dans le cadre d'une demande de la personne ou dans le cadre de l'incitation judiciaire aux soins après condamnation. Dans le cadre présentiel, le praticien doit rester vigilant et respecter la présomption d'innocence ;
- en milieu ouvert, lorsque la personne est soumise à une injonction ou à une obligation de soins, le médecin traitant ou le psychologue traitant n'ont pas à rendre compte directement au juge des contenus et des modalités du soin. Ils peuvent, à la demande de leur patient, délivrer une attestation de participation aux soins. C'est le médecin coordonnateur ou bien l'expert désigné par le juge qui sont seuls tenus de fournir une évaluation de la mise en œuvre et une appréciation de l'évolution de la personne.

6 Evaluation initiale

Il est recommandé de réaliser un ou plusieurs entretiens à visée diagnostique, permettant d'établir s'il existe ou non une indication de soins et d'en définir les orientations et les modalités en s'appuyant sur toutes les informations dont on peut disposer.

L'évaluation clinique initiale est indispensable au choix des modalités de prise en charge, parce qu'elle permet de déterminer et d'identifier les vulnérabilités et les ressources du sujet et plus généralement des facteurs qui ont pu contribuer au développement des troubles et à les précipiter.

Les informations à réunir sont multiples et comprennent notamment des données sociodémographiques (informations générales), des données cliniques (antécédents personnels et familiaux, qualité des relations interpersonnelles, modalités de fonctionnement psychologique, de relation à la réalité et à la loi, recherche de troubles psychiatriques

¹³ Ces recommandations sont reprises de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie de 2001 « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ».

¹⁴ La loi du 17 juin 1998 modifiée par la loi du 10 août 2007 permet de renforcer ce secret par le rôle du médecin coordonnateur dans le cadre du suivi sociojudiciaire ou de la surveillance judiciaire avec injonction de soins.

caractérisés et de troubles de la personnalité, description de la ou des paraphilies) et des informations sur l'acte (description du ou des passages à l'acte). Une liste non exhaustive d'éléments cliniques et sociodémographiques est proposée en annexe 2, à titre indicatif.

Le cadre judiciaire éventuel sera également abordé :

- infraction(s) sexuelle(s) ou non sexuelle(s) et condamnation(s) antérieure(s) ;
- suivi sociojudiciaire ;
- injonction ou obligation de soins.

La connaissance de ce cadre légal permet d'avoir recours au médecin coordonnateur.

Autant que possible, il convient d'avoir accès au dossier pénal s'il existe (expertises de l'auteur et de la victime, réquisitoire définitif¹⁵). Il est important de rappeler qu'un accès au dossier pénal existe dès lors que la personne est condamnée dans le cadre du suivi sociojudiciaire avec injonction de soins. Dans le cadre de l'injonction de soins, le médecin traitant ou le psychologue traitant disposent à leur demande des expertises et d'éléments du dossier pénal qui leur sont transmis par le médecin coordonnateur en milieu ouvert, par l'intermédiaire du greffe de l'établissement en milieu pénitentiaire.

Un bilan somatique est réalisé en fonction des comorbidités en collaboration avec le médecin généraliste traitant.

Si une lésion frontale ou un début de démence sont suspectés, il est recommandé de demander un avis neurologique. Des tests neuropsychologiques peuvent être utiles en cas de déficience intellectuelle.

Concernant l'évaluation psychologique, celle-ci repose avant tout sur l'entretien clinique. Le cas échéant l'évaluation de dimensions plus spécifiques peut être réalisée.

Pour ces évaluations, la littérature internationale propose de nombreux outils. Une liste non exhaustive des outils identifiés est présentée à titre indicatif en annexe 3. Ces outils sont principalement d'origine anglo-saxonne ou sont issus d'études sur des populations francophones canadiennes. Leurs propriétés n'ont pas toujours été évaluées sur des populations françaises. En l'absence d'études de validation de bonne qualité réalisées au sein d'échantillons français, il est difficile de tirer quelque conclusion que ce soit à partir de la passation de ces outils. Il est recommandé de mettre en place des études de validation dans des populations françaises des outils identifiés pertinents pour la pratique clinique par les professionnels. Dans cette étape d'évaluation clinique, des outils de médiation peuvent être utilisés.

En France, à titre informatif, plusieurs outils sont fréquemment utilisés :

- le QICPAAS¹⁶ (*Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle*), guide d'entretien structuré, constitué de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées, organisées selon une progression hiérarchique ;
- le *Guide d'évaluation clinique*¹⁷, qui rappelle à l'évaluateur les données utiles, pertinentes et nécessaires à évaluer lors de l'entretien clinique ; il comprend 23 domaines d'évaluation ;
- les échelles de fonctionnement psychodynamique¹⁸, qui comprennent six dimensions : qualité des relations familiales, amicales et sentimentales, tolérance affective, *insight*, résolution de problèmes et capacités d'adaptation ;

¹⁵ Les infractions concernées sont les suivantes :

- le viol et autres agressions sexuelles ;
- les infractions de mise en péril des mineurs ;
- les tortures et actes de barbarie ;
- les atteintes volontaires à la vie humaine ;
- les destructions, dégradations et détériorations volontaires dangereuses pour les personnes ;
- l'enlèvement et la séquestration.

¹⁶ Développé en France par l'équipe de Balier (1997).

¹⁷ Développé au Canada par Aubut *et al.* (1993).

¹⁸ Développé en Norvège par Hoglend *et al.* (2000).

- par ailleurs, les méthodes projectives (Rorchach, *Thematic Apperception Test*) sont largement répandues et utilisées en pratique.

7 Prise en charge psychothérapeutique et pharmacologique

7.1 Généralités

La prise en charge d'un auteur d'agression sexuelle peut être conçue comme un accompagnement médico-psycho-éducatif associant la prise en charge réalisée par l'équipe de santé et celle proposée par l'équipe socio-éducative dans un processus qui peut comporter des séquences d'intervention de l'une ou l'autre de ces équipes.

La terminologie « auteur d'agression sexuelle » choisie pour définir cette population induit une prise en charge thérapeutique globale du sujet. Cette prise en charge, pas uniquement centrée sur le passage à l'acte, permet d'en appréhender le contexte et le processus psychologique qui le sous-tend.

7.2 Formation et accompagnement des soignants

La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle est très complexe et peut justifier que le soignant puisse bénéficier d'informations et formations complémentaires relatives aux problèmes spécifiques de cette population. Les centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS)¹⁹, régionaux ou interrégionaux, sont joignables pour des informations ; ils mettent en place entre autres des formations, des études de cas cliniques, et proposent un travail en réseau en s'appuyant sur les équipes existantes.

7.3 Objectifs de la prise en charge

La première étape de la prise en charge consiste à faire émerger la demande, y compris dans les cas fréquents où la demande n'est ni apparente ni explicite. Elle permet également la construction du cadre de soin.

Les objectifs de la prise en charge de l'auteur d'agression sexuelle visent à créer les conditions d'une bonne relation thérapeutique (alliance thérapeutique, bonne observance), à améliorer le fonctionnement psycho-social du patient et à diminuer l'activité sexuelle inappropriée. Elle peut ainsi contribuer à éviter la récurrence de l'agression sexuelle, sans jamais pouvoir l'exclure. Dès lors, l'absence de récurrence ne saurait apparaître comme le premier et le seul objectif du soin.

7.4 Traitement des pathologies somatiques et psychiatriques associées

Les agressions sexuelles sont à replacer et à comprendre dans un contexte plus global, notamment en termes de comorbidités somatique et psychique, voire psychiatrique, ainsi que de contexte social général²⁰. Ces éléments contextuels doivent être reconnus et pris en charge de manière adaptée. Les troubles psychiatriques caractérisés doivent être traités en priorité. Une réévaluation du comportement sexuel inapproprié doit être effectuée après stabilisation des troubles.

¹⁹ Voir annexe 4.

²⁰ Ces recommandations sont reprises de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie de 2001 « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ».

7.5 Eléments d'évaluation à prendre en compte dans le suivi

Les éléments d'évaluation à prendre en compte au cours du suivi des auteurs d'agression sexuelle sont notamment l'amélioration du fonctionnement psycho-social et l'activité sexuelle.

► Amélioration du fonctionnement psycho-social

Les critères d'évaluation portent d'une part sur l'évaluation du fonctionnement psycho-social du sujet et d'autre part sur des aspects plus spécifiques en lien avec le passage à l'acte.

A titre d'exemple, les éléments suivants du fonctionnement global du sujet peuvent être évalués :

- existence et qualité des relations interpersonnelles, et amélioration des habiletés sociales telles que l'affirmation de soi, l'empathie, la capacité de se représenter le vécu de l'autre, une meilleure gestion du stress et des émotions dont la colère, les affects dépressifs paroxystiques et l'impulsivité ;
- représentation de la fonction parentale et des relations intrafamiliales ;
- adaptation et investissement sociaux et professionnels ;
- amélioration de l'estime de soi ;
- maturité affective ;
- capacité d'autocritique « *insight* » (existence et qualité) ;
- observance de la prise en charge.

La prise en charge des auteurs d'agression sexuelle apprécie plus particulièrement :

- le positionnement par rapport à l'acte ;
- les distorsions cognitives, en particulier relatives au passage à l'acte et à la victime ;
- le « déni » ou la non-reconnaissance des faits ou actes ;
- la perception de la violence exercée sur la victime et la capacité de se la représenter (« empathie envers la victime ») ;
- le cas échéant, la compréhension du caractère pénalement répréhensible des faits ou actes.

► Evaluation globale de l'activité sexuelle

Les critères d'évaluation sont l'existence et la fréquence d'une activité sexuelle appropriée ou inappropriée dans tous ses aspects incluant les fantasmes sexuels, l'activité masturbatoire, l'exclusivité de l'objet sexuel, le caractère compulsif, etc. Le recours à la pléthysmographie reste très discuté.

7.6 Prise en charge psychothérapique

► Principes généraux

La psychothérapie, quelle qu'en soit la modalité, est une composante incontournable de la prise en charge thérapeutique. En milieu ouvert, la psychothérapie peut être réalisée dans le secteur public ou privé, et le sujet doit être accueilli comme toute autre personne.

La prise en charge psychothérapique n'exclut pas l'association à un traitement pharmacologique.

Le type de prise en charge tient compte des capacités psychologiques, du niveau de verbalisation du sujet, de sa motivation (démarche personnelle ou injonction de soins), et du savoir-faire des thérapeutes. L'évolution du sujet est à prendre en compte (une prise en charge initialement non indiquée peut le devenir quelques mois plus tard).

Les modalités de la psychothérapie peuvent évoluer dans le temps au cours de la prise en charge en fonction des étapes successives du processus thérapeutique et des besoins du sujet. Toute psychothérapie doit être régulièrement réévaluée et adaptée si besoin. Elle se doit de considérer le sujet dans son intégralité (parcours de vie, ressources, problématiques générales, etc.).

La modalité de psychothérapie peut varier aussi en fonction des moments du parcours judiciaire du sujet, lorsque celui-ci est sous main de justice :

- lorsque le sujet est dans la phase présentencielle, un travail spécifique sur les problématiques associées au passage à l'acte n'est entrepris que s'il reconnaît les faits qui lui sont reprochés et accepte cette prise en charge. Dans le cas où il nie complètement les faits reprochés, la présomption d'innocence doit prévaloir et aucun travail ne pourrait être entrepris sur un quelconque « déni ». Un suivi psychologique classique et non spécifique peut lui être proposé, comme à toute autre personne ;
- lorsque le sujet est condamné et incarcéré, la psychothérapie peut être plus spécifique et questionner les faits sanctionnés. L'incarcération peut être une période favorable à un accès aux soins. Le parcours de soin est bien sûr distinct du parcours d'exécution de la peine du condamné, mais il y est articulé, particulièrement dans les 22 établissements pour peine qui ont été spécialisés par l'administration pénitentiaire pour l'accueil des condamnés pour infraction sexuelle ;
- lorsque le sujet est sous injonction de soins à l'issue de la peine d'emprisonnement ferme, il convient de faire le point de ce qui a été fait en détention et établir avec lui un projet de prise en charge en tenant compte de ses particularités cliniques et des ressources de soins disponibles localement. Le médecin coordonnateur est chargé d'organiser cette étape. Le CRAVS peut également venir en appui de cette mission, notamment quand la désignation du médecin coordonnateur est tardive ;
- lorsque le sujet est en obligation de soins, le recours au médecin coordonnateur n'est pas possible et le cadre des soins doit être contractualisé par le thérapeute avec le sujet, en sollicitant pour information, si besoin, le CRAVS.

Lorsque le sujet n'est pas sous main de justice, après évaluation, le thérapeute peut faire le choix de l'orienter vers un collègue plus spécialisé, en prenant éventuellement contact avec le CRAVS.

Les psychothérapies utilisées sont de type psychodynamique, cognitivo-comportemental, systémique, familial ou associent ces différentes démarches en fonction des besoins et de l'évolution du sujet.

Quel que soit son type, la psychothérapie peut être individuelle ou en groupe ou alterner les deux modalités en fonction des besoins et de l'évolution du sujet.

De manière générale, les psychothérapies individuelles sont particulièrement indiquées lorsqu'il existe une motivation du sujet, des potentialités d'auto-analyse, de symbolisation et d'*insight*.

Les psychothérapies de groupe facilitent l'expression par l'échange au sein du groupe, apportent un étayage, qui concourt à l'amélioration des capacités d'introspection et de verbalisation. Toute psychothérapie de groupe (quelle que soit sa référence théorique principale) se découpe toujours en trois temps : pré, per et post-séance. Ces trois temps rythment et structurent le processus psychothérapeutique.

► **Types de psychothérapie**

Les données disponibles dans la littérature détaillent très peu les indications des différentes modalités en fonction des symptômes. Les modalités de prise en charge dépendent beaucoup du cadre dans lequel des recherches ont pu être réalisées, de la formation du psychothérapeute, de la culture et du cadre législatif en place. Les données de la littérature concernent ainsi essentiellement les psychothérapies de type cognitivo-comportemental (TCC). En France, les psychothérapies réalisées sont principalement fondées sur des bases

théoriques psychanalytiques, alors que dans la plupart des pays dans lesquels les études ont été réalisées, les bases théoriques sont principalement comportementales et cognitives.

Les indications proposées ici ne sont que des orientations à adapter à chaque sujet et au cours du suivi en fonction de son évolution.

L'approche psychodynamique accorde une place importante aux étapes précoces du développement et à ses perturbations (traumatismes, maltraitance, séparations et ruptures), qui s'expriment notamment dans des troubles de l'attachement et de la construction de l'identité. La psychothérapie s'appuie sur une relation de confiance et de sécurité avec le thérapeute, qui permet d'aborder les problématiques profondes, les fantasmes (sexuels, de destruction, etc.) et la souffrance de la personne dans le contexte de son fonctionnement psychique. Ces problématiques sont abordées dans le transfert avec le thérapeute. Elles impliquent de sa part un ajustement permanent et soutenu à l'évolution et aux (im)possibilités de la personne. Les déficits initiaux de verbalisation et de mentalisation, la fragilité narcissique, la maturation émotionnelle et relationnelle, la gestion de la sexualité s'inscrivent dans les objectifs de changement, aux côtés de la compréhension cognitive et émotionnelle des processus dynamiques internes associés aux comportements pathologiques et de la perception du vécu des victimes.

Les TCC proposent essentiellement des prises en charge de groupe (programmes de prise en charge). Le contenu de ces programmes est découpé en modules ciblant des objectifs thérapeutiques prédéfinis. Chaque module tente de traiter des problématiques générales (habiletés sociales dont l'affirmation de soi, la gestion du stress et des émotions dont la colère, mais aussi l'estime de soi, l'éducation sexuelle et affective, le contrôle de la consommation de substances psychoactives, etc.) ou spécifiques en lien avec le passage à l'acte (les préférences sexuelles, la reconnaissance des faits ou le déni, les distorsions cognitives, l'empathie pour la victime et la prévention de la récurrence, etc.). Dans les TCC, l'évaluation de l'évolution du sujet par rapport à l'objectif initial a une place importante.

Les indications de TCC sont discutées en cas de diagnostic de psychopathie ou de structure de personnalité perverse.

Les accompagnements familiaux sont très souvent indispensables lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans une agression sexuelle. Les thérapies familiales font l'objet d'une indication après évaluation (qu'elles soient de référence théorique psychodynamique ou systémique). Elles peuvent être indiquées pour travailler les dysfonctionnements familiaux que ce soit en cas de passage à l'acte intrafamilial ou non.

Elles sont indiquées lorsqu'il faut mettre en place une phase de préparation à des entretiens individuels ou dans le cas d'une famille dépressive, repliée ou fusionnelle. Elles le sont également lorsque les auteurs d'agression sexuelle sont identifiés comme autoritaires ou tyranniques au sein du groupe. Il n'y a pas de contre-indications spécifiques aux thérapies familiales car l'investissement des auteurs dans cette dynamique thérapeutique se réalise de façon variable et individualisée²¹.

Place de la reconnaissance des faits

Pour ces sujets, la reconnaissance des faits renvoie souvent à l'image du monstre qu'en fait la société, voire eux-mêmes. Aborder les faits va donc renvoyer à une réelle difficulté pour ces sujets, et ce d'autant plus s'ils n'ont jamais bénéficié de suivi auparavant. Il faudra donc comme dans un suivi classique respecter le rythme du sujet pour arriver à ce que celui-ci puisse en parler plus sereinement. Le déni, perçu comme mécanisme de défense sain (indispensable à la santé mentale car la vie est intolérable sans illusion), est à respecter, ainsi que sa dynamique car il permet au sujet de faire face au réel. Si celui-ci est massif,

²¹ Ces recommandations sont reprises de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie de 2001 « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ».

c'est qu'il est porteur de sens pour le clinicien. C'est pour cette raison que les faits doivent pouvoir être abordés au cours des entretiens sans y revenir de manière lancinante, mais ils ne doivent pas non plus être scotomisés.

Dans le cadre de soins avec des personnes sous main de justice et condamnées, la prise en considération du dossier pénal (récit des faits, expertises psychiatriques, enquête sociale) paraît être un élément important dans la prise en charge de ces sujets. Contrairement à un cadre de prise en charge dite classique, ce dossier permet de croiser le discours du sujet à celui de la justice. Il peut être un levier thérapeutique car souvent les sujets n'ont que des souvenirs partiels de ce qui a été énoncé lors du procès, et ce car les émotions les ont bien souvent submergés à ce moment-là.

7.7 Traitements pharmacologiques

On distingue deux cas :

- le trouble sexuel apparaît dans le cadre d'une pathologie neurologique ou d'un trouble psychiatrique caractérisé (trouble bipolaire, psychose, conduite addictive, etc.). Dans ce cas, le traitement de ce trouble constitue un prérequis indispensable ;
- le trouble sexuel s'inscrit dans le cadre d'une paraphilie comme diagnostic principal. Une comorbidité psychiatrique (dépression, conduite addictive) ou un trouble de personnalité peuvent être associés.

Le traitement médicamenteux est associé dans la majorité des cas à la prise en charge psychothérapeutique.

Un algorithme de prise en charge médicamenteuse des auteurs d'agression sexuelle est proposé dans le tableau 2.

► Traitements psychotropes

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.

Les antidépresseurs de type IRS ont fait l'objet d'études montrant un bénéfice dans l'indication paraphilie. En dépit de l'absence d'autorisation de mise sur le marché (AMM), ils sont souvent prescrits dans les paraphilies à faible risque de passage à l'acte (exhibitionnisme, pédophilie sans antécédent de passage à l'acte) et à forte tonalité compulsive, ou en cas de dépression associée. Les doses prescrites peuvent être progressivement augmentées, si besoin jusqu'à celles utilisées dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

► Traitements hormonaux

Médicaments disponibles

Les traitements hormonaux ont pour objectif commun de réduire les pulsions sexuelles :

- soit en inhibant la liaison de la testostérone à son site récepteur et en modifiant de façon mineure et inconstante le taux de testostérone plasmatique (acétate de cyprotérone) ;
- soit en réduisant fortement sa sécrétion (analogues de la GnRH : triptoréline, leuproréline, goseréline).

Ils réduisent les comportements sexuels inappropriés, mais ils réduisent également l'activité sexuelle globale.

Deux spécialités ont en France une AMM pour les patients ayant une paraphilie :

- Androcur[®] 100 mg (acétate de cyprotérone), disponible depuis le 21 juillet 2005 pour la « réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique ». Il n'existe ni forme injectable, ni forme retard de ce

produit en France. Androcur[®] a été examiné par la commission de la transparence en juillet 2006 et est inscrit sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux depuis août 2007 dans cette indication ;

- Salvacyl LP[®] (triptoréline), disponible depuis le 23 août 2007 « pour la réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l'homme adulte ayant des déviations sexuelles sévères. Le traitement par Salvacyl LP[®] doit être instauré et contrôlé par un psychiatre. Le traitement doit être associé à une psychothérapie dans le but de diminuer le comportement sexuel inapproprié ». Son mode d'administration exclusivement intramusculaire facilite l'observance du traitement. La commission de la transparence a émis un avis favorable en février 2009 à l'inscription de Salvacyl LP[®] sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et divers services publics dans cette indication.

La leuproréline (Enantone[®]), qui est également un agoniste de la GnRH, a fait l'objet d'études, mais ne possède pas d'AMM dans la réduction de l'activité sexuelle.

Les œstrogènes et l'acétate de médroxyprogestérone ne sont plus utilisés en France dans cette indication en raison de leurs effets secondaires.

L'effet agoniste initial, qui conduit à une augmentation transitoire du taux de testostéronémie avec les analogues de la GnRH, doit obligatoirement être pris en compte dans la mise en route du traitement. Il est donc recommandé de prescrire un traitement initial par Androcur[®] pendant au moins 10 jours avant de réaliser la première injection d'analogue de la GnRH. Ce traitement doit être maintenu au moins pendant le premier mois après la première injection. Ensuite l'analogue de la GnRH conduit à un effondrement des taux de testostérone pendant la durée du traitement. Une hospitalisation peut être indiquée pour la mise en route du traitement hormonal.

Ces traitements ont l'avantage d'une réversibilité des modifications hormonales à l'arrêt du traitement.

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

Indications

La prescription doit être réalisée après information complète (en particulier concernant les effets secondaires du produit) et consentement du sujet.

La population concernée est une population restreinte, environ 10 à 15 % des sujets ayant commis un acte sexuel inapproprié. Il s'agit en particulier :

- des pédophiles « sévères » (c'est-à-dire ayant un risque important de passage à l'acte ou de violence) ;
- des violeurs récidivistes avec comportement prédateur.

Le traitement par voie intramusculaire est indiqué en cas de mauvaise observance d'un traitement antiandrogène par voie orale.

Contre-indications

- Acétate de cyprotérone : psychose, dysfonctionnement hépatique, non-achèvement de la puberté et de la croissance osseuse, antécédents personnels et familiaux de maladie veineuse thrombo-embolique. Le RCP souligne également les contre-indications suivantes : syndrome de Dubin-Johnson, syndrome de Rotor, tuberculose, cachexie, dépression chronique sévère, drépanocytose, diabète sévère, intolérance génétique au galactose, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose, déficit en lactase. En cas de déficience intellectuelle, il est indispensable que l'entourage encadre la prise du traitement.

- Triptoréline : ostéoporose sévère non traitée, non-achèvement de la puberté et de la croissance osseuse.

Examens complémentaires à pratiquer lors de la prescription initiale

- Bilan hormonal : au moins dosage de testostérone, TEBG et LH.
- Bilan hépatique en cas de prescription d'Androcur[®].
- Ostéodensitométrie chez les sujets âgés de plus de 50 ans.

Effets secondaires principaux

- Acétate de cyprotérone : gynécomastie (20 %) en général réversible à l'arrêt du traitement, hépatotoxicité nécessitant l'interruption du traitement, complications thrombo-emboliques, dépression.
- Triptoréline : bouffées de chaleur, dépression, déminéralisation osseuse.

Surveillance

Dans le cas d'un traitement par acétate de cyprotérone, la réalisation mensuelle pendant les 3 premiers mois, puis trimestrielle, d'un bilan hépatique est nécessaire.

L'évaluation annuelle ou au moins biennale de l'ostéodensitométrie est indispensable. Si les valeurs de densité osseuse deviennent pathologiques, l'avis d'un rhumatologue est requis.

La surveillance du taux de testostéronémie n'est pas nécessaire sauf, le cas échéant, en cas de doute sur une consommation de testostérone.

Arrêt du traitement

La durée du traitement et les modalités de son interruption ne font pas actuellement l'objet d'un consensus. Il semble qu'une durée minimale de 3 à 5 ans soit nécessaire.

Niveaux	Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; pas d'impact du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie (utiliser TCC si thérapeute formé) afin de prévenir les récives
Niveau 2	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 - Peut être utilisé dans tous les cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie) 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - IRS (hors AMM) sous réserve d'utiliser des doses comparables à celles prescrites dans le trouble obsessionnel compulsif (ex. fluoxétine 40 à 60 mg/j ou paroxétine 40 mg/j)
Niveau 3	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction modérée de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4-6 semaines d'IRS à dose élevée - Paraphilie avec caresses mais sans pénétration - Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Ajouter à l'IRS une faible dose d'antiandrogène (ex. acétate de cyprotérone 50-100 mg/j <i>per os</i>)
Niveau 4	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une réduction importante de l'activité et du désir sexuels - Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 3 - Risque modéré, ou dans certains cas plus élevé, de violence sexuelle (paraphilies sévères avec notamment des caresses inopportunes et un nombre limité de victimes) - Bonne observance du traitement, sinon passer au niveau 5 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Dose standard d'acétate de cyprotérone : 200-300 mg/j <i>per os</i> - Si présence d'anxiété, de dépression ou de troubles obsessionnels compulsifs associés, un IRS peut être associé à l'antiandrogène

²² Thibaut F. et al. And the WFSBP Task Force on Pharmacological treatment of paraphilias. World Journal of Biological Psychiatry, in press 2010.

Niveaux	Objectifs et indications	Traitements et posologies
Niveau 5	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition quasi complète de l'activité et du désir sexuels - Risque élevé de violence sexuelle et cas de paraphilies sévères - Fantasmes sexuels inappropriés ou comportement sexuel sadique ou violence sexuelle - Mauvaise observance ou résultats non satisfaisants obtenus avec le niveau 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Analogue de la GnRH à longue durée d'action (c'est-à-dire triptoréline ou leuproréline [la leuproréline n'a pas d'AMM dans cette indication]) : 3 mg/mois ou 11,25 mg tous les 3 mois par voie intramusculaire) - Il est souhaitable d'associer de l'acétate de cyprotérone à l'analogue de la GnRH pendant le premier mois de traitement afin de prévenir le risque de rechute du comportement sexuel inapproprié qui pourrait être induit par l'augmentation transitoire du taux de testostéronémie liée à l'instauration de la prescription d'analogue de la GnRH
Niveau 6	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements sexuels inappropriés ; avec pour effet secondaire une disparition complète de l'activité et du désir sexuels - Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 - Les cas les plus sévères de paraphilies 	<ul style="list-style-type: none"> - Psychothérapie - Prescrire l'acétate de cyprotérone (50-200 mg/j <i>per os</i>) en association avec un analogue de la GnRH - Un IRS peut également être associé

Annexe 1. Outil d'intervention du soignant dans le cadre de soins pénalement ordonnés

Intervention dans le cadre de soins pénalement ordonnés - Soignants -

La mesure ordonnée est :

- une obligation de soins
- une injonction de soins

Patient(e) :

A-t-il (elle) été jugé(e) ?
Oui Non

Si la réponse est non, jugement prévu le :

Est-ce sa première condamnation ?

Oui Non

A-t-il (elle) été incarcéré(e) ?

Oui Non

Etait-ce sa première incarcération ?

Oui Non

A-t-il (elle) bénéficié de soins pendant son incarcération ?

Oui Non

Nom et coordonnées du (des) médecin(s)/psychologue(s) qui l'a (ont) suivi(e) :

.....
.....

Des expertises ont-elles été réalisées ?

Oui Non

Ont-elles été ajoutées au dossier ?

Oui Non

Intervenants :

Nom et coordonnées des intervenants en charge du dossier de l'intéressé :

- **Uniquement pour l'injonction de soins : médecin coordonnateur :**

.....
.....

- Conseiller d'insertion et de probation :

.....
.....

- Magistrat (juge d'instruction, juge des libertés et de la détention, juge de l'application des peines) :

.....
.....

- Avocat(s) de la défense :

.....
.....

Mesure :

Durée de la mesure : Date de début : Date de fin :

Autre(s) mesure(s) ordonnée(s) (interdictions...) :

.....
.....

Cadre juridique de la mesure (suivi sociojudiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, etc.) :

.....
.....

	Obligation de soins	Injonction de soins (IS)
Loi(s) applicable(s)	Existe dans le Code de procédure pénale (CPP) depuis 1958 et dans le Code pénal (CP) de 1994	- Loi 17/06/1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs - Loi 12/12/2005 relative au traitement de la récidive des infractions - Loi 10/08/2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs
Nature des obligations	« se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » Attention : cette mesure est toujours intégrée à une mesure/peine principale	La personne est « susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée » Le suivi sociojudiciaire avec IS peut être prononcé comme peine principale
Procédure	Le juge peut la prononcer directement sans avis médical préalable . Consultation du médecin traitant par le justiciable Justification par le justiciable de sa consultation auprès du JAP et du SPIP	Le juge (de jugement ou JAP) la prononce après expertise sur l'opportunité d'un traitement puis rappelle au condamné ses obligations. Le JAP désigne un médecin coordonnateur pour faire interface santé/justice.
Consentement	Requis (L 1111-4 du Code de la santé publique [CSP])	Requis, mais limité : possibilité pour le juge de prononcer une peine d'emprisonnement si refus de se soumettre aux soins (a. 131-36-4 CP)
Cadre juridique et public concerné	<u>Personnes mises en examen</u> : Présentenciel : contrôle judiciaire (a. 138 10 CPP) Ajournement avec mise à l'épreuve (a. 132-64 CP) <u>Personnes condamnées</u> : Aménagement de peine : sursis avec mise à l'épreuve (a. 132-45 3 CP), sursis avec TIG (132-56 CP) Post-sentenciel : surveillance judiciaire (a. 723-30 CP) Pas spécifique aux auteurs d'agressions sexuelles	<u>Uniquement pour des personnes condamnées</u> Peine principale (pas d'incarcération préalable) ou complémentaire (suppose une éventuelle incarcération préalable) : suivi sociojudiciaire (a. 131-36-4 CP) depuis 1998 Aménagement de peine : sursis avec mise à l'épreuve (a. 132-45-1 CP) depuis 2005 Post-sentenciel : libération conditionnelle (a. 731-1 CPP), surveillance judiciaire (a. 723-30 CPP), surveillance de sûreté (a. 706-53-19 CPP) depuis 2005 Uniquement pour des infractions pour lesquelles le suivi sociojudiciaire est encouru : infractions sexuelles (1998) et violences (2005)
Acteurs	Prononciation facultative par le <u>juge</u> (juge d'instruction, juge de jugement, ou juge de l'application des peines) Attention : le patient n'a pas forcément rencontré le juge de l'application des peines avant de commencer l'exécution de sa mesure Libre choix par le justiciable du <u>médecin traitant</u> Contrôle exercé par <u>juge d'application des peines (JAP) + service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)</u>	Prononciation facultative par le <u>juge</u> Attention : depuis mars 2008, le juge est tenu de prononcer l'IS pour des infractions pour lesquelles le suivi sociojudiciaire est encouru et dès lors qu'un expert s'est prononcé sur l'opportunité d'un traitement (sauf dérogation contraire) (a. 763-3 CPP) <u>Médecin coordonnateur</u> (a. L 3711-1 CSP et R 3711-4 et ss) qui invite le condamné à choisir un médecin traitant ; conseille le médecin traitant si celui-ci en fait la demande ; transmet au <u>JAP/SPIP</u> les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ; informe le condamné des suites possibles au traitement ; coopère à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude. <u>Médecin et/ou psychologue traitant</u> (choisi librement par le justiciable MAIS sous réserve de validation par le médecin coordonnateur)

Moment et durée de la mesure	Avant détention, pendant contrôle judiciaire Après détention, pendant durée de mise à l'épreuve, mais peut être préparée en détention par incitation aux soins lorsque le lieu de détention « permet d'assurer un suivi médical et psychologique adapté » (aa. 717-1 et 763-7 CPP) Maximum : 3 ans	Jamais avant condamnation Après détention, mais peut être préparée en détention par incitation aux soins lorsque le lieu de détention « permet d'assurer un suivi médical et psychologique adapté » (aa. 717-1 et 763-7 CPP) Maximum : 20 ans
-------------------------------------	---	--

Annexe 2. Liste non exhaustive d'éléments cliniques et sociodémographiques à évaluer

Domaines	Éléments évalués
Informations générales	Sexe
	Profession(s) et insertion socioprofessionnelle
	Vie maritale actuelle et passée, nombre d'enfants
	Niveau scolaire, existence d'une déficience intellectuelle
	Activité de loisirs (contact ou non avec des enfants)
Antécédents personnels	Antécédents personnels, notamment de troubles psychiatriques (diagnostic, hospitalisation, traitement, etc.)
	Antécédents de conduite suicidaire
	Antécédents de pathologies neurologiques, en particulier entraînant des lésions frontales (notion de traumatisme crânien, démence débutante, etc.)
	Traitements en cours, en particulier traitement par agoniste dopaminergique
	Conduites addictives (ancienneté, produits, traitement, etc.)
	Conduite de dopage (testostérone)
	Age de la puberté
	Existence de troubles sexuels fonctionnels (éjaculation précoce, impuissance organique ou psychologique, etc.)
Trajectoire de vie, plus particulièrement événements de vie traumatiques (maltraitements psychologiques, physiques et sexuelles ; négligence, isolement et exclusion ; etc.)	
Antécédents familiaux	Antécédents familiaux de troubles psychiatriques et de troubles des conduites sexuelles
Qualité des relations interpersonnelles	Empathie, capacité de se représenter le vécu de l'autre
	Maturité affective
	Représentation de la fonction parentale
	Gestion du stress et de la colère, impulsivité
Recherche de pathologies psychiatriques constituées	Axe 1 : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles addictifs (recherche d'abus ou de dépendance à l'alcool, à la cocaïne, au cannabis en particulier)
	Axe 2 : troubles de personnalité, notamment narcissiques, comportement antisocial ; troubles attentionnels chez l'adulte (hyperactivité et déficit d'attention)
Description du ou des passages à l'acte	Description du ou des passages à l'acte dans son contexte psychologique et événementiel
	âge de début des agressions
	Reconnaissance des faits ou des actes, et distorsions cognitives relatives au passage à l'acte
	Nature, âge et sexe de la victime
	Nombre de victimes, circonstances
	Nature des liens avec la victime
	Lieux
	Utilisation de substances psychoactives
	<i>Modus operandi</i>
	Utilisation de la violence
	Scénario excitant
	Préméditation ou non
Circonstances et conséquences de l'arrestation si elle a eu lieu	

Domaines	Éléments évalués
Description de la/des paraphilies	Age et sexe de la victime
	Utilisation ou non de matériel pornographique (Internet, vidéo)
	Age et circonstances de début
	Description des fantasmes, de l'activité sexuelle déviante et non déviante (masturbation et relations sexuelles, description et fréquence)
	Caractère exclusif ou non, incestueux ou non de la pédophilie
	Types et nombre de paraphilies : rechercher systématiquement l'ensemble des paraphilies
	Prise en charge antérieure des paraphilies et observance de la prise en charge
	Qualité de l' <i>insight</i> (compréhension à l'égard du délit et conscience de la responsabilité personnelle)
	Déni et distorsion cognitive, capacité de verbalisation et de mentalisation (alexithymie)
	Motivation pour la prise en charge

Annexe 3. Liste non exhaustive d'outils d'évaluation standardisée

Domaines	Dimension (outils d'évaluation)
Évaluation générale	Évaluation des troubles de la personnalité (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Million Clinical Multiaxial Inventory, EPQ, 16PF, NEO-PI) Évaluation de la psychopathie (Psychopathy Check-List Revised) Évaluation des troubles mentaux (Mini, SCID) Évaluation des schémas dysfonctionnels relatifs aux troubles de la personnalité (Questionnaire abrégé des schémas)
	Évaluation des capacités intellectuelles (Weschler Adult Intelligence Scale)
	Évaluation neuropsychologique : <ul style="list-style-type: none"> • attention (DII, Trail Making Test) • mémoire (5 mots de Dubois, MMS) • planification (Test de Wisconsin, Tour de Londres) • inhibition (Stroop Color Interference Test) • etc.
Évaluation des problématiques associées à l'agression sexuelle	Évaluation des relations interpersonnelles, du fonctionnement social ou des compétences sociales (Social Skills Inventory, Echelle de solitude sociale et émotionnelle, Questionnaire des conduites interpersonnelles) Évaluation des mécanismes de défense (Defense Style Questionnaire)
	Évaluation de la désirabilité sociale (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale)
	Évaluation de l'alliance thérapeutique (Échelle d'alliance aidante)
	Évaluation des habiletés sociales : <ul style="list-style-type: none"> • affirmation de soi (Rathus) • gestion de l'excès de stress, gestion des émotions dont la colère (Buss Perry Aggression Questionnaire) • gestion de l'alexithymie (Toronto Alexithymia Scale) • gestion de lieu de contrôle (Multidimensional locus of control ou IPAH) • etc.
	Évaluation de l'estime de soi (Inventaire d'estime de soi de Coopersmith, Social Self Esteem Inventory)
	Évaluation des connaissances et des croyances sexuelles générales (Questionnaire des croyances erronées sur la sexualité générale, en cours de validation en France)
	Évaluation des maltraitances vécues durant l'enfance et l'adolescence (Parental Bonding Instrument, Childhood Experience of Care and Abuse)

Domaines	Dimension (outils d'évaluation)
Évaluation des problématiques associées à l'agression sexuelle	Évaluation des distorsions cognitives relatives au passage à l'acte (Abel et Becker Cognitions Scale, Molest Scale de Bumby, questionnaire sur les croyances anticipatoires, soulageantes et permissives des auteurs d'agression sexuel sur enfant)
	Évaluation de l'empathie envers la victime (Empat, Child Molester Empathy Measure)
	Évaluation de la sphère psycho-sexuelle (Multiphasic Sex Inventory)
	Évaluation de l'intérêt et de l'orientation sexuelle (Pléthysmographie)
	Évaluation des fantasmes, des désirs et pulsions sexuelles et de l'activité sexuelle (Questionnaire sur l'Intensité du Désir et des comportements Sexuels, en cours de validation en France)
	Évaluation du déni ou minimisation des faits (Facets of Sexual Offender Denial, en cours de validation en France)
Evaluation du risque de récidive	Évaluation du risque de récidive violente statique (Violence Risk Appraisal Guide [VRAG])
	Évaluation du risque de récidive violente dynamique (Historical Clinical Risk-20 [HCR 20], Psychopathy Check-List Revised [PCL-R])
	Évaluation du risque de violence sexuelle de type clinique structuré (Sexual Violence Risk Protocol [SVR-20], Risk for Sexual Violence Protocol [RSVP]).
	Évaluation de la récidive sexuelle statique (Static 99, Sexual Offender Risk Appraisal Guide [SORAG])
	Évaluation de la récidive sexuelle dynamique (issus de la Sex Offender Need Assessment Ratin, les outils Stable [pour les prédicteurs dynamiques stables] et Acute [pour les prédicteurs dynamiques aigus] 2000).

Annexe 4. Liste des centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (CRAVS) existant en novembre 2009

Responsable(s)	REGION Adresse	Téléphone	E-mail
Dr COCHEZ Florent	AQUITAINE CH Charles Perrens 121, rue de la Béchade 33076 BORDEAUX	05 56 56 67 45	fcochez@ch-perrens.fr eantona@ch-perrens.fr
VAN DER HORST Annrachel	AUVERGNE CRAVS Auvergne Service régional de médecine légale et de victimologie CHU de Clermont-Ferrand 58, rue Montalembert 63003 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1	04 73 75 49 01	emarez@chu-clermontferrand.fr
Dr ABONDO Marlène	BRETAGNE CRAVS Bretagne Service de médecine légale et médecine pénitentiaire CHU de Rennes Rue Henri Le Guilloux 35000 RENNES	02 99 28 99 04	cravs.rennes@chu-rennes.fr
Dr SCHMOUCHKOVITCH Michel	BRETAGNE CRAVS Bretagne Hôpital de Bohars Route de Brest 29820 BOHARS	02 98 01 50 27	michel.schmouchkovitch@chu-brest.fr

VIGOURT OUDART Sylvie	CHAMPAGNE-ARDENNES CRIA VS-CA Hôpital Pierre Briquet EPSM de la Marne 1, chemin de Bouy BP 70555 51022 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE	03 26 70 37 66	criavs-ca@epsdm-marne.fr
Dr MINERVINI Joseph	FRANCHE-COMTE Maison arrêt - UCSA 5, rue Louis Pergaud 25000 BESANÇON	03 81 21 85 61	jminervini@chu-besancon.fr
Dr BARON-LAFORET Sophie	ILE-DE-FRANCE CERIAVSIF 123, rue de Reuilly 75012 PARIS	01 44 75 50 41	ceriavsif@gmail.com cravsif@hopital-esquirol.fr
Dr ZAGURY Daniel Dr ARENA Gabrielle	ILE-DE-FRANCE CRIA VS EPS VILLE EVRARD 202, avenue Jean Jaurès 93332 NEUILLY-SUR-MARNE	01 43 09 31 06	n.tennier@ns-eps-ville-evrard.fr
Dr COUTANCEAU Roland	ILE-DE-FRANCE Centre de Ressource Pôle Ouest CMP 3 bis, rue de l'Aigle 92250 LA GARENNE6COLOMBES	01 56 47 03 41	cr-idf-ouest@psylegale.com
Dr FOULI Taoufik	LIMOUSIN Centre hospitalier Esquirol Unité Michel Foucault Centre ressource régional pour les troubles du comportement sexuel 37, rue de Bourneville 87025 LIMOGES CEDEX	05 55 43 13 43	taoufik.fouli@ch-esquirol-limoges.fr Secrétariat : julie.corivaud@ch-esquirol-limoges.fr

Dr COURTIAL Bertrand	LORRAINE CRIAVS Centre psychothérapique de Nancy 1, rue du Dr Archambault BP 11010 54521 LAXOU CEDEX	03 83 92 68 50	criavs@cpn-laxou.com
Dr ALBARDIER Walter	MIDI-PYRENEES CRIAVS 7, rue du Colonel Driant 31400 TOULOUSE	05 61 14 90 10	criavs-mp@ch-marchant.fr
Responsable institutionnel : Pr THOMAS Pierre CRISAVS : Dr SEGURET Thiphaine VANDERSTUKKEN Olivier	NORD-PAS-DE-CALAIS CRISAVS 6, rue du Professeur Laguesse Unité de soins normalisée (USN B) 59037 LILLE CEDEX	03 20 44 44 35	crisavscris@yahoo.fr
Dr GINDREY Catherine	BASSE-NORMANDIE CRIAVS - BN 2, porte de l'Europe 14000 CAEN	02 31 06 18 80	criavs.bn@chs-caen.fr catherine.gindrey@chs-caen.fr
Dr SAMUEL Dominique Coordinateur : BOITOUT Jean	HAUTE-NORMANDIE CRIAVS - HN 106, rue Lafayette 76000 ROUEN	02 35 63 56 37	crinavs.hn@orange.fr
Médecins responsables du projet : Pr LANCON Christophe Dr PAULET Catherine Médecins responsables du centre : Dr BONIERBALE Mireille Dr GLEZER Mireille	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR-CORSE CRIR-AVS PACAC CHU Sainte-Marguerite 270, bd Sainte-Marguerite 13274 MARSEILLE CEDEX 09	04 91 83 90 33	contact.violencesexuel@ap-hm.fr

Dr BELONCLE Michel	PAYS-DE-LOIRE CRAVS Hôpital St Jacques 85, rue St Jacques Bât. Louis Philippe RdJ 44093 NANTES CEDEX 1	02 40 84 76 06	cravs.pdl@chu-nantes.fr
Dr GUILLAUME Laurence	PAYS-DE-LOIRE CESAME CH Ste Gemmes sur Loire BP 50089 49137 LES PONTS-DE-CE	02 41 80 79 22	consult.medi-leg@ch-cesame-angers.fr
SAVIN Bernard	PICARDIE CRIA VS Centre hospitalier Philippe Pinel Route de Paris 80044 AMIENS CEDEX 1	03 22 53 47 55	criavs-picardie@ch-pinel.fr
SAVIN Bernard	PICARDIE Antenne Oise : Centre Hospitalier interdépartemental de Clermont 2, rue des Finets 60600 CLERMONT	03 44 77 65 03	criavs-picardie@chi-clermont.fr
SAVIN Bernard	PICARDIE Antenne Aisne : Centre Jenny AUBRY 91, rue Robert Cadeau 02000 LAON	03 23 27 11 65	criavs-picardie@epsmd-aisne.fr
Pr SENON Jean-Louis Dr MERY Bernard	POITOU-CHARENTE CRIA VS CH Niort 40, avenue Charles de Gaulle 79000 NIORT	05 49 78 39 88	Site : criavs.org criavs@orange.fr

<p>Pr SENON Jean Louis Dr MERY Bernard</p>	<p>POITOU-CHARENTE CMP Espace Vienne 70, rue de Slovénie 86000 POITIERS</p>	<p>05 49 45 13 48</p>	<p>Site : criavs.org criavs@orange.fr</p>
<p>Dr GAMELIN Eric</p>	<p>LA REUNION CRAVS 42, chemin Pourpier 97866 ST PAUL CEDEX</p>	<p>02 62 45 79 13</p>	<p>cravs@epsmr.org</p>
<p>CIAVALDINI André</p>	<p>RHONES-ALPES CRAVS Centre ressource Claude Balier 9, place Victor Hugo 38000 GRENOBLE</p>	<p>04 76 50 45 71</p>	<p>contact@criavs-ra.org</p>

Méthode *Recommandations pour la pratique clinique*

Les recommandations de bonne pratique professionnelle sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode *Recommandations pour la pratique clinique (RPC)* est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations de bonne pratique professionnelle. Cette méthode repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations de bonne pratique professionnelle sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► Groupe de travail

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► Groupe de lecture

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. § 1.4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Comité d'organisation

Pr Florence Thibaut, psychiatre, Rouen
Dr Catherine Deguines, responsable unité
Afssaps, Saint-Denis

Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis
Dr Caroline Laborde, HAS, Saint-Denis

Groupe de travail

Dr Sophie Baron-Laforet, psychiatre, Paris
Pr Paul Cosyns, psychiatre, Anvers, Belgique
Dr Catherine Deguines, Afssaps, Saint-Denis
Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis -
coordonnateur
Mme Karine Gonnet, magistrat, Paris
M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis
- coordonnateur
Dr Annie Navarre-Coulaud, psychiatre, Dieppe

Dr Catherine Paulet, psychiatre, Marseille
M. Philippe Pottier, directeur de service
pénitentiaire d'insertion et de probation, Paris
Pr Jean-Louis Senon, psychiatre, Poitiers
Pr Florence Thibaut, psychiatre, Rouen
Dr Jean-Michel Thurin, psychiatre, Paris
M. Olivier Vanderstukken, psychologue, Lille

Groupe de lecture

Pr Jean-François Allilaire, psychiatre, Paris
Dr Jocelyn Aubut, psychiatre, Montréal
Dr Claude Balier, psychiatre, Proveyzieux
Dr Thierry Bonvalot, psychiatre, Quimperlé
Mme Denise Bouchet-Kervella, psychanalyste,
Paris
M. Jean-René Chartier, psychologue,
psychanalyste, Paris
M. André Ciavaldini, psychologue, Grenoble
Dr Bernard Cordier, psychiatre, Suresnes
Dr Jean-Michel Darves-Bornoz, psychiatre,
Paris
Pr Emmanuel de Becker, psychiatre, Bruxelles

Dr Pierre-André Delpa, médecin légiste,
Toulouse
M. Pierre-Yves Emeraud, infirmier de secteur
psychiatrique, Varcès
Dr Marc-Antoine Grohens, psychiatre, Villejuif
Pr Jean-Yves Hayez, psychiatre, Bruxelles
Dr Carol Jonas, psychiatre, Tours
Dr Michel Lacour, psychiatre, Poissy
Dr Olivier Lehembre, psychiatre, Valenciennes
Dr Eric Marcel, psychiatre, Le Mesnil-Saint-
Denis
Dr Yves Tyrode, psychiatre, Aix-en-Provence
M. Loick Villerbu, psychologue, Rennes

Fiche descriptive des recommandations

TITRE	Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<p>L'objectif principal des recommandations est de proposer aux professionnels concernés des stratégies de prise en charge thérapeutique des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans.</p> <p>Les recommandations répondent aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle est l'évaluation initiale à réaliser ? - Quelle est la place de la prise en charge psychothérapeutique ? - Quelle est la place du traitement pharmacologique ?
Professionnel(s) concerné(s)	<p>Ces recommandations sont destinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prioritairement aux acteurs du soin, en particulier psychiatres, psychologues, infirmiers, médecins généralistes ; - aux experts psychiatres et psychologues dans le cadre de la discussion de l'indication de l'injonction de soins ; - aux médecins coordonnateurs. <p>Elles concernent à titre d'information, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, les acteurs du champ socio-éducatif et judiciaire.</p>
Demandeur	Ministre de la Santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : M. Brice Kitio, chef de projet, et D^r Patrice Dosquet, chef de service, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS, Saint-Denis</p> <p>Secrétariat : M^{lle} Jessica Layouni, HAS, Saint-Denis</p> <p>Recherche documentaire : M^{lle} Sophie Despeyroux, avec l'aide de M^{me} Maud Lefèvre, service de documentation, HAS (chef de service : M^{me} Frédérique Pagès)</p>
Participants	Cf. liste des participants
Recherche documentaire	Sans limite inférieure jusqu'à juin 2009 ; 2 323 références obtenues par la recherche et 695 articles analysés
Auteurs de l'argumentaire	M. Brice Kitio, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS, avec la contribution des membres du groupe de travail
Validation	<p>Avis du Comité de validation des recommandations</p> <p>Validation par le Collège de la HAS en juillet 2009</p>
Autres documents	Argumentaire scientifique des recommandations téléchargeable sur www.has-sante.fr