



HAL
open science

Élaboration d'un outil d'aide décisionnelle pour l'arrêt ou la modification du traitement hormonal chez les auteurs de violences sexuelles

Marie-Claire Roisset

► To cite this version:

Marie-Claire Roisset. Élaboration d'un outil d'aide décisionnelle pour l'arrêt ou la modification du traitement hormonal chez les auteurs de violences sexuelles. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01547114

HAL Id: dumas-01547114

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01547114>

Submitted on 26 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE ROUEN
UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 2017

N°

**THÈSE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

Marie-Claire ROISSET

Née le 10 février 1990 à Bois-Guillaume (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 6 JUIN 2017

**ÉLABORATION D'UN OUTIL D'AIDE DÉCISIONNELLE
POUR L'ARRÊT OU LA MODIFICATION DU
TRAITEMENT HORMONAL CHEZ LES AUTEURS DE
VIOLENCES SEXUELLES**

PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Priscille GÉRARDIN

DIRECTEUR DE THÈSE

Dr Jean-Michel PASQUIER

UNIVERSITÉ DE ROUEN
UFR DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 2017

N°

**THÈSE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

Marie-Claire ROISSET

Née le 10 février 1990 à Bois-Guillaume (76)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 6 JUIN 2017

**ÉLABORATION D'UN OUTIL D'AIDE DÉCISIONNELLE
POUR L'ARRÊT OU LA MODIFICATION DU
TRAITEMENT HORMONAL CHEZ LES AUTEURS DE
VIOLENCES SEXUELLES**

PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Priscille GÉRARDIN

DIRECTEUR DE THÈSE

Dr Jean-Michel PASQUIER

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017
U.F.R. DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais – retraite 01/10/2016
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
---------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (phar)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

À Mme le Professeur Gérardin,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Pour l'attention portée à ce travail et votre implication auprès des internes,

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Tournel,

Vous me faites l'honneur de considérer et juger ce travail.

Pour m'avoir acceptée dans votre service au cours de mon internat,

Pour la qualité de votre enseignement, votre gentillesse et votre bienveillance,

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Lefebvre,

Vous me faites l'honneur de considérer et juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Pasquier,

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Pour votre enseignement pratique et théorique tout au long de mon internat,

Pour votre disponibilité, ainsi que pour vos qualités personnelles et professionnelles.

Recevez ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

À toute l'équipe du service de médecine légale du CHU de Rouen,

Pour m'avoir acceptée parmi vous et pour tout ce que vous m'avez transmis au cours de ces deux semestres. J'ai hâte de travailler avec vous.

À l'équipe du SMPR de la Maison d'Arrêt de Rouen, et tout particulièrement à Ludivine, Marie et Sarah,

Ces six mois passés avec vous ont été particulièrement riches, tant sur le plan professionnel que personnel. Vous m'avez transmis votre goût du travail en milieu carcéral.

À l'ensemble des équipes médicales et paramédicales du secteur 7,

Pour vos apports cliniques, thérapeutiques et humains.

Aux Docteurs Lefebvre, Daric-Bouchaud et Michon,

Pour votre enseignement clinique incomparable au cours de ces six mois à l'Unité pour Malades Difficiles "Érasme",

Pour m'avoir donné le goût des patients "difficiles" et du travail institutionnel.

Aux équipes de pédopsychiatrie du CHU et de l'hôpital de jour Adosphère,

Pour m'avoir fait partager votre intérêt pour les jeunes patients et le travail avec les familles.

À mes amis et tout particulièrement à Anne, à Chloé et à la famille Colin,

Pour tous les bons moments ensemble, passés et à venir.

À Agathe,

Pour ton amitié depuis le début de nos études.

À Pauline et Benjamin,

Pour votre amitié qui m'est très précieuse.

À ma famille,

Pour votre soutien et votre confiance depuis toujours

À Thibaud,

Pour tout.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	p.17
LISTE DES ABRÉVIATIONS	p.18
INTRODUCTION	p.19
PARTIE I : DONNÉES ACTUELLES SUR LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES	p.21
I. Les auteurs de violences sexuelles	p.21
A. Chiffres-clés concernant les violences sexuelles	p.21
B. Troubles psychiatriques chez les auteurs de violences sexuelles	p.23
i. Paraphilies	p.24
ii. Pathologies psychiatriques caractérisées	p.26
iii. Déficience mentale	p.28
iv. Troubles de la personnalité décrits	p.28
C. Cadre juridique	p.30
i. Soins libres et incitation aux soins en détention	p.30
ii. Obligation de soins et injonction de soins en ambulatoire	p.30
D. Récidive et facteurs de risque	p.32
i. Facteurs de risque statiques	p.33
ii. Facteurs de risque dynamiques stables	p.33
iii. Facteurs de risque dynamiques aigus	p.34
E. Outils d'évaluation expérimentés autour des auteurs de violences sexuelles	p.35
II. Prise en charge non médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles	p.39
A. Prise en charge psychothérapeutique	p.39
B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	p.40
III. Moyens thérapeutiques pharmacologiques	p.41
A. Synthèse, régulation et métabolisme de la testostérone chez l'homme	p.41
B. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	p.44
C. L'acétate de cyprotérone	p.45
i. Mécanismes d'action	p.45
ii. Efficacité	p.46
iii. Effets indésirables et contre-indications	p.46
D. Les agonistes de la GnRH	p.48
i. Mécanismes d'action	p.48
ii. Efficacité	p.49
iii. Effets indésirables et contre-indications	p.49
E. Représentation schématique	p.50
F. Bilan biologique initial minimal et surveillance biologique	p.51
IV. Stratégie thérapeutique	p.52
A. Délai d'action et durée de prescription	p.52
B. Stratégie thérapeutique	p.52

PARTIE II : CRÉATION DE L'OUTIL	p.56
I. Modalités de création du questionnaire	p.56
A. Élaboration de l'outil	p.56
B. Population visée par l'outil	p.56
II. Présentation du questionnaire	p.57
A. Première partie : informations autour du patient	p.57
i. Données biographiques et médicales	p.57
ii. Données judiciaires	p.60
iii. Nature des actes / des pensées	p.61
iv. Score FDACS au temps zéro	p.62
B. Deuxième partie : questionnaire patient	p.63
i. Perception de l'acte	p.63
ii. Investigation de la personnalité	p.64
iii. Éléments de vie relationnelle	p.65
iv. Vécu / représentation de la maladie et du traitement androgène	p.67
C. Troisième partie : vécu de l'investigateur	p.69
III. Grille de cotation et arbre décisionnel	p.71
A. Score individuel	p.71
B. Score FDACS initial	p.72
C. Score dynamique	p.73
D. Grille de cotation	p.76
E. Arbre décisionnel	p.78
IV. Modalités de passation du questionnaire et design du suivi	p.79
A. Au temps zéro	p.79
B. Suivi des patients	p.79
 PARTIE III : DISCUSSION	 p.80
 CONCLUSION	 p.87
 BIBLIOGRAPHIE	 p.90
 ANNEXES	 p.96
 RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS	 p.106

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Distribution des auteurs des premiers épisodes d'agression sexuelle en fonction de leur lien avec la victime	p.22
Figure 2 : Classification simplifiée des troubles de la personnalité de la sphère narcissique chez les auteurs de violences sexuelles	p.29
Figure 3 : Historical Clinical Risk management, version 20 (HCR-20)	p.36
Figure 4 : Facteurs dynamiques stables et aigus pris en compte par les échelles <i>Acute-2007</i> et <i>Stable-2007</i>	p.37
Figure 5 : Extrait des recommandations de bonne pratique de 2014 de la HAS	p.38
Figure 6 : Régulation de la stéroïdogenèse dans la cellule de Leydig	p.42
Figure 7 : Schéma de l'axe gonadotrope masculin	p.43
Figure 8 : Activités spécifiques de la testostérone, de la DHT et de l'oestradiol	p.44
Figure 9 : Sites d'action des médicaments à visée antiandrogénique	p.50
Figure 10 : Niveaux de prise en charge des auteurs de violences sexuelles	p.54
Figure 11 : Thérapeutiques recommandées en fonction du niveau de prise en charge des auteurs de violences sexuelles	p.55
Figure 12 : Extrait du questionnaire - Données biographiques et médicales	p.59
Figure 13 : Extrait du questionnaire – Données judiciaires	p.60
Figure 14 : Extrait du questionnaire – Nature des actes et des pensées	p.61
Figure 15 : Extrait du questionnaire – Perception de l'acte	p.64
Figure 16 : Extrait du questionnaire – Investigation de la personnalité	p.65
Figure 17 : Extrait du questionnaire – Éléments de vie relationnelle	p.66
Figure 18 : Extrait du questionnaire - Vécu / Représentation de la maladie et du traitement antiandrogène	p.68
Figure 19 : Extrait du questionnaire – Vécu de l'investigateur	p.70
Figure 20 : Grille de cotation – score individuel	p.72
Figure 21 : Grille de cotation – score FDSC initial	p.73
Figure 22 : Grille de cotation – score dynamique	p.75
Figure 23 : Grille de cotation	p.77
Figure 24 : Arbre décisionnel	p.78

LISTE DES ABRÉVIATIONS

17βHSD : 17-β-hydroxystéroïde déshydrogénase

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CIFAS : Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle

CIM : Classification Internationale des Maladies

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DHEA : Déhydroépiandrostérone

DHT : Dihydrotestostérone

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

FDCS : Questionnaire sur l'Intensité des Fantasmes, du Désir et des Comportements Sexuels

FSH : Follicle Stimulating Hormone, ou Hormone Folliculo-Stimulante

GnRH : Gonadotropin Releasing Hormone, ou Gonadolibérine, ou hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HCR-20 : Historical Clinical Risk management

ISRS : Inhibiteur Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

LDL : Low Density Lipoprotein ou lipoprotéine de basse densité

LH : Luteinizing Hormone ou Hormone Lutéinisante

LP : Libération Prolongée

QI : Quotient Intellectuel

RA : Récepteur des androgènes

TeBG : Testosterone Binding Globulin, ou protéine porteuse de la testostérone plasmatique

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

INTRODUCTION

Les violences sexuelles constituent un enjeu de société majeur depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle. La prise en charge des auteurs est devenue un thème récurrent dans les médias, et la psychiatrie comme la justice sont régulièrement interpellées à ce sujet, le plus souvent à l'occasion de faits divers. Mais à travers les interrogations sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, c'est avant tout la question de la récurrence et de sa prévention qui est posée aux médecins, aux magistrats, aux services sociaux...

L'utilisation en France, dès la fin des années 1970, de traitements médicamenteux pouvant agir sur la libido a considérablement modifié les modalités de prise en charge des auteurs de violences sexuelles, préalablement basées de manière quasi exclusive sur des aspects psychothérapeutiques et éducationnels. Peu à peu, le champ judiciaire a exercé une pression croissante sur les acteurs de soins pour maintenir cette prise en charge médicamenteuse de manière pérenne chez les auteurs de violences sexuelles, en dépit d'indications médicales qui ne paraissent pas ou plus cliniquement pertinentes. Cette position judiciaire, que l'on retrouve également au niveau sociétal, peut être à l'origine de difficultés dans l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité pour les intervenants médicaux.

Cependant, ces dernières années, dans la littérature comme dans la pratique quotidienne, les durées de prescription des traitements antiandrogènes (triptoréline, acétate de cyprotérone, leuproréline, etc.) chez les auteurs de violences sexuelles n'ont cessé de s'accroître. Initialement, ces traitements devaient pourtant être instaurés et poursuivis sur des temps courts, généralement de quelques mois, afin de permettre à la psychothérapie instituée simultanément de débiter et à l'alliance thérapeutique de s'établir de manière satisfaisante. Mais dans la pratique actuelle, il n'est pas rare de constater des durées de traitement pouvant s'étendre sur plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années.

La poursuite de ces prescriptions sur des durées aussi longues reste souvent empirique et est susceptible d'engendrer nombre d'effets indésirables pour les patients ainsi pris en charge : risque d'ostéopénie, cytolysse hépatique, épisode dépressif, accidents thrombo-emboliques, absence d'accès à une vie sexuelle consentie et adaptée, troubles neurologiques, etc. Un arrêt de ces thérapeutiques à visée antiandrogénique peut pourtant, lors de programmes de soins bien menés, s'avérer réalisable. Mais dans ce contexte d'absence de consensus sur les durées de traitement ainsi que de pressions judiciaires et sociétales à l'administration de ces médicaments, la recherche d'un outil d'aide décisionnelle adapté et communément admis, basé sur des critères objectifs, prend toute sa place. Celui-ci permettrait en effet de limiter la subjectivité liée aux acteurs de soins tout en questionnant de manière régulière et systématique la pertinence du maintien d'un tel traitement.

Cette thèse a ainsi pour objectif de proposer un outil, à l'attention des psychiatres en charge d'auteurs de violences sexuelles, afin de les aider à motiver leur décision d'arrêt, de modification ou de poursuite d'un traitement antiandrogène.

Pour ce faire, ce travail va se décomposer en trois parties. La première reprend les données de la littérature sur les auteurs de violences sexuelles (caractéristiques épidémiologiques, recommandations de prise en charge...), ainsi que sur les traitements hormonaux antiandrogènes, de leurs mécanismes d'action à leurs indications actuelles. Nous nous intéresserons également aux facteurs de risque de récurrence identifiés et aux échelles déjà validées pour l'évaluation du risque de passage à l'acte chez les auteurs de violences sexuelles. La deuxième partie présente un outil que nous avons créé prenant la forme d'un "questionnaire-inventaire d'items" et faisant appel à de nombreux aspects de la prise en charge du sujet : aspects cliniques, pharmacologiques, psychopathologiques et biologiques, mais également éléments de l'histoire de vie, de l'anamnèse, du suivi mis en place et du projet de vie... Enfin, dans une troisième partie, nous discuterons notre questionnaire ainsi que la cotation et l'arbre décisionnel proposés à la lumière d'éléments de la littérature et d'autres outils déjà à la disposition des thérapeutes.

PARTIE I : DONNÉES ACTUELLES SUR LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

I. Les auteurs de violences sexuelles

Selon l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, le nombre de condamnations pour agressions sexuelles est estimé à 10 000 par an en France [1]. Cependant, la population formée par les auteurs d'agressions sexuelles n'est pas homogène et il est donc nécessaire d'en connaître de la manière la plus précise possible les caractéristiques, afin de proposer une prise en charge adaptée à chaque auteur (médicale, psychologique, éducative, etc.). Il convient également de différencier les sujets présentant une problématique sexuelle avérée de ceux dont la problématique relève de violences plus “ordinaires”.

A. Chiffres-clés concernant les violences sexuelles

Il est difficile d'appréhender les violences sexuelles dans leur ensemble du fait de la faible proportion d'actes d'agressions sexuelles faisant l'objet d'une plainte. Les données statistiques issues des institutions judiciaires ou des services de police ne permettent donc que d'évaluer de manière approximative et partielle ce phénomène.

Il existe en effet de fortes divergences entre les chiffres provenant des pouvoirs publics et ceux issus d'études ou de sondages en population générale. Selon l'étude *Contexte de la Sexualité en France* (CSF) menée en France en 2006 sur 12 364 personnes, 16 % des femmes et 5 % des hommes interrogés ont déclaré au moins un rapport sexuel forcé ou une tentative au cours de leur vie. Parmi ces victimes de violences sexuelles, 59 % des femmes et 67 % des hommes déclaraient que le premier épisode de violence sexuelle s'était produit alors qu'ils étaient encore mineurs [2]. Les agressions sexuelles sur

mineurs constituent la majorité des violences sexuelles. Une étude menée en France en 2014 par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie avance le chiffre de 81 % des agressions sexuelles commises qui le seraient à l'égard de mineurs [3]. Par ailleurs, une étude menée entre 2010 et 2012 a montré que 83 % des femmes victimes de viols ou de tentatives de viol connaissaient leur agresseur. Dans 31 % des cas, l'auteur était le conjoint de la victime [4], [5]. Enfin, les dernières données statistiques sont en faveur d'une proportion croissante d'adolescents parmi les auteurs de violences sexuelles. En effet, d'après l'Observatoire national de la délinquance, environ 25% des auteurs de violences sexuelles seraient actuellement des mineurs [1], [4]. Ce chiffre serait en forte augmentation (+70% entre 1996 et 2003) selon cette même étude.

La figure 1 représente la distribution des auteurs des premiers épisodes d'agression sexuelle en fonction de leur lien avec la victime, d'après l'enquête CSF menée en 2006 [2].

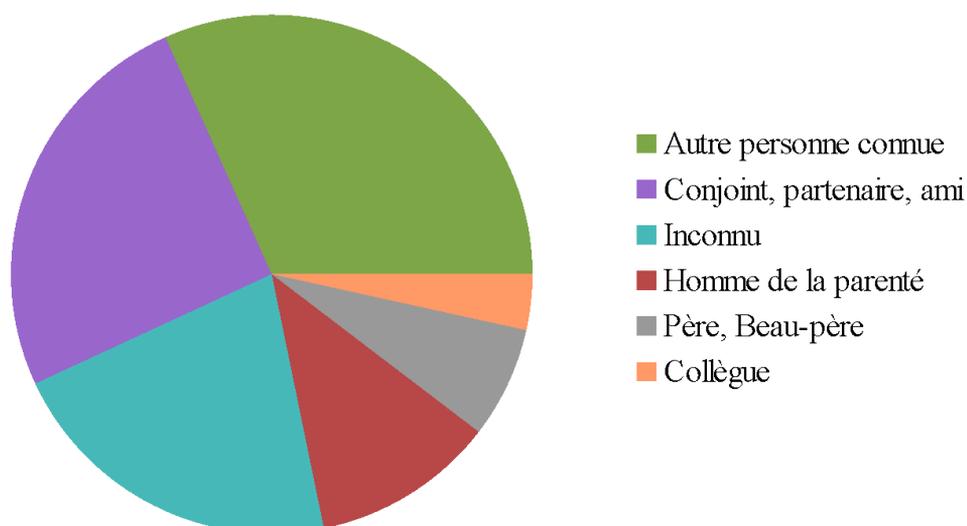


Figure 1 : Distribution des auteurs des premiers épisodes d'agression sexuelle en fonction de leur lien avec la victime. Selon Bajos et al., 2008. Source : Enquête CSF 2006 [2].

L'Observatoire National des Violences faites aux Femmes, en 2015, retrouve des chiffres comparables, estimant à 84 000 le nombre de femmes victimes de viol ou tentative de viol chaque année [6]. Dans 90 % des cas, l'auteur serait connu de sa victime.

Ces dernières années, il a été noté une forte augmentation du nombre de plaintes déposées (2 167 en 1981, 10 506 en 2004 et 31 825 en 2014) et par conséquent, une inflation du nombre d'affaires poursuivies, jugées et condamnées [1], [2], [7]. Cependant, cette augmentation du nombre d'agressions déclarées ne correspond pas nécessairement à une augmentation de la violence à caractère sexuel, mais peut s'expliquer à la fois par un recours plus facile au système judiciaire et par une moindre banalisation des faits d'agressions sexuelles au sein de notre société.

Par ailleurs, le téléchargement d'images à caractère pornographique impliquant des enfants, aussi dénommé cyberpédopornographie, constitue un motif de plus en plus fréquent de condamnations pénales. En 2014, 2 165 infractions concernant la diffusion ou la détention d'image à caractère pornographique d'un mineur ont été recensées. Ces chiffres sont en forte augmentation par rapport à l'année précédente : + 20,4 % par rapport à 2013 (soit 1 798 infractions supplémentaires) [8]. Cette croissance est bien sûr en grande partie attribuable à une traque plus systématique de la cybercriminalité. Néanmoins, elle est aussi à l'origine d'un recours plus important aux services médico-socio-éducatifs, que ce soit par le biais d'une injonction ou d'une obligation de soins, ou encore au cours d'une incarcération.

B. Troubles psychiatriques chez les auteurs de violences sexuelles

La recherche systématique d'une pathologie psychiatrique chez les auteurs de violences sexuelles est corollaire à une prise en charge thérapeutique adaptée, car l'existence d'un diagnostic psychiatrique précis conditionne la mise en place d'un traitement individualisé [9]. Le médecin s'attachera plus particulièrement à rechercher une

paraphilie, une pathologie psychiatrique caractérisée, un retard mental ou un trouble de la personnalité.

i. Paraphilies

Le terme paraphilie dérive du Grec ancien “*para*” qui signifie autour ou à côté et “*philia*” qui se traduit par aimer. C'est à Benjamin Karpman qu'est attribuée la première utilisation de ce mot pour désigner un comportement sexuel en marge de ceux qui sont communément admis par la société. La troisième version du DSM introduit l'expression “troubles psychosexuels” et décrit déjà huit paraphilies spécifiques. Auparavant, les déviations sexuelles ou “perversions sexuelles” étaient classées dans le trouble de la personnalité psychopathique [10].

Le DSM-V définit la paraphilie comme un trouble du comportement sexuel se caractérisant par une excitation sexuelle survenant de façon répétée et intense impliquant d'autres “objets” que des êtres humains consentants, matures et phénotypiquement normaux, s'étendant sur une période d'au moins 6 mois. Ces troubles doivent être à l'origine d'une souffrance psychique chez le sujet, ou d'un retentissement sur le plan social, professionnel, ou dans tout autre domaine important, pour le sujet ou pour autrui [10], [11].

La CIM-10 [12] et le DSM-V [11] recensent et définissent huit paraphilies spécifiques principales :

- L'exhibitionnisme, qui consiste à exposer ses parties génitales à d'autres personnes ou à agir sexuellement en public.
- Le voyeurisme, qui implique le fait d'observer une personne nue, en train de se déshabiller ou en train d'avoir un rapport sexuel.
- Le frotteurisme, qui désigne l'acte de toucher ou de se frotter contre une personne non consentante.

- Le masochisme, qui implique des actes sexuels (réels) dans lequel le sujet est humilié, battu, attaché, ou livré à la souffrance par d'autres moyens.
- Le fétichisme, défini par l'utilisation d'objets inanimés pour obtenir une excitation sexuelle. Les objets fétiches ne sont alors pas uniquement des instruments utilisés pour le travestissement ou la stimulation sexuelle.
- La pédophilie, qui se caractérise par une préférence sexuelle pour les enfants prépubères chez un sujet âgé de plus de 16 ans. Il convient de spécifier s'il s'agit d'un pédophile exclusif (attiré uniquement par les enfants) ou non, si celui-ci présente une attirance pour les garçons, les filles ou les deux sexes, et si le trouble se limite à l'inceste.
- Le sadisme, défini par le recours à des actes impliquant la souffrance psychologique ou physique d'autrui (y compris son humiliation) pour déclencher une excitation sexuelle chez le sujet.
- Le transvestisme-fétichisme, qui se caractérise par la présence chez un homme hétérosexuel de fantasmes, désirs ou comportements sexuels impliquant l'utilisation de vêtements féminins. Il convient par ailleurs de préciser si ce trouble est associé à une dysphorie du genre.

D'autres paraphilies, telles que la zoophilie ou la nécrophilie, ne sont pas individualisées et sont classées dans un groupe dénommé "paraphilies non spécifiées". En tout, plus de cinquante paraphilies auraient été décrites dans la littérature [13], [14].

Une étude menée par Tesson et al. a estimé à 19 % les patients sous injonction de soins qui présentaient une paraphilie répondant aux critères du DSM-IV [15]. La prévalence des paraphilies en population générale est très difficile à évaluer, mais il semblerait que le voyeurisme et l'exhibitionnisme soient les paraphilies les plus fréquentes. Une étude menée en Suède en 1996 sur 2 450 hommes âgés de 18 à 60 ans a trouvé les résultats suivants : 3,1 % des sujets ont déclaré au moins un épisode d'exhibitionnisme et 7,7 % ont déclaré avoir déjà été excité en observant une autre personne avoir un rapport sexuel [16].

L'âge de début des troubles se situe le plus souvent à l'adolescence ou autour de 18 ans : 13,6 ans pour le transvestisme-fétichisme, 17,4 ans pour le voyeurisme et 21,1 ans pour les cas de pédophilie hétérosexuelle non incestueuse [17]. À l'exception du masochisme, les paraphilies touchent les hommes de manière quasi exclusive. Les sujets atteints de paraphilie présentent souvent plusieurs types de déviances sexuelles associées [18], [19]. L'étude de Hall et Hall en 2007 retrouve par exemple une proportion de 50 à 70 % de pédophiles présentant au moins une autre paraphilie [20].

Il existe cependant une différence notable entre les chiffres issus des études médicales et judiciaires. En effet, les définitions du DSM-V ou de la CIM-10 sont basées sur des pensées, sans nécessité de passage à l'acte. À l'opposé, les statistiques judiciaires s'intéressent essentiellement aux actes, sans nécessité de critère médical associé. Cette divergence de point de vue explique en partie la variabilité des statistiques autour des auteurs de violences sexuelles.

ii. Pathologies psychiatriques caractérisées

En 2008, l'étude de Senon a estimé la prévalence de pathologies psychiatriques caractérisées dans la population des auteurs d'agressions sexuelles entre 1 % et 5 %. Cette étude incluait la recherche d'un épisode dépressif majeur, d'un trouble anxieux, d'un trouble bipolaire et ou d'une schizophrénie [21].

Des résultats un peu plus élevés ont été mis en évidence par la revue de la littérature de Marshall en 2006, qui a estimé la prévalence des troubles psychotiques entre 1,7 % et 16 % chez des patients présentant au moins une paraphilie [22]. Une étude menée en 2009 sur 72 hommes détenus en Maison d'Arrêt pour agression sexuelle a retrouvé des chiffres comparables avec une prévalence d'épisodes psychotiques sur la vie entière de 8,3% [23]. Dans un faible nombre de cas, la paraphilie peut être "secondaire" à la schizophrénie et disparaît (ou est significativement réduite) lorsque cette dernière fait l'objet d'un traitement efficace. Cependant, dans une grande majorité des cas, il n'y a pas

de lien entre psychose et paraphilie, et cette dernière nécessite d'être traitée indépendamment [24].

Les données estimant la prévalence d'un épisode dépressif majeur sont extrêmement variables d'une étude à l'autre, allant de 3 % à 95 % [25]. L'étude de Raymond a par exemple retrouvé, au sein d'un échantillon de 45 pédophiles, une proportion de 20 % de patients présentant un épisode dépressif majeur [25]. Les résultats de McElroy mettent en évidence des chiffres plus élevés avec 61 % de patients présentant un épisode dépressif majeur dont 36 % s'intégrant dans le cadre d'un trouble bipolaire [26]. L'étude de Kafka et Hennen en 2002 a quant à elle retrouvé le chiffre de 39,1 % parmi un échantillon de 120 sujets présentant une paraphilie [27].

Différentes études ont mis en évidence une prévalence importante des comorbidités addictives parmi les auteurs de violences sexuelles ou chez les patients présentant une paraphilie. L'étude de McElroy en 1999 a par exemple retrouvé un abus de substances psychoactives chez 83 % des sujets étudiés [21] ; l'étude de Harsch avance quant à elle le chiffre de 60,8 % [28] et l'étude de Kafka en 2002 a mis en évidence une prévalence des troubles addictifs de 40,8 %. L'alcool est la substance la plus souvent retrouvée (30 % des sujets). 19,1 % des sujets présentaient une polytoxicomanie [27].

Enfin, les troubles anxieux sont particulièrement fréquents chez les auteurs de violences sexuelles comme chez les patients présentant une authentique paraphilie. L'étude de Raymond en 1999, réalisée auprès de 45 patients pédophiles auteurs de violences sexuelles, a estimé à 53,3% la prévalence des troubles anxieux. Parmi ceux-ci, la phobie sociale était le trouble le plus représenté (31,1 %) [25]. L'étude de McElroy retrouve un chiffre un peu plus faible (36,6 %) concernant les troubles anxieux [26].

iii. Déficience mentale

Le retard mental est un diagnostic fréquent chez les auteurs de violences sexuelles, et il est aussi régulièrement associé aux paraphilies. On estime entre 10 et 15 % la proportion d'agressions sexuelles qui seraient commises par des auteurs souffrant de déficience mentale [29]. Une étude rétrospective menée par Czerny et al. en 2002 a estimé à 41 % la prévalence d'un retard mental chez les auteurs de violences sexuelles traités par antiandrogènes [30]. Pour la moitié d'entre eux, il s'agissait d'un retard mental léger. La déficience mentale est d'autant plus pourvoyeuse de passage à l'acte violent qu'elle est associée à une autre pathologie psychiatrique [31] ou à l'effet désinhibiteur de l'alcool [32]. Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence l'influence positive d'un entourage étayant en cas de déficience mentale sur la prévention de la récurrence : famille présente, entourage socio-éducatif, insertion professionnelle... [29], [33].

iv. Troubles de la personnalité décrits

L'étude de Carlstedt, réalisée en 2005, a posé un diagnostic de trouble de la personnalité chez 68 % des pédophiles auteurs de violences sexuelles et chez 59 % des auteurs de violences sexuelles présentant une paraphilie autre que la pédophilie [34]. Les résultats sont divergents et il n'existe pas de consensus sur le trouble de la personnalité qui serait le plus souvent représenté chez les auteurs de violences sexuelles, mais une tendance globale tendrait à montrer que les clusters B (antisocial, borderline, histrionique et narcissique) et C (évitant, dépendant et obsessionnel-compulsif) sont plus représentés que le cluster A (paranoïaque, schizoïde et schizotypique) [25], [26], [28]. Aux États-Unis, les traits correspondant à des personnalités perverses-sadiques, antisociales et schizoïdes ont été retrouvés de manière récurrente et sont associés à une particulière gravité dans la population des auteurs d'homicides sexuels [35]. Seule l'étude de Perrot a cependant montré des résultats divergents, retrouvant une personnalité évitante surreprésentée et une prévalence du cluster B inférieure aux autres études [36].

Les travaux d'auteurs français, comme Coutanceau et Martorell, ont mis en évidence que les troubles de la personnalité de type psychopathique sont particulièrement pourvoyeurs de passages à l'acte sexuels violents, à la faveur de traits de personnalité tels que l'impulsivité, l'agressivité, l'intolérance à la frustration, et les faibles capacités de mentalisation [32]. Selon les auteurs, une seconde catégorie d'agresseurs sexuels présenterait une personnalité narcissique associée à des traits de perversion [32]. À l'issue de ces travaux, une classification simplifiée des traits de personnalité présentés par les auteurs de violences sexuelles a pu être proposée. Celle-ci est résumée dans la figure 2, issu d'un article de Coutanceau [37].

	Névrotique	Immature-pervers	Pervers
<i>Contrainte lors de l'acte</i>	Reconnue	Négation ou banalisation	Déni
<i>Vécu de l'acte</i>	Culpabilité	Honte	Ni anxiété, ni honte
<i>Ressentiment possible pour la victime</i>	Reconnu	Banalisé, minimisé	Nié
<i>Position face à la loi (légalité)</i>	Reconnue comme structurante	Acceptée avec difficultés	Défiée

Figure 2 : Classification simplifiée des troubles de la personnalité narcissiques chez les auteurs de violences sexuelles, d'après Coutanceau et Martorell [32], [37].

Par ailleurs, une étude récente de Bénézech a montré que le trait de personnalité “colère” est statistiquement lié aux comportements violents, lorsqu'il s'agit de colères dites anormales, et que ce trait de personnalité doit être recherché de manière systématique chez les auteurs de violences, afin de proposer un programme thérapeutique spécifique [38].

C. Cadre juridique

i. Soins libres et incitation aux soins en détention

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles peut intervenir dans le cadre des soins psychiatriques libres, à l'occasion d'une hospitalisation ou d'un suivi psychiatrique tel que chacun le conçoit habituellement, sans qu'aucune mesure judiciaire n'ait été prononcée. Le cadre légal se limite alors aux exigences du secret professionnel et de ses limitations, tels qu'ils sont définis par les articles 226-13, 223-6 et 226-14 du Code Pénal [39].

La prise en charge d'un auteur de violences sexuelles peut également débiter au cours d'une incarcération. En dehors des soins psychiatriques sur demande d'un représentant de l'État pour les détenus atteints de troubles mentaux, ces soins ne peuvent avoir lieu qu'avec le consentement du patient. Il existe cependant des mesures dites d'incitation aux soins, puisque l'article 721-1 du Code de Procédure Pénale précise que le juge d'application des peines peut tenir compte de l'existence d'un suivi dans l'octroi d'une réduction ou d'un aménagement de peine [40].

ii. Obligation de soins et injonction de soins en ambulatoire

De plus en plus souvent, un auteur de violences sexuelles peut être soumis à des soins imposés par la justice. Les juridictions de jugement doivent se prononcer sur le cadre législatif encadrant ces soins pénalement contraints : obligation de soins ou injonction de soins. Dans les deux cas, ces mesures de soins ont lieu en milieu ambulatoire (hors détention), dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Ce dernier est défini comme un ensemble de “mesures de surveillance et d'assistance destinées à prévenir la récidive”. Il est ordonné par une juridiction de jugement et est sous le contrôle d'un juge de l'application des peines.

Selon une étude réalisée par le Ministère de la Justice en 2007 [41], 90% des infractions ayant conduit à un suivi socio-judiciaire étaient des infractions à caractère

sexuel. Cependant, la loi prévoit la possibilité de mesures de suivi socio-judiciaire pour les infractions suivantes [39] :

- meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de torture ou d'actes de barbarie,
- viol et autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions sexuelles, à l'exception toutefois du harcèlement sexuel,
- atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique ou de diffusion d'un message pornographique susceptibles d'être vus par un mineur.

L'injonction de soins est définie par la loi comme la mise en place pour un individu d'une prise en charge thérapeutique, après une condamnation et dans le but d'éviter la survenue d'une récidive [42]. Elle est définie à l'article 131-36-4 du Code Pénal [43]. Cette injonction de soins s'applique initialement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Cette mesure est prononcée par les juridictions de jugement, à l'issue d'une expertise psychiatrique. Selon les articles L-3711-1 et L-3711-3 du Code de la Santé Publique, elle fait appel à un thérapeute (psychiatre ou psychologue) et à un médecin coordinateur dont le rôle est de faire le lien entre le système de soins et le système judiciaire (représenté en l'occurrence par le juge d'application des peines) [44], [45]. Ce texte de loi précise également le rôle du médecin traitant qui "peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné, y compris des médicaments inhibiteurs de la libido". L'injonction de soins nécessite d'obtenir le consentement du sujet. Elle peut être prononcée pour une durée maximale de 10 ans pour un délit et de 20 ans pour un crime [42]. Depuis 2007, l'évolution législative récente tend à systématiser le recours à l'injonction de soins dans le suivi socio-judiciaire. Elle a également permis d'ordonner des mesures d'injonction de soins hors du cadre initial prévu par la peine, par exemple dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire ou d'une surveillance de sûreté. Enfin, depuis 2007, la loi permet au juge de l'application des peines de soumettre certains condamnés sortants à une injonction qui n'avait pas été prononcée précédemment [46], [47]. En cas de non-respect de la mesure d'injonction de soins, la personne condamnée s'expose à une

réincarcération d'une durée maximale de deux ans en matière délictuelle et cinq ans en matière criminelle.

L'obligation de soins est une mesure plus générale. Elle peut intervenir au stade présentenciel dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou comme alternative à une peine d'emprisonnement dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve. Elle n'impose pas de recueillir l'avis d'un expert psychiatre et peut être mise en place, sans procédure particulière, à n'importe quel moment par une juridiction de jugement ou d'instruction. Elle est définie à l'article 132-45 du Code Pénal comme étant "l'obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation". Dans le cadre d'une obligation de soins, il n'existe pas de relations entre la justice et la santé au sujet du patient. Le non-respect d'une obligation de soins peut faire encourir une peine d'incarcération (détention provisoire ou révocation du sursis). Il s'agit d'une mesure pouvant être prononcée pour une durée maximale de 20 ans [48]. Selon une étude publiée par l'administration pénitentiaire en 2006, les trois quarts des condamnés pour infractions sexuelles faisaient l'objet d'une obligation de soins [49].

D. Récidive et facteurs de risque

La méta-analyse réalisée par Hanson et Morton en 2009 a estimé à 13,8 % le taux de récidive dans une population de 23.494 auteurs de violences sexuelles suivis durant cinq à six années [50]. L'étude de Craig, réalisée au Royaume-Uni en 2008, a retrouvé des chiffres comparables, à savoir un taux moyen de récidive de 17,5 % chez les auteurs d'agressions sexuelles, pour une période de suivi de six ans et plus. Ce taux de récidive est supérieur chez les sujets ayant été incarcérés : 19,5 % contre 15,5 % chez les sujets laissés en liberté [51]. Plusieurs études ont permis de mettre en évidence des facteurs de risque pouvant influencer le risque de récidive [31]. Dans son article de 2007, Grubin les classe en 3 catégories : les facteurs de risque statiques, les facteurs de risque dynamiques stables et les facteurs de risque dynamiques aigus [52].

i. Facteurs de risque statiques

Les facteurs de risque statiques sont principalement à rechercher parmi les antécédents des auteurs de violences sexuelles [53]. Ils sont peu ou pas susceptibles d'être modifiés au fil du temps [54]. Ils constituent un bon indicateur du risque de récidive à long terme [52], [55].

L'âge, le nombre de condamnations passées [31], le sexe des victimes ou le lien entre l'auteur et sa victime ont une influence particulièrement importante sur le risque de récidive [50], [52], [56]. L'étude de Hanson et Bussière en 1998 a en effet retrouvé un taux de récidive de 21 % pour les pédophiles homosexuels, nettement supérieur au taux moyen de récidive, intégrant l'ensemble des agressions sexuelles, et qui a été mesuré à 13 %. À l'inverse, l'étude a montré qu'en cas d'agression sexuelle intrafamiliale, le taux de récidive était de 4 % [57]. L'étude de Studer en 2008 s'est intéressée à la relation entre le taux de récidive après traitement et le sexe des victimes. Elle retrouve des résultats comparables avec un taux de récidive de 29,2 % chez les auteurs dont les victimes étaient exclusivement de sexe masculin, contre 18,2 % lorsque le sexe des victimes était indifférent [58]. De la même façon, l'étude de Hall et Hall en 2007 a montré un taux de récidive plus faible pour les pédophiles hétérosexuels, en comparaison avec les pédophiles homosexuels ou bisexuels [20].

ii. Facteurs de risque dynamiques stables

Les facteurs de risque dynamiques stables constituent un deuxième niveau de facteurs de risque de récidive. Ils comprennent des éléments sur les conduites et les intérêts sexuels, sur les processus de pensée, sur la gestion des émotions et sur les capacités d'autorégulation [54]. Les facteurs de risque dynamiques stables font donc appel aux traits de personnalité du sujet ainsi qu'à ses capacités d'adaptation. Ils sont considérés comme "dynamiques" car susceptibles d'être modifiés, mais "stables" car ces caractéristiques sont relativement pérennes et leurs éventuels changements sont lents [52].

La méta-analyse menée en 1998 par Hanson et mise à jour en 2005 a été la première étude à démontrer la pertinence de ces facteurs de risque [57], [59]. Ces derniers sont regroupés dans quatre catégories [54], [52], [54] :

- les conduites et intérêts sexuels, comme l'existence de ruminations ou de préoccupations sexuelles quasi constantes.
- les capacités générales d'adaptation : faible capacité à résoudre ses problèmes, impulsivité, mauvaise qualité de l'alliance ou de l'observance thérapeutiques...
- les processus généraux de pensée : manque d'empathie, hostilité envers les femmes, développement d'idées prônant ou justifiant le viol ou la pédophilie...
- la gestion des émotions incluant par exemple un déficit dans la notion d'intimité, une absence de relations intimes sur le long terme.

Dans certains cas, des tests psychométriques peuvent s'avérer utiles à l'évaluation de ces différentes caractéristiques [60], [61].

iii. Facteurs de risque dynamiques aigus

Enfin, on distingue des facteurs de risque aigus qui sont des caractéristiques relatives à la situation ou à l'état actuel du sujet auteur de violences sexuelles, susceptibles d'évoluer rapidement, de manière favorable ou défavorable. Contrairement aux facteurs de risque statiques ou dynamiques stables, ces facteurs dynamiques aigus constituent un bon indicateur du risque de récurrence à court terme [52].

De nombreux critères peuvent entrer dans cette définition. Ils sont généralement regroupés selon trois catégories [60] :

- des comportements de recherche de nouvelles victimes, tels que le fait de se rendre régulièrement dans des lieux où le sujet est susceptible de rencontrer des victimes potentielles
- une dégradation des conditions de vie du sujet (perte d'emploi, rupture sentimentale, niveau de stress, majoration de la consommation de substances psychotropes)

- une réduction de la qualité de l'alliance thérapeutique, se manifestant par exemple par des rendez-vous non honorés par le sujet ou par une moins bonne observance thérapeutique.

Un changement péjoratif dans l'une ou l'autre de ces trois catégories est à l'origine d'une majoration importante et aiguë du risque de récurrence, qui se doit d'être à l'origine d'une réponse thérapeutique [52].

E. Outils d'évaluation existant autour des auteurs de violences sexuelles

Dans le champ de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, différents outils ont été créés dans le but de pallier la subjectivité du seul jugement clinique du thérapeute [62]. Il existe deux catégories d'outils permettant une évaluation du risque de récurrence : les méthodes cliniques et les méthodes actuarielles [63].

Les méthodes cliniques ont pour objectif de structurer le jugement clinique du praticien et s'appuient sur des facteurs de risque identifiés. À titre d'exemple, nous citerons l'échelle *Historical Clinical Risk management* (HCR-20) qui est une échelle semi-structurée d'évaluation du risque de violence [64]. La HCR-20 est un outil visant à guider la décision du thérapeute, prenant la forme d'un aide-mémoire [63]. Elle s'appuie sur des éléments anamnestiques, cliniques et de gestion du risque, permettant le calcul d'un score sur 20 points. À l'issue de la passation de cet outil, la décision thérapeutique se prend non seulement à l'aide de ce score, mais également d'une appréciation clinique multidisciplinaire.

La figure 3 détaille les éléments pris en compte par l'échelle HCR-20.

Facteurs historiques	Facteurs cliniques	Facteurs de gestion du risque
H1 : Violence antérieure	C1 : Introspection déficiente	R1 : Plans irréalisables
H2 : Premier acte de violence à un jeune âge	C2 : Attitudes négatives	R2 : Exposition à des facteurs déstabilisants
H3 : Instabilité des relations intimes	C3 : Symptômes actifs de maladie mentale grave	R3 : Manque de soutien personnel
H4 : Problèmes d'emploi	C4 : Impulsivité	R4 : Inobservation des mesures curatives
H5 : Problèmes de toxicomanie	C5 : Résistance au traitement	R5 : Stress
H6 : Maladie mentale grave		
H7 : Psychopathie ^a		
H8 : Inadaptation précoce		
H9 : Trouble de la personnalité		
H10 : Échec antérieur de la surveillance		

^a L'évaluation de cet item s'appuie sur les résultats obtenus à l'utilisation de l'échelle de psychopathie de Hare révisée (PCL-R).

Figure 3 : Historical Clinical Risk management, version 20 (HCR-20) [64]

Les méthodes actuarielles font référence sur des études standardisées reproductibles et tentent d'établir des algorithmes visant à guider la décision thérapeutique. L'une des échelles les plus utilisées est la *Static-99-R* qui s'appuie sur des facteurs de risque statiques (cf. paragraphe I.D.i), c'est-à-dire des éléments non (ou peu) susceptibles d'être modifiés : antécédents d'infractions sexuelles, l'âge du sujet, les condamnations pour affaires non sexuelles, le lien avec la victime... [65]. Un autre outil fréquemment employé est la *Risk Matrix 2000* (voir annexes) [56], qui prend en compte l'âge, les antécédents de condamnations pour des infractions sexuelles et non sexuelles, la préférence pour des victimes de sexe masculin ou inconnues, un antécédent d'infraction sexuelle "sans-contact" et une absence de relation sentimentale stable supérieure à deux ans.

D'autres échelles permettent d'évaluer les facteurs de risque dynamiques stables (comorbidité addictive, déficit dans la gestion des émotions...) ou aigus (épisode dépressif, rupture sentimentale...). Dans cette catégorie, on retrouve par exemple les échelles *Acute-2007* et *Stable-2007* [60], [61]. La figure 4 reprend les facteurs dynamiques stables et aigus pris en compte par les échelles *Acute-2007* et *Stable-2007* [60], [61].

Facteurs aigus (<i>Acute</i>)	Facteurs stables (<i>Stable</i>)
Accès à des victimes	Influences sociales importantes
Hostilité	Capacité d'avoir une relation stable
Préoccupations sexuelles	Identification émotive aux enfants
Refus de la surveillance	Hostilité envers les femmes
Effondrement émotionnel	Rejet social et solitude
Effondrement des soutiens sociaux	Manque d'intérêt à l'égard d'autrui
Consommation d'alcool ou de drogues	Gestes impulsifs
	Faibles aptitudes pour la résolution des problèmes
	Émotions négatives
	Préoccupations sexuelles/libido
	Relations sexuelles comme mécanismes d'adaptation
	Intérêts sexuels déviants
	Coopération dans le cadre de la surveillance

Figure 4 : Facteurs dynamiques stables et aigus des échelles *Acute-2007* et *Stable-2007* [63].

Enfin, les échelles les plus récentes intègrent, en plus des facteurs de risque précédemment évoqués, des facteurs de protection (emploi, statut marital stable, bonne reconnaissance des troubles...) constituant des éléments de pondération de la décision médicale. L'échelle *Level of Service/Case management Inventory* en est un exemple [66].

La Haute Autorité de Santé, quant à elle, propose dans ses recommandations de bonne pratique des éléments "à prendre en compte dans le suivi" des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans [71]. Ceux-ci se divisent en deux catégories, évaluant d'une part le fonctionnement psycho-social du sujet et d'autre part son activité sexuelle. Cependant, il ne s'agit pas d'une échelle permettant d'établir un score de risque ou de changement, mais simplement d'une liste d'éléments essentiels dans la prise en charge d'un auteur de violences sexuelles.

La figure 5 présente un extrait des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé [71].

► 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.

Figure 5 : Extrait des recommandations de bonne pratique de 2014 de la Haute Autorité de Santé [71].

II. Prise en charge non médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles

A. Prise en charge psychothérapeutique

La psychothérapie possède une place importante dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, seule ou en association avec un traitement pharmacologique [13]. Différents types de psychothérapies peuvent être indiquées dans cette indication : thérapies cognitivo-comportementales (TCC), approches psychodynamiques, psychothérapies de groupes, thérapies familiales et systémiques... Les thérapies d'orientation analytique sont les plus fréquemment utilisées en France, bien qu'aucune étude n'ait été en mesure de démontrer de manière certaine leur efficacité [67]. Seules les TCC ont fait la preuve d'une diminution modérée du risque de récurrence par rapport aux thérapies conventionnelles [68].

Quelque soit l'orientation choisie de la thérapie, ses objectifs peuvent être [22] :

- La reconnaissance de sa propre responsabilité dans les agressions sexuelles commises.
- Un travail sur la reconnaissance des émotions d'autrui avec renforcement de l'empathie. Les travaux de Ciavaldini [69], [70] ont en effet montré une plus faible capacité d'empathie chez les auteurs de violences sexuelles, et plus spécifiquement à l'égard des enfants. Certaines thérapies visent également à développer des stratégies de gestion des émotions.
- L'acquisition de meilleures capacités sociales, en particulier dans le cadre des thérapies de groupe.
- La définition des modalités de l'agression sexuelle et des étapes ayant mené au passage à l'acte violent.
- L'évaluation des contenus sexuels du sujet et l'acquisition des codes d'une sexualité non déviante.

Aucune étude n'a été en mesure de fixer une durée optimale de la prise en charge psychothérapeutique, mais celle-ci s'étend généralement sur plusieurs mois ou plusieurs années [13], [71].

B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Quelques études et *case-report* se sont intéressés à l'influence de l'EMDR dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles [72]. Datta et Wallace ont suggéré que le traitement par EMDR d'adolescents incarcérés pour des faits d'agression sexuelle et ayant eux-mêmes été victimes de violences sexuelles dans l'enfance, permet de rompre le cycle des abus [73]. L'EMDR pourrait donc être inclus dans un programme de prévention de la récidive [74].

III. Moyens thérapeutiques pharmacologiques

A. Synthèse, régulation et métabolisme de la testostérone masculine [75]

La testostérone, principal androgène circulant chez l'homme, est produite de façon quasi exclusive (> 95%) par les cellules de Leydig, situées en périphérie des tubes séminifères dans le testicule. La testostérone est également synthétisée en très faible quantité par la corticosurrénale et, de manière très marginale, par le cerveau.

Le précurseur de la testostérone est le cholestérol extrait des lipoprotéines plasmatiques, et notamment la fraction de faible densité (LDL). Le cholestérol est transporté vers les mitochondries sous l'influence d'un mécanisme dépendant de la LH. Dans la mitochondrie, débute la cascade de la stéroïdogénèse : le cholestérol est transformé en prégnénolone par le cytochrome P450. La prégnénolone, biologiquement inactive, est ensuite éjectée dans le réticulum endoplasmique où elle est convertie en plusieurs stéroïdes différents. Il existe alors deux voies pour aboutir à la synthèse de testostérone, les voies $\Delta 4$ et $\Delta 5$. Cette dernière est la voie préférentielle dans le testicule. Le premier composé intermédiaire est la 17α -hydroxyprégnénolone qui est par la suite transformée en déhydroépiandrostérone (DHEA), puis en $\Delta 4$ -androstènedione. Cette dernière, sous l'action de la 17β -hydroxystéroïde déshydrogénase (17β HSD) aboutit finalement à la formation de testostérone. La voie $\Delta 4$ est également dénommée "voie accessoire". Elle synthétise alors la progestérone qui est ensuite hydroxylée en 17α -hydroxyprogestérone. Celle-ci sera transformée en $\Delta 4$ -androstènedione, aboutissant ainsi à la formation de testostérone. La figure 6 représente la synthèse de la testostérone à partir du cholestérol dans la cellule de Leydig [75].

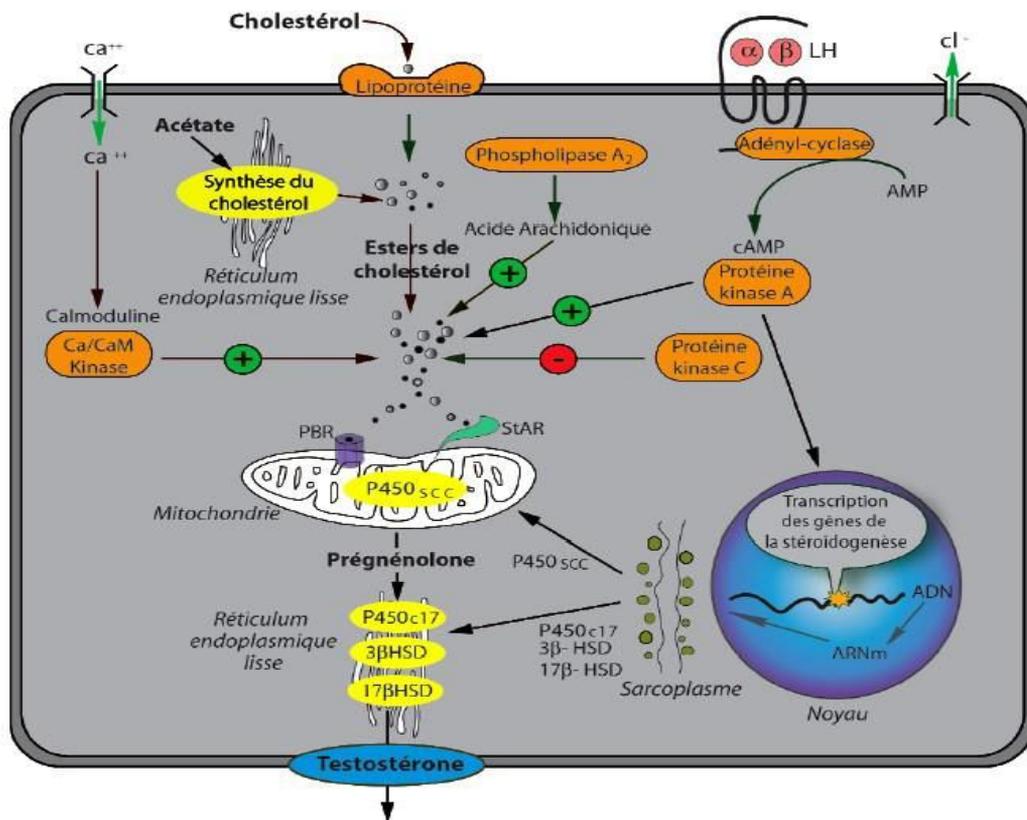


Figure 6 : Régulation de la stéroïdogénèse dans la cellule de Leydig [75]

La GnRH (gonadotropin-releasing hormone ou gonadoréline) est sécrétée de manière pulsatile par l'hypothalamus et stimule, via la tige pituitaire, les cellules gonadotropes de l'anté-hypophyse pour favoriser la sécrétion de LH et de FSH. La LH agit alors sur les cellules de Leydig via les récepteurs LH-R. La LH intervient dans la testostérogénèse à deux niveaux : d'une part, au moment du transfert du cholestérol dans la mitochondrie et d'autre part, en régulant la transformation de la prégnénolone dans le réticulum endoplasmique. La testostérone exerce ensuite un rétrocontrôle négatif sur la libération des gonadotrophines au niveau hypothalamique et hypophysaire, faisant ainsi diminuer les sécrétions de GnRH et de LH. La figure 7 schématise l'axe gonadotrope masculin [76].

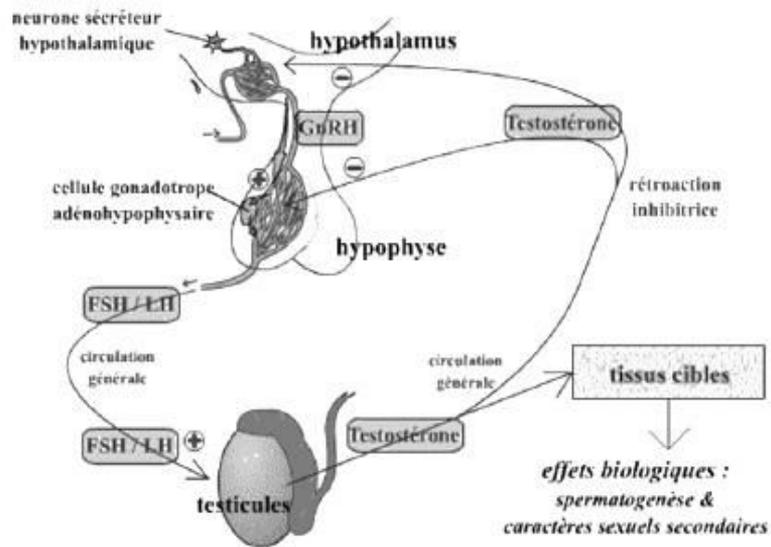


Figure 7 : Schéma de l'axe gonadotrope masculin [76]

Dans le plasma, la testostérone circule sous 3 formes :

- sous forme libre, seule forme utilisable directement par les tissus (minoritaire).
- sous forme liée à la protéine de transport des stéroïdes sexuels nommée TeBG (testosterone binding-globulin). Il s'agit de la forme majoritaire.
- et sous forme liée à l'albumine.

La testostérone libre, après son passage transmembranaire, peut agir en se liant directement aux récepteurs des androgènes (RA). Elle a aussi des effets indirects par le biais de certains de ses métabolites : dihydrotestostérone (DHT) et œstradiol.

La testostérone et ses métabolites jouent un rôle dans la différenciation sexuelle, la fonction érectile, la pilosité, la répartition des graisses, la masse osseuse... Les différentes fonctions de la testostérone, de la DHT et de l'œstradiol sont résumées dans la figure 8.

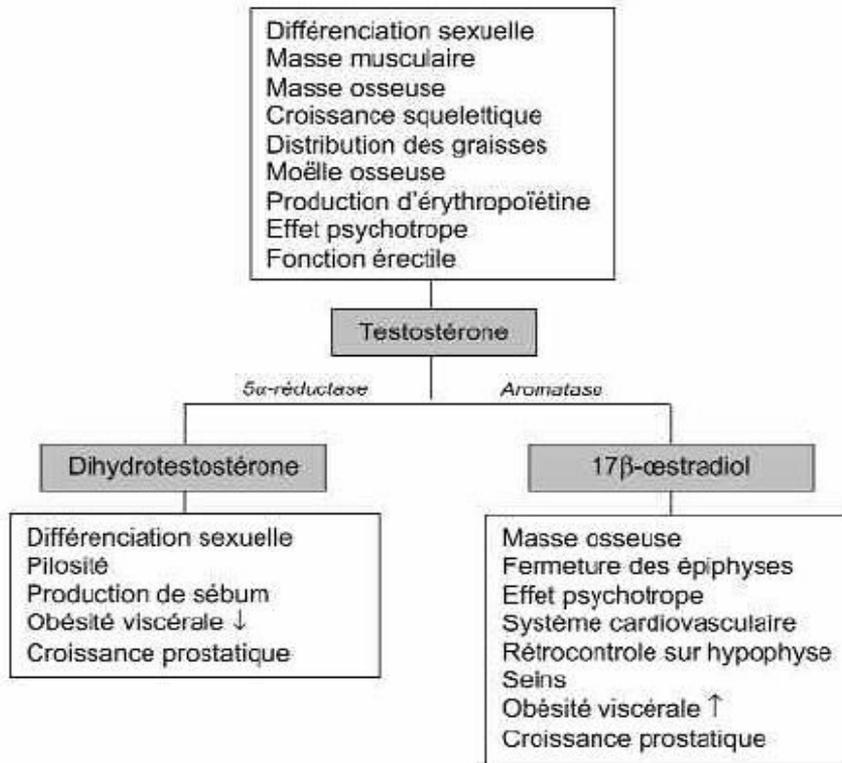


Figure 8 : Activités spécifiques de la testostérone, de la DHT et de l'oestradiol [75].

Plusieurs molécules ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge pharmacologique des sujets présentant une paraphilie [13]. Deux catégories de traitements pharmacologiques sont utilisées dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles : les antidépresseurs sérotoninergiques et les antiandrogènes. Bien que présentant des modes d'action différents, ces traitements ont en commun d'induire une baisse de la testostéronémie, à l'origine d'une diminution de la libido et de la fonction érectile [77].

B. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

Plusieurs études ont démontré qu'un déficit en sérotonine peut être associé à des comportements agressifs [78]. Aucune étude n'a cependant pu démontrer un lien formel

entre sérotonine et violences sexuelles. Les ISRS peuvent néanmoins être utilisés pour leur effet réducteur de la libido, seuls ou en association avec une hormonothérapie [13], [79]. La fluoxétine [55], [56] et la sertraline [82], [83] sont les deux molécules les plus étudiées chez les auteurs de violences sexuelles, sans que l'une n'ait prouvé sa supériorité par rapport aux autres [84]. Plusieurs études ont démontré une baisse du désir et une diminution des comportements sexuels déviants chez les sujets présentant un diagnostic de paraphilie [82], [85]. Dans cette indication, les posologies utilisées sont le plus souvent élevées, pouvant aller jusqu'à la posologie maximale [80], [83].

Ces molécules sont le plus souvent utilisées dans les cas d'exhibitionnisme, de masturbation compulsive, de pédophilie en l'absence de passage à l'acte [86] ainsi que chez les adolescents présentant une ou plusieurs paraphilies [87], [88]. Elles trouvent particulièrement leur indication en cas d'épisode dépressif ou de trouble obsessionnel-compulsif associé.

C. L'acétate de cyprotérone

i. Mécanisme d'action

L'acétate de cyprotérone est un progestatif de synthèse puissant, dérivé de la 17-alpha-hydroxyprogestérone. L'acétate de cyprotérone possède une action centrale anti-gonadotrope par inhibition de la sécrétion de LH. Il s'ensuit une diminution des concentrations plasmatiques de testostérone et de la delta-4-androstènedione [89]. L'acétate de cyprotérone possède également une action antiandrogène périphérique en inhibant de manière compétitive la liaison de la 5-alpha-dihydrotestostérone (sécrétée à la fois par le testicule et par la corticosurrénale) à son récepteur cytosolique au niveau des organes périphériques androgénodépendants (prostate, muscle, etc.) [90].

Après une absorption orale, l'acétate de cyprotérone passe rapidement dans la circulation plasmatique, la concentration plasmatique maximale étant atteinte au bout de 3 à 4 heures. L'effet de premier passage hépatique est faible. Le métabolisme de l'acétate

de cyprotérone est essentiellement hépatique et il est éliminé avec une demi-vie de 2 jours environ. Il présente également une certaine affinité pour le tissu adipeux. L'élimination se fait à 80 % sous forme de métabolites dont le plus important est le 15- β -hydroxycyprotérone. Elle se fait pour un tiers par voie urinaire et deux tiers par voie fécale [91].

ii. Efficacité

Une dizaine d'études [13], [92]–[94] incluant au total plus de 800 sujets, a montré qu'une administration chronique d'acétate de cyprotérone entraîne chez 80 % à 90 % des hommes traités une diminution significative des fantasmes et de l'activité sexuelle par rapport à l'administration d'un placebo [88]. De plus, le traitement par acétate de cyprotérone a été à l'origine d'une disparition significative des comportements sexuels déviants versus placebo [92]. Les taux de récurrence d'agressions sexuelles étaient de 6 % sous acétate de cyprotérone contre 85 % en l'absence de traitement. La plupart des récurrences sous traitement ont été commises dans des contextes de mauvaise observance thérapeutique [95].

L'efficacité de l'acétate de cyprotérone était stable durant toute la durée d'administration du traitement [93], [96]. Les effets de l'acétate de cyprotérone étaient entièrement réversibles et disparaissaient dans une période d'un à deux mois après l'arrêt des prises [97]. Il n'existe pas de marqueur biologique permettant un suivi du traitement par acétate de cyprotérone [97].

iii. Effets indésirables et contre-indications

Les effets indésirables les plus fréquemment retrouvés au cours d'un traitement par acétate de cyprotérone sont les réactions au niveau du site d'injection (16-35 %) [79], [91] et la perte des caractères sexuels secondaires : diminution de la pilosité faciale et pubienne (2-23 %), atrophie testiculaire (4-20 %), bouffées de chaleur (56-100 %), diminution du

volume musculaire [79], [96]. Une gynécomastie est apparue chez environ 20 à 35 % des patients traités [30], [79].

Sont aussi régulièrement rapportées une prise de poids (13 à 48 %) [30], [79], une déminéralisation osseuse [99], [100], une asthénie (18 %) [79] et des céphalées [90]. Des troubles psychiatriques sont également survenus chez un certain nombre de patients : humeur dépressive (7 %) [30], réaction psychotique, agitation [91]. Des affections hépato-biliaires graves (cytolyse hépatique, tumeurs hépatiques...) ont aussi été rapportées [101]. Ces effets indésirables hépatiques sont rares (moins de 1 % des cas), mais nécessitent une surveillance et un arrêt du traitement en cas de perturbations biologiques. Un cas d'accident thrombo-embolique grave est survenu au cours de l'étude de Czerny en 2002 [30].

Le traitement par acétate de cyprotérone ne doit pas être prescrit dans les cas suivants [91] :

- Affections hépatiques graves, tumeurs hépatiques (sauf métastases d'un cancer de la prostate), syndrome de Dubin-Johnson, syndrome de Rotor
- Tuberculose et maladies cachectisantes (hors cancer de la prostate)
- Diabète sévère de type 1 ou de type 2
- Existence ou antécédents d'accidents thrombo-emboliques
- Dépression chronique sévère
- Anémie à hématies falciformes
- Antécédents d'ictère ou de prurit persistant durant une grossesse
- Antécédents d'herpès gestationis
- Existence ou antécédents de méningiomes
- Hypersensibilité à l'acétate de cyprotérone ou à l'un des excipients

D. Les agonistes de la GnRH

i. Mécanisme d'action

En cas d'administration continue et à dose thérapeutique, les analogues de la GnRH agissent par une puissante action centrale anti-gonadotrope, induisant une baisse marquée de la LH [89], [102]. Suite à une administration unique d'un agoniste de la GnRH, survient d'abord une augmentation transitoire (environ une semaine) des taux plasmatiques de LH et de testostérone, nommée "effet flare-up" [77]. Cette augmentation des taux hormonaux circulants peut être à l'origine d'une levée d'inhibition initiale des symptômes [90]. Cependant, une administration chronique et continue entraîne une désensibilisation de l'antéhypophyse, responsable d'une diminution de la production de la LH ainsi que la suppression de la synthèse de la testostérone. Ces effets interviennent au bout d'un temps généralement compris entre deux et quatre semaines [13].

Les agonistes de la GnRH sont représentés par deux molécules : la triptoréline et la leuproréline. Seule la triptoréline LP 11,25mg possède l'AMM en France 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". Son administration se fait par injection intramusculaire mensuelle, la forme trimestrielle ayant été insuffisamment testée. La leuproréline ne possède pas l'AMM en France pour la prise en charge thérapeutique des auteurs de violences sexuelles mais est utilisée en pratique. Son administration se fait par voie intramusculaire mensuelle ou trimestrielle.

Après une injection intramusculaire de triptoréline, la concentration plasmatique maximale est atteinte au bout de 3 heures environ. La triptoréline est éliminée par le foie et les reins. Sa demi-vie terminale est de 2,8 heures [79], [103]. La concentration plasmatique de leuproréline s'élève pendant les jours qui suivent l'injection intramusculaire, en raison d'une libération rapide du principe actif à partir des microsphères. Les concentrations diminuent ensuite et se stabilisent pendant une période de 3 mois. Le métabolisme de la leuproréline est hépatique et l'élimination du produit se

fait sous la forme de métabolites inactifs. La demi-vie terminale de la leuproréline est de 2,9 heures [79], [104].

ii. Efficacité

Selon plusieurs études, l'administration de triptoréline [105] ou de leuproréline [106] entraîne une baisse rapide de la testostéronémie, à laquelle est associée une diminution des pensées et des comportements sexuels déviants [107]. L'efficacité maximale était atteinte après deux ou trois mois de traitement [106]. Dans la plupart des études, une prescription d'acétate de cyprotérone était concomitante pendant les premières semaines de traitement par analogues de la GnRH. L'étude de Czerny en 2002 a montré que l'efficacité des agonistes de la GnRH était comparable à celle de l'acétate de cyprotérone, mais que la tolérance était meilleure pour les analogues de la GnRH [30]. D'autres études, plus nombreuses, ont cependant montré une efficacité supérieure des analogues de la GnRH par rapport à l'acétate de cyprotérone [78], [79].

iii. Effets indésirables et contre-indications

Le principal effet indésirable retrouvé pour les analogues de la GnRH est la déminéralisation osseuse [106]–[108]. Un traitement préventif par vitamine D ou par biphosphonates a été proposé par certaines études [108]. Des douleurs osseuses, des bouffées de chaleur et une hypersudation ont également été rapportées à la fois pour la triptoréline et la leuproréline [103]. Selon l'étude de Li réalisée en 2014, des symptômes psychiatriques sont plus souvent apparus chez les sujets traités par triptoréline : anxiété (20 % pour les sujets sous triptoréline contre 4 % sous leuproréline), humeur dépressive (27 % pour la triptoréline contre 2 % sous leuproréline). Des céphalées sont également fréquemment rapportées [109].

Les traitements par analogues de la GnRH présentent peu de contre-indications. Ils ne doivent pas être prescrits dans les cas d'hypersensibilité à la GnRH, aux analogues de la GnRH, ou à l'un des excipients, de grossesse ou d'allaitement [103], [104].

E. Représentation schématique

Ainsi les différents traitements à visée antiandrogénique utilisables auprès des auteurs de violences sexuelles présentent des niveaux d'action distincts, permettant éventuellement de les associer. Les agonistes de la GnRH possèdent une action unique centrale, directement au niveau hypothalamique. À l'inverse, l'acétate de cyproterone possède une double action, d'une part via un mécanisme inhibiteur au niveau hypothalamique et d'autre part à travers l'inhibition des androgènes aux cellules périphériques. La figure 9 schématise les différents sites d'action des médicaments à visée antiandrogénique.

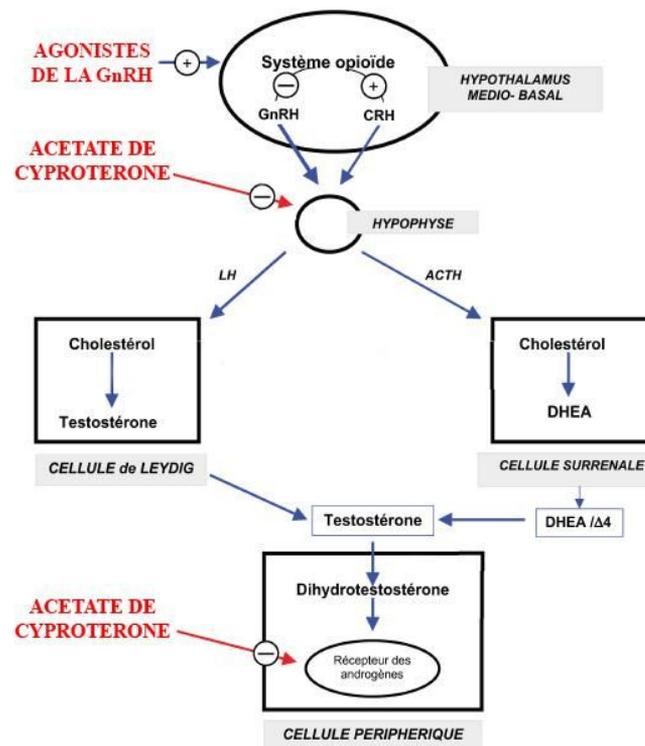


Figure 9 : Sites d'action des médicaments à visée antiandrogénique. D'après Kuhn et Sibert [110]

F. Bilan biologique initial minimal et surveillance biologique

En application des conclusions des différentes études récentes, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité des recommandations en 2014 quant à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles [71]. Ces recommandations comprennent un bilan biologique initial minimal qui inclut un dosage de testostérone, de TeBG et de LH, un bilan hépatique complet en cas de prescription d'acétate de cyprotérone et une ostéodensitométrie si le sujet traité est âgé de plus de 50 ans. Dans le cadre de la surveillance biologique, il est recommandé de réaliser un bilan hépatique mensuel pendant 3 mois, puis trimestriel pendant toute la durée du traitement par acétate de cyprotérone. Une ostéodensitométrie annuelle ou tous les 2 ans, associée à un avis spécialisé en cas de score pathologique, est à proposer à tous les patients sous traitement antiandrogène [71].

IV. Stratégie thérapeutique

A. Délai d'action et durée de prescription

Selon les recommandations de la HAS de 2014 et de nombreuses études, une durée d'un à trois mois est nécessaire pour obtenir une disparition complète des fantasmes et des comportements inappropriés quel que soit le traitement antiandrogène utilisé [71]. En cas de traitement par antiandrogènes, une durée minimale de 3 ans est recommandée par la plupart des auteurs et *guidelines* [13], [96].

B. Stratégie thérapeutique

La méta-analyse de Guay en 2009 et les recommandations de 2010 de Thibaut et al. proposent des stratégies thérapeutiques de prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles comparables [13], [79]. Une psychothérapie seule est indiquée initialement en cas de risque de récurrence faible, et est recommandée dans toutes les prises en charge, en association à un traitement pharmacologique, dès lors que le sujet a accès à une élaboration autour de ses conduites sexuelles. La psychothérapie est également le traitement de première intention chez les adolescents auteurs de violences sexuelles [88]. L'étude de Hall et Hall en 2007 a en effet démontré que l'association d'une prise en charge psychothérapeutique et d'un traitement pharmacologique est plus efficace que n'importe quel traitement en monothérapie.

Un deuxième niveau de prescriptions, en cas de réponse thérapeutique insuffisante ou de paraphilies présentant un faible risque de passage à l'acte, consiste en l'utilisation d'antidépresseurs. L'étude de Thibaut et al. [13] recommande uniquement l'utilisation d'inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine alors que la méta-analyse de Guay propose également la prescription de tricycliques [79].

En l'absence de réponse satisfaisante après quatre à six semaines de traitement à dose élevée ou devant un risque d'emblée plus important de passage à l'acte ou de

récidive, un traitement par acétate de cyprotérone à faible dose (50 à 100 mg par jour) doit être associé aux ISRS. Le palier suivant de la stratégie thérapeutique inclut également une prescription d'acétate de cyprotérone mais à posologie habituelle (200 à 300 mg par jour), à laquelle il est toujours possible d'adjoindre un antidépresseur, en particulier s'il existe chez le sujet des symptômes dépressifs ou anxieux.

Pour les cas plus sévères de paraphilies, notamment pour les sujets ayant présenté des passages à l'acte violents ou pour lesquels le risque de récurrence est particulièrement élevé, ainsi qu'en l'absence de réponse clinique suffisante sous acétate de cyprotérone, la prescription d'un analogue de la GnRH est indiquée. Celle-ci doit être associée à la prise d'acétate de cyprotérone à posologie standard au moment de l'instauration du traitement par agoniste de la GnRH dans le but de lutter contre l'effet "flare-up".

Enfin, en dernier recours et pour les cas les plus sévères de paraphilies ne répondant pas aux paliers thérapeutiques inférieurs, le traitement indiqué est un analogue de la GnRH associé à l'acétate de cyprotérone à posologie usuelle en continu.

Cette stratégie thérapeutique, ainsi que les indications correspondant à chaque niveau de prescription sont résumés dans les figures 10 et 11 [13], [90].

Niveau	Objectifs – Indications
Niveau 1	Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements inappropriés sans impact relevé du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel
Niveau 2	Indications Absence de résultats satisfaisants avec le niveau 1 Cas modérés de paraphilies associés à un risque faible d'agression sexuelle (ex. exhibitionnisme sans risque de viol ou pédophilie) Objectifs : contrôle des fantasmes sexuels inappropriés, des compulsions et des comportements inappropriés avec un impact mineur du traitement sur l'activité sexuelle conventionnelle et sur le désir sexuel
Niveau 3	Indications Absence de résultats avec le niveau 2 en prescription de 4–6 semaines d'ISRS à dose élevée Paraphilie avec caresses mais sans pénétration Fantasmes sexuels inappropriés sans sadisme sexuel 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
Niveau 4	Indications 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 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
Niveau 5	Indications 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 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
Niveau 6	Indications Pas de résultats satisfaisants obtenus avec le niveau 5 Les cas les plus sévères de paraphilies 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

Figure 10 : Niveaux de prise en charge des auteurs de violences sexuelles [13].

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	
Psychothérapie	ISRS ^a (hors AMM) posologie élevée (comparable à celle utilisée dans les troubles anxieux)	Acétate de cyprotérone 50 à 100 mg/j	Acétate de cyprotérone 200 à 300 mg/j	Acétate de cyprotérone 200 à 300 mg/j Uniquement 10 j avant et 1 mois après l'instauration de l'analogue de GnRH ^b (effet anti- <i>flare-up</i>) Analogue de la GnRH ^b longue durée d'action Injection tous les 3 mois Triptoréline LP 11,25 mg Leuproréline LP 11,25 mg (hors AMM) Injection tous les mois Triptoréline LP 3 mg (hors AMM) Leuproréline LP 3,75 mg (hors AMM)	Acétate de cyprotérone 200 à 300 mg/j	
^a Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. ^b Gonadotropin Releasing Hormone.						

Figure 11 : Thérapeutiques recommandées en fonction du niveau de prise en charge des auteurs de violences sexuelles [13].

PARTIE II : CRÉATION DE L'OUTIL

I. Modalités de création du questionnaire

A. Élaboration de l'outil

À partir des données de la littérature que nous avons pu évoquer précédemment, des questionnaires et échelles préexistants, ainsi que de notre expérience clinique personnelle, alimentée et reposant sur celle d'une équipe d'un centre de prise en charge spécialisé et pluridisciplinaire dans les soins ambulatoires auprès des auteurs de violences sexuelles, nous avons élaboré un outil visant à objectiver la possibilité d'arrêter ou de modifier à la baisse le traitement antiandrogène d'un sujet auteur de violences sexuelles.

Cet outil a fait l'objet d'une présentation lors du 8^{ème} Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS) "L'agression sexuelle : réalités multiples, approches adaptées...", du 3 au 5 juin 2015 à Charleroi, en Belgique. À l'occasion de cette intervention, nous avons pu échanger autour de cet outil avec de nombreux intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles. L'analyse de ces différentes expériences a permis d'affiner ou d'ajouter certains items à notre questionnaire. C'est cette dernière version de l'outil que nous nous proposons de présenter dans la deuxième partie de ce travail.

B. Population visée par l'outil

Nous avons donc choisi de définir de la manière suivante les sujets auxquels s'adressent notre outil :

- Sujets de sexe masculin
- Âgés de 18 ans minimum
- Sous traitement antiandrogène pour des pensées ou des actes déviants
- Depuis une durée minimale de six mois
- À posologie stable

- Pour lesquels un arrêt ou une modification à la baisse du traitement antiandrogène est envisagé par l'équipe en charge du patient à l'issue d'une concertation pluridisciplinaire.

II. Présentation du questionnaire

A. Première partie : informations autour du patient

La première partie de ce questionnaire s'attache à rechercher et à consigner de manière systématique les données biographiques, médicales et judiciaires se rapportant aux sujets inclus, ainsi que la nature des actes et/ou des pensées ayant conduit à la prescription d'un traitement antiandrogène. L'ensemble de ces éléments nous permettra, à l'issue du questionnaire, de calculer un score individuel qui déterminera un indice de sévérité initiale pour chaque patient sous traitement hormonal. Cette première partie comprendra également un score FDCS qui servira à évaluer la rémission des symptômes sous traitement antiandrogène, mais sera également une référence pour la suite du suivi.

i. Données biographiques et médicales

Parmi l'ensemble des données biographiques et médicales à notre disposition, nous avons sélectionné celles qui nous paraissaient présenter un intérêt pour le suivi des patients et, à terme, la reproductibilité du questionnaire.

L'âge des sujets, la molécule utilisée, la posologie et la durée du traitement doivent être relevés de manière systématique. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé [71], des dosages de testostérone avant et sous traitement ont été réalisés afin de juger de l'efficacité biologique de la thérapeutique proposée.

L'existence d'une pathologie psychiatrique a été recherchée. Au sein du questionnaire, nous avons différencié trois grands ensembles nosographiques pour

lesquels les données de la littérature [15], [21], [34] ont montré qu'ils étaient susceptibles d'influencer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Compte-tenu de la fréquence de ces troubles psychiatriques chez les auteurs de violences sexuelles (cf. paragraphe I.B), le premier ensemble nosographique a été dénommé “psychose chronique” et regroupe les patients présentant une schizophrénie, une psychose paranoïaque ou un trouble bipolaire, selon les critères de la CIM-10 [12]. À chaque fois, il a été noté si le trouble psychiatrique était considéré comme stabilisé et si le sujet recevait un traitement médicamenteux pour cette pathologie. Un deuxième ensemble, intitulé “addictions”, cherche à savoir si le sujet présente une comorbidité addictive répondant aux critères diagnostiques de la CIM-10 [12], recense le nombre de substances consommées et indique si un sevrage est ou a été effectué. Enfin, le troisième ensemble nosographique recherche une éventuelle déficience mentale [12], précisant s'il y a lieu le QI du patient, ses capacités d'introspection, la présence ou non d'un entourage étayant (cf. paragraphe I.D).

Il nous est également apparu intéressant de relever pour chacun des patients le motif qui conduit les soignants à évoquer un arrêt des traitements antiandrogènes : demande du patient lui-même, de son entourage, proposition de l'équipe soignante ou cause médicale (effets indésirables, apparition d'une contre-indication formelle...). Enfin, la durée du suivi thérapeutique et/ou éducatif, ainsi que la qualité de l'adhésion à ce suivi, ont été consignées. La figure 12 présente les parties de notre questionnaire concernant les données biographiques et médicales.

Age :
Sexe :

Molécule actuellement utilisée:

Dosage :

Durée du traitement :

Téostéronémie :

- avant introduction :
- avant arrêt :

Durée du suivi psychothérapeutique / éducatif (mois) :

Adhésion au suivi :

- complète
- partielle (absences, réticence...)
- nulle ou non investie

Motif d'arrêt :

- cause médicale (préciser) :
- initiative du thérapeute
- Initiative de l'entourage du patient
- à la demande du patient

Antécédents psychiatriques :

- Psychose chronique, si oui :
 - Stabilité clinique ?
 - Oui
 - Non
 - Traitement ?
 - Oui (préciser) :
 - Non
- Addictions ? Si oui, préciser nombre de substances :
 - Si oui pour chaque substance, sevrage ? :
 - Oui, sevrage de toutes les substances : durée abstinence :
 - Sevrage partiel
 - En cours
 - Non
- Déficience mentale
 - Préciser le QI :
 - Capacité d'introspection :
 - Oui
 - Non
 - Présence d'un entourage contenant
 - Oui
 - Non

Figure 12 : Extrait du questionnaire - Données biographiques et médicales

ii. Données judiciaires

Un certain nombre de données judiciaires concernant le sujet ont également été recueillies de manière systématique. Le cadre législatif des soins (soins libres, obligation de soins, injonction de soins) ayant conduit à la prise en charge médicale a tout d'abord été relevé. Nous avons ensuite intégré au questionnaire les éventuels antécédents pénaux du patient, différenciant les condamnations pour des motifs sexuels de celles concernant des affaires non sexuelles. Pour ces dernières, nous avons individualisé la violence sur personne des autres antécédents judiciaires. Pour les affaires sexuelles, nous avons souhaité distinguer les condamnations survenues dans les six mois précédant le début du suivi psychiatrique, et présentant donc un lien étroit avec la prise en charge, d'autres sanctions pénales plus éloignées chronologiquement. Enfin, nous avons recherché l'existence d'une résurgence des symptômes sous traitement antiandrogène, qu'elle prenne la forme d'une récidive légale au sens pénal du terme ou d'une réapparition de symptômes (fantasmes, désirs ou comportements sexuels inadaptés) évoquée par le patient à l'occasion d'un entretien. La figure 13 présente les parties de notre questionnaire concernant les données judiciaires.

Cadre législatif:

- soins libres
- obligation de soins
- injonction de soins

Antécédents pénaux :

- oui, affaire(s) sexuelle(s) ?
 - 6 mois autour des faits
 - En dehors de cette période
- oui, affaire(s) non sexuelle(s) ?
 - Violence sur personne
 - Autre
- non

Existence d'une récidive :

- oui, légale connue
- oui, évoquée par le patient
- pas de récidive connue ou évoquée

Figure 13 : Extrait du questionnaire - Données judiciaires

iii. Nature des actes / des pensées

Les actes ou les pensées ayant conduit à l'instauration d'un suivi psychiatrique et par la suite à l'introduction d'un traitement hormonal ont été définis selon les critères de la CIM-10 [12]. À ces différentes entités nosographiques, a été ajoutée la cyberpornographie, motif fréquent de condamnations pénales et, par ce biais, de recours à la psychiatrie.

Nous avons également inclus dans notre questionnaire le sexe et l'âge privilégiés des victimes ou des objets de pensées déviantes. Le critère d'âge a été divisé en personnes majeures ou mineures. En cas de victimes mineures, une distinction a été faite entre victimes prépubères et victimes pubères du fait de l'influence de l'âge et du sexe préférentiels des victimes sur le risque de récidive. Des données concernant le passage à l'acte, s'il existe, ont également été recueillies. Le caractère unique ou répété des passages à l'acte a été pris en compte. Les passages à l'acte multiples ont été divisés en deux sous-catégories : passages à l'acte répétés sur une même victime ou passages à l'acte multiples sur des victimes différentes. Le caractère connu ou non de la victime a enfin été recherché, puisqu'il s'agit également d'un facteur influençant le risque de récidive (cf. paragraphe I.D.i). Ces données sont présentées dans la figure 14.

Motif du suivi :

- Acte(s)
- Pensées uniquement

Nature :

- exhibitionnisme
- voyeurisme
- frotteurisme
- fétichisme
- transvestisme
- masochisme
- sadisme
- pédophilie
- cyberpornographie
- autre hors champ CIM 10 :

Figure 14 : Extrait du questionnaire – Nature des actes et des pensées (1)

Age privilégié de la victime :

- Mineurs
- Pubères
- Non pubères
- Majeurs

Sexe privilégié de la victime :

- Féminin
- Masculin
- Indifférent

Si passage à l'acte, connaissance de la/des victimes :

- Oui, intra-familial
- Oui, extra-familial
- Non connue

Si passage à l'acte,

- Passage à l'acte unique sur une seule victime
- Passages à l'acte répétés sur une même victime
- Passages à l'acte multiples sur des victimes différentes

Figure 14 : Extrait du questionnaire – Nature des actes et des pensées (2)

iv. Score FDCS au temps zéro

La première partie du Questionnaire sur l'Intensité des Fantasmés, du Désir et des Comportements Sexuels (FDCS), version 19 [112] sera passée au patient dans le cadre de l'évaluation de l'indication d'un arrêt du traitement antiandrogène. Cette première partie du questionnaire est divisée en trois sections, évaluant d'abord les fantasmes sexuels, puis les désirs et pulsions sexuelles et enfin l'activité sexuelle. Cette partie explore les trois champs de la vie sexuelle du sujet en direction des adultes, des adolescents et des enfants. Si à l'issue de la passation de l'intégralité de notre outil, un essai d'arrêt du traitement antiandrogène est décidé, ce score FDCS initial, réalisé sous traitement, servira de référence pour le suivi.

B. Deuxième partie : questionnaire patient

La deuxième partie de notre outil prend la forme d'un questionnaire à l'attention du sujet pour lequel un arrêt de traitement antiandrogène est envisagé. Celle-ci s'organise selon plusieurs axes : la place de l'acte dans la vie du sujet, l'étude des éléments de sa vie relationnelle, le vécu ou la représentation, par le sujet, de la maladie et du traitement hormonal. Ces trois dimensions seront intégrées dans la cotation d'un score dynamique qui constituera le dernier niveau d'ajustement de l'arbre décisionnel. Un dernier axe de ce questionnaire concerne l'investigation de la personnalité du sujet. Les traits de personnalité qui pourront être mis en évidence seront intégrés dans la cotation du score individuel de sévérité initiale dont nous avons traité au paragraphe précédent.

i. Perception de l'acte

La place de l'acte ou des pensées ayant mené au suivi et à l'instauration d'un traitement hormonal, dans la vie actuelle du sujet, est étudiée en s'attachant à rechercher chez celui-ci la reconnaissance des conséquences de son acte et la notion de responsabilité. Le patient est interrogé sur son ressenti de changement de sa personnalité depuis le début du suivi. Une série d'adjectifs est également proposée au sujet pour tenter de qualifier avec lui les faits ayant abouti à la prise en charge.

Cette partie du questionnaire est présentée dans la figure 15.

Perception / place de l'acte

Pensez-vous que l'acte (les actes) / les pensées à l'origine du suivi ont eu des conséquences ?

- Sur vous
- Sur d'autres personnes
- Aucune

Estimez-vous cet (ces) acte(s) / ces pensées :

- Normal
- Honteux
- Regrettable
- Valorisant
- Anormal
- Naturel
- Culpabilisant
- Autre (préciser) :

Vous sentez-vous responsable de cet (ces) acte(s) / pensées ?

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Non

Estimez-vous avoir changé depuis le début du suivi ?

- Oui, beaucoup
- Oui, un peu
- Non

Figure 15 : Extrait du questionnaire : Perception de l'acte

ii. Investigation de la personnalité

Les traits de personnalité du sujet seront explorés, à la recherche d'un faisceau d'arguments pouvant faire évoquer l'existence d'un trouble de la personnalité. Une série de qualificatifs est d'abord proposée au sujet. D'autres questions plus précises lui sont ensuite posées afin d'explorer, entre autres, l'existence d'un vécu abandonnique, de conduites à risque récurrentes ou d'une tension interne pouvant être à l'origine de violence. Une attention particulière sera également portée à la présence de traits de personnalité perverse. Les éléments de personnalité du sujet sont présentés dans la figure 16.

Investigation de la personnalité

Diriez-vous que vous êtes quelqu'un de :

- Angoissé ?
- Jaloux ?
- Méfiant ?
- Colérique ?
- Dépendant des autres ?
- Violent ?
- Solitaire ?
- Impulsif ?

Avez-vous le sentiment d'avoir souvent été abandonné ?

- Oui
- Non

En général, aimez-vous prendre des risques ?

- Oui
- Non

Vous sentez-vous souvent dépassé par les événements ?

- Oui
- Non

En général, avez-vous des difficultés à entrer en relation avec les autres ?

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'il y a de la violence en vous ?

- Oui, tout le temps
- Oui, dans certaines circonstances
- Non

Figure 16 : Extraits du questionnaire – Investigation de la personnalité.

iii. Éléments de vie relationnelle

Dans cette sous-partie, nous analyserons des éléments du projet de vie du sujet, en les mettant pour certains en perspective avec les conditions de vie présentées avant la prise en charge. Le caractère stable ou précaire de l'hébergement du sujet sera pris en considération, ainsi que l'existence ou non d'une insertion socio-professionnelle puisque ces éléments constituent des facteurs de risque dynamiques aigus du risque de récurrence. La situation familiale actuelle du sujet sera également comparée à celle qu'il présentait avant le suivi et il sera accordé une attention particulière à l'existence d'un entourage étayant. La

vie sexuelle actuelle et passée du sujet sera prise en compte, ainsi que l'impact éventuel causé par le traitement hormonal. Un dernier ensemble de questions s'intéressera au niveau de stress du sujet et recherchera d'éventuelles conduites d'évitement (de lieux ou de personnes). La figure 17 présente l'ensemble de ces éléments concernant la vie relationnelle du sujet et son projet de vie.

Projet de vie

Où habitez-vous avant le début du suivi ? :

- Domicile personnel
- Hébergement temporaire (foyer, amis, famille...)
- Sans domicile fixe

Où-habitez vous maintenant ?

- Domicile personnel
- Hébergement temporaire
- Sans domicile fixe

Aviez-vous un emploi ?

- Oui
- Non

Quelle était votre situation familiale avant le début du suivi ? :

- Célibataire, si oui avez-vous eu une/des relation(s) sentimentale(s) antérieure(s) ?
 - Oui
 - Non
- En couple

Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- Célibataire
- En couple
 - Si oui, préciser la durée :

Figure 17 : Extraits du questionnaire – Éléments de vie relationnelle (1).

Aviez-vous une sexualité avant le début du suivi ?

- Oui, active
- Oui, non active (solitaire)
- Non

Avez-vous une sexualité actuellement ?

- Oui, active
- Oui, non active
- Non

Si oui, votre sexualité actuelle vous paraît-elle :

- Aussi satisfaisante qu'avant le début du traitement ?
- Plus satisfaisante qu'avant le début du traitement ?
- Moins satisfaisante qu'avant le début du traitement ?

Y a-t-il des personnes de votre entourage sur qui vous pensez pouvoir compter ?

- Compagne / compagnon
- Père / mère
- Enfant(s)
- Frère(s) / soeur(s)
- Autre membre de la famille, si oui préciser :
- Amis
- Autre, préciser :
- Je n'ai personne sur qui compter

Y a-t-il des situations que vous préférez actuellement éviter ?

- Oui, plutôt des lieux (préciser) :
- Oui, plutôt des personnes (préciser) :
- Non aucune

Actuellement, vous sentez-vous angoissé dans votre vie quotidienne ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement

Figure 17 : Extraits du questionnaire – Éléments de vie relationnelle (2).

iv. Vécu / représentation de la maladie et du traitement antiandrogène

Une première série de questions tâchera d'évaluer la reconnaissance par le sujet du caractère pathologique de ses troubles. Le patient sera ensuite interrogé sur le traitement hormonal qui lui a été prescrit, en particulier sur les motifs de cette prescription, son efficacité ressentie, et les conséquences sur la vie quotidienne du patient. Enfin, le sujet sera amené à se prononcer sur la possibilité, selon lui, d'arrêter le traitement antiandrogène à ce stade de la prise en charge. Ces questions sont présentées dans la figure 18.

Vécu / représentation de la maladie et du traitement antiandrogène

Actuellement, pensez-vous être malade ? :

- Oui
 - Si oui, diriez-vous que :
 - Que vos difficultés représentent une maladie inquiétante
 - Il y a des maladies plus graves que celle-ci
 - C'est une maladie injuste / révoltante
 - Il est possible de contrôler cette maladie si on fait attention
 - Il faut s'en remettre aux médecins pour gérer cette maladie
 - C'est une maladie handicapante
 - Il est possible de vivre normalement avec cette maladie
 - C'est une maladie difficile à comprendre
- Non
 - Si non, pensez-vous :
 - Être guéri définitivement ?
 - Être guéri temporairement et risquer de rechuter ?
 - Ne jamais avoir été malade ?

Pensez-vous que le traitement antiandrogène vous a été donné pour ?

- Une maladie, si oui préciser laquelle :
- Un symptôme, si oui préciser lequel :
- Remplacer / éviter une sanction pénale
- Sans raison / par erreur
- Autre raison (préciser) :

Pour vous, la prescription d'un traitement antiandrogène a été :

- Une obligation
- Un soulagement
- Une punition
- Une nécessité
- Un besoin
- Une manière de se racheter

Figure 18 : Extraits du questionnaire – Vécu / représentation de la maladie et du traitement antiandrogène (1).

Pour vous, prendre ce traitement est :

- Gênant
- Banal
- Honteux
- Amoral
- Utile
- Pénible
- Nécessaire
- Inhumain
- Inutile

Estimez-vous que ce traitement est :

- Efficace ?
- En partie efficace ?
- Inefficace ?

Comment définiriez-vous le traitement qui vous a été prescrit ?

- Une castration
- Une stérilisation
- Une protection
- Une sanction
- Une atteinte à la sexualité
- Un poison
- Autre (préciser) :

Selon vous, a-t-on eu raison de vous prescrire ce traitement ?

- Oui
- Non
- Ambivalent

Pensez-vous qu'il est actuellement possible d'arrêter ce traitement ?

- Oui (préciser pourquoi) :
- Non (préciser pourquoi) :

Figure 18 : Extraits du questionnaire – Vécu / représentation de la maladie et du traitement antiandrogène (2).

C. Troisième partie : vécu de l'investigateur

Cette dernière partie du questionnaire donne une place au soignant ayant réalisé sa passation. Elle tente de mettre en mots le vécu de l'investigateur et donc de faire entrer une part de subjectivité dans la cotation de l'outil, tout en la rationalisant et en lui conférant un caractère plus reproductible. Ce dernier volet du questionnaire cherche ainsi à évaluer le caractère plaqué ou non des réponses, le positionnement (actif ou passif) du sujet dans sa

prise en charge, l'existence d'un projet de vie réalisable et le caractère adapté ou non des attitudes et des affects actuels du patient. La cotation de cette partie de l'outil constitue un facteur de modulation de la décision vis-à-vis de la poursuite ou non du traitement et sera donc intégrée au score dynamique.

La figure 19 présente la partie du questionnaire s'intéressant au vécu de l'investigateur.

Pendant la passation du questionnaire, le sujet vous a-t-il semblé sincère ?

- Oui
- Non

Ses réponses vous ont-elle paru plaquées ?

- Oui
- Non

Au cours de sa prise en charge, le sujet s'est-il positionné comme :

- Actif
- Passif

Les attitudes et les affects du sujet vous ont-ils paru :

- Adaptés ?
- Exagérés ou minimisés ?

Son projet de vie vous paraît-il réalisable ?

- Oui
- Non

Figure 19 : Extrait du questionnaire – Vécu de l'investigateur

III. Grille de cotation et arbre décisionnel

À partir du questionnaire-inventaire d'items présenté précédemment, une grille de cotation a été construite. Celle-ci se découpe en trois parties : un score individuel (tenant compte qu'il n'est pas uniquement statique), le score FDACS initial, et un score dynamique. La décision finale en est ensuite prise en fonction d'un arbre décisionnel.

A. Score individuel

Le score individuel est un score sur 30 points déterminant un indice de sévérité initiale. Celui-ci s'appuie sur les items inclus dans la 1^{ère} partie de notre outil (Informations générales autour du patient) ainsi que sur des données issues de l'examen clinique et/ou du suivi psychologique.

Dans un premier temps, une première catégorie regroupe les antécédents du patient et est cotée sur 15 points. Celle-ci reprend les antécédents pénaux et psychiatriques, les comorbidités addictives, les traits de personnalité présents et la qualité de l'adhésion au suivi en cours.

Les 15 points suivants concernent les actes ou les pensées ayant conduit à la prise en charge. Sont explorés le niveau de reconnaissance des faits par le sujet, des données concernant les victimes (nombre de victimes et nombre de passages à l'acte, lien entre l'auteur et la victime, âge et sexe privilégiés) et l'existence d'une récidive.

Chacun des éléments précédemment cités sont notés entre 0 et 3 points, du facteur de risque le plus important vers celui présentant statistiquement le moins de risque de récidive. Ainsi, un score individuel élevé sera de meilleur pronostic qu'un score individuel faible puisqu'il sera le témoin d'une moindre sévérité initiale des symptômes.

La figure 20 présente cette cotation du score individuel.

SCORE INDIVIDUEL (sur 30 points)**1. Antécédents (sur 15 points)**

	0	1	2	3
Adhésion au suivi	Nulle	Partielle	Totale	Investie
Atcd pénaux	Affaire sexuelle > 6 mois Multiples	Affaire sexuelle < 6 mois Ou sur personne	Affaire non sexuelle	Aucun
Atcd psychiatriques	Déficiance profonde	Déficiance légère / moy Troubles psy non stabilisés	Troubles psy stabilisés	Aucun
Addictions (hors tabac)	Multiples	Unique non sevrée	Sevrée	Aucune
Traits de personnalité	Pervers	Narcissique	Limite Immature	Névrotique

2. Actes et pensées (sur 15 points)

	0	1	2	3
Reconnaissance	Non	Partielle	Totale	Pensées uniquement
Nombre victimes et/ou actes	Plusieurs différentes	Répétition sur victime unique	Unique fois	Aucun(e)
Proximité de la victime	Inconnue	Extra-familiale	Familiale	Aucune victime
Âge / sexe victime	Pré-pubère	Pubère / Adulte Même sexe	Pubère / adulte Sexe différent	Aucune victime
Récidive	> 3	2	1	Aucune

Figure 20 : Grille de cotation – score individuel**B. Score FDACS au temps zéro**

Le Questionnaire sur l'Intensité des Fantâmes, du Désir et des Comportements Sexuels (FDACS) dans sa 19ème version [112] est proposé à tous les sujets intégrant le questionnaire. La vie sexuelle du sujet sera analysée et cotée selon les trois dimensions proposées par cet outil : les fantâmes (sur 12 points), le désir / les pulsions sexuelles (sur 12 points) et l'activité sexuelle (sur 6 points).

Pour une meilleure lisibilité, les questions ayant trait aux fantâmes et au désir des patients ont été regroupées en quatre thèmes s'intéressant à leur support, leur fréquence, leur intensité et leur durée. Chacun de ces éléments est noté entre 0 et 3 points, de l'envahissement le plus important vers le moins intense.

De la même façon, les items concernant l'activité sexuelle des patients ont été répartis en deux thèmes dénommés "fréquence" et "sexualité déviante". Chaque élément est également noté entre 0 et 3 points, de l'envahissement le plus important vers le moins

intense. Dans notre tableau, les sous-catégories proposées (9-8-7, 6-5-4...) font référence aux cotations de l'outil FDCS qui utilise une échelle sur 10 points pour évaluer la fréquence de certains symptômes.

Ce score initial permet d'une part de déterminer l'efficacité de la prise en charge en termes de répression des symptômes. Un score élevé sera le reflet d'une efficacité importante du traitement antiandrogène sur les symptômes. Ce score servira également de référence pour le suivi après un arrêt ou une modification du traitement.

La figure 21 détaille la cotation du score FDCS dans notre outil.

IDCS (sur 30 points)

1. Fantômes (sur 12 points)

	0	1	2	3
Support (Q1 à Q6)	Enfant	Ado	Femme / Homme	Aucun
Fréquence (Q7 à Q10)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Intensité (Q11)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Durée (Q13 à Q16)	Toute la journée Et/ou sans lutte	> 15 min Et/ou lutte	< 15 min	Aucune

2. Désir (sur 12 points)

	0	1	2	3
Support (Q17 à Q22)	Enfant	Ado	Femme / Homme	Aucun
Fréquence (Q23 à Q26)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Intensité (Q27)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Durée (Q29 à Q32)	Toute la journée Et/ou sans lutte	> 15 min Et/ou lutte	< 15 min	Aucune

3. Activité sexuelle (sur 6 points)

	0	1	2	3
Fréquence (Q33 à Q36)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Sexualité déviante (Q37)	9-8-7	6-5-4	3-2	1

Figure 21 : Grille de cotation – score FDCS initial

C. Score dynamique

En dernier lieu, nous déterminerons un score dynamique qui prendra en considération des facteurs de modulation de la décision d'arrêt. Ces facteurs seront évalués sur 45 points. Ce score intègre la conception actuelle de l'acte ou des pensées par le sujet (8 points), son projet de vie (14 points), sa représentation de la maladie et du traitement antiandrogène (18 points) et le vécu subjectif du soignant (5 points).

La place actuelle des faits ayant conduit au suivi par le sujet explore dans un premier temps les notions de “conséquences” des actes sur lui-même et/ou sur autrui, de “responsabilité” et de “changement” du sujet. Un dernier item s’intéresse aux adjectifs qualificatifs utilisés par le patient pour qualifier les faits ayant mené à la prise en charge.

Le projet de vie du patient est exploré à travers le mode de logement, l’existence d’un emploi (stable ou temporaire) et de personnes ressources. La stabilité de la situation affective du patient est investiguée ainsi que son rapport actuel à la sexualité. Celle-ci doit être confrontée à la sexualité expérimentée avant le traitement. D’éventuelles conduites d’évitement sont systématiquement recherchées, qu’elles concernent des lieux ou des personnes. Enfin, un dernier item évalue le niveau d’anxiété du sujet.

Un troisième ensemble concerne la représentation que se fait le patient de la pathologie et du traitement antiandrogène. Il explore les notions de maladie et de guérison, d’efficacité et d’observance thérapeutique, la possibilité pour le patient d’un arrêt ou d’une diminution du traitement...

Ces trois catégories se réfèrent à des questions posées au patient dans la 2^{ème} partie de notre outil, tel que présenté précédemment (cf. Partie II, paragraphe II.B)

Enfin, la dernière catégorie regroupe les questions en lien avec le vécu de l’investigateur au cours de la passation de ce questionnaire : investissement du sujet, positionnement par rapport à la prise en charge, caractère adapté ou non des affects, cohérence du projet de vie... Cette dernière catégorie s’appuie sur les questions de la 3^{ème} partie de notre questionnaire (cf. Partie II, paragraphe II.C).

La figure 22 présente la cotation du score dynamique.

SCORE DYNAMIQUE (sur 45 points)**1. Place actuelle de l'acte (sur 8 points)**

	0	1	2
Conséquences	Aucune	Oui	Sur autrui
Pensées / Actes	Normal / Valorisant / Naturel	Honteux / Anormal / Regrettable	Culpabilisant
Responsabilité	Non	Partiellement	Totalement
Changement	Non	Un peu	Beaucoup

2. Projet de vie (sur 14 points)

	0	1	2
Mode de vie actuel	SDF	Temporaire	Domicile personnel
Emploi	Non	Temporaire	Durable
Situation sexuelle et/ou affective actuelle	Seul	Partenaire(s)	Couple
Sexualité actuelle / avant traitement	Moins satisfaisante	Aussi satisfaisante	Mieux
Evitement	Personne(s)	Lieux	Non
Personnes ressources	Aucune	Une	Plusieurs
Niveau stress comparé à réalité	Fort	Modéré	Faible

3. Représentation et vécu de la maladie et du traitement (sur 18 points)

	0	1	2
Regard sur la maladie	Pas de maladie	Pas grave	Grave
Regard sur la guérison	Jamais été malade	Définitivement	Temporaire / risque de rechute
Regard sur prescription du ttt	Sans raison	Symptôme	Maladie
Motif de la prescription	Punition	Obligation / Rachat	Soulagement / Nécessité / Besoin
Efficacité du traitement	Non	Partielle	Efficace
Prise du traitement	Inhumain / Inutile / Amoral	Honteux / Gênant / Banal	Utile / Nécessaire
Définition du traitement	Sanction / Att sexualité / Poison	Castration / Stérilisation	Protection
Acceptation de décision de ttt	Non	Ambivalent	Oui
Possibilité d'arrêt du ttt	Non	Facteurs externes	Facteurs internes

4. Vécu de l'investigateur pendant la passation du questionnaire (sur 5 points)

	0	1
Sincérité	Non	Oui
Investissement	Non	Oui
Position par rapport à la prise en charge	Négatif ou passif	Positif
Attitudes et affects	Non adaptés	Adaptés
Projet de vie / réalité de son état	Non cohérent	Cohérent

Figure 22 : Grille de cotation – score dynamique

D. Grille de cotation

Le score individuel, permettant de déterminer pour chaque patient l'indice de sévérité initiale sur 30 points (antécédents sur 15 points et actes sur 15 points). Ce score est ensuite réparti en trois catégories comme suit :

- “fort” : score compris entre 0 et 10 points,
- “moyen” : score compris entre 11 et 29 points,
- “faible” : score égal à 30 points.

Ainsi, seuls les patients présentant les facteurs de risque les moins péjoratifs pour toutes les dimensions explorées sont classés dans la catégorie “indice de sévérité initiale faible”.

L'efficacité du traitement antiandrogène est évaluée à travers la répression des symptômes au score FDACS. Elle est cotée sur 30 points. Celle-ci est également classée en trois catégories de la manière suivante :

- “non retrouvée” : score compris entre 0 et 10 points,
- “partielle” : score compris entre 11 et 29 points,
- “totale” : score égal à 30 points.

De la même manière que pour le score individuel, seuls les patients présentant des symptômes minimes ou absents dans les trois dimensions explorées (fantasmes, désirs et activité sexuelle) sont classés dans la catégorie “efficacité totale”.

Enfin, les facteurs de modulation externes et internes, étudiés à travers le score dynamique (sur 45 points), sont classés en quatre catégories dites :

- “aucun” : score égal à 0 points,
- “faibles” : score compris entre 1 et 20 points,
- “modérés” : score compris entre 21 et 30 points,
- “forts” : score compris entre 31 et 45 points.

La figure 23 détaille les différentes catégories et les scores correspondants.

RECAPITULATIF

Antécédents	/ 15 points		
Actes et pensées	/ 15 points		
Dimension individuelle	/30 points	Indice de sévérité initiale	0 à 10 : fort 11 à 29 : modéré 30 : faible
Fantasmes	/ 12 points		
Désir	/ 12 points		
Activité sexuelle	/ 6 points		
FDCS	/ 30 points	Efficacité de la PEC / répression des symptômes	0 à 10 : non retrouvée 11 à 29 : réelle, partielle 30 : totale
Place actuelle de l'acte	/ 8 points		
Projet de vie	/ 14 points		
Représentation / vécu	/ 18 points		
Vécu investigateur	/ 5 points		
Dimension dynamique	/ 45 points	Facteurs de modulation de la décision	0 : aucun 1 à 20 : faibles 21 à 30 : modérés 30 à 45 : forts
SCORE TOTAL	/ 105 points		

Figure 23 : Grille de cotation

E. Arbre décisionnel

Les trois niveaux de scores décrits précédemment sont ensuite intégrés dans un arbre décisionnel. L'indice de sévérité initiale constitue le premier niveau de lecture. Celui-ci est ensuite "pondéré" en fonction de l'efficacité du traitement puis des facteurs de modulation internes et externes. À l'issue de la détermination de ces trois niveaux de lecture, le schéma décisionnel guide la décision du prescripteur vers un essai d'arrêt ou de modification du traitement, ou vers une poursuite de la thérapeutique en cours.

La figure 24 représente cet arbre décisionnel.

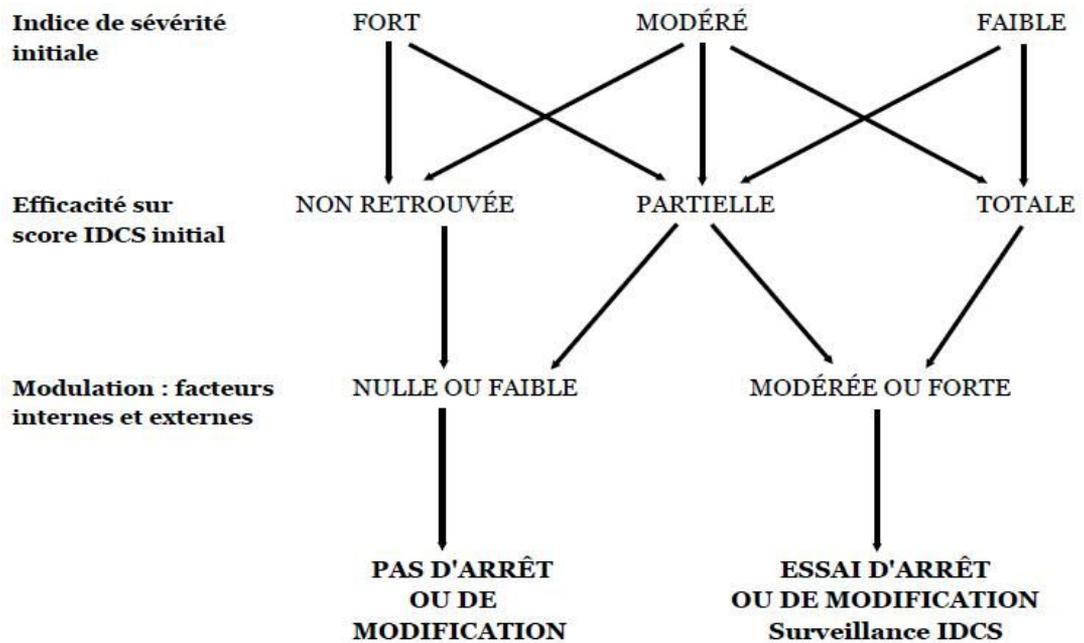


Figure 24 : Arbre décisionnel

IV. Modalités de passation du questionnaire et design du suivi

A. Au temps zéro

La passation de l'intégralité de l'outil sera proposée aux patients au temps zéro. Le score du patient au Questionnaire sur l'Intensité des Fantasmes, du Désir et des Comportements Sexuels (FDCS) [112] servira de référence pour la suite de suivi.

B. Suivi des patients

Compte-tenu du métabolisme des molécules utilisées, nous proposons un suivi des patients consistant en la passation à 1 mois, 3 mois et 6 mois de la première partie du Questionnaire sur l'Intensité des Fantasmes, du Désir et des Comportements Sexuels (FDCS), version 19 [112].

PARTIE III : DISCUSSION

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles et la prévention de la récurrence sont devenues des enjeux sociétaux majeurs de notre époque, tant du fait de l'accroissement du nombre d'affaires portées en justice que de la plus grande médiatisation de celles-ci. Il en résulte que la question des violences sexuelles constitue un sujet où s'intriquent des problématiques médicales, judiciaires, sociales et éthiques. Dans ce travail, il nous est également apparu indispensable de prendre en considération les nouvelles formes de violences sexuelles, en particulier la cyberpédopornographie [111]. En effet, bien qu'il s'agisse d'une forme d'agression sexuelle "sans-contact", le téléchargement d'images à caractère pornographique impliquant des mineurs compte parmi les infractions sexuelles les plus répandues et les plus poursuivies. Par ailleurs, nous avons évoqué qu'il n'est pas rare de rencontrer une intrication entre plusieurs paraphilies. La cyberpédopornographie peut donc parfois être qualifiée de "porte d'entrée" dans les soins, révélant ainsi l'accès à d'autres problématiques sexuelles [111].

Dans le contexte de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, le cadre juridique ayant conduit aux soins est à prendre en compte. Il s'agit en effet de différencier les patients pour lesquels une mesure de contrainte a été mise en place (injonction ou obligation de soins), de ceux qui ont recouru aux soins psychiques de leur propre volonté. Aucune étude n'a cependant comparé les profils évolutifs de ces patients, et il n'a donc jamais été mis en évidence de différence entre les taux de récurrence de ces deux groupes. Au cours de la phase de test de cet outil, il sera donc intéressant de prendre en considération le cadre légal des soins afin de mettre en évidence une éventuelle influence de ce dernier sur le suivi.

Au cours de nos recherches, nous avons montré qu'une certaine proportion, certes minoritaire, d'auteurs de violences sexuelles présentaient une pathologie psychiatrique caractérisée (telles que définies par l'axe I du DSM-V par exemple). Dans le souci d'une prise en charge adaptée et personnalisée des auteurs, il nous est donc apparu nécessaire de

rechercher et de faire figurer dans notre outil de manière systématique l'existence d'un tel diagnostic, ainsi que les modalités de sa prise en charge médicamenteuse. Il a en effet été démontré que ces éléments étaient à prendre en compte dans l'évaluation du risque de récurrence. À titre d'exemple, ces éléments figurent dans l'échelle *HCR-20*, à travers les critères H6 "maladie mentale grave" et C5 "résistance au traitement", c'est-à-dire qu'ils doivent être considérés comme des facteurs de risque de passage à l'acte violent, qu'il s'agisse de violences sexuelles ou de violences plus "ordinaires".

La présence d'un retard mental, via la détermination du QI du patient, a également été prise en considération dans notre travail, compte-tenu des répercussions qu'une telle pathologie peut avoir en matière d'élaboration autour des violences, d'alliance thérapeutique ou de nécessité d'étayage. L'étude des traits de personnalité des auteurs est également intéressante du fait de leur possible influence sur le risque de récurrence. Ceux-ci ont d'ailleurs un poids important dans l'échelle *HCR-20* puisque l'on retrouve ces éléments sous les termes de "psychopathie" et "trouble de la personnalité", critères H7 et H9 des facteurs historiques.

L'identification et la caractérisation précises d'une éventuelle paraphilie sont indispensables compte-tenu de la forte proportion d'auteurs de violences sexuelles présentant ce type de diagnostic. D'autre part, les disparités en terme de risque de récurrence entre les différents types de paraphilies rendent nécessaire l'établissement d'un diagnostic complet : paraphilie unique ou multiple, sexe préférentiel des victimes, lien... À la lumière de la littérature, nous avons donc choisi d'accorder plus de poids dans notre cotation aux éléments statistiquement liés à un risque de récurrence élevé : victimes inconnues, prépubères ou multiples.

Par ailleurs, nous avons choisi de destiner cet outil aux patients traités par acétate de cyprotérone et/ou par agonistes de la GnRH. Concernant cette dernière catégorie de molécules, l'outil s'adresse aux sujets sous triptoréline ou leuproréline en injection mensuelle ou trimestrielle. Les sujets traités par des injections retard sous forme semestrielle n'ont pas été inclus dans cette étude, compte-tenu de l'absence d'AMM de

ces formes galéniques dans la “réduction majeure et réversible des taux de testostérone afin de diminuer les pulsions sexuelles chez l’homme adulte ayant des déviations sexuelles sévères”. Nous avons donc pris le parti de limiter cet outil aux patients ayant un schéma thérapeutique correspondant aux recommandations françaises actuelles.

Notre travail a permis de mettre en évidence le manque d’outils à disposition du praticien pour guider la prescription d’un traitement antiandrogène chez un sujet auteur de violences sexuelles. Ceci est particulièrement vrai lorsqu’il s’agit d’arrêter ou de modifier à la baisse un tel traitement. Nous avons en effet montré qu’il existait un certain nombre de questionnaires et de scores permettant d’estimer le risque de récurrence (sexuelle ou non) pour un patient donné. Cependant, chacun d’entre eux explore une dimension bien précise du risque : facteurs statiques, dynamiques stables ou aigus, symptômes présents... Ces nombreux outils, bien que tous très intéressants et précis, peuvent toutefois se révéler difficiles à manier dans la pratique clinique quotidienne. Il est en effet difficile d’envisager la passation de plusieurs d’entre eux, pour un même patient, durant une consultation : important allongement du temps de l’entretien, redondance des questions, fatigabilité du sujet et de l’examineur... Il nous est donc apparu intéressant d’essayer de proposer un questionnaire qui explorerait les différentes composantes du risque de récurrence en regroupant un maximum de facteurs de risque déjà identifiés, et intégrerait des données cliniques tirées du suivi du patient telles que la reconnaissance par celui-ci du caractère pathologique de son geste (ou de ses pensées) ou la répression des symptômes sous traitement antiandrogène .

Nous avons ainsi choisi de diviser cet outil en trois parties : le score individuel, le score FDSC et le score dynamique. Ces trois entités permettent respectivement d’appréhender la sévérité initiale des troubles présentés par le patient, la répression de ces derniers sous un traitement antiandrogène bien conduit et les facteurs de modulation du risque de récurrence. Cette séparation artificielle se justifie également sur un plan chronologique. Le score individuel correspondrait alors aux éléments assez fixés dans le temps, présents avant la prise en charge ou au moment de la nouvelle évaluation :

antécédents et actes / pensées à l'origine du suivi. Le score FDSC serait le reflet de la prise en charge (en particulier médicamenteuse) en elle-même, à travers la disparition, l'atténuation ou la persistance des symptômes. Le score dynamique serait quant à lui l'expression de facteurs pronostiques influençant le maintien ou non d'une bonne réponse thérapeutique au-delà du suivi.

Nous avons décidé de coter le score individuel sur 30 points et d'y faire figurer à parts égales les antécédents et l'acte / les pensées ayant conduit à la prise en charge, chaque rubrique étant donc notée sur 15 points. Cette "égalité de poids" entre des éléments anamnestiques, à la fois médicaux et judiciaires, et les faits les plus récents à l'origine du suivi est retrouvée chez plusieurs auteurs. L'échelle *Static-99-R* [61] propose par exemple deux étapes, la première s'intéressant aux antécédents du sujet et la seconde contenant des éléments se rapportant aux pensées ou aux actes déviants. De la même façon, si l'on considère la première série de critères pris en compte par l'*HCR-20* [60], dénommée "facteurs historiques", on peut constater que celle-ci prend à la fois en compte les antécédents personnels du sujet et des données du (des) passage(s) à l'acte violent(s). On retrouve aussi des éléments semblables dans les recommandations de la HAS dans les rubriques "informations générales", "antécédents personnels", et "antécédents familiaux" [71].

Nous avons également pris le parti d'intégrer l'item "addictions" au sein du score individuel. En effet, la possibilité d'une prise en charge et donc d'une "réversibilité" de la problématique addictive pourrait nous amener à discuter du caractère pérenne de cet antécédent. Nous nous sommes ainsi interrogés sur la pertinence de faire figurer cette question parmi les facteurs individuels ou dynamiques. Les "problèmes de toxicomanie" figurent par exemple dans la partie "facteurs historiques" de l'*HCR-20* [60], ou l'item "conduites addictives" dans les "antécédents personnels" de la Haute Autorité de Santé [71]. Il nous est donc apparu intéressant de faire figurer les antécédents d'addictions dans la dimension individuelle de notre outil de la même façon que les antécédents psychiatriques, tout en pondérant cet item en fonction du caractère sévré ou non de l'addiction ainsi que du nombre de substances concernées. De cette manière, une

addiction sevrée a un “poids” semblable à l’existence de troubles psychiatriques considérés comme “stabilisés”.

Concernant l’intégration dans notre outil du score FDCS [112], nous avons choisi de sélectionner les items qui nous paraissaient les plus pertinents pour le suivi de patients déjà traités et de coter de manière sensiblement semblable les questions ayant trait aux fantasmes et au désir. Ainsi, sont pris en compte le support des fantasmes et du désir, leur fréquence, leur intensité et leur durée, avec une sévérité plus importante en cas de lutte anxieuse contre les symptômes. Ces deux ensembles d’items correspondent chacun à un score sur 12 points. Les questions en lien avec l’activité sexuelle du sujet tiennent une place un peu plus réduite dans cette cotation, sur 6 points. En effet, nous savons que l’administration d’un traitement antiandrogène entraîne de manière quasi systématique une réduction de l’activité sexuelle [88], [99], [100]. Il nous est donc apparu pertinent de donner une plus grande place aux processus intrapsychiques, dont nous pensons qu’ils sont de meilleurs indicateurs de la répression des symptômes sous traitement antiandrogène.

Notre score dynamique reprend enfin des éléments pour lesquels il a été démontré qu’ils constituaient des facteurs de risque dynamiques stables ou aigus [46], [50], [53], [55]. Nous avons opté pour une classification en quatre sous-parties : place actuelle de l’acte, projet de vie, représentation de la maladie et du traitement, et vécu de l’investigateur.

Les questions s’intéressant à la place actuelle de l’acte ou des pensées déviantes dans la vie du sujet s’attachent à mettre en évidence une modification des processus de pensée et en particulier une reconnaissance par le sujet des éventuelles conséquences de l’acte et de sa responsabilité dans celui-ci. Il nous est apparu nécessaire d’intégrer ces notions dans le score dynamique, d’une part parce qu’il s’agit de critères susceptibles d’être modifiés au cours de la prise en charge psychothérapeutique, et d’autre part parce que ces éléments nous ont semblé peu pris en considération dans les outils déjà à la disposition des praticiens. Cette catégorie d’items est cotée sur 8 points.

La série de questions se rapportant au projet de vie du patient, notée sur 14 points, fait référence à des facteurs de risque dynamiques aigus qui apparaissent dans plusieurs autres outils d'évaluation du risque. Le critère évaluant le niveau de stress figure par exemple dans l'*HCR-20* [60] en tant que "facteur de gestion du risque", comme le manque de soutien personnel correspondant à la catégorie "personnes ressources" de notre grille de cotation. On retrouve un item semblable dénommé "Gestion du stress et de la colère, impulsivité" dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé [71]. De la même manière, nos questions se rapportant à l'existence d'une insertion socio-professionnelle, d'une solution d'hébergement pérenne ou d'une relation de couple stable sont retrouvées dans plusieurs autres outils : "exposition à des facteurs déstabilisants" de l'*HCR-20* [60], "effondrement des soutiens sociaux" dans l'*Acute-2007* [57], "capacité d'avoir une relation stable" et "rejet social et solitude" de l'échelle *Stable-2007* [56].

Le groupe d'items explorant la représentation par le patient de sa pathologie et du traitement antiandrogène, coté sur 18 points, est plus spécifique à notre outil puisqu'il s'agit ici d'évaluer la possibilité d'un arrêt ou d'une diminution à la baisse de ce traitement. Ces questions tentent donc d'apprécier la reconnaissance du caractère pathologique, au sens médical du terme, en non uniquement légalement répréhensible, des troubles présentés par le sujet. L'adhésion au traitement proposé et la possibilité pour le patient d'envisager son arrêt (ou sa diminution) sont également explorés. Nous avons retrouvé un item se rapprochant de cette idée dans la *Stable-2007* [56] sous le nom de "coopération dans le cadre de la surveillance", signifiant une adhésion de façade à la prise en charge médicale et ne répondant qu'à des mesures coercitives. Celui-ci est alors naturellement considéré comme un élément péjoratif. Il est à mettre en parallèle avec l'item "Motivation pour la prise en charge" de la liste de critères de la Haute Autorité de Santé [71].

Enfin, le vécu de l'investigateur est pris en compte et coté sur 5 points. Il s'agit ici de tenter de rationaliser ce qui tient habituellement du "jugement clinique du praticien" [59], en explorant la sincérité des réponses du sujet (réponses plaquées ou non), la qualité de son investissement dans la prise en charge, l'existence d'affects inadaptés ou de projets

de vie incohérents. Ces éléments figurent rarement dans les autres outils que nous avons pu étudier. Tout au plus, l’item “plans irréalisables” de l’*HCR-20* [60] peut être rapproché des questions concernant la cohérence du projet de vie du sujet dans notre outil. Néanmoins, à la lumière de notre expérience clinique, il nous est apparu important de les prendre en considération.

Dans notre grille de cotation, nous avons choisi de donner un poids plus important au score dynamique (45 points contre 30 points pour le score individuel, essentiellement statique, et le score FDCS). Cette décision a pour but de mettre en exergue, d'une part, les modifications induites par la prise en charge thérapeutique dans le fonctionnement de l'auteur et d'autre part, les conditions de vie actuelles du sujet dans lesquelles va s'inscrire l'arrêt ou la modification du traitement.

À l'issue de ce travail, il apparaît indispensable de pouvoir tester ce nouvel outil de manière à étudier son utilisabilité *in vivo*, auprès des patients auteurs de violences sexuelles traités par antiandrogènes : durée de passation, reproductibilité, formulation des questions... Une durée minimale de suivi d’un an de ces patients, après la décision de baisse ou d'arrêt du traitement antiandrogène, nous semble adaptée compte-tenu à la fois des durées de vie des traitements et du temps nécessaire à la réévaluation des facteurs dynamiques pris en considération.

CONCLUSION

La prise en charge médicamenteuse des auteurs de violences sexuelles soulève de nombreux questionnements pouvant relever non seulement du champ médical mais également de celui de la justice, ainsi que d'enjeux sociétaux et éthiques. En effet, à travers la prescription de traitements antiandrogènes, il ne s'agit pas seulement de prodiguer des soins appropriés à un patient. Les soins imposés à un sujet par décision de justice (obligation ou injonction de soins) sont un exemple de l'intrication entre ces différentes problématiques. Même si le psychiatre reste seul décisionnaire des actes thérapeutiques, il est un acteur parmi d'autres dans une prise en charge plus globale des auteurs, et des violences sexuelles en général.

La création de cet outil soulève ainsi des aspects éthiques du fait de l'intrication, autour d'un même sujet, du champ médical et du champ judiciaire. En effet, d'un point de vue médical, la pensée déviante définissant la paraphilie ne sera peut-être jamais suivie d'un acte transgressif. Se pose donc la question de la légitimité de l'usage de thérapeutiques médicamenteuses lourdes et non dénuées d'effets indésirables potentiels dans ce contexte. D'autre part, le rôle du psychiatre est de prendre en charge une pathologie initiale et ses éventuelles rechutes. Il est donc indispensable de s'interroger autour des patients pour lesquels des soins sont imposés mais qui ne présentent pas nécessairement une pathologie au sens médical du terme, un acte transgressif ne signant pas obligatoirement l'existence d'une paraphilie. De la même façon, une récurrence ne peut être assimilée de manière automatique à une rechute. Enfin, le fondement de la pratique psychiatrique repose essentiellement sur la reconnaissance par le patient d'une souffrance. Les soins obligés posent donc la question de la place du médecin lorsqu'il n'existe pas de plainte de la part du sujet.

D'autres questionnements de la prise en charge, plus d'ordre déontologique pour le prescripteur, concernent l'indépendance du praticien dans ses diagnostics et ses prescriptions, en dépit de possibles pressions extérieures : judiciaires, mais également

sociétales, médiatiques... La non-prescription de traitement antiandrogènes, leur arrêt ou encore leur diminution peuvent parfois être sujets à controverse. Il s'agit donc pour le psychiatre de ne pas perdre de vue sa place de soignant auprès d'un patient auteur de violences sexuelles.

Nous avons vu que la durée des prescription de médicaments antiandrogènes s'est considérablement allongée au fil des années. Une des hypothèses permettant d'expliquer cette tendance est la difficulté pour les praticiens à reconnaître les conditions favorables à un arrêt de ces molécules ou à une réduction de leur posologie. Le faible nombre d'outils à disposition constitue en effet un frein pour envisager de manière sereine la modification d'un traitement, alors que celle-ci pourrait s'avérer source d'une recrudescence de symptômes et donc d'un retour à un niveau de dangerosité plus important.

Notre travail a permis de créer et de proposer un outil à l'usage des professionnels de santé en charge d'auteurs de violences sexuelles, ayant pour objectif de guider la décision thérapeutique de poursuite, d'arrêt ou de modification d'un traitement antiandrogène. Cet outil, composé d'un questionnaire et d'une grille de cotation originaux auxquels s'adjoint le Questionnaire sur l'Intensité des Fantâmes, du Désir et des Comportements Sexuels (FDCS) en tant qu'outil clinique validé, pourra ainsi s'intégrer à l'arsenal clinique à la disposition du thérapeute.

S'appuyant à la fois sur des données de la littérature et sur l'expérience clinique de professionnels travaillant auprès d'auteurs de violences sexuelles, notre outil cherche à donner une "photographie" de l'état actuel du patient pour lequel se pose une question d'ordre thérapeutique. Cet état des lieux de la prise en charge permet donc non seulement de décider d'une éventuelle modification de traitement à travers la grille de cotation et l'arbre décisionnel, mais peut aussi servir de support au suivi d'un patient en s'appuyant sur les variations du score FDCS et du score dynamique. Ainsi, la répétition de ce questionnaire au fil du suivi du patient réalisera une série de "clichés cliniques" du patient, donnant un aspect cinématographique de son évolution.

Afin de donner une caution scientifique à cet outil, il s'agira maintenant de valider cet outil au travers d'une étude standardisée. Ce travail permettra de tester la pertinence des différents éléments choisis, leur organisation en catégories et leur cotation. Il sera également important de porter une attention particulière à la périodicité de passation d'un tel outil.

Néanmoins, la prescription de médicaments à visée antiandrogène doit continuer de répondre à des indications individuelles et le score obtenu lors de la passation de notre outil n'est qu'un indicateur supplémentaire permettant d'orienter le psychiatre vers une poursuite ou vers un allègement du traitement en cours. Il paraît en effet indispensable que la décision finale demeure le fruit d'une réflexion partagée, prenant en compte l'ensemble des aspects de la prise en charge du sujet. L'intérêt de cet outil réside donc dans sa qualité de support de réflexion pour une équipe pluridisciplinaire, seul garant d'une prise en charge adaptée et pérenne des auteurs de violences sexuelles.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Observatoire national et de la délinquance et des réponses pénales, « Criminalité et délinquance enregistrées en 2012 : les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie », 2013.
- [2] N. Bajos, M. Bozon, et Equipe CSF, « Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère », *Popul. Sociétés*, n° 445, 2008.
- [3] M. Salmona, « Mémoire Traumatique et Victimologie ». 2015.
- [4] Bauer et Soullez, « Rapport 2012 de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales : Les résultats des enquêtes «Cadre de vie et sécurité» INSEE-ONDRP 2007 à 2012 », 2012.
- [5] T. Morin, L. Jaluzot, et S. Picard, « Femmes et hommes face à la violence : Les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint », *Insee Prem.*, n° 1473, 2013.
- [6] Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres Humains, « La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes ». 2015.
- [7] Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure, Base des crimes et délits enregistrés par la police et la gendarmerie. 2014.
- [8] Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales, « La cybercriminalité et les infractions liées à l'utilisation frauduleuse d'internet. Eléments de mesure et d'analyse pour l'année 2014 », 2014.
- [9] J. Aubut, *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*, Maloine. Paris, 1993.
- [10] J. Wakefield, « DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: Tensions between diagnostic validity and forensic utility », *Int. J. Law Psychiatry*, vol. 34, p. 195209, 2011.
- [11] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th édition. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- [12] Ministère des Affaires Sociales de la Santé, « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10ème révision ». 2015.
- [13] J. Thibaut, F. De La Barra, H. Gordon, P. Cosyns, J. Bradford, et the WFSBP Task Force on Sexual Disorders, « The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the biological treatment of paraphilias », *The World Journal of Biological Psychiatry*, vol. 11, p. 604655, 2010.
- [14] H. Malin et F. Saleh, « Paraphilias: clinical and forensic considerations. », *Psychiatr. Times*, vol. 24, n° 5, p. 14, 2007.
- [15] J. Tesson, B. Cordier, et F. Thibaut, « Assessment of a new law for sex offenders implemented in France in 1998 », *L'Encéphale*, vol. 38, n° 2, p. 133140, 2012.
- [16] N. Langstrom et M. Seto, « Exhibitionistic and Voyeuristic Behavior in a Swedish National Population Survey », *Arch. Sex. Behav.*, vol. 35, n° 4, p. 427435, 2006.
- [17] G. Abel et J. Rouleau, « The Nature and Extent of Sexual Assault », in *Handbook of Sexual Assault Part of the series Applied Clinical Psychology*, Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. New York, Plenum Press, 1990, p. 920.
- [18] J. Bradford, « The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behavior. », *Psychiatr. Q.*, vol. 70, n° 3, p. 209219, 1999.

- [19] J. Bradford, « The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphillias and compulsive sexual behaviour. », *Can. J. Psychiatry*, vol. 46, n° 1, p. 2634, 2001.
- [20] R. Hall et R. Hall, « A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues », *Mayo Clin. Proc.*, vol. 32, n° 4, p. 457471, 2007.
- [21] J. Senon et C. Manzanera, « Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté », *A J Penal*, vol. 4, p. 176180, 2008.
- [22] Marshall, Marshall, et Serran, *Treating sexual offenders*, Tand F Informa, edit N. York. 2006.
- [23] F. de Chabalier et S. Forzan, « Evaluation de la comorbidité psychiatrique chez 72 hommes détenus en maison d'arrêt pour agression sexuelle », *Ann. Méd.-Psychol.*, vol. 167, p. 576582, 2009.
- [24] A. Smith et P. Taylor, « Serious sex offending against women by men with schizophrenia : relationship of illness and psychotic symptoms to offending », *Br. J. Psychiatry*, vol. 174, n° 3, p. 223233, 1999.
- [25] N. Raymond, E. Coleman, F. Ohlerking, G. Christenson, et M. Miner, « Psychiatric Comorbidity in Pedophilic Sex Offenders », *Am J Psychiatry*, vol. 156, p. 786788, 1999.
- [26] S. McElroy, C. Soutullo, P. Taylor, E. Nelson, D. Beckman, L. Brusman, J. Ombaba, S. Strakowski, et P. Keck, « Psychiatry features of 36 men convicted of sexual offenses. », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 60, n° 6, p. 414420, 1999.
- [27] M. Kafka et J. Hennen, « A DSM-IV Axis I Comorbidity Study of Males (n = 120) With Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders », *Sex Abuse*, vol. 14, n° 4, p. 349366, 2002.
- [28] S. Harsch, J. Bergk, T. Steinert, F. Keller, et U. Jockusch, « Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 29, p. 433439, 2006.
- [29] W. Murphy, E. Coleman, et M. Haynes, « Treatment and Evaluation Issues With the Mentally Retarded Sex Offender », *Sex. Aggressor*, p. 2241, 1983.
- [30] J. Czerny, P. Briken, et W. Berner, « Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics », *Eur Psychiatry*, vol. 17, p. 104106, 2002.
- [31] M. Bénézech, P. Le Bihan, et M. Bourgeois, « Criminologie et psychiatrie », in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier., 2002.
- [32] A. Martorell, « Existe-t-il une psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles à type de viol sur adultes ? » 2001.
- [33] A. Cooper, « Review of the role of two antilibidinal drugs in the treatment of sex offenders with mental retardation. », *Ment. Retard.*, vol. 33, n° 1, p. 4248, 1995.
- [34] A. Carlstedt, S. Innala, A. Brimse, et H. Söderström Anckarsäter, « Mental disorders and DSMIV paedophilia in 185 subjects convicted of sexual child abuse. », *Nord. J. Psychiatry*, vol. 59, n° 6, p. 534537, 2005.
- [35] M. Stone, « The personalities of murderers : the importance of psychopathy and sadism. », in *Psychopathology and violent crime.*, Skodol AE ed., Washington: American Psychiatric Press, 1998.
- [36] M. Perrot, H. Bénony, K. Chahraoui, et C. Juif, « Étude des tendances dysfonctionnelles de la personnalité chez des auteurs d'infractions sexuelles », *L'Encéphale*, vol. 40, p. 366372, 2014.
- [37] R. Coutanceau, « Agirs sexuels pervers : emprise et déni d'altérité », *L'Evolution Psychiatr. Janvier 1996 T61 N°1 Pp113-12*, vol. 61, n° 1, p. 113124, 1996.
- [38] M. Bénézech, « La colère chez les auteurs de violence : une dimension fondamentale en psychiatrie légale », *L'évolution Psychiatrique*, vol. xx, p. xx, 2016.

- [39] *Code Pénal - Articles 221 à 227.*
- [40] *Code de procédure pénale - Article 721-1.*
- [41] V. Carrasco, « Les condamnations à une mesure de suivi socio-judiciaire : analyse statistique à partir des données extraites du Casier Judiciaire ». 2007.
- [42] *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.* 1998.
- [43] *Code Pénal - Article 131-36-4.*
- [44] Ministère de la Santé et des Sports et Ministère de la Justice, « Guide de l'injonction de soins ». 2009.
- [45] *Code de la Santé Publique - Articles L. 3711-1 et L. 3711-3.*
- [46] *Code de Procédure Pénale - Articles 723-30 et 723-31.*
- [47] *Code Pénal - Articles 729, 731-1 et 712-21.*
- [48] *Code Pénal - Article 132-45.*
- [49] Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire, « La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles, état des lieux et nouvelles pratiques », 2006.
- [50] R. Hanson et K. Morton-Bourgon, « The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders : a meta-analysis of 118 prediction studies. », *Psychol. Assess.*, vol. 21, n° 1, p. 121, 2009.
- [51] L. Craig, K. Browne, I. Stringer, et T. Hogue, « Sexual reconviction rates in the United Kingdom and actuarial risk estimates », *Child Abuse Negl.*, n° 32, p. 121138, 2008.
- [52] D. Grubin, « Sexual offending and the treatment of sex offenders », *Psychiatry*, p. 611, 2007.
- [53] J. Proulx et P. Lussier, « La prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels », *Criminologie*, vol. 34, n° 1, p. 929, 2001.
- [54] J. Proulx, B. Pellerin, Y. Paradis, A. McKibben, J. Aubut, et M. Ouimet, « Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressor », *Sex. Abuse J. Res. Treat. January*, vol. 9, n° 1, p. 727, 1997.
- [55] V. Quinsey, M. Lalumière, M. Rice, et G. Harris, « Predicting sexual offenses », in *Assessing dangerousness : violence by sexualoffenders, batterers and child abusers, sous la direction de JC Campbell*, Thousand Oaks, 1995, p. 114137.
- [56] D. Thornton, « Risk Matrix 2000 ». 2000.
- [57] R. Hanson et M. Bussière, « Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. », *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 66, n° 2, p. 348362, 1998.
- [58] L. Studer et S. Aylwin, « Male victims and post treatment risk assessment among adult male sex offenders », *Int. J. Law Psychiatry*, vol. 31, p. 6065, 2008.
- [59] R. Hanson et Morton-Bourgon, « Predicting relapse : A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. », *J Consult Clin Psychol*, vol. 27, p. 635, 2005.
- [60] R. Hanson et A. Harris, « A structured approach to evaluating change among sex offenders. », *Sex. Abuse J. Res. Treat.*, vol. 13, n° 2, p. 105122, 2001.
- [61] A. Harris, R. Hanson, T. Scott, et L. Helmus, « The dynamic supervision project : improving the community supervision of sex offenders. », *Correct. Today*, vol. 65, n° 5, p. 6063, 2001.
- [62] E. Milgrom, P. Bouchard, et J. Olié, « La prévention médicale de la récidive chez les délinquants sexuels », 2010.
- [63] M. Abondo, R. Bouvet, R. Palaric, H. Spriet, et M. Le Gueut, « Évaluation du risque de récidive : de la nécessité d'une evidence-based expertise », *Médecine & Droit 2014*, p. 96104, 2014.
- [64] B. Gravier, « Une échelle d'évaluation semi-structurée : la HCR-20 ». 2008.
- [65] A. Harris, A. Phenix, K. Hanson, et D. Thornton, « Static 99-R ». 2013.

- [66] D. Andrews, J. Bonta, et J. Wormith, « Level of Service/Case Management Inventory ». 2000.
- [67] G. Gabbard, *Psychothérapie psychodynamique*. Elsevier Masson, 2010.
- [68] Hanson, Gordon, et Harris, « First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. », *Sex. Abuse J. Res. Treat.*, vol. 14, n° 2, p. 194197, 2002.
- [39] A. Ciavaldini, « Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles », *Rev. Psychothérapie Psychanal. Groupe*, n° 42, p. 6978, 2004.
- [70] A. Ciavaldini, « Défaut de construction de l'affect psychique dans les violences sexuelles », *Confront. Psychiatr.*, vol. 47, p. 104120, 2008.
- [71] Haute Autorité de Santé, « Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans », 2014.
- [72] C. de Beaurepaire et F. Haour, « EMDR therapy in the treatment of child molesters themselves victims of abuse : a case study », *Lett. Psychiatre*, vol. VII, n° 56, 2011.
- [73] P. Datta et J. Wallace, « Enhancement of victim empathy along with reduction in anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR. », présenté à Paper presented at the annual conference of the EMDR International Association, Denver, 1996.
- [74] T. Mc Mulin, « Combining EMDR with relapse prevention in treatment of sex offenders », *EMDRIA Newsl.*, vol. 3, n° 2, p. 2025, 1998.
- [75] J. Tostain, D. Rossi, et P. Martin, « Physiologie des androgènes chez l'homme adulte », *Prog. En Urol.*, vol. 14, p. 639660, 2004.
- [76] G. Furelaud, B. Calvino, *Cybernétique et physiologie*, Planet-Vie, Samedi 1 novembre 2003, <http://planet-vie.ens.fr/article/1399/cybernetique-physiologie>
- [77] L. Sibert, J. Kuhn, D. Rossi, et J. Tostain, « Interactions médicamenteuses avec l'équilibre androgénique de l'homme adulte », *Prog. En Urol.*, vol. 14, p. 679683, 2004.
- [78] B. Olivier et J. Mos, « Serotonin receptors and animals models of aggressive behaviour », *Pharmacopsychiatry*, vol. 28, p. 8090, 1995.
- [79] D. Guay, « Drug Treatment of Paraphilic and Nonparaphilic Sexual Disorders », *Clinical Therapeutics*, vol. 31, n° 1, 2009.
- [80] M. Kafka et R. Prentky, « Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 53, n° 10, p. 351358, 1992.
- [81] E. Coleman, J. Cesnik, A. Moore, et S. Dwyer, « An exploratory study of the role of psychotropic medications in treatment of sexual offenders. », *J. Offender Rehabil.*, vol. 18, n° 7588, 1992.
- [82] M. Kafka, « Sertraline Pharmacotherapy for Paraphilias and Paraphilia-related Disorders : an open trial », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 6, n° 3, p. 189195, 1994.
- [83] J. Bradford, J. Martindale, M. Goldberg, D. Greenberg, et J. Gojer, « Sertraline in the treatment of pedophilia: An open label study. », *New Res. Program Abstr.*, n° 441, 1996.
- [84] D. Greenberg, J. Bradford, S. Curry, et A. O'Rourke, « A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. », *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*, vol. 24, p. 525532, 1996.
- [85] F. Garcia et F. Thibaut, « Current Concepts in the Pharmacotherapy of Paraphilias », *Drugs*, vol. 71, n° 6, p. 771790, 2011.
- [86] J. Bradford, « The treatment of sexual deviations using a pharmacological approach. », *J. Sex Res.*, vol. 37, n° 3, 2000.
- [87] J. Bradford et P. Fedoroff, « Pharmacological treatment of the juvenile sex offender », in *The juvenile sex offender, 2nd ed.*, New York: Barbaree H, Marshall W, 2006, p. 358382.

- [88] P. Gerardin et F. Thibaut, « Epidemiology and Treatment of Juvenile Sexual Offending » *Ped. Drugs*, vol. 6, n° 2, p. 79-91, 2004.
- [89] A. Bachelot, N. Chabbert-Buffet, S. Salenave, V. Kerlan, et M. Galand-Portier, « Les traitements anti-androgènes », *Annales d'Endocrinologie*, vol. 71, p. 2026, 2010.
- [90] B. Le Dare, A. Jehannin, F. Lanoe, F. Philippe, C. Tassel, M. Abondo, et N. Marie, « Prise en charge thérapeutique des auteurs d'agressions sexuelles », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, vol. 73, p. 257265, 2015.
- [91] Agence nationale de sécurité du médicament des produits de santé, « ANDROCUR 50 mg, comprimé sécable - Résumé des caractéristiques du produit ». 2015.
- [92] A. Cooper, « A Placebo-Controlled Trial of the Antiandrogen Cyproterone Acetate in Deviant Hypersexuality », *Compr. Psychiatry*, vol. 22, n° 5, 1981.
- [93] U. Laschet et L. Laschet, « Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. », *J Steroid Biochem*, vol. 6, p. 821826, 1975.
- [94] J. Bradford et A. Pawlak, « Double-Blind Placebo Crossover Study of Cyproterone Acetate in the Treatment of the Paraphilias », *Arch. Sex. Behav.*, vol. 22, n° 5, 1993.
- [95] W. Meyer, C. Cole, et E. Emory, « Depopovera treatment for sex offendIng behavior : An evaluation of outcome. », *Bull Am Acad Psychiatry Law.*, vol. 20, p. 249259, 1992.
- [96] F. Thibaut, B. Cordier, et J.-M. Kuhn, « Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia : a lifetime treatment ? », *Psychoneuroendocrinology*, vol. 21, n° 4, p. 411419, 1996.
- [97] F. Thibaut, « Pharmacological treatment of sex offenders », *Sexologies*, vol. 20, p. 166168, 2011.
- [98] A. Cooper, S. Sandhu, S. Losztyn, et Z. Cernovovsky, « A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. », *Can. J. Psychiatry*, vol. 37, p. 687693, 1992.
- [99] F. Thibaut, *Approche psychiatrique des déviations sexuelles*, Springer-Verlag. Paris, 2013.
- [100] L. Grasswick et J. Bradford, « Osteoporosis Associated with the Treatment of Paraphilias : A Clinical Review of Seven Case Reports », *J. Forensic Siences*, vol. 48, n° 4, p. 849855, 2003.
- [101] L. Heinemann, L. Will-Shahab, P. van Kesteren, et L. Goeren, « Safety of cyproterone acetate : Report of active surveillance. », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, vol. 6, n° 3, p. 169178, 1997.
- [102] F. Losel et M. Schmucker, « The effectiveness of treatment for sexual offenders : A comprehensive meta-analysis », *J. Exp. Criminol.*, vol. 1, p. 117146, 2005.
- [103] Agence nationale de sécurité du médicament des produits de santé, « DECAPEPTYL 0,1 mg, poudre et solvant pour solution injectable ». 2014.
- [104] Agence nationale de sécurité du médicament des produits de santé, « ENANTONE L.P. 11,25 mg, microsphères et solution pour usage parentéral (SC ou IM) à libération prolongée ». 2013.
- [105] A. Rosler et E. Witztum, « Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone », *N Eng J Med*, vol. 338, p. 416-422, 1998.
- [106] R. Krueger et M. Kaplan, « Depot-Leuprolide Acetate for Treatment of Paraphilias: A Report of Twelve Cases », *Arch. Sex. Behav.*, vol. 30, n° 4, 2001.
- [107] B. Carr, N. Breslau, C. Givens, W. Byrd, C. Barnett-Hamm, et P. Marshburn, « Oral contraceptive pills, gonadotropin-releasing hormone agonists, or use in combination for treatment of hirsutism: a clinical research center study. », *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, vol. 80, n° 4, p. 11691178, 1995.

- [108] J. Hoogeveen et E. Van der Veer, « Side Effects of Pharmacotherapy on Bone with Long-Acting Gonadorelin Agonist Triptorelin for Paraphilia », *J Sex Med*, vol. 5, p. 626630, 2008.
- [109] Z. Li, H. Zhang, Y. Zhu, Y. Hu, et P. Qu, « A randomized study comparing the side effects and hormonal status of triptorelin and leuprorelin following conservative laparoscopic surgery for ovarian endometriosis in Chinese women », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 183, p. 164168, 2014.
- [110] J. Kuhn et L. Sibert, *Les pathologies du vieillissement masculin*. Montrouge: F, John Libbey Eurotext, 2002.
- [111] J. Houtepen, J. Sijtsema, et S. Bogaerts, « From child pornography offending to child sexual abuse: A review of child pornography offender characteristics and risks for cross-over », *Aggress. Violent Behav.*, vol. 19, p. 466473, 2014.
- [112] S. Stoléru et V. Moulrier, « Questionnaire sur l'intensité des Fantasmes, du Désir et de Comportements Sexuels ».

ANNEXES

Questionnaire d'aide à l'arrêt du traitement antiandrogène chez les patients auteurs de violences sexuelles

I. Informations générales

Age :

Sexe :

Molécule actuellement utilisée:

Dosage :

Durée du traitement :

Testostéronémie :

- avant introduction :
- avant arrêt :

Durée du suivi psychothérapeutique / éducatif (mois) :

Adhésion au suivi :

- Nulle
- Partielle
- Totale
- Investie

Motif d'arrêt :

- cause médicale (préciser) :
- initiative du thérapeute
- Initiative de l'entourage du patient
- à la demande du patient

Cadre législatif:

- soins libres
- obligation de soins
- injonction de soins

Antécédents pénaux :

- oui, affaire(s) sexuelle(s) ?
 - 6 mois autour des faits
 - En dehors de cette période
-
- oui, affaire(s) non sexuelle(s) ?
 - Violence sur personne
 - Autre
- non

Antécédents psychiatriques :

- Psychose chronique, si oui :
 - Stabilité clinique ?
 - Oui
 - Non
 - Traitement ?
 - Oui (préciser) :
 - Non

- Addictions ? Si oui, préciser nombre de substances :
 - Si oui pour chaque substance, sevrage ? :
 - Oui, sevrage de toutes les substances : durée abstinence :
 - Sevrage partiel
 - En cours
 - Non

- Déficience mentale
 - Préciser le QI :
 - Capacité d'introspection :
 - Oui
 - Non
 - Présence d'un entourage contenant
 - Oui
 - Non

Motif du suivi :

- Acte(s)
- Pensées uniquement

Nature :

- exhibitionnisme
- voyeurisme
- frotteurisme
- fétichisme
- transvestisme
- masochisme
- sadisme
- pédophilie
- cyberpornographie
- autre hors champ CIM 10 :

Âge privilégié de la victime :

- Mineurs
 - Pubères
 - Non pubères
- Majeurs

Sexe privilégié de la victime :

- Féminin
- Masculin
- Indifférent

Si passage à l'acte, connaissance de la/des victimes :

- Oui, intra-familial
- Oui, extra-familial
- Non connue

Si passage à l'acte,

- Passage à l'acte unique sur une seule victime
- Passages à l'acte répétés sur une même victime
- Passages à l'acte multiples sur des victimes différentes

Existence d'une récidive :

- oui, légale connue
- oui, évoquée par le patient
- pas de récidive connue ou évoquée

Score IDCS au temps 0 :

II. Questionnaire patient

Perception / place de l'acte

Pensez-vous que l'acte (les actes) / les pensées à l'origine du suivi ont eu des conséquences ?

- Sur vous
- Sur d'autres personnes
- Aucune

Estimez-vous cet (ces) acte(s) / ces pensées :

- Normal
- Honteux
- Regrettable
- Valorisant
- Anormal
- Naturel
- Culpabilisant
- Autre (préciser) :

Vous sentez-vous responsable de cet (ces) acte(s) / pensées ?

- Oui, complètement
- Oui, partiellement
- Non

Estimez-vous avoir changé depuis le début du suivi ?

- Oui, beaucoup
- Oui, un peu
- Non

Investigation de la personnalité

Diriez-vous que vous êtes quelqu'un de :

- Angoissé ?
- Jaloux ?
- Méfiant ?
- Colérique ?
- Dépendant des autres ?
- Violent ?
- Solitaire ?
- Impulsif ?

Avez-vous le sentiment d'avoir souvent été abandonné ?

- Oui
- Non

En général, aimez-vous prendre des risques ?

- Oui
- Non

Vous sentez-vous souvent dépassé par les événements ?

- Oui
- Non

En général, avez-vous des difficultés à entrer en relation avec les autres ?

- Oui
- Non

Pensez-vous qu'il y a de la violence en vous ?

- Oui, tout le temps
- Oui, dans certaines circonstances
- Non

Projet de vie

Où habitiez-vous avant le début du suivi ? :

- Domicile personnel
- Hébergement temporaire (foyer, amis, famille...)
- Sans domicile fixe

Où habitez-vous maintenant ?

- Domicile personnel
- Hébergement temporaire
- Sans domicile fixe

Aviez-vous un emploi ?

- Oui
- Non

Quelle était votre situation familiale avant le début du suivi ? :

- Célibataire, si oui avez-vous eu une/des relation(s) sentimentale(s) antérieure(s) ?
 - Oui
 - Non
- En couple

Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- Célibataire
- En couple
 - Si oui, préciser la durée :

Aviez-vous une sexualité avant le début du suivi ?

- Oui, active
- Oui, non active (solitaire)
- Non

Avez-vous une sexualité actuellement ?

- Oui, active
- Oui, non active
- Non

Si oui, votre sexualité actuelle vous paraît-elle :

- Aussi satisfaisante qu'avant le début du traitement ?
- Plus satisfaisante qu'avant le début du traitement ?
- Moins satisfaisante qu'avant le début du traitement ?

Y a-t-il des personnes de votre entourage sur qui vous pensez pouvoir compter ?

- Compagne / compagnon
- Père / mère
- Enfant(s)
- Frère(s) / soeur(s)
- Autre membre de la famille, si oui préciser :
- Amis
- Autre, préciser :
- Je n'ai personne sur qui compter

Y a-t-il des situations que vous préférez actuellement éviter ?

- Oui, plutôt des lieux (préciser) :
- Oui, plutôt des personnes (préciser) :
- Non aucune

Actuellement, vous sentez-vous angoissé dans votre vie quotidienne ?

- Souvent
- Parfois
- Rarement

Vécu / représentation de la maladie et du traitement antiandrogène

Actuellement, pensez-vous être malade ? :

- Oui
 - Si oui, diriez-vous que :
 - Que vos difficultés représentent une maladie inquiétante
 - Il y a des maladies plus graves que celle-ci
 - C'est une maladie injuste / révoltante
 - Il est possible de contrôler cette maladie si on fait attention
 - Il faut s'en remettre aux médecins pour gérer cette maladie
 - C'est une maladie handicapante
 - Il est possible de vivre normalement avec cette maladie
 - C'est une maladie difficile à comprendre
- Non
 - Si non, pensez-vous :
 - Être guéri définitivement ?
 - Être guéri temporairement et risquer de rechuter ?
 - Ne jamais avoir été malade ?

Pensez-vous que le traitement antiandrogène vous a été donné pour ?

- Une maladie, si oui préciser laquelle :
- Un symptôme, si oui préciser lequel :
- Remplacer / éviter une sanction pénale
- Sans raison / par erreur
- Autre raison (préciser) :

Pour vous, la prescription d'un traitement antiandrogène a été :

- Une obligation
- Un soulagement
- Une punition
- Une nécessité
- Un besoin
- Une manière de se racheter

Pour vous, prendre ce traitement est :

- Gênant
- Banal
- Honteux
- Amoral
- Utile
- Pénible
- Nécessaire
- Inhumain
- Inutile

Estimez-vous que ce traitement est :

- Efficace ?
- En partie efficace ?
- Inefficace ?

Comment définiriez-vous le traitement qui vous a été prescrit ?

- Une castration
- Une stérilisation
- Une protection
- Une sanction
- Une atteinte à la sexualité
- Un poison
- Autre (préciser) :

Selon vous, a-t-on eu raison de vous prescrire ce traitement ?

- Oui
- Non
- Ambivalent

Pensez-vous qu'il est actuellement possible d'arrêter ce traitement ?

- Oui (préciser pourquoi) :
- Non (préciser pourquoi) :

III. Vécu de l'investigateur

Pendant la passation du questionnaire, le sujet vous a-t-il semblé sincère ?

- Oui
- Non

Ses réponses vous ont-elles paru plaquées ?

- Oui
- Non

Au cours de sa prise en charge, le sujet s'est-il positionné comme :

- Actif
- Passif

Les attitudes et les affects du sujet vous ont-ils paru :

- Adaptés ?
- Exagérés ou minimisés ?

Son projet de vie vous paraît-il réalisable ?

- Oui
- Non

Grille de cotation

SCORE INDIVIDUEL (sur 30 points)

1. Antécédents (sur 15 points)

	0	1	2	3
Adhésion au suivi	Nulle	Partielle	Totale	Investie
Atcd pénaux	Affaire sexuelle > 6 mois Multiples	Affaire sexuelle < 6 mois Ou sur personne	Affaire non sexuelle	Aucun
Atcd psychiatriques	Déficience profonde	Déficience légère / moy Troubles psy non stabilisés	Troubles psy stabilisés	Aucun
Addictions (hors tabac)	Multiples	Unique non sevrée	Sevrée	Aucune
Traits de personnalité	Pervers	Narcissique	Limite Immature	Névrotique

2. Actes et pensées (sur 15 points)

	0	1	2	3
Reconnaissance	Non	Partielle	Totale	Pensées uniquement
Nombre victimes et/ou actes	Plusieurs différentes	Répétition sur victime unique	Unique fois	Aucun(e)
Proximité de la victime	Inconnue	Extra-familiale	Familiale	Aucune victime
Âge / sexe victime	Pré-pubère	Pubère / Adulte Même sexe	Pubère / adulte Sexe différent	Aucune victime
Récidive	> 3	2	1	Aucune

IDCS (sur 30 points)

1. Fantasmes (sur 12 points)

	0	1	2	3
Support (Q1 à Q6)	Enfant	Ado	Femme / Homme	Aucun
Fréquence (Q7 à Q10)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Intensité (Q11)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Durée (Q13 à Q16)	Toute la journée Et/ou sans lutte	> 15 min Et/ou lutte	< 15 min	Aucune

2. Désir (sur 12 points)

	0	1	2	3
Support (Q17 à Q22)	Enfant	Ado	Femme / Homme	Aucun
Fréquence (Q23 à Q26)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Intensité (Q27)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Durée (Q29 à Q32)	Toute la journée Et/ou sans lutte	> 15 min Et/ou lutte	< 15 min	Aucune

3. Activité sexuelle (sur 6 points)

	0	1	2	3
Fréquence (Q33 à Q36)	9-8-7	6-5-4	3-2	1
Sexualité déviante (Q37)	9-8-7	6-5-4	3-2	1

SCORE DYNAMIQUE (sur 45 points)

1. Place actuelle de l'acte (sur 8 points)

	0	1	2
Conséquences	Aucune	Oui	Sur autrui
Pensées / Actes	Normal / Valorisant / Naturel	Honteux / Anormal / Regrettable	Culpabilisant
Responsabilité	Non	Partiellement	Totalement
Changement	Non	Un peu	Beaucoup

2. Projet de vie (sur 14 points)

	0	1	2
Mode de vie actuel	SDF	Temporaire	Domicile personnel
Emploi	Non	Temporaire	Durable
Situation sexuelle et/ou affective actuelle	Seul	Partenaire(s)	Couple
Sexualité actuelle / avant traitement	Moins satisfaisante	Aussi satisfaisante	Mieux
Evitement	Personne(s)	Lieux	Non
Personnes ressources	Aucune	Une	Plusieurs
Niveau stress comparé à réalité	Fort	Modéré	Faible

3. Représentation et vécu de la maladie et du traitement (sur 18 points)

	0	1	2
Regard sur la maladie	Pas de maladie	Pas grave	Grave
Regard sur la guérison	Jamais été malade	Définitivement	Temporaire / risque de rechute
Regard sur prescription du ttt	Sans raison	Symptôme	Maladie
Motif de la prescription	Punition	Obligation / Rachat	Soulagement / Nécessité / Besoin
Efficacité du traitement	Non	Partielle	Efficace
Prise du traitement	Inhumain / Inutile / Amoral	Honteux / Gênant / Banal	Utile / Nécessaire
Définition du traitement	Sanction / Att sexualité / Poison	Castration / Stérilisation	Protection
Acceptation de décision de ttt	Non	Ambivalent	Oui
Possibilité d'arrêt du ttt	Non	Facteurs externes	Facteurs internes

4. Vécu de l'investigateur pendant la passation du questionnaire (sur 5 points)

	0	1
Sincérité	Non	Oui
Investissement	Non	Oui
Position par rapport à la prise en charge	Négatif ou passif	Positif
Attitudes et affects	Non adaptés	Adaptés
Projet de vie / réalité de son état	Non cohérent	Cohérent

RÉCAPITULATIF

Antécédents / 15 points
Actes et pensées / 15 points
Dimension statique / 30 points

Indice de sévérité initiale
0 à 10 : fort
11 à 29 : modéré
30 : faible

Fantasmes / 12 points
Désir / 12 points
Activité sexuelle / 6 points
IDCS / 30 points

Efficacité de la PEC /
répression des symptômes
0 à 10 : non retrouvée
11 à 29 : réelle, partielle
30 : Totale

Place actuelle de l'acte / 8 points
Projet de vie / 14 points
Représentation / vécu / 18 points
Vécu investigateur / 5 points
Dimension dynamique / 45 points

Facteurs de modulation
de la décision
0 : aucun
1 à 20 : faibles
21 à 30 : modérés
31 à 45 : forts

SCORE TOTAL / 105 points

ROISSET Marie-Claire

Élaboration d'un outil d'aide décisionnelle pour l'arrêt ou la modification du traitement hormonal chez les auteurs de violences sexuelles.

Th. D. Med., Rouen, 2017, 106 p.

RÉSUMÉ : Le but de ce travail est de proposer un outil d'aide décisionnelle individualisée à la poursuite du traitement hormonal des auteurs de violences sexuelles. Cet outil est à destination des psychiatres prenant en charge ces patients et peut servir de guide lorsqu'un arrêt ou une modification à la baisse du traitement est envisagé. Après une revue de la littérature centrée sur les facteurs de risque de récurrence ainsi que sur les facteurs protecteurs, un questionnaire détaillé est exposé, prenant en compte à la fois la sévérité initiale des troubles, la répression des symptômes sous traitement et des facteurs de modulations internes et externes.

MOTS-CLÉS : Auteurs de violences sexuelles ; traitement ; antiandrogènes ; arrêt.

JURY

Présidente : Madame le Professeur Priscille GERARDIN

Membres : Monsieur le Professeur Gilles TOURNEL

Monsieur le Professeur Hervé LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Jean-Michel PASQUIER

DATE DE SOUTENANCE : 6 juin 2017