

# Prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel

Robert Courtois

# *1. Tous des pervers ?*

# Tous des pervers ?

- Des pervers ? Des malades ?  
Des monstres ?
- Nous avons tous en tête l'image du pédophile-récidiviste-sadique, voire du meurtrier-pédophile...
- De l'utilité du « monstre »
- Il existe une variété de délinquants sexuels (auteurs d'infractions à caractère sexuelle ou AICS)





# Vignettes cliniques

Monsieur N... 59 ans

*Incrimination :*

- Viols commis sur une personne vulnérable (sous curatelle renforcée).  
Existence de condamnations antérieures : il y a 20 ans, pour agression sexuelle sur mineure de 15 ans par personne abusant de l'autorité de sa fonction et il y a 10 ans, pour agression sexuelle imposée à une personne vulnérable

# Vignettes cliniques

Monsieur N... 59 ans

## *Biographie*

- Est reconnu travailleur handicapé et travaille dans un ESAT (niveau école élémentaire, non-maîtrise du langage écrit), n'a pas connu ses parents qui sont décédés
- A été placé précocement dans une famille d'accueil, avant d'être pris en charge en institution à l'âge de 12 ans

# Vignettes cliniques

Monsieur N... 59 ans

*Entretien*

- Il dit ne pas très bien comprendre pourquoi il est incarcéré, en mettant en avant le fait qu'on l'accuse de choses qu'il n'a pas faites. Il parle de relations sexuelles consenties... Ce serait la copine de son fils qui s'est jetée à son cou et lui a dit qu'elle l'aimait. Il explique qu'elle a été gentille avec lui, le prenait par le cou, dans les bras...

# Vignettes cliniques

## Monsieur N... 59 ans

- Pour sa nièce (1ère condamnation), il dit ne pas se rappeler ce qui s'était passé, avant de dire que c'est elle qui était venue lui parler de ce que son père lui faisait, puis qu'elle avait voulu lui montrer et qu'il avait continué... Il dit avoir compris le motif de la condamnation du fait qu'elle était mineure
- Il évoque spontanément les maltraitances sexuelles qu'il aurait subies (la fille de sa nourrice vers l'âge de 10 ans, puis des prêtres dans l'institution qui l'avait pris en charge entre 12 et 14 ans)



# Vignettes cliniques

## Monsieur N... 59 ans

- Il se décrit systématiquement comme une victime et les autres, comme des acteurs des relations sexuelles qui l'engagent
- Il niait déjà les faits précédents d'agression sexuelle imposée à une personne vulnérable en disant qu'il était innocent et que « c'était dû au fait que la personne n'avait pas apprécié qu'il rejette ses avances »...



# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Jordan, âgé de 16 ans, est accusé de « viol sur un mineur de 15 ans ». Il est le dernier d'une fratrie de quatre enfants. Il a été placé à l'âge de 9 ans, avec un de ses grands frères et leur sœur aînée
- C'est arrivé après la séparation de ses parents dit-il. Son père frappait sa mère. Il est resté un temps avec elle, mais elle ne parvenait pas à se lever le matin, ni à leur permettre de se rendre à l'école...

# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Il évoque le passage en foyer, les bêtises qu'il y a faites avant d'être placé en famille d'accueil où il se sentait bien
- Il ne comprend pas que son frère qui avait lui aussi fait des bêtises a commencé à travailler avec leur père (artisan) certains week-ends , puis qu'il devrait bientôt aller vivre chez lui
- Sa sœur qui avait été placée aussi est désormais en couple, travaille et a même sa propre maison, avec un chien (c'est pour lui l'image du bonheur)

# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Les deux jeunes enfants de son père d'une seconde union (un garçon et une fille) ont été placés eux aussi quelques mois et sont revenus chez lui
- Son père travaille beaucoup sur des chantiers et est très absent, sans compter la question de l'alcool. Sa mère ne l'a pas appelé depuis des mois. Il se sent abandonné par elle
- C'est dans sa famille d'accueil (où cela s'est produit avec Thomas, 10 ans) qu'il se sentait bien...

# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Avec Thomas, cela s'est fait progressivement. Thomas n'était pas tellement d'accord pour ce qui se passait (le fait de devoir se déshabiller, de le masturber ou d'être masturbé...) et il a dû lui promettre sa PS3, parfois lui faire un peu peur, même s'il s'en défend
- Quand Thomas a révélé les faits à la famille d'accueil, Jordan a été placé immédiatement ailleurs (il se rappelle qu'il revenait de l'école et que cela s'est fait sans un mot, sans au revoir... Il s'est senti rejeté, même s'il le comprend

# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Il ne sait pas si son père ou sa mère sont au courant de ce qui s'est passé. Mais il a entendu dire que son père avait eu des rapports sexuels avec une des filles de sa belle-mère (c'est la victime qui lui a dit)
- Il dit qu'il en avait parlé à un éducateur, mais qu'on ne l'avait pas cru initialement... Cela fait plus de 3 ans
- Il pense que son père a été interpellé, car il a vu un dossier du tribunal chez lui. Il s'est posé la question du lien avec lui, s'ils étaient pareils

# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Il n'y a pas eu de jeux sexuels avec son frère, ni avec son père. Il ne les a jamais vu nus non plus. Au collège, certains élèves étaient « branchés cul » et lui avaient donné des sites pornographiques. Ils en parlaient tout le temps
- Il n'a rien dit aux autres de ce qui s'est passé, sauf à un bon camarade. Il tient beaucoup au regard des autres parce qu'il a été en surcharge pondérale quand il était enfant et en a beaucoup souffert. Il est vigilant à l'image qu'il donne de lui



# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Il pense qu'il n'a pas été violent avec Thomas, ou peut-être psychologiquement. Il n'a pas utilisé la force, mais reconnaît avoir utilisé d'autres formes de contrainte
- Quand la gendarmerie l'a interrogé et a parlé de viol, cela l'a choqué, mais il comprend
- Il a aussi un problème d'énurésie. Son grand frère l'a eu et cela s'est arrêté vers 17 ans. Son petit frère (demi-frère) l'a aussi, mais pas son père, ni son grand-père

# Vignettes cliniques

## Jordan, 16 ans

- Maintenant ces « accidents énurétiques » ne surviennent qu'une fois ou deux par semaine, avant c'était tous les jours depuis l'âge de 7 ans. Jordan a essayé un peu le tabac, mais rien de plus
- Il dit qu'il se sent bien dans son corps. Avec sa belle-mère (la nouvelle femme de son père), c'est difficile. Il aimerait changer beaucoup de choses. Ils ne font rien ensemble. Il lui reproche de le punir sans prévenir, sans dire pourquoi. Des fois, il aimerait partir et ne pas revenir, tout quitter..

## 2. *Des mécanismes communs ?*

## 2. Des mécanismes communs ?

Dans l'approche cognitive, nous pouvons nous centrer sur les « constructions personnelles » et la notion de « déviance sexuelle »

- Les « **construits** » sont des pensées, représentations (des cognitions) qui déterminent les actions, comportements des individus (avec des dysfonctionnements possibles du système de construits – Kelly, 1955)
- Il peut exister une **excitation sexuelle déviante** (Bond & Evans, 1967) généralement associée à d'autres facteurs comme un déficit des habilités sociales, une sexualité non-déviante (Barlow & Abel, 1976)

## 2. Des mécanismes communs ?

- Eclairage du rôle majeur des **distorsions cognitives** (Groth, Burgess & Holmstrom, 1977)
- Mais aussi par exemple, du rôle des **sentiments hostiles** comme la colère (Marshall & Barbaree, 1990) dans l'agression sexuelle des femmes
- Les relations dysfonctionnelles aux parents (*attachements insecure*), les antécédents d'abus sexuel, certains accès précoces à une sexualité non-adaptée à l'âge ou déviante... perturbent la construction de Soi et la capacité à investir positivement les relations à l'autre

## 2. Des mécanismes communs ?

- A la puberté, la faible estime de Soi et les difficultés à développer une relation intime peuvent favoriser la survenue d'un isolement émotionnel, d'un isolement social, d'une anxiété, d'un sentiment de rejet et de colère envers les autres
- D'une manière générale, on retrouve chez les sujets « vulnérables » des fonctionnements psychiques marqués par une perturbation du lien à l'autre (fragilité narcissique, difficultés d'élaboration, inhibition, vécus carencés, recours prépondérant au clivage, au déni, au manque d'empathie, aux distorsions cognitives...)

## 2. Des mécanismes communs ?

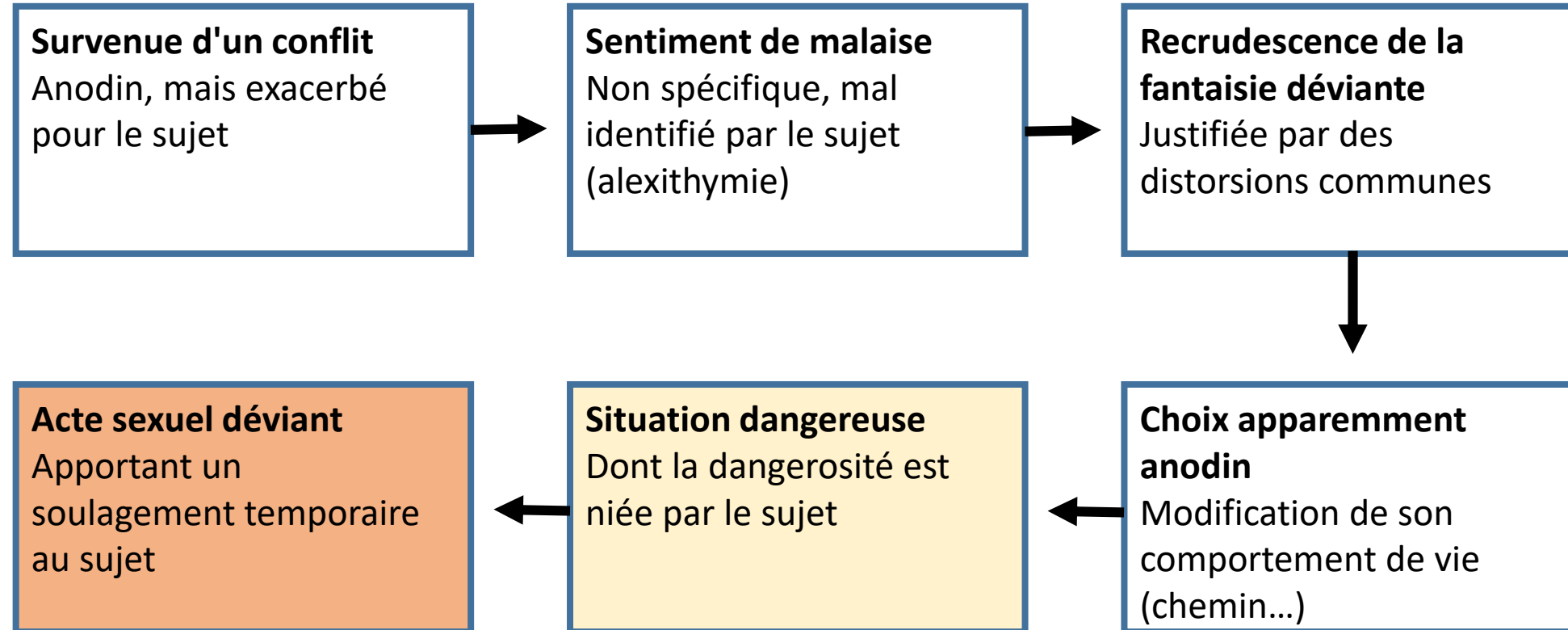
- Selon Marshall (1990), la déviance sexuelle va donc résulter des modifications du système cognitif et des perturbations des habilités sociales du sujet dès son enfance
- D'une manière plus générale, il faut considérer l'agression sexuelle comme un comportement acquis, résultant d'une interaction dysfonctionnelle entre les comportements, pensées et émotions (Ward, Gannon & Yates, 2008 ; Yates, 2003)

## 2. Des mécanismes communs ?

- Le passage à l'acte sexuel est l'aboutissement de plusieurs facteurs. C'est une réponse inadaptée à un ensemble d'éléments stressants
- Il est précédé d'une série d'évènements qui pourraient être « annonciateurs » (ex. modèle d' Aubut)



## 2. Des mécanismes communs ?

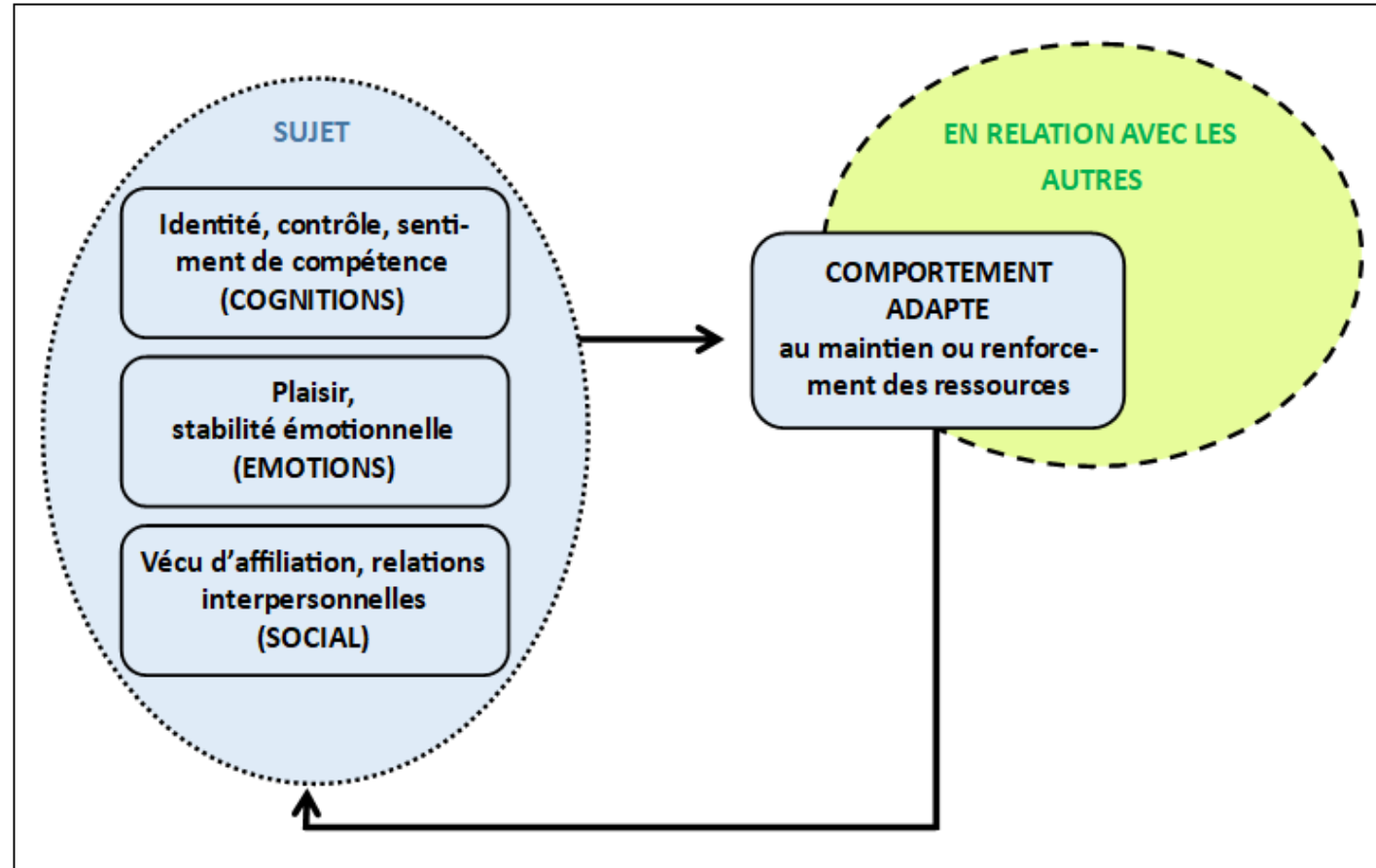


## 2. Des mécanismes communs ?

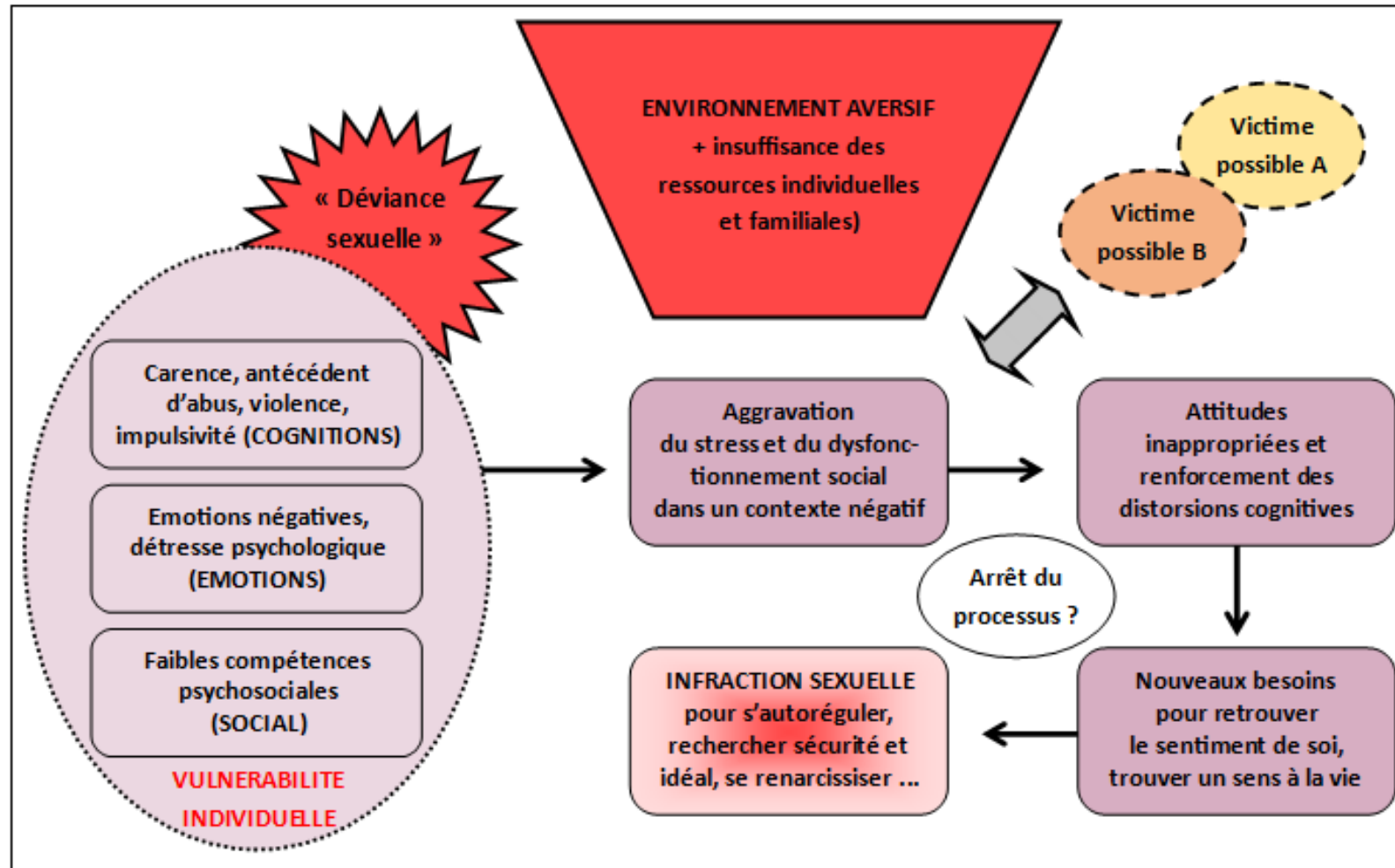
Il faut insister sur le contexte « facilitateur »

- Cela peut être tous les facteurs de tensions externes liés au couple, au travail.. mais aussi en lien avec des facteurs internes (état de frustration)
- Le passage à l'acte sexuel peut être lié à un « défaut de mentalisation » qui rend difficile son appropriation réelle après coup, représenter une tentative pour rompre un état de tension psychique intolérable et apporter une réponse « apaisante » (davantage un apaisement qu'un plaisir) (Bessoles, 2005; Ciavaldini, 2001)

## 2. Des mécanismes communs ?



## 2. Des mécanismes communs ?



## 2. Des mécanismes communs ?

Il faut déjà repérer les distorsions cognitives

- Ce sont des représentations erronées très présentes et souvent associées à des attributions erronées qui rendent l'autre responsable (« Elles nous chauffent et nous laissent comme cela »)
- Elles peuvent légitimer les violences sexuelles (« mythes du viol »), « responsabiliser » les victimes et déresponsabiliser les agresseurs en leur attribuant des circonstances atténuantes, en minimisant les faits, leur importance... en annulant leur responsabilité, etc.

## 2. Des mécanismes communs ?

### Croyances sous-jacentes aux distorsions

- Se donner des droits exagérés : avoir des relations sexuelles avec ceux qui sont moins importants que lui (plus vulnérables) et ceci, lorsqu'il le désire
- Le monde est dangereux : autrui est par nature hostile, agressif et rejetant ; l'autre est toujours doué de mauvaises intentions. Il va (par conséquent) initier une « revanche » sur l'autre, chercher l'affection de quelqu'un de non-menaçant (les enfants par exemple)

## 2. Des mécanismes communs ?

### Croyances sous-jacentes aux distorsions

- Le monde est incontrôlable (par exemple le sujet AICS a lui-même subi des évènements traumatiques)
- Les passages à l'acte vécus comme incontrôlables, avec une responsabilité attribuée à une cause externe incontrôlable (la victime qui l'a cherché ou le rôle de l'alcool ou d'une drogue)

## 2. Des mécanismes communs ?

### Schémas cognitifs chez les agresseurs sexuels de femmes adultes

- Les femmes sont des objets sexuels  
(moyen de se donner des droits sur elles)
- les femmes ne sont pas dignes de confiance...  
(justification de l'hostilité à leur égard, de justifier l'agression)



## 2. Des mécanismes communs ?

### Schémas cognitifs chez les agresseurs sexuels d'enfants

- Les enfants sont des objets sexuels  
(moyen de se donner des droits exagérés sur eux)
- Ils ont aussi le droit à une sexualité  
(ils peuvent être consentants ; ils apprécient d'être initiés à la sexualité par des adultes)
- Il existe des degrés dans le mal  
(certains actes ne sont pas négatifs ; il existerait une graduation des actes, etc.)

## 2. Des mécanismes communs ?

Il peut exister des mécanismes des défenses (avant, pendant et après le passage à l'acte)

- Des « refus » de la réalité : **déni** (non reconnaissance totale ou partielle des faits), des « rationalisation » des faits
- Des **déficits d'empathie** sur un plan cognitif, émotionnel
- Des **émotions négatives** (colère envers les femmes)...
- Ces mécanismes peuvent être interprétés comme des mécanismes de défenses (coping dysfonctionnant) qui visent à « protéger » l'auteur dans son fonctionnement à l'autre

# *3. Des troubles psychiatriques ?*

# 3. Des troubles psychiatriques ?

## Absence ou rareté des troubles psychiatriques

- < 5% de troubles psychiatriques chez les AICS
- *Essentiellement* :
  - **paraphilies\*** (c'est-à-dire un intérêt sexuel « déviant » (atypique ou extrême) spécifique et constant (durée d'au moins six mois), nécessaire à l'excitation et la satisfaction sexuelle d'une personne

(\*) (voyeurisme, exhibitionnisme, frotteurisme, sadisme sexuel et pédophilie).

Le DSM 5 introduit la notion de troubles paraphiliques (*Paraphilic Disorders*) pour qualifier des paraphilies (par exemple l'intérêt sexuel pour des enfants de treize ans ou moins pour la pédophilie) qui provoquent un désarroi ou un handicap chez la personne concernée, ou entraîne chez elle des conséquences négatives ou un risque de nuire à autrui (APA, 2013)

# 3. Des troubles psychiatriques ?

## Absence ou rareté des troubles psychiatriques

- *(suite)*
  - **troubles anxieux** (dont l'anxiété sociale ou phobie sociale, le trouble de stress post-traumatique ou TSPT)
  - troubles de l'humeur, troubles bipolaires, troubles psychotiques
  - addictions...
- Cette rareté des troubles intervient dans la question de la dangerosité psychiatrique qui reste rare (question de l'abolition du discernement) et qu'on distingue de la dangerosité criminologique

# 3. Des troubles psychiatriques ?

## Existence possible de traits pathologiques de la personnalité

- Jusqu'à 15 à 20% (?) de troubles si on prend en compte les troubles psychopathologiques et les traits pathologiques de la personnalité sans qu'il n'y ait nécessairement trouble de la personnalité :
  - traits ou troubles de la personnalité antisociale, psychopathie
  - traits ou troubles de personnalité borderline (limite)
  - mais aussi immaturité, traits pervers (emprise, souffrance de l'autre), mais pas nécessairement organisés en perversion...

# 4. *Des profils différents de délinquants ?*

# 4. Des profils différents de délinquants ?

Il existe de multiples profils et classifications parmi les AICS

- Paraphiles (pédophiles, exhibitionnistes, hébéphiles, gérontophiles, zoophiles, nécrophiles, frotteuristes)
- Cyberpédopornographes
- Agresseurs incestueux (incestes intrafamiliaux)
- Voleurs de sujets adultes (de femmes adultes)
- Voleurs en réunion



# 4. Des profils différents de délinquants ?

- Harceleurs
- Tourisme sexuel avec mineurs
- On peut aussi considérer les caractéristiques des auteurs : *Femmes AICS ; Mineurs AICS ; Personnes déficientes AICS*
- On rappellera que 90% des AICS sont des hommes, 90% des victimes sont des femmes ou des enfants



# 4. Des profils différents de délinquants ?

## Les pédophiles (agresseur d'enfants extra-familiaux)

- Type fixé, type régressé, type sadique
- Immaturité psychoaffective (trouble narcissique-identitaire ?)
- Distorsions cognitives spécifiques

# 4. Des profils différents de délinquants ?

## Les agresseurs d'enfants intrafamiliaux (« inceste »)

- Caractéristiques psychiques spécifiques (position dominante d'abus, non-différenciation, emprise...)
- Dynamique familiale (en huit-clos, sous emprise de l'abuseur, famille abandonnique, carencée...)

# 4. Des profils différents de délinquants ?

## Les violeurs de femmes adultes

- Hostilité (matricide déplacé : « l'érotisation de la haine » ?)
- Domination
- Mythes du viol

# 4. Des profils différents de délinquants ?

Les agresseurs sans contact : exhibitionnistes et voyeuristes

- Inhibition
- Profil immaturo-pervers
- Dimension compulsive

# 4. Des profils différents de délinquants ?

## Les adolescents AICS

- Tendances antisociales
- Personnalités pathologiques
- Antécédents d'agression sexuelle

# 4. Des profils différents de délinquants ?

## Les femmes AICS

- Perversité et perversion ?
- Sur les personnes qu'elles prennent en charge
  
- *Les femmes qui agressent seules*
- *Les femmes qui agressent*
- *avec un ou plusieurs co-abuseurs*





# 4. Des profils différents de délinquants ?

*Focale sur les violeurs de femmes adultes et notamment l'existence des distorsions cognitives*

- Existence de distorsions cognitives générales (traduisant l'expression d'une idéologie sociale de dominance masculine (Connell & Wilson, 1974), mais souvent à un niveau intense (sans parler de l'association à d'autres facteurs))
- On peut retrouver trois axes qui sous-tendent ces **distorsions cognitives** et favorisent le viol d'une femme :

# 4. Des profils différents de délinquants ?

- 1) il s'agirait de tendre à faire comme s'il ne s'était rien passé (« les femmes accusent à tort les hommes de viol »)
- 2) la femme a voulu ce qui est arrivé ou elle a aimé le rapport imposé (les femmes pensent « oui » en disant « non » ; si elles le voulaient vraiment, elles pourraient réellement résister. Leur peur et leur passivité peuvent être interprétées comme du plaisir)
- 3) la victime a mérité ce qu'elle a subi (elles sont blâmées du fait de leurs supposées mauvaises conduites ou mode de vie de filles faciles) (Koss et al, 1994 ; Hamberger et al. 1997, Kindelberger, 2004)

# 4. Des profils différents de délinquants ?

## *Les violeurs de femmes adultes*

- Dans les viols intraconjugaux, on retrouve surtout le lien avec la violence conjugale, les relations d'emprise, la difficulté individuelle face à la frustration, l'impulsivité, les défauts de mentalisation, l'usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives qui peuvent favoriser la désinhibition et le passage à l'acte

# 4. Des profils différents de délinquants ?

## *Les violeurs de femmes adultes*

- Dans les viols extraconjugaux, on évoquera l'absence de profil type, des antécédents d'évènements traumatiques et de violence, un vécu d'absence de reconnaissance sociale qui auraient pu conduire le sujet à dysfonctionner au sein de sa famille et à manquer d'empathie pour sa victime par la suite (Stanley et Goddard, 2004)
- Voire les personnalités antisociales et psychopathiques...

# 5. *La prise en charge ?*

# 5. La prise en charge ?

## Le risque de récidive

- Les taux moyens de récidives sexuelles sont de l'ordre de 14% sur 5 ans, 21% sur 10 ans et 24% sur 15 ans  
(e.g. Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2009; Harris & Hanson, 2004)
- Il est plus faible que celui de la récidive violente générale
- Il faut regarder par sous-types de délinquance sexuelle

# 5. La prise en charge ?

## Le risque de récurrence

- Les taux de récurrence des pédophiles extrafamiliaux homosexuels (pour des enfants prépubères) sont plus élevés (de l'ordre 35% sur 5 ans) et la récurrence est beaucoup plus mal vécue sur un plan sociétal, du fait que les victimes sont des enfants
- Le taux de récurrence des exhibitions est de l'ordre de 20 à 60%



# 5. La prise en charge ?

La diminution du risque de récidive reste l'enjeu majeur de la prise en charge d'un AICS

- Les facteurs de risque sont multiples, surtout d'ordre individuel :
  - caractéristiques de la personnalité (personnalité psychopathique et/ou antisociale, impulsivité, traits de personnalité borderline)
  - trouble dans la relation à l'autre (paraphilies, perversions, distorsions cognitives, ressenti d'émotions négatives, etc.)
  - comorbidités (comme un trouble lié à une substance psychoactives par exemple)

# 5. La prise en charge ?

La diminution du risque de récidive reste l'enjeu majeur de la prise en charge d'un AICS

- Les facteurs de risque sont multiples, surtout d'ordre individuel :  
(suite)
  - antécédents de délits et crimes sexuels
  - interaction entre l'auteur et la victime, etc.
- Mais on recherchera surtout les préférences et attitudes sexuelles déviantes et les distorsions cognitives

# 5. La prise en charge ?

- **Les facteurs de risque de délinquance sexuelle** sont définis comme des facteurs préexistants qui augmentent la probabilité d'adoption d'un comportement délinquant, ainsi que sa fréquence, sa persistance et sa durée
- **Les facteurs dits de protection** ont été développés pour prendre en compte les éléments du sujet qui seraient capables de compenser le risque au profit d'une protection d'un nouveau passage à l'acte (par exemple des facteurs comme l'intelligence, l'empathie, le contrôle de soi, des facteurs motivationnels comme le travail, les loisirs, la gestion financière, les buts de vie... et le soutien social)

# 5. La prise en charge ?

- L'évaluation **des facteurs de risque et des facteurs de protection** est essentielle et doit se faire à l'aide d'échelles structurées de dernière génération
- Ces outils peuvent être :
  - le Level of Service/Case Management Inventory : LS/CMI
  - le Historical clinical risk 20, version 3 : HCR-20  
(pour les violences générales)
  - le Risk For Sexual Violence Protocol : RSVP  
(pour les violences sexuelles)

# 5. La prise en charge ?

- On convient actuellement que les sujets AICS qui ont les facteurs de risque les plus élevés doivent bénéficier des ressources les plus importantes – de manière ciblée, adaptée, pour diminuer le risque de récurrence et augmenter les ressources du sujet (voire le modèle « R-B-R » : risque, besoins, réceptivité)
- *Le « Good Lives Model » part de l'idée que l'agression sexuelle constituant une tentative de combler un « besoin fondamental » et souligne l'importance de l'amélioration de la qualité de vie des sujets pris en charge*



# 5. La prise en charge ?

## Soins et Justice (rapport à la loi nécessaire)

- La prise en charge d'un AICS associe en général une peine d'emprisonnement (et de réparation) avec un soin pénalement ordonné (SPO : à savoir obligations de soins / injonctions de soins avec un suivi socio-judiciaire assuré par le SPIP)
- Il s'agit par la peine (prison ou alternative à la prison : TIG, SME, bracelet électronique... – dans tous les cas, une forme : de privation de liberté) de sanctionner le sujet AICS

# 5. La prise en charge ?

## Soins et Justice (rapport à la loi nécessaire)

- Il s'agit aussi par la longueur de la peine et le suivi postpénal de protéger la société contre un risque de récidive
- Sans avoir de Centres de défense sociale comme dans d'autres pays européens (notamment la Belgique et la Suisse), la France met progressivement en place un volet juridique qui renforce le suivi et la surveillance des AICS après leur peine



# 5. La prise en charge ?

- *Du côté judiciaire*, ce sont les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) qui sont chargés de mettre en place les SPO
- Le SPIP assure les suivis socio-judiciaires par *(i)* l'individualisation des peines, le suivi et contrôle des obligations imposées au probationnaire par l'autorité judiciaire et par *(ii)* le travail de réinsertion sociale
- La peine et l'accompagnement socio-judiciaire concourent à lutter contre les mécanismes de déni et autres mécanismes de défense

# 5. La prise en charge ?

- *Du côté sanitaire*, la loi de 1998 a aussi abouti à la création des « Centres Ressources pour Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles » (CRIA VS) qui existent désormais dans chaque région
- Ces structures sont chargées d'accompagner par la formation, l'information, la prévention et la recherche, les professionnels de tous les domaines ayant à prendre en charge des agresseurs sexuels

# 5. La prise en charge ?

## Soins et Justice : l'incarcération ?

- L'incarcération, puis la sortie peuvent fragiliser le sujet AICS, avec une perte de repères, une altération de l'image de soi, le développement ou l'aggravation de troubles psychiatriques comme des troubles anxieux, de l'humeur, des troubles des comportements, des conduites alimentaires, le développement ou l'aggravation d'une addiction, une perte d'autonomie... et le développement d'un sentiment de désillusion

# 5. La prise en charge ?

## Soins et Justice : l'incarcération ?

- Ces moments représentent aussi un risque suicidaire plus important notamment chez les sujets prévenus ou condamnés à de longues peines ou encore chez ceux dont l'infraction a été commise contre un proche (entraînant un retentissement sur l'image de soi du patient)
- L'incarcération va également avoir des conséquences en termes de séparation, tensions familiales, de dettes, de problèmes de logement, de difficultés à retrouver un emploi, etc. *avec une phase de risque important de réitération de délits et crimes (sexuels ou non)*

# 5. La prise en charge ?

Soins et Justice : favoriser une non-récidive ou sortie du parcours criminel

- La non-récidive et la réinsertion sociale peuvent être abordées par l'intermédiaire des *(i)* facteurs de risque de récidive, *(ii)* des facteurs de protection, mais aussi *(iii)* de la désistance
- Ces facteurs de désistance traduisent un renoncement ou la sortie d'un parcours de délinquance et de criminalité

# 5. La prise en charge ?

- Ces facteurs de désistance sont le plus souvent des événements positifs qui surviennent dans la vie du sujet (comme la survenue d'une rencontre amoureuse, la naissance d'un enfant, l'obtention d'un emploi...), des renforcement chez le sujet de son capital humain (développement de capacités de communication ou de gestion des émotions), des renforcement de son capital social (intégration dans des relations et des réseaux sociaux non délinquants, développement de compétences professionnelles et sociales...)

# 5. La prise en charge ?

Soins et Justice : améliorer la prise de conscience des sujets AICS, de leurs vécus, de leurs cognitions ?

- On peut citer par exemple les principes et applications de **justice restaurative**
- On peut aussi évoquer les **cercles de soutien et de responsabilité** (CSR) (essentiellement dans les pays anglo-saxons)





# 5. La prise en charge ?

## Prise en charge sanitaire ?

- Les prises en charge peuvent être **individuelles et/ou groupales**
- Les méthodes sont nombreuses et variées :
  - analyse fonctionnelle
  - restructuration cognitive
  - jeux de rôle
  - gestion de la colère, de l'impulsivité
  - analyse des coûts et des bénéfices
  - psychoéducation

# 5. La prise en charge ?

## Prise en charge sanitaire ?

- Mais aussi :
  - auto-observation
  - renforcement de la motivation, etc.
- Les prises en charge associées aux interventions cognitivo-comportementales sont particulièrement pertinentes (comme par exemple des entretiens de type motivationnel pour accompagner les processus de changements : modèles du changement de Prochaska et Di Clemente, 1983)

**Merci de votre attention**



## CRIAVS Centre-Val de Loire

CRIAVS Centre (CHRU de Tours)  
Tél. : 02 18 37 05 98  
Fax : 02 18 37 05 90  
Email : [criavs.centre@chu-tours.fr](mailto:criavs.centre@chu-tours.fr)  
Site : <http://www.criavs-centre.fr/>