

**AUTEURS DE VIOLENCES  
SEXUELLES  
ET ALCOOLOGIE**  
Constats du terrain

L'alcool à travers les âges, réunions SFA, Paris, 18 – 19/03/2010

**Mme N. COSSART**  
**Dr J. YGUEL**

Département d'Alcoologie et de Conduites Addictives  
Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes  
BP 10209  
Tél. 03.27.56.55.68  
Fax. 03.27.56.55.63  
59363 Avesnes-sur Helpe Cedex  
Mail : [jacques.yguel@ch-avesnes.fr](mailto:jacques.yguel@ch-avesnes.fr)

# Actualité(s)

- Récidives (istes) :
  - Réponses pénales : peines encourues : durée, modalités
  - Réponses thérapeutiques : castration, castration chimique,...
- Pédophilie :
  - Affaires criminelles
  - Réseaux internets
  - Pratique de certaines « communautés » : religieux, enseignants, médecins, éducateurs

# Données

## « Epidémiologiques »

8133 délinquants sexuels majeurs condamnés et détenus au 1/07/09 (15% de la population carcérale)

1520 en aménagement de peine :

663 Liberté conditionnelle

193 Placements Externes

490 Bracelets électroniques + 35 avec GPS

2,5 % Récidivistes parmi auteurs de viols et 4% parmi les agresseurs sexuels (10% pour les braquages en 2007)

Concernant les mineurs : ce sont 20 % des AVS et dans ce cas 25% des victimes sont des mineurs

# Données

## « Epidémiologiques »

- 50 % des adultes agresseurs sexuels auraient commis leur premier délit étant mineur (âge moyen 16 ans) (Groth 1982 )
- Délits sexuels commis par les mineurs :
  - 1340 en 2001; 1635 en 2007;
  - 60% 13-15 ans, 17% <13 ans, 23% 16-18 ans
- Les viols représentent les 3/4 des crimes commis par les moins de 18 ans
- A moins de 13 ans : > 50% des affaires traitées sont à caractères sexuels (50 % de hausse par rapport à 1997)  
(sources rapport PJJ 2009 cité par Figaro 12/06/209)

# Qualification Pénale

- Sont des crimes (Assises) :
  - Viols
  - « viols aggravés » : mineurs moins de 15 ans, avec violence, sur personnes vulnérables,...
- Sont des délits (TGI):
  - Exhibitionnisme
  - Atteinte sexuelle (sans violence) et agression sexuelle (avec violence)
  - Pornographie (films, diffusion, réalisation)
  - Corruption de mineur (moins de 15 ans)

Du point de vue des magistrats la « qualification » est importante car le « viol » aboutit à une longue procédure, la notion de consentement de la victime est toujours évoquée et amène « renvois et expertise ». La qualification « d'atteinte sexuelle et/ou agression » raccourcit la procédure, évite +/- la notion du consentement et les peines possibles sont à peu près les mêmes.

L'inceste n'est pas une qualification pénale

# CONTEXTE AVESNOIS

- Conférence locale « Santé – Justice » (1998)
- Dispositif expérimental « Médecin Interface » (2000)(financement MILTD, PRS, GRAA) « Médecins Relais » (art L 3413 -1 à 4 du CSP Oct 2009)
- Projet Etude comparative du suivi de délinquants sexuels alcoolisés et non alcoolisés (2006)
- Groupe de travail (3/an) pluridisciplinaire regroupant JAP, SPIP, Procureur (substitut), Directeur et Surveillant de centre pénitentiaire, Addictologues, Psychiatres, Psychologues, Infirmiers : formation et intégration équipe mobile du CRISAVS

# DONNEES LOCALES 2004

## au Centre Pénitentiaire

- 440 détenus, 109 AVS (24,8%) : 29 prévenus, 80 Condamnés, **2/3 en Difficulté avec Alcool (fiche pénale et dossier patient); Tous ont une « obligation de soins »**
- **Durée moyenne de la peine : 6 ans**

## au CSAPA :

- 315 obligations de soins (30% des consultants). **20 agresseurs sexuels vus (soit 18% des agresseurs détenus ou 27% de ceux repérés avec un problème alcool et 6% des obligations de soins)**

Aucun patient vu par des psychiatres (suivis socio-judiciaires)

# DONNEES LOCALES 2008

au Centre Pénitentiaire :

- 442 détenus : même % d'agresseurs sexuels, même « ratio » condamnés/ prévenus, idem pour l'alcool. Un consommateur de cocaïne

au CSAPA :

- 19 AVS vus (2% de la file active, **6% de ceux vus avec obligation de soins**)
- mais seulement 7 en prison soit 6% des AVS incarcérés
- 12 en ambulatoire soit 4% des justiciables avec obligation de soins

17 patients vus par le dispositif socio judiciaire ambulatoire (un psychiatre agréé - il y en aura 3 en 2010 dont un addictologue - )

# CONSTATS LOCAUX

- Données socio démographiques identiques à celles de la population vue au CSAPA (hommes)
- Suivi plus assidu
- Suivi plus long
- Essentiellement « incestueux » (pour ceux suivis)
- Pas de Prise en charge spécifique
- Dispositif Alcoologique suit davantage de patients que le dispositif psychiatrique !?

# NOSOGRAPHIE

- **Troubles de la préférence sexuelle (CIM 10,1993)**
- **Troubles de l'identité sexuelle (DSM IV,1996)**
  
- PÉDOPHILIE F65.4
- EXHIBITIONNISME F65.2
- SADOMASOCHISME F65.5
- FETICHISME F65.0
- TROUBLES MULTIPLES DE LA PREFERENCE SEXUELLE F65.6
- AUTRES TROUBLES DE LA PREFERENCE SEXUELLE F65.8
- TROUBLE DE LA PREFERENCE SEXUELLE, SANS PRECISIONS F65.9
  
- DSM IV rajoute notions :
  - de durée
  - de « souffrance du patient - condamné »

# PROBLEMATIQUES

## pour

### les professionnels

- La classification en diagnostic psychiatrique seul est moins pertinente que celle intégrant différents niveaux d'analyses dont des facteurs associés aux comportements
- Les agressions intra - familiales, incestueuses ne sont pas différenciées dans les classifications internationales de référence
- les descriptions psychiatriques ne mentionnent pas le viol entre adultes, s'il n'est pas accompagné de sadisme
- Co morbidité psychiatrique associée : troubles anxieux, impulsivité, **abus substances psycho actives** (alcool) (Marx 1999, Perrone Peugh 2001,...)
- André Mc KIBBEN souligne que des critères comme l'abus d'alcool et de drogues, la déficience mentale ou la psychose, à la lumière de procédures statistiques cohérentes, se sont révélés comme des "modulateurs" qui peuvent influencer la classification sans la déterminer.

# CIM 10 et DSM IV

(pour mémoire)

## PÉDOPHILIE F65.4

- **"Préférence sexuelle pour les enfants, généralement d'âge pré pubère ou au début de la puberté.** Certains pédophiles sont uniquement attirés par les filles, d'autres uniquement par les garçons, et d'autres encore par les deux sexes.
- **La pédophilie est rarement mise en évidence chez les femmes.** Les contacts entre adultes et adolescents sexuellement matures sont socialement désapprouvés, en particulier si les participants sont du même sexe, mais ne sont pas nécessairement associés à la pédophilie. Un épisode isolé, notamment si c'est un adolescent lui-même qui a pris l'initiative, ne signe pas la présence d'une tendance persistante ou prédominante, qui est requise pour ce diagnostic. On inclut cependant dans cette catégorie les hommes qui, tout en gardant une préférence pour les partenaires sexuels adultes, se tournent habituellement vers les enfants comme substitut en raison d'une frustration chronique dans leur recherche de contacts appropriés. Les hommes agressant sexuellement leurs propres enfants
- Le DSM IV ajoute les mêmes notions
  - **de durée d'au moins 6 mois** des "fantaisies imaginatives sexuellement excitantes ou de comportements"
  - **et de "souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants".**
- **De plus il stipule que l'auteur doit être "âgé de 16 ans au moins et a au moins 5 ans de plus que l'enfant. »**
- Le DSM IV exclue de ce diagnostic un sujet en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec une enfant de 12-13 ans et propose de "spécifier" :
  - l'attraction sexuelles par les garçons, les filles, ou les filles et les garçons
  - si c'est limité à l'inceste
- un type "exclusif (attiré uniquement par les enfants) ou non exclusif.

# CIM 10 et DSM IV (2)

(pour mémoire)

## EXHIBITIONNISME F65.2

**"Tendance récurrente ou persistante à exposer ses organes génitaux à des étrangers (en général du sexe opposé) ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit.** Il y a habituellement, mais non constamment, une excitation sexuelle au moment de l'exhibition et l'acte est, en général, suivi d'une masturbation. Les manifestations de cette tendance peuvent se limiter à des moments de crise ou de stress émotionnel puis disparaître pendant des périodes prolongées.

Directives pour le diagnostic

"L'exhibitionnisme ne concerne pratiquement que les hétérosexuels masculins s'exhibant dans certains endroits publics, à des adolescentes ou à des femmes adultes, tout en restant à une distance respectable. La vie sexuelle de certains d'entre eux se résume à l'exhibitionnisme. D'autres gardent cette habitude parallèlement à une vie sexuelle conjugale active ; le besoin exhibitionniste devient parfois plus pressant lors des conflits conjugaux. La plupart des exhibitionnistes ressentent leur besoin comme difficile à contrôler et étranger à eux-mêmes. Le fait que le témoin paraisse choqué, effrayé ou impressionné, accroît souvent l'excitation de l'exhibitionniste. "

Le D.S.M.IV ajoute deux notions :

- **celle du temps**, "comportements survenant de façon répétée et intense pendant une période d'au moins 6 mois"
- **et celle de souffrance** "ces comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants".

Des formes dites classiques d'exhibitionnisme ont été décrites comme l'exhibitionnisme de type Lasègue, de type Garnier, avec onanisme, avec nudisme(rare) et l'exhibitionnisme féminin. . Ces formes classiques précisent les comportements sexuels agressifs de façon descriptive.

# CIM 10 et DSM IV (3)

(pour mémoire)

## SADOMASOCHISME F65.5

- **"Préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement.** Si le sujet préfère être l'objet d'une telle stimulation, on parle de masochisme. S'il préfère en être l'exécutant, il s'agit de sadisme. Souvent un individu parvient à une excitation sexuelle par des comportements à la fois sadiques et masochistes.
- Un degré minime de stimulation sadomasochiste est souvent utilisé pour augmenter une activité sexuelle par ailleurs normale. Cette catégorie ne doit être utilisée que si l'activité sadomasochiste est la source la plus importante de la stimulation ou si elle est nécessaire à l'obtention d'une satisfaction sexuelle.

Le sadisme sexuel est parfois difficile à distinguer soit de la cruauté dans des situations sexuelles, soit de la colère sans relation avec l'érotisme. Le diagnostic peut être clairement établi lorsque la violence est nécessaire pour atteindre un état d'excitation érotique. "

Le DSMIV différencie Masochisme sexuel et Sadisme sexuel. **La notion de temps**, durée d'au moins 6 mois des troubles (fantaisies imaginatives impliquant des actes réels) et **la notion de souffrance "cliniquement significative"** sont nécessaires au diagnostic.

Le sadomasochisme peut s'exercer envers un adulte avec consentement et ne pas entrer dans le cadre de la loi, ou être en jeu dans de passages à l'acte d'agressions sexuelles, soit sur mineur, soit entraînant des sévices, une séquestration voire la mort.

# CIM 10 et DSM IV (4)

(pour mémoire)

## FETICHISME F65.0

**"Utilisation d'objets inanimés comme stimulus pour l'excitation et la satisfaction sexuelle.** De nombreux fétiches sont des prolongements du corps, comme les vêtements ou les chaussures. Il s'agit également souvent d'une texture particulière comme le caoutchouc, le plastique ou le cuir. Les objets fétiches varient dans leur importance selon les individus. Dans certains cas, ils ne servent qu'à renforcer l'excitation sexuelle, atteinte par ailleurs dans des conditions normales.

Directives pour le diagnostic:

On ne doit porter un diagnostic de fétichisme que si le fétiche représente la source la plus importante de la stimulation sexuelle ou s'il est essentiel à l'obtention d'une réponse sexuelle satisfaisante.

- Les fantasmes fétichistes sont courantes; elles ne constituent pas en elles-mêmes un trouble sauf quand elles conduisent à des rituels contraignants et inacceptables, perturbant les relations sexuelles et responsables d'une souffrance personnelle.
- Le fétichisme concerne presque exclusivement les hommes."

Le DSMIV reprend les mêmes critères, **avec les notions de durée et de souffrance**, mais ne retient pas la sur-représentation des hommes.

# CIM 10 et DSM IV (5)

(pour mémoire)

## **TROUBLES MULTIPLES DE LA PREFERENCE SEXUELLE F65.6**

"Parfois une personne présente plusieurs anomalies de la préférence sexuelle sans qu'aucune d'entre elles ne soit au premier plan. L'association la plus fréquente regroupe le fétichisme, le transvestisme et le sadomasochisme."

## **AUTRES TROUBLES DE LA PREFERENCE SEXUELLE F65.8**

"Autres types de préférence et d'activité sexuelle, relativement rares, comme le fait de préférer des obscénités au téléphone, de se frotter à autrui dans des endroits publics bondés de monde à la recherche d'une stimulation sexuelle (frotteurisme), ...

La nécrophilie doit être notée ici. "

## **TROUBLE DE LA PREFERENCE SEXUELLE, SANS PRECISIONS F65.9**

# Théories étiologiques et/ou explicatives et/ou thérapeutiques

## **Psychanalytiques :**

Perversions : « objet », « buts », moyens (Freud)

Stades pré génitaux et pré oedipiens (Mahler, Klein,..) et pulsions agressives (Stoller)

Structures perverses (Van Gijsegem, Schorsch,...)

## **Comportementales :**

Conditionnements répondeurs et opérants (renforcements + et - et punition + et - )  
(Rachmann, Beech, Freund,...)

Facteurs étiologiques : excitations sexuelles, habiletés sociales, cognitions et processus cognitifs

## **Sociales :**

Inégalité des rapports homme - femme à l'origine des agressions sexuelles  
(Brownwiller, Clark): mythes sociaux (femmes soumises, dépendantes, passives,...vs hommes forts, virils, dominants,...)

Victimologie et Théories sociales contemporaines : 53% des pédophiles ont été abusés, contre 19% des violeurs et 37 des meurtriers sexuels (Earls *et al* 1984)

# Mais aussi

**Difficultés à relier théories et pratiques, descriptions et hypothèses, les classifications autres sont très nombreuses et essaient d'élargir la réflexion au-delà du champ de la "préférence sexuelle".**

Prise en compte de la recherche de pouvoir de l'agresseur et ses différentes formes comportementales ou relationnelles (**classification de KNIGHT, CARTER et PRENTLY**),

ils ont travaillé sur une population précise, sélectionnant des sujets ayant commis des actes sur des mineurs, excluant les actes incestueux et des sujets ayant également commis des actes sur des adultes. Leur modèle présente une fiabilité statistique. Ils ont établi un modèle sur deux axes :

Axe 1 : le degré de fixation : donnant des critères pour évaluer la force des intérêts pédophiles ou de voir jusqu'à quel point les enfants représentent le centre de la vie fantasmatique du sujet; nombre de contacts sexuels, relations continues avec les enfants.

Puis la deuxième décision sur cet axe concerne le niveau de compétence sociale

Axe 2 : la fréquence du contact avec les enfants qui vise à différencier les sujets qui passent beaucoup de temps avec les enfants par opposition à ceux qui n'ont que peu de contacts avec eux, en dehors des contacts sexuels. Il semble s'agir d'une variable importante. Le deuxième niveau de décision, pour des sujets à grande fréquence de contacts, concerne la signification du contact sexuel : signification interpersonnelle et signification narcissique. Les sujets à "faible fréquence de contacts" font l'objet de deux décisions : la première concerne le niveau de violence et retrouve des critères retenus par GROTH.

# Mais encore

## **Pris en compte de "l'intention motivationnelle", la compétence sociale de l'auteur, le niveau de violence physique et relationnelle (modèle de GROTH) ou la relation d'objet (VAN GIJSEGHEM).**

Le modèle de GROTH retient comme premier critère le niveau de violence utilisé par l'agresseur. Il différencie deux catégories :

- l'attentat à la pudeur. L'agresseur obtient ce qu'il veut de l'enfant par la séduction et la persuasion. Il lui propose une pseudo relation, un pseudo rapprochement affectif.
- Le viol. L'agresseur utilise les menaces, l'intimidation et (ou) la force physique. L'enfant est le réceptacle de l'hostilité ou du désir de domination, de soumission à l'agresseur.

GROTH différencie ensuite, au sein du concept d'attentat à la pudeur, la fixation et la régression, au sein du concept de viol trois tableaux, colère, puissance et sadisme.

- La classification en terme de diagnostic psychiatrique seul semble un moindre repère comparé aux classifications autres, dans les réflexions des professionnels concernés.
- Les essais de classification orientent vers des critères et des niveaux d'analyse différents, tentant d'intégrer les principaux facteurs associés aux comportements sexuels délictueux
- L'élaboration de modèles de classification est un processus en cours. Il faut avoir en mémoire qu'un des intérêts premier est l'acquisition d'un langage commun par les intervenants permettant des échanges et des recherches.

# Traitements

- Les Traitements « hormonaux »
  - Anti androgènes
  - Castration
- Les Psychothérapies :
  - individuelles
  - de groupe
- Les T.C.C. :
  - entraînements aux habiletés sociales
  - modifications de préférences sexuelles
  - éducations sexuelles
  - prévention de la récurrence

Les Thérapies institutionnelles

# Où et avec Qui?

- A la Prison :
  - Regroupement des « délinquants sexuels » en un même lieu
  - Psychiatres, psychologues, addictologues, « spécialistes » ?
- En Ambulatoire : idem
- CRRIAVS : Centres Régionaux Ressources pour les Intervenants auprès Auteurs de Violences Sexuelles
- Equipes Mobiles
- Rétention de sûreté (loi Bachelot : 4 missions concernant les soins sous contraintes)
- L'UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée)

# CONCLUSIONS (1)

- Population consultant est dérisoire par rapport à la population concernée
- Obligation de soins amène le dispositif addictologique à s'interroger sur sa place auprès de cette population
- Il a déjà en charge les victimes : 30 à 50 % des femmes ont subi des violences sexuelles, 5 % des hommes (étude déclarative interne au service en 2004)

# CONCLUSIONS (2)

- Formation des professionnels (CRRIAVS, ARTAAS)
- Recherches
- Elaboration de modèles de classification est en cours. Un langage commun permettra(it) des échanges et des recherches.
- Complémentarité avec le dispositif psychiatrique ? (expertise incompatible avec rôle thérapeutique et effectif insuffisant)
- « Complémentarités » avec le dispositif judiciaire (médecin relais) ?

# CONCLUSIONS (3)

A l'heure où l'on parle de rétention de sûreté (après la peine donc) et d'obligation de soins pouvant aller jusqu'à 20 ans, l'on mesure le travail qui reste à faire, devrait être fait et pourrait être fait en milieu carcéral dans une optique de soins, de prévention et réinsertion