



HAL
open science

Auteurs de violence sexuelle sur enfants : développement de lignes directrices d'évaluation clinique avant prise en charge par thérapie comportementale et cognitive

Marie Thomas

► To cite this version:

Marie Thomas. Auteurs de violence sexuelle sur enfants : développement de lignes directrices d'évaluation clinique avant prise en charge par thérapie comportementale et cognitive. Psychologie. Université Grenoble Alpes, 2018. Français. NNT : 2018GREAS035 . tel-03035568

HAL Id: tel-03035568

<https://theses.hal.science/tel-03035568>

Submitted on 2 Dec 2020

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 Savoie Mont Blanc

THÈSE soutenue publiquement le 19 Décembre 2018

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE

Présentée par

Marie THOMAS

Sous la direction du Professeur **Martine BOUVARD**,
Et la co-direction du Professeur **Stéphane RUSINEK**,

préparée au sein du Laboratoire LPNC, Domaine Universitaire de Jacob Bellecombette BP 1104, 73011 Chambéry Cedex, dans l'École Doctorale Ingénierie pour la Santé, la Cognition et l'Environnement

Auteurs de violence sexuelle sur enfants : développement de lignes directrices d'évaluation clinique avant prise en charge par thérapie comportementale et cognitive

Membres du jury :

Madame Martine Bouvard

Professeur des Universités, Université Jacob Bellecombette, Directrice

Monsieur Stéphane Rusinek

Professeur des Universités, Université Charles de Gaulle Lille 3, Co-directeur

Monsieur Pierluigi Graziani

Professeur des Universités, Université de Nîmes, Président du Jury

Madame Lucia Romo

Professeur des Universités, Université de Paris X-Nanterre, Rapporteur

Monsieur Abdel Halim Boudoukha

Professeur des Universités, Université de Nantes, Rapporteur

Monsieur Abdesslem Yahyaoui

Enseignant chercheur, HDR, Université Jacob Bellecombette, Examineur



Auteurs de violence sexuelle sur enfants : développement de lignes directrices d'évaluation clinique avant prise en charge par thérapie comportementale et cognitive

Child sexual abusers : development of guidelines of clinical assessment before cognitive behavioral therapy

Remerciements

Cette thèse présente le point final d'un projet de longue date semé de moments d'exaltation et de profond découragement. Elle n'aurait pas pu aboutir sans le soutien de ma famille et la collaboration de toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer durant ce long voyage.

Je remercie tout particulièrement mon compagnon, Maxime Acker, qui m'a permis de croire à ce projet et qui m'a soutenue et motivée durant toutes ces années et ces périodes de doute. Je remercie vivement mes enfants qui sont nés pendant cette thèse : à commencer par Sacha qui se moque souvent de moi en disant « maman elle peut pas faire ci, elle peut pas faire ça... elle a pas rendu sa THESE!! ». Merci à toi Lucien qui est encore si petit, tu vas pouvoir bientôt retrouver une maman à temps plein !

Je remercie le Professeur Martine Bouvard, ma directrice de thèse qui m'a soutenue durant toutes ces années. Je la remercie d'avoir su me mettre la pression quand il le fallait et me laisser souffler quand ma vie privée me l'imposait. Merci d'avoir été là dès que j'avais besoin de toi. Merci de m'avoir appris, grâce à l'enseignement de tes longs calculs, qu'on pouvait se passer d'un logiciel :-) Merci pour ta patience à mon égard et merci pour toutes ces douces années passées en ta compagnie.

Je remercie également le Professeur Stéphane Rusinek pour son accompagnement dans certains moments difficiles de cette thèse. Merci d'avoir partagé avec moi ton expertise concernant l'analyse de contenu. Merci pour ta présence et ta réactivité pendant toutes ces années.

Je remercie mon ami le Docteur Pierre Taquet qui m'a redonné espoir quand je n'y croyais plus.

Je remercie l'ensemble du jury et les rapporteurs pour avoir accepté de donner de leur temps pour juger ce travail : le Professeur Lucia Romo, le Professeur Abdel-Halim Boudoukha, le Professeur Pierluigi Graziani et le Docteur Abdessalem Yahyaoui.

Je remercie :

Tous les participants des études, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour, en remerciant particulièrement les 19 sujets, auteurs de violence sexuelle sur enfants qui ont accepté de vivre l'inconfort de me révéler leurs passages à l'acte et de les discuter en profondeur avec moi. Merci pour ces révélations.

Le Professeur Marc Hautekeete qui a fait naître en moi le désir de devenir praticien-chercheur.

Fanny Berguer, le running est définitivement la meilleure stratégie de coping !

Jean Proulx, Directeur de l'école de criminologie de l'Université de Montréal qui a accepté de libérer de son temps pour me conseiller sur la manière de construire mon entretien et pour partager avec moi ses conseils avisés.

Vanessa Deglaire, ma prof d'anglais préférée !

Delphine Préaux, Psychologue Parcours Exécution des Peines au centre de détention de Toul qui a donné beaucoup de son temps et de son énergie pour m'aider à sélectionner les participants.

Annabelle Visconti et l'équipe de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre de détention de Toul.

L'ensemble des professionnels rencontrés pendant ce travail de recherche et qui ont donné leurs accords : Juge de l'Application des Peines, Directeurs de détention, Directeur Interrégional des Services Pénitentiaires.

Le Chef de Détention et les surveillants de prison qui m'ont permis de rencontrer et de convoquer tous les participants.

Toutes les personnes que je n'ai pas remerciées et qui devraient l'être, sans oublier ma famille.

Sommaire

Résumé	11
Abstract	13
Introduction	15
Définition de la violence sexuelle sur les enfants	17
Chapitre 1 : La violence sexuelle sur les enfants	18
I. Les classifications pénales	18
II. La prévalence de l'agression sexuelle sur les enfants	19
III. Les soins pénalement ordonnés : articulation entre justice et santé	21
IV. Les classifications	24
1) Définition psychiatrique	24
2) Les typologies	26
a. La typologie de Groth	26
b. La typologie de Knight, Carter et Prentky	28
V. Les différences entre les agresseurs intra et extrafamiliaux	34
Conclusion	35
Chapitre 2 : Les théories étiologiques de la violence sexuelle sur les enfants	38
I. Les théories cognitives	38
1) La théorie de Beck	39
a. Les schémas cognitifs	39
b. Les schémas cognitifs et les comportements violents	41
c. Les distorsions cognitives	42
d. Le concept appliqué aux agresseurs sexuels	42
2) L'apport de Young concernant la théorie des schémas	46
a. Les schémas précoces inadaptés	47
b. L'origine des schémas précoces inadaptés	48
c. Description des schémas précoces inadaptés	49
d. Les schémas précoces inadaptés et la violence sexuelle sur les enfants	52
II. Les théories implicites spécifiques à la violence sexuelle sur les enfants	55
1) La théorie implicite « Droits exagérés » (Entitlement)	56
2) La théorie implicite « le monde est un endroit dangereux » (Dangerous world)	56
3) La théorie implicite « le monde est incontrôlable » (Uncontrollable)	57

4) La théorie implicite « Les enfants sont des objets sexuels » (Children are Sexual Beings)	58
5) La théorie implicite « Il existe des degrés dans le mal » (Nature of Harm)	58
6) La théorie implicite « les enfants sont des partenaires » (Child as partner)	59
III. Les théories multifactorielles	60
1) Le modèle quadri-factoriel de Finkelhor	60
2) Le modèle de Marshall et Barbaree	62
3) Le modèle quadri-factoriel de Hall et Hirschman	63
4) Le modèle des trajectoires de Ward et Siegert	64
Conclusion	66
Chapitre 3 : L'évaluation des auteurs de violence sexuelle sur les enfants	68
I. Les facteurs de risque de récurrence	68
II. Les principales théories à l'origine de l'évaluation	71
1) Le modèle Risque-Besoins-Réceptivité de Bonta et Andrews	72
a. Le principe du risque	72
b. Le principe des besoins	73
c. Le principe de réceptivité	73
2) Le Good Lives Model de Ward	74
a. La notion de besoins, de buts et de valeurs	75
b. Le passage à l'acte	76
c. L'évaluation	77
III. L'évaluation des facteurs de risque de récurrence	78
1) Evaluation actuarielle statique : la Statique-99 et Statique-2002-R	78
2) Evaluation de la psychopathie : la PCL-R	78
3) Le jugement clinique structuré : le SVR-20	79
4) Evaluation actuarielle dynamique : la STABLE-2007 et l'AIGU-2007	80
5) Evaluation des fantasmes sexuelles déviantes	81
IV. L'évaluation en France	81
1) Le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agresions Sexuelles (QICPAAS)	83
2) Le guide de l'évaluation clinique d'Aubut	83
Conclusion	84
Etudes	86
Introduction	87
Première étude : analyse contextuelle du passage à l'acte sexuel sur mineur de 15 ans	92
I. Méthode	92
1) Caractéristiques de la population étudiée	92

2) Procédure	92
3) Outils de l'étude	94
a. Entretien structuré M.I.N.I.5.0.0 (Sheehan, & Lecrubier, 1998)	94
b. Questionnaire PDQ4+ (Hyer, 1998)	95
c. Entretien semi-structuré	95
4) Traitement des données	96
II. Résultats	99
1) Caractéristiques cliniques Axe I/Axe II	99
2) Bilan des troubles de l'axe I et de l'axe II du DSM-IV	99
3) Bilan des données de l'entretien semi structuré	100
a. Introduction à l'analyse des catégories	100
b. Description des catégories et sous-catégories	104
c. Analyse des données	119
III. Discussion	131
Deuxième étude : Analyse des qualités psychométriques de la désirabilité sociale	137
I. Hypothèses de recherche	137
II. Etude de la désirabilité sociale dans un échantillon non clinique	138
1) Méthode	138
a. Caractéristiques de l'échantillon	138
b. La procédure	138
c. Outils de l'étude	138
d. Traitement des données	140
2) Résultats	140
a. Analyses cliniques et descriptives	140
b. Impact du genre et de l'âge sur les scores à l'échelle de DS	141
c. Impacts du score de désirabilité sociale sur les échelles de l'EPQR-A	142
III. Etude de la désirabilité sociale dans un échantillon d'AVSE comparativement à deux groupes contrôles	142
1) Méthode	142
a. Caractéristiques des échantillons	142
b. La procédure	143
c. Outils de l'étude	144
d. Traitement des données	144
2) Résultats	144
IV. Discussion	145
Troisième étude : Comparaison des AVS aux groupes contrôles sur les scores aux 18 schémas précoces inadaptés de Young	148
I. Hypothèses de recherche	148
II. Méthode	148

1) Caractéristiques des échantillons	148
2) Procédure	149
3) Outil de l'étude	149
4) Traitement des données	151
III. Résultats	152
1) Données cliniques et descriptives	152
2) Schémas précoces inadaptés	153
IV. Discussion	155
Discussion générale	159
Bibliographie	170
Annexe : Entretien semi-structuré développé pour l'étude 1	188

Liste des figures

Figure 1 : La typologie de Groth	27
Figure 2 : Modèle de classification des agresseurs sexuels d'enfants de Knight et collaborateurs (1989)	29
Figure 3 : Indices d'occurrence et d'importance pour les 18 catégories	122
Figure 4 : Indices d'importance et d'occurrence pour les 8 catégories dont l'indice de représentativité est < 100 %	123

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre de condamnés au suivi socio-judiciaire entre 2005 et 2010 (Ministère de la justice-SDSE-Exploitation statistique du Casier Judiciaire National)	24
Tableau 2 : Les cinq trajectoires liées à l'agression selon Ward et Siegert (2002)	65
Tableau 3 : Facteurs de risque temporellement stables de la récidive sexuelle (adapté de Brouillette-Alarie & Hanson, 2017)	70
Tableau 4 : Facteurs de risque temporellement stables de la récidive non sexuelle (adapté de Brouillette-Alarie & Hanson, 2017)	71
Tableau 5 : Résumé de la structure des catégories de l'analyse de contenu. Catégories, sous-catégories et exemple de contenus	101
Tableau 6 : Les trois indices pour les 18 catégories	121
Tableau 7 : Indices par sous-catégories	128
Tableau 8 : Moyennes et écart-type aux échelles de l'EPQR-A d'après Bouvard et al. (2010)	139
Tableau 9 : Scores moyens aux échelles DS et EPQR-A en fonction du genre	140
Tableau 10 : Scores moyens à l'échelle de DS des groupes	141
Tableau 11 : Scores moyens aux échelles DS et EPQR-A selon les groupes	145
Tableau 12 : Répartition des items en fonction des 18 schémas d'après l'étude de validation de Bouvard, Denis et Roulin (sous presse).	151
Tableau 13 : Résultats ANCOVA aux 18 schémas et score total en fonction des groupes	154
Tableau 14 : Lignes directrices d'évaluation des AVSE pour une prise en charge par thérapie comportementale et cognitive	164
Tableau 15 : Evaluation des besoins fondamentaux, buts, valeurs associés, stratégies de résolution de problème et qualité de vie	166

Résumé

Il existe un décalage important entre le nombre de personnes contraintes à des soins et celui de psychothérapeutes spécialisés dans cette prise en charge. L'objectif de la loi est très clair : inciter aux soins dans le but de prévenir la récidive. Pour y parvenir, les facteurs de risque statiques et dynamiques devraient être considérés, ce qui nécessite une formation spécialisée en criminologie. L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence, d'une part les éléments principaux à évaluer avant toute prise en charge par thérapie comportementale et cognitive, et d'autre part à sélectionner des outils qui permettent une meilleure évaluation des auteurs de violence sexuelle sur enfants (AVSE).

Méthode : un entretien semi-structuré a été développé pour obtenir une conceptualisation et une contextualisation générales des violences sexuelles sur les enfants. Cet entretien, associé à une évaluation des troubles mentaux et de personnalité, a été évalué auprès de 19 hommes condamnés par la justice française pour des crimes et délits commis à l'encontre de mineurs de moins de quinze ans. Dans une seconde étude, nous avons étudié la désirabilité sociale (DS) et les trois dimensions de la personnalité (extraversion, névrosisme et psychoticisme) dans ce même groupe d'AVSE. Dans la mesure où nous ne disposons pas de normes françaises à l'échelle de DS, nous avons étudié cette variable dans un groupe de 418 sujets issus de la population générale. Nous avons comparé les résultats des 19 AVSE avec ceux de deux groupes contrôles : des sujets violents (n=19) et non violents (n=19). Notre troisième étude nous a permis d'analyser l'activation de schémas précoces inadaptés (SPI) dans notre échantillon clinique et de comparer ces résultats à nos deux groupes contrôles.

Résultats : la première étude nous a permis de définir les éléments importants à évaluer par tout professionnel du soin formé en thérapie comportementale et cognitive : les expériences d'adversité vécues pendant l'enfance, l'estime de soi, la sphère émotionnelle, l'assertivité, la sexualité normale, la vision négative passée de la conjointe et de la femme, le rapport à autrui, les théories implicites et les schémas cognitifs. L'étude de la DS en population générale nous a fourni des valeurs de référence de la version francophone de l'outil. Notre première hypothèse (les scores des AVSE à l'échelle de DS sont supérieurs à ceux des sujets non

violents) est validée. Notre seconde hypothèse (les scores des AVSE à l'échelle de DS sont supérieurs à ceux de sujets violents) n'est pas validée. Concernant les SPI, notre première hypothèse (les AVSE ont des scores plus élevés à l'échelle que les sujets non violents) est validée et notre deuxième hypothèse (les AVSE obtiennent des scores plus élevés que les sujets non violents aux SPI *surcontrôle émotionnel, isolement social, méfiance/abus, abandon/instabilité, assujettissement et imperfection/honte*) est validée partiellement.

Discussion : la conceptualisation de la problématique de l'AVSE avant une prise en charge comprend les neuf éléments retenus à partir de l'analyse de contenu des entretiens. Nos trois études nous ont permis de préconiser également l'évaluation des besoins fondamentaux, des buts, des valeurs associés et les stratégies de résolution de problème. Une mesure de la qualité de vie serait un atout. Associés à ces variables, plusieurs outils d'évaluation se sont révélés pertinents : l'entretien structuré *MINI International Neuropsychiatric Interview* pour évaluer les troubles mentaux, le *Personality Disorder Questionnaire 4+* pour évaluer les troubles de personnalité, l'*échelle abrégée de désirabilité sociale forme C* et le *Young Schema Questionnaire-Short form 3* pour étudier les SPI. Nous recommandons l'*Eysenck Personality Questionnaire Revised* pour évaluer les trois dimensions de la personnalité et l'*échelle auto-rapportée Self-Report Psychopathy Scale-III* pour évaluer les quatre facettes de la psychopathie.

Mots-clefs : auteurs de violence sexuelle sur enfants, entretien semi structuré, désirabilité sociale, schémas précoces inadaptés.

Abstract

There is an important gap between the number of people forced to get treatment and the number of psychotherapists specialized in this coverage. The objective of the law is very clear : incite to care in order to avoid a second offense. To be successful, the static and dynamic risk factors should be considered and it requires a specialist training in criminology. The objective of this research is to highlight, on one hand the main elements to be estimated before a cognitive behavioral therapy (CBT), and on the other hand to select tools which allow a better evaluation of child sexual abusers.

Method: a semi-structured interview was developed to obtain a general conceptualization and a contextualization of the sexual violence on the children. This interview, associated with an evaluation of the mental illness and personality disorder was estimated with 19 men condemned by the French justice for crimes and offence against minors of less than fifteen years old. In a second study, we studied the social desirability (SD) and three dimensions of the personality (neuroticism, extraversion and psychoticism) in the same group of child sexual abusers. As we didn't get the French standards on the scale of SD, we studied this variable in a group of 418 subjects stemming from the general population. We compared the results of 19 child sexual abusers with those of two control groups : violent people (n=19) and not violent (n=19). Our third study allowed us to analyze the activation of early maladaptive schema in our clinical sample and to compare these results with our two control groups.

Results: the first study allowed us to define important elements to be estimated by every professional trained in behavioral and cognitive therapy : the experiments of adversity lived during the childhood, the self-esteem, the emotional sphere, the assertiveness, the normal sexuality, the negative vision of the spouses and the woman from the past, the relationship with others, the implicit theory and the cognitive schema. The study of SD in the general population gave us reference values of the French-speaking version of the tool. Our first hypothesis (the scores of the child sexual abusers on the scale of SD are superior to those of the not violent people) is validated. Our second hypothesis (the scores of the child sexual abusers are higher on the scale of SD than those of violent subjects) is not validated. Concerning the early maladaptive schemas, our first hypothesis (child sexual abusers have

higher scores than non violent people) is validated. Our second hypothesis (child sexual abusers get higher scores than non-violent people to early maladaptive schemas : *emotional inhibition, social isolation, mistrust/abuse, abandonment/instability, subjugation and defectiveness/shame* is partly validated.

Discussion: the conceptualization of the problem of child sexual abusers before a CBT includes nine elements that we chose to keep when we analysed the interviews. Our three studies also allowed us to recommend the evaluation of the fundamental needs, the goals, the associated values and the strategies of resolution of problem. Measuring the quality of life would be an advantage. Associated to these variables, several evaluation tools were efficient : the structured interview *MINI International Neuropsychiatric Interview* to estimate the mental disorders, the *Personality Disorder Test 4 +* to estimate the personality disorders, the *shortened scale of social desirability C* and the *Young Schema Test-Short form 3* to study maladaptive schemas. We recommend the *Eysenck Personality Questionnaire Revised* to estimate the three personality dimensions and the *Self-Report Psychopathy Scale-III* to estimate the four facets of psychopathy.

Keywords : child sexual abusers, semi-structured interview, social desirability, early maladaptive schema.

Introduction

La violence sexuelle sur les enfants demeure un enjeu majeur pour notre société. Depuis plusieurs années, la loi qui encadre ces délits et ces crimes ne cesse de se développer et oblige les auteurs de violence sexuelle (AVSE) à des prises en charge psychologiques et médicales. La loi qui contraint les AVSE à des soins est très claire : lutter contre la récidive. Pour atteindre cet objectif, les individus sont orientés vers des professionnels non spécialisés et non formés aux facteurs de risque de récidive. Les psychiatres et les psychologues qui les prennent en charge ne structurent pas nécessairement leur évaluation et plan de traitement. Il est assez étonnant « que l'on puisse encore à l'heure actuelle, au vu des quantités industrielles de recherches ayant porté sur le sujet, affirmer que le flair professionnel non structuré est supérieur à une analyse professionnelle structurée. L'on sait en effet depuis les travaux du prix Nobel Kahneman que les hommes sont particulièrement incompetents à apprécier des situations, des risques ou des personnes » (Herzog-Evans, Bonta, Keulen de Vos, Vanderstukken & Benbouriche, 2018, p.9). Même si l'évaluation du risque relève davantage des professionnels de la justice (experts psychiatres, expert psychologue, conseillers d'insertion et de probation et juge de l'application des peines), les professionnels du soin sont amenés à suivre les AVSE. Une condamnation d'injonction de soin peut porter jusqu'à 20 ans. Comment évaluer et prendre en charge cette problématique sans formation criminologique a priori ?

L'objectif de cette thèse est de développer un entretien semi-structuré pour évaluer les besoins de prise en charge des personnes AVSE et de sélectionner des outils qui permettent d'approfondir cette analyse. L'intérêt est d'aider les professionnels de la santé formés aux thérapies comportementales et cognitives à mieux définir les pistes thérapeutiques de ces patients sans connaissance spécifique de la problématique, comme c'est souvent le cas. Pour ce faire, nous commençons par définir le cadre juridique de cette violence et des soins sous contraintes associés avant d'envisager les différentes classifications développées pour rendre compte de ces comportements : point de vue psychiatrique et typologique. Nous évoquerons ensuite les différences relevées dans la littérature par rapport aux agresseurs intrafamiliaux et extrafamiliaux. Nous ferons le point ensuite sur les modèles étiologiques de la violence

sexuelle sur les enfants : la théorie cognitive, les apports des schémas précoces inadaptés, les théories implicites et les théories multifactorielles. Après avoir défini les facteurs de risque, nous évoquerons les deux principales théories à l'origine de la prévention de la récidive et les principaux outils utilisés pour évaluer la problématique de violence sexuelle à l'encontre des enfants.

Afin d'aider les cliniciens, nous avons cherché à développer un entretien semi-structuré dont l'objectif est de conceptualiser et de contextualiser les comportements sexuels déviants commis. La méthodologie de cet entretien respecte l'évaluation cognitive et comportementale. Nous ne nous sommes pas basés sur les théories étiologiques de la violence sexuelle sur les enfants pour ne pas perdre des données qui pourraient être essentielles à notre recherche. Cet entretien a été proposé à 19 individus masculins placés sous main de justice et condamnés pour violence sexuelle commise sur la personne d'un mineur de moins de quinze ans. Nous avons également évalué les troubles mentaux et les troubles de la personnalité associés. Dans une deuxième étude nous nous sommes intéressés au concept de désirabilité sociale et à trois dimensions de la personnalité : l'extraversion, le névrosisme et le psychoticisme que nous avons évalués dans ce même groupe et dans deux groupes contrôles : un groupe de 19 sujets issus de la population générale et un autre groupe de 19 sujets condamnés pour violence non sexuelle. N'ayant pas de données de comparaison dans la population non clinique, nous avons constitué un groupe contrôle de 418 sujets afin d'analyser ces mêmes variables. Dans notre troisième étude, nous avons étudié les schémas précoces inadaptés des AVSE et nous avons comparé leurs résultats à ceux de sujets violents et non violents.

Ce travail de thèse nous a permis de définir les lignes directrices d'évaluation des AVSE dans le but d'une prise en charge par thérapie comportementale et cognitive et de sélectionner des échelles psychométriques supplémentaires.

Définition de la violence sexuelle sur les enfants

Chapitre 1 : La violence sexuelle sur les enfants

Depuis toujours, les interdits sexuels sont réprimés pénalement : deux millénaires avant notre ère étaient déjà fortement punies les personnes qui commettaient un viol et les parents incestueux (Lameyre, 2001). Ces catégories d'actes, considérées dans la plupart des sociétés comme des infractions, n'ont cessé, au cours du temps, de se modifier : disparition du caractère délictueux de certains comportements sexuels et parfois même aggravation de la peine encourue pour certains autres, en fonction des caractéristiques de l'agresseur et de la victime. Il suffit de repenser au scandale de l'affaire de la petite Sarah, 11 ans pour saisir la complexité légale rattachée à ces faits. En avril 2017, à la sortie de son école, la petite fille est abordée par un homme de 28 ans. Elle suit cet inconnu jusqu'à son immeuble où ils auront plusieurs contacts sexuels par pénétration. La fillette apparaît choquée, les parents portent plainte. La justice ne reconnaîtra pas ces faits comme des viols puisque selon le parquet il n'y a eu ni violence, ni contrainte, ni menace, ni surprise. L'homme a été poursuivi pour atteinte sexuelle. Cette affaire a relancé le débat de l'âge du consentement à l'acte sexuel. Contre toute attente, en août 2018, après avoir proposé de réfléchir à l'introduction d'un âge minimum pour consentir à un rapport sexuel, le gouvernement décide de rejeter la présomption de non-consentement des moins de 15 ans dans son projet de loi sur les violences sexistes et sexuelles. Les associations de protection de l'enfance se sont indignées.

I. Les classifications pénales

« Les infractions sexuelles ont en commun d'être constituées par un acte (une pénétration, un attouchement, une exposition, la réalisation d'une image...) comportant un motif essentiellement sexuel, imposé à une personne qui ne dispose pas de moyens physiques ou moraux suffisants pour le repousser alors qu'elle n'y consent pas » (Lameyre, 2001, p. 43).

En 1994, le nouveau code pénal fournit les définitions des infractions sexuelles en distinguant le viol (articles 222-23 et suivants), les agressions sexuelles autres que le viol (articles 222-27 et suivants) et les atteintes sexuelles (articles 227-25 et suivants).

La définition pénale du viol date de 1980. Celui-ci est à entendre comme « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* » (art.222-23 code pénal). Le viol est un crime jugé en cour d'assises. Il est puni de 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans (art. 222-24). La peine est portée à trente ans s'il a entraîné la mort de la victime (art. 222-25) et à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie (art. 222-26). Les agressions sexuelles autre que le viol sont des délits et relèvent du tribunal correctionnel. Elle se définissent comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (articles 222-22 et 222-27). Le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende. Cette infraction est augmentée à 10 ans et 150 000 € en cas de circonstance aggravante (commise par ascendant ou personne ayant autorité ; abus d'autorité conféré par ses fonctions ; commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ; commise par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants).

II. La prévalence de l'agression sexuelle sur les enfants

Les chiffres souffrent de la grande difficulté d'établir une véritable prévalence de la violence sexuelle sur les enfants. En effet ces taux représentent les victimes qui ont été en contact avec les instances judiciaires. Même si le délai de prescription vient d'être porté à 30 ans à compter de la majorité, beaucoup n'iront pas jusqu'à la plainte. D'après l'Enquête Sociale Générale canadienne de 2004 pas plus d'une agression sexuelle sur dix est signalée à la police (Brennan & Taylor-Butts, 2008 cités par Colson, 2018). Les émotions comme la honte ou la culpabilité

que peuvent ressentir les enfants victimes, la peur du jugement, la peur de ne pas être compris voire même cru, les processus d'évitement très importants dans le trouble de stress post traumatique et même la volonté de certaines familles de ne pas ébruiter ces faits peuvent expliquer cette sous-représentation de la violence sexuelle exercée sur les enfants. Plusieurs données rendent toutefois compte de son ampleur.

Dans une grande enquête téléphonique sur la sexualité des français, Bajos et Bozon (2008) ont interrogé 12 364 personnes. Dans cet échantillon, 16 % des femmes et 5 % des hommes déclaraient avoir subi des rapports forcés ou une tentative de viol au cours de leur vie. Pour ceux qui déclaraient des rapports forcés, 59 % des femmes et 67 % des hommes rapportaient avoir été victimes avant l'âge de 18 ans. Ces chiffres ne prennent en considération que les viols et non les agressions sexuelles subies.

Une autre étude, plus spécifique à la période de minorité rapporte qu'avant d'atteindre la majorité, 20 % des filles et 8 % des garçons subiront une agression sexuelle (Pereda, Guilera, Forn & Gomez-Benito, 2009, cités par Cortoni & Pham, 2017).

Le bulletin statistique du Ministère de la justice (Infostat justice, septembre 2018) évoque 69 000 condamnations pour violences sexuelles entre 2007 et 2016. Dix-huit pourcents des infractions sont des viols, 75% des agressions sexuelles. Six pourcents des atteintes sexuelles totale sont commises sur des mineurs. Selon ces mêmes sources, 20 % des auteurs de violence sexuelle (AVS) avaient déjà été condamnés sur la période des 10 ans avant la nouvelle peine (plus de deux fois sur trois pour une peine autre que sexuelle). Un quart des AVS condamnés sont des mineurs de moins de 16 ans et ils représentent 45 % des condamnés pour viol sur mineur de moins de 15 ans.

Selon ces mêmes données, la peine moyenne pour un viol commis par un majeur est de 9,6 ans de réclusion criminelle. Un suivi socio-judiciaire (SSJ) est ordonné plus d'une fois sur deux quand l'AVS est majeur. Quarante-quatre pourcents des condamnés majeurs pour agressions et atteintes sexuelles seront sanctionnés par de la prison ferme avec une peine moyenne d'un à deux ans.

Le Ministère de la justice rapporte qu'en 2014, 7641 personnes étaient écrouées pour des faits de viol/agression sexuelle ce qui représentait 12,5 % de l'ensemble des personnes placées sous main de justice. Cinquante-neuf virgule neuf pourcents (59,9%) d'entre eux avait commis des violences sexuelles à l'encontre de personnes mineures. Ce qui représentait 4575 victimes de ce groupe d'âge.

En 2016, les registres de la police et de la gendarmerie ont signalé 7 240 plaintes pour viol commis à l'encontre d'un mineur en France. En 2017, 17 900 plaintes ont été déposées pour des atteintes sexuelles commises sur un mineur, le plus souvent commises par un proche (Colson, 2018).

Pour tenter de remédier à cette forme de violence, la loi du 17 Juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs prévoit l'obligation, au cours de l'enquête, d'avoir recours à une expertise psychiatrique pour les individus accusés de crimes et de délits sexuels. Cette étape vise quatre objectifs : évaluer si l'agresseur est responsable pénalement des actes qu'il a commis, évaluer le pronostic, éclairer la justice sur le caractère dangereux présenté par l'accusé et pour finir, évaluer si ce dernier pourra, à sa remise en liberté, bénéficier d'une injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (art. 131-36-4 code pénal). La première difficulté vient du fait que l'agression sexuelle d'un enfant n'est pas nécessairement la conséquence d'une pathologie psychiatrique. Deux domaines se lient donc étroitement à travers cette loi : la justice et la santé. Même si les buts des deux ministères peuvent être complémentaires et viser des buts semblables il n'en demeure pas moins qu'ils ont également des objectifs différents. De là apparaît une collaboration nécessaire et compliquée.

III. Les soins pénalement ordonnés : articulation entre justice et santé

Les soins pénalement ordonnés (SPO) sont des mesures prononcées par la justice contre des personnes ayant commis des infractions et ayant été considérées comme responsables de leurs

actes. Il existe trois mesures différentes : les obligations de soins (OS) et injonctions de soins (IS) pour les plus courantes et les injonctions thérapeutiques. Ces dernières sont des mesures ordonnées pour les usagers de stupéfiants ou d'alcool et ne concernent pas directement la violence sexuelle, nous ne les évoquons pas ici.

Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) a été créé par le décret n°99-276 du 3 avril 1999. Sa mission centrale est la prévention de la récidive. La loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 a réaffirmé cette évolution majeure (Alvarez & Gourmelon, 2009). Son rôle est de faciliter l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion aux personnes qui lui sont confiées. Parallèlement aux suivis individuels, les SPIP mettent en place des programmes de prévention de la récidive (PPR) en groupe qui se basent sur le passage à l'acte. Ces PPR s'inspirent des programmes phares des pays nord-américains. Prévus comme des programmes éducatifs et non thérapeutiques, ils visent à travailler collectivement sur le passage à l'acte délictueux et ses conséquences pour la victime et la société (rappel à la loi, éducation civique, mise en commun des expériences). « La pédagogie utilisée est d'inspiration cognitivo-comportementale - cognitive parce qu'elle vise à faire prendre conscience aux participants de l'écart existant entre leur analyse de la situation et les conséquences réelles de leurs actes pour les victimes et la société ; et -comportementale en ce qu'elle recherche une modification du comportement par l'apprentissage de stratégie d'évitement des situations à risque, et non par l'exploration des causes profondes » (Brillet, 2009, p.2). Ces groupes sont animés par les Conseillers pénitentiaires d'Insertion et Probation (CIP) dont la formation initiale est de 24 mois à l'Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire.

Par une mesure d'obligation de soin (OS), la justice contraint l'individu à « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation » (article 132-45 du Code Pénal). Il s'agit de la SPO la plus fréquemment prononcée. L'OS constitue une modalité de contrôle judiciaire, alternative à la détention provisoire lors de la phase pré-sententielle. Elle peut également être prononcée en phase post-sententielle pour accompagner un ajournement/sursis avec mise à l'épreuve, un travail

d'intérêt général, des mesures d'aménagement de peine, une surveillance judiciaire. Il n'y a pas d'expertise psychiatrique ordonnée et pas de lien entre l'aspect médical et judiciaire.

La loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs a créé l'injonction de soin (IS) qui est une mesure de soins ordonnée uniquement en phase post-sententielle, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire (SSJ). A l'origine de la loi, cette mesure ne s'adressait qu'aux AVS. L'IS peut être prononcée lors d'un sursis avec mise à l'épreuve, d'un placement sous surveillance judiciaire (loi 2007-297 du 5 mars 2007), à la libération conditionnelle (loi 2007-297 du 5 mars 2007) et elle peut également être adjointe à une surveillance de sûreté (loi 2008-174 du 25 février 2008). Il s'agit d'une condamnation encourue pour des infractions sexuelles, la plupart des crimes, les tortures et actes de barbarie, les violences familiales et conjugales, les dégradations par moyens dangereux pour les personnes. En cas de non respect, une réincarcération est possible. Contrairement à l'OS, le cadre de l'IS est beaucoup plus strict. Elle fait intervenir plusieurs professionnels. Pour commencer, un expert psychiatre va se prononcer sur la possibilité pour la personne de faire l'objet d'un traitement. Ensuite les soins seront prodigués par un médecin psychiatre traitant ou psychologue traitant choisi par le condamné. La création de l'IS a donné naissance aux médecins coordonnateurs qui vont rencontrer le condamné et servir d'interface entre les professionnels de la santé qui assure l'IS et le Juge d'Application des Peines. L'IS vise clairement à prévenir la récidive.

Les soins pénalement ordonnés constituent des pratiques psychiatriques et psychologiques courantes qui font l'objet de très peu d'évaluation. La typologie des SPO rend compte qu'ils concernent davantage les hommes d'âge moyen (25-50 ans) auteurs de violence sexuelle (IS) ou d'actes violents (OS). D'après les classifications internationales, 25 à 50 % n'ont pas de trouble psychiatrique de l'axe 1 (Orsat et al., 2015). Le tableau 1 nous renseigne sur le nombre d'auteurs de violence sexuelle sur enfant (AVSE) condamnés à un suivi socio judiciaire entre 2005 et 2010.

Tableau 1 : Nombre de condamnés au suivi socio-judiciaire entre 2005 et 2010 (Ministère de la justice-SDSE-Exploitation statistique du Casier Judiciaire National)

Agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans	Sans récidive : 705 En Récidive : 134
Agression sexuelle sur mineur de moins de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité sur la victime	Sans récidive : 707 En Récidive : 73
Viol sur mineur de moins de 15 ans	Sans récidive : 633 En Récidive : 26
Viol par ascendant ou personne ayant autorité sur la victime	Sans récidive : 135 En Récidive : 8

Ces soins pénalement ordonnés ont étroitement lié la santé à la justice. Trois catégories de professionnels sont essentielles à la prise en charge des AVS en France : le Juge chargé de l'Application des Peines (JAP), les services pénitentiaires (dont le SPIP fait partie) et le personnel soignant (médecins coordonnateurs, dans le cadre de l'IS, psychiatres/psychologues traitants, équipes pluridisciplinaires de secteur) (Haute Autorité de Santé (HAS), 2009). Si l'OS et l'IS s'inscrivent légalement dans la prévention de la récidive, les soignants se retrouvent souvent démunis dans l'accompagnement des AVS à mi-chemin entre la psychiatrie et la criminologie.

IV. Les classifications

1) Définition psychiatrique

La catégorie « paraphilie » du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (Diagnostic and Statistical of Mental Disorders, (DSM-5), American Psychiatric Association (APA, 2013) rend compte des différentes déviances sexuelles considérées comme un trouble psychopathologique. Les paraphilies spécifiées sont au nombre de sept : la pédophilie, le sadomasochisme, l'exhibitionnisme, le voyeurisme, le frotteurisme, le fétichisme et le travestisme. Il n'est pas nécessaire de passer à l'acte pour avoir un diagnostic de paraphilie puisque ce dernier est posé lorsqu'il y a présence de fantasmes sexuellement excitantes, pulsions sexuelles ou comportements. Ces différents éléments doivent être présents depuis au

moins six mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou tout du moins des difficultés interpersonnelles.

En s'intéressant de plus près à la violence sexuelle sur les enfants, le DSM-5 exclue automatiquement un certain nombre d'auteurs puisqu'il faut remplir les critères de présence de fantasmes sexuelles déviantes qui entraînent une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec au minimum un enfant d'âge pré pubère (généralement âgé de 13 ans ou moins). L'individu doit avoir au minimum 16 ans et au moins 5 ans de plus que l'enfant qui entraîne de l'excitation sexuelle. Une fois le diagnostic posé, il est nécessaire de spécifier si le type de pédophilie est exclusif, c'est-à-dire si l'attirance ne porte que sur les enfants, si cette attirance ne concerne que le genre masculin, féminin ou sur les deux et si le contexte pédophile se limite à l'inceste.

La littérature rapporte une grande hétérogénéité des AVSE par rapport aux troubles de la personnalité. Le DSM-5 (APA, 2013) définit un trouble de la personnalité comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation doit être manifeste, envahissante, dans au minimum deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions. Elle doit être présente depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement de la personne.

Pour affiner les diagnostics et réfléchir à l'orientation de la prise en charge des typologies ont été proposées. Depuis plusieurs décennies, les auteurs tentent de décrire des typologies d'AVS. Ces différentes classifications ont pour objectif d'affiner le diagnostic, lorsqu'il est possible d'en porter un, et d'étendre la réflexion scientifique en dépassant le seul critère de la préférence sexuelle déviante (Baron Laforet, 2001). Les typologies des agresseurs sexuels d'enfants ne s'organisent pas autour de critères d'inclusions partagés : certains auteurs se réfèrent à l'âge de l'agresseur, sa personnalité et son état mental (Revitch & Weiss, 1962 ; Wilson & Cox, 1983 ; cités par McKibben, 1993), d'autres s'appuient sur les caractéristiques de la victime (Fitch, 1962 ; Revitch & Weiss, 1962 ; cités par McKibben, 1993) et d'autres

encore préfèrent se référer au sexe de la victime et au degré de violence exercé par l'AVS (Gebhard, Gagnon, Pomeroy & Christenson, 1965 ; cités par McKibben, 1993). McKibben (1993) stipule que ces différentes classifications, d'après le choix des critères d'inclusions, sont assez discutables. Nous allons présenter les deux grandes typologies évoquées dans la littérature sur le sujet. La classification de Knight, Carter & Prentky (1989) porte sur la recherche de pouvoir de l'agresseur et ses différentes formes comportementales ou relationnelles. L'intention motivationnelle, la compétence sociale et le niveau de violence physique et relationnelle sont la base de la typologie décrite par Groth et Burgess(1977), Groth et Birnbaum (1979) et Groth, Hobson et Gary (1982) cités par McKibben, 1993).

2) Les typologies

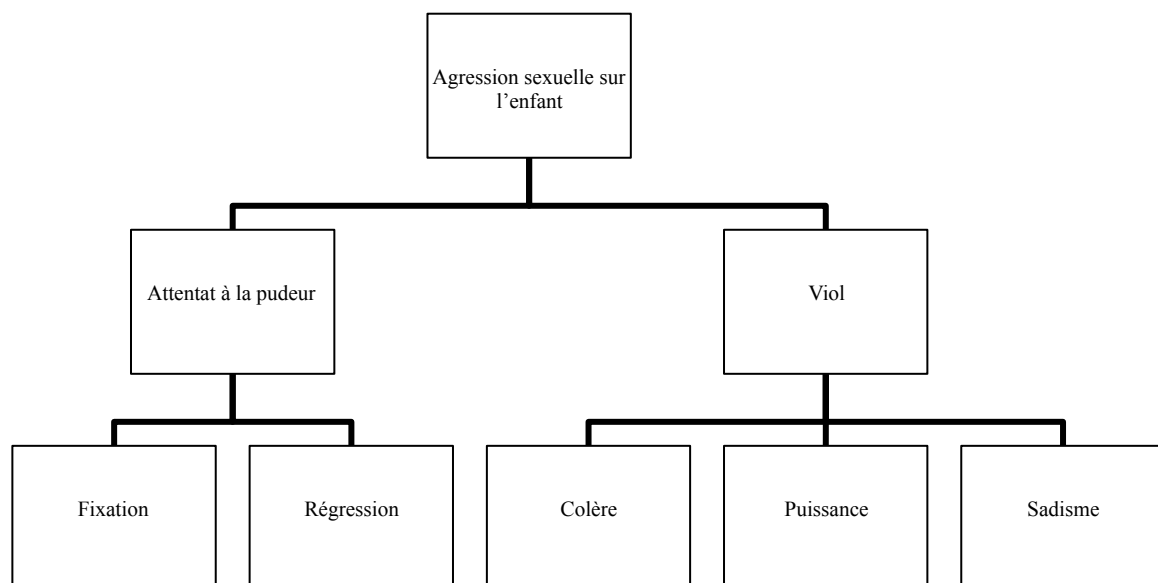
a. La typologie de Groth

Groth et collaborateurs (1977, 1979, 1982) définissent deux types de violence sexuelle sur enfant : l'attentat à la pudeur et le viol. Dans l'attentat à la pudeur (équivalent en France aux atteintes sexuelles), la séduction, la persuasion et la manipulation sont en première ligne. L'agresseur est à la recherche d'une pseudo-réciprocité tant au niveau de l'affectivité que de la sexualité. Il entretient des relations régulières avec l'enfant qui ont pour fonction de fournir à l'AVSE l'impression d'être important, d'être aimé. Il est préoccupé par les ressentis de la victime. La fixation et la régression renvoient respectivement à l'âge d'apparition de l'intérêt sexuel déviant (voir figure 1). La « fixation » rapporte un intérêt sexuel préférentiel pour les enfants apparu à l'adolescence. Elle peut être reliée au diagnostic de pédophilie de type exclusif du DSM-5 (APA, 2013). L'agression est souvent préméditée, planifiée. Il n'y a généralement pas de facteur déclenchant ni de recours à des désinhibiteurs tels que l'alcool ou la drogue. En ce qui concerne leur relation aux adultes, généralement très limitée, si l'AVSE entretient une relation d'intimité, celle-ci ressemble plus à une relation de surface pas du tout investie du point de vue sexuel et affectif. Le monde des adultes est vécu avec méfiance. Au niveau de la sous-catégorie « régression », l'intérêt sexuel pour les enfants apparaît à l'âge adulte. Il n'y a pas forcément de préméditation des passages à l'acte. Les délits peuvent être sériels mais semblent limités dans le temps. Contrairement à la « fixation », il y a

fréquemment utilisation de désinhibiteur et des facteurs déclenchant sont généralement relevés dans les heures ou les jours qui précèdent l'agression.

En définissant le viol, Groth décrit un AVSE qui utilise la force nécessaire pour soumettre la victime. Il a recours aux menaces et à l'intimidation. Son but, à travers l'agression, est la recherche de domination. Les relations avec la victime sont rarement maintenues mis à part lorsqu'il s'agit de relations sexuelles déviantes intrafamiliales. L'enfant est très souvent humilié par l'agresseur. Il y a une indifférence complète concernant ce qu'est susceptible de ressentir la victime. Le sous-type « colère » décrit un agresseur dont l'objectif est de se venger de préjudices qu'il pense avoir subis. Il fait appel à la violence pour soumettre l'enfant à la sexualité. Il prononce régulièrement des injures, des obscénités, il humilie l'enfant. L'agression n'est pas planifiée et est souvent de courte durée. Le sous-type « puissance » définit l'utilisation de la force nécessaire à la soumission. L'objectif, ici, est de contrôler la situation en donnant des ordres. Cet AVSE s'intéresse à la vie personnelle de la victime, à ses réactions face au passage à l'acte sexuel déviant voire même à sa satisfaction sexuelle. Le dernier sous-type « sadique » décrit un AVSE qui a un rituel très élaboré. Les conséquences de la torture infligée à l'enfant (cris, pleurs, etc.) provoquent l'excitation sexuelle de l'agresseur. La violence est également psychologique.

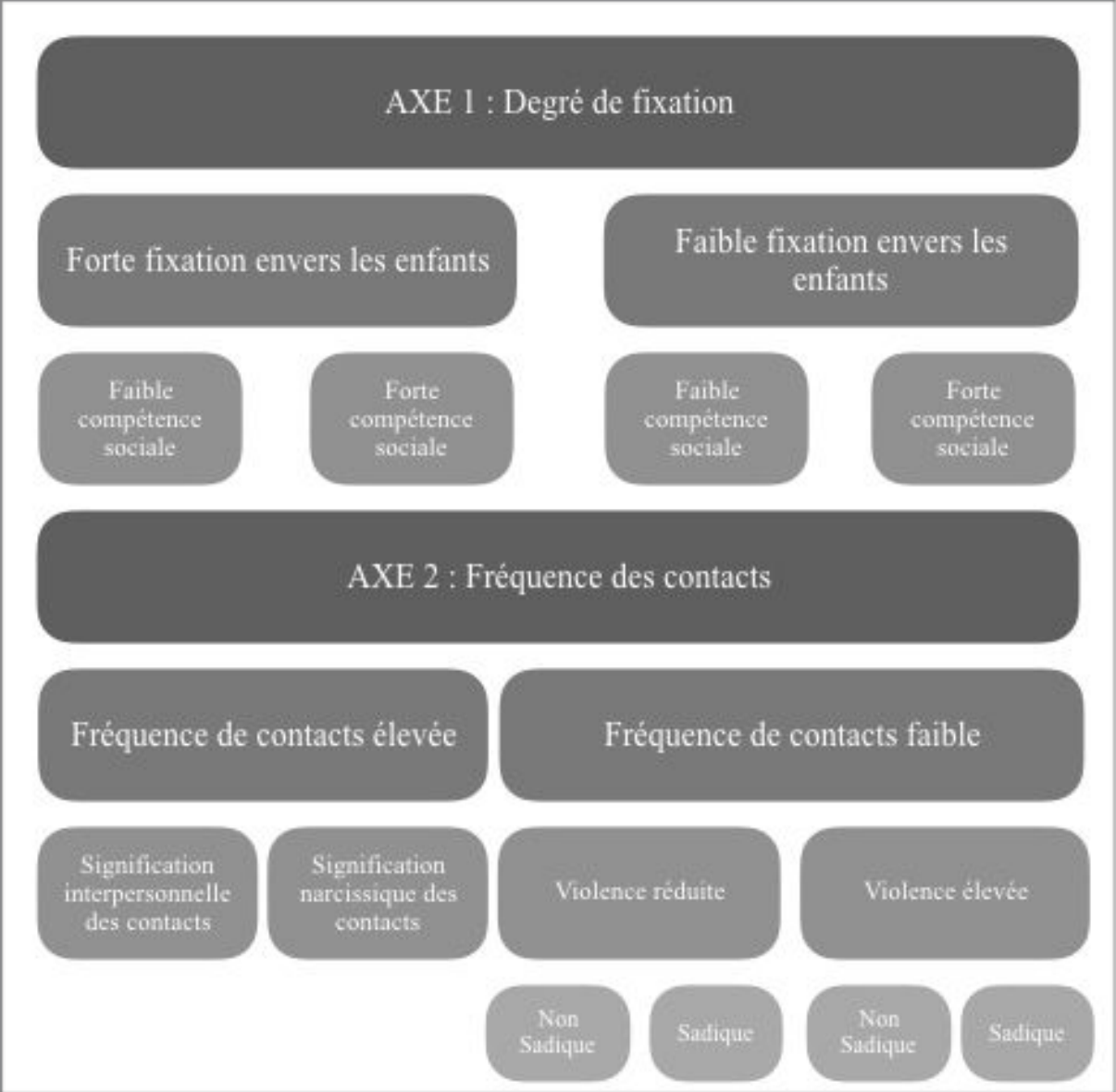
Figure 1 : La typologie de Groth



b. La typologie de Knight, Carter et Prentky

La classification de Knight, Carter & Prentky (1989) porte sur la recherche de pouvoir de l'agresseur et ses différentes formes comportementales ou relationnelles. Bien qu'ancienne cette typologie est encore très soutenue au niveau de la littérature internationale (Ducro, & Pham, 2017). Les auteurs ont proposé une classification du comportement d'agression sexuelle d'enfants en rendant opérationnels les critères diagnostiques. Cette typologie a été testée auprès de 68 AVSE. Les critères d'inclusion sont stricts : l'agresseur doit avoir au minimum 14 ans, la victime doit avoir au maximum 16 ans et il doit y avoir une différence de cinq ans entre les deux. Les critères d'exclusion sont les suivants : les délits sexuels sans contact physique avec la victime (voyeurisme, exhibitionnisme, fétichisme), les rapports sexuels déviants qui s'inscrivent uniquement dans un cadre incestueux (contacts sexuels avec la famille immédiate et avec les ami(e)s de la famille immédiate si les contacts surviennent en même temps que les contacts incestueux) et pour finir la pédophilie de type non exclusif. Cette typologie se compose de deux axes : le degré de fixation associé aux compétences sociales (axe 1) et la fréquence de contacts associés au niveau de violence infligée à la victime et la notion de sadisme (axe 2). Avant de présenter la typologie de Knight et collaborateurs plus en détail, nous avons présenté ce modèle sous forme de figure 2 (page suivante).

Figure 2 : Modèle de classification des agresseurs sexuels d'enfants de Knight et collaborateurs (1989)



Le degré de fixation

Le degré de fixation tente d'évaluer la force des intérêts des agresseurs sexuels d'enfants. L'évidence directe de ces intérêts (présence/nature/durée des fantasmes sexuelles à propos des enfants rapportées par l'agresseur) indique que l'attention de l'AVS est centrée sur les enfants notamment en ce qui concerne la sexualité, les cognitions et les relations interpersonnelles pendant une période supérieure ou égale à six mois (concordance avec les critères diagnostiques du DSM-5, APA, 2013). Dans ce cas il faut évoquer un niveau de fixation élevée. S'il n'y a pas d'évidence de ce dernier, les auteurs proposent de retenir tout de même l'un des critères suivants pour déterminer une forte fixation :

- L'existence d'au moins trois contacts avec un enfant pendant une durée d'au moins six mois ;
- L'évidence que l'agresseur entretient des relations avec les enfants en dehors de tout contact parental. Ces contacts peuvent être sexuels ou non, professionnels ou non ;
- L'initiation de contacts avec les enfants dans de nombreuses situations au cours de sa vie.

A l'inverse, les auteurs préconisent de considérer l'individu comme possédant un faible niveau de fixation :

- Si l'AVS est âgé de plus de 20 ans et que tous ses contacts sexuels avec les enfants sont survenus pendant une durée égale ou inférieure à six mois ;
- Si l'AVS est âgé de moins de 20 ans, la fixation peut être considérée comme forte s'il remplit les critères 2 et 3 ci-dessus c'est à dire s'il y a d'évidence de déficits sérieux dans les relations interpersonnelles avec ses pairs pendant l'adolescence (isolement social, fréquentation régulière d'enfants).

Le niveau de compétence sociale est le deuxième niveau de décision proposé par les auteurs. Deux des critères ci-dessous doivent être remplis par l'agresseur pour conclure à un haut niveau de compétence sociale (les auteurs précisent que ces critères peuvent présenter un biais important chez les jeunes adultes) :

- L'AVS a exercé un seul travail pendant les trois dernières années. Si l'individu a exercé plusieurs activités, ce fait doit être justifié par des caractéristiques particulières au travail (travail saisonnier, travail dans la construction, etc.) ;
- Des relations sexuelles avec un adulte sont présentes et comprennent une cohabitation ou un mariage pendant au moins un an ;
- Il a assumé une responsabilité parentale significative pendant au minimum trois ans ;
- Il est membre actif d'une organisation quelconque (sport, travail, religion). L'individu doit avoir participé activement pendant au moins un an et avoir eu des contacts interpersonnels fréquents avec des adultes. Toute activité en rapport avec les enfants doit être exclue.
- Il existe une relation d'amitié avec un adulte (n'incluant ni le mariage ni la cohabitation) durant la dernière année pendant laquelle il y a eu des contacts actifs et des activités partagées.

La fréquence des contacts

La fréquence des contacts est la mesure comportementale du temps passé auprès des enfants. Elle inclut les relations à visée sexuelle et non sexuelle mais exclut les contacts qui résultent des responsabilités parentales. Un agresseur qui a eu des contacts avec le même enfant à trois reprises ou plus est considéré comme étant à « grande fréquence de contacts ». Deux types d'AVSE sont regroupés dans le niveau de fréquence élevée de contacts avec les enfants : ceux qui recherchent une signification interpersonnelle des contacts et les AVSE de type narcissique.

Dans la « signification interpersonnelle des contacts », l'intérêt de l'agresseur est de rechercher un contact pseudo-affectif. C'est une variable importante, selon la plupart des chercheurs, puisque la violence sexuelle sur les enfants ne semble pas se résumer à une simple attirance sexuelle. Pour parler de niveau élevé de contact, il faut qu'il y ait évidence de contacts réguliers, sexuels ou non, avec des enfants. Les contacts non sexuels incluent différentes activités telles que l'exercice d'une profession en rapport avec les enfants (conducteur de bus, professeur, baby-sitter, etc.), le fait de recevoir régulièrement la visite des

enfants du voisinage ou bien encore le fait de se comporter comme un père/frère pour les enfants. Pour intégrer un AVS dans cette catégorie, les auteurs fournissent deux critères :

- L'activité sexuelle de l'agresseur n'est ni génitalisée, ni orgasmique pour lui. Il s'agit la plupart du temps de caresses, d'étreintes ou de masturbations exercées sur la victime ;
- Est considéré comme « signification interpersonnelle des contacts » si l'AVS :
 - Connait la victime avant les agressions ;
 - Connait la victime depuis longtemps ou l'a rencontrée à au moins trois reprises,
 - Agit très rarement par impulsivité mais plus par planification.

Les intérêts de l'AVS de type « narcissique » sont centrés sur lui-même. La recherche première à travers l'agression est la gratification sexuelle. Il n'est absolument pas concerné par les besoins et les ressentis de l'enfant. Deux critères permettent également d'inclure un agresseur dans ce sous-type :

- Le but de l'agresseur est de parvenir à la gratification sexuelle par pénétration, en forçant l'enfant, par exemple, à lui faire une fellation ;
- Il est considéré comme agresseur « narcissique » si :
 - Les victimes lui sont toutes étrangères ;
 - Les agressions se produisent lors de la première rencontre ;
 - Il y a exploitation simultanée de plusieurs victimes parfois même lors du même délit/crime ;
 - L'agression est soudaine, peu planifiée et souvent impulsive.

Les auteurs ont ajouté les critères suivants pour différencier les agresseurs, lorsqu'ils présentent plusieurs sortes d'agressions :

- Si l'agresseur émet, la plupart du temps, des contacts sexuels non génitalisés mais qu'il existe une expérience atypique de recherche de gratification sexuelle, l'agresseur sera considéré comme appartenant au type interpersonnel ;

- S'il existe plusieurs agressions à type de gratification sexuelle mais que la majorité des contacts est de l'ordre d'une pseudo-affectivité, que les victimes sont âgées au maximum de 10 ans et qu'il y a évidence d'une relation qui s'inscrit dans la durée, l'agresseur appartient également au type interpersonnel. L'évocation d'une relation « mutuelle » s'inscrit dans le discours de l'enfant victime : « nous nous embrassions » plutôt que « il me forçait à l'embrasser » ;
- Si les contacts sont essentiellement la recherche d'une gratification sexuelle immédiate et que la victime est âgée de 10 ans ou plus, l'agresseur correspond au type narcissique.

La deuxième décision de cet axe concerne le niveau de violence exercée par les agresseurs dont la fréquence de contact avec les enfants est faible. Lorsque le niveau de violence est estimé réduit, la victime n'est jamais blessée. Elle peut être menacée verbalement, être poussée, retenue mais ces comportements n'occasionnent pas de blessure physique, à moins que ce soit dans un cadre accidentel et que celle-ci n'ait pas été recherchée par l'agresseur. Deux types d'agresseurs sont regroupés dans ce niveau de violence : le type non sadique et le type sadique. Le premier concerne les individus qui agissent par séduction et persuasion et utilisent la force minimale. Il n'y a aucune érotisation de la violence. Le type sadique doit avoir émis au moins l'un des trois critères suivants :

- Insertions vaginales ou anales de corps étrangers, sans blessure chez l'enfant ;
- Présence de fantasmes ou de comportements non actualisés qui témoignent de l'érotisation d'une violence tels que faire peur, y prendre plaisir, attacher la victime, utiliser des excréments, etc.
- Sodomie qui n'entraîne pas de lésion chez l'enfant.

En ce qui concerne le niveau de violence élevée deux catégories d'agresseurs sont décrits par les auteurs. Le type « non sadique-agressif » peut se retrouver dans deux cas. Le premier est animé par la rage. Rage contre l'enfant, ses parents, le monde en général. La violence des agressions n'est pas érotisée. Cette brutalité précède ou coïncide avec l'agression sexuelle. La blessure par accident correspond au deuxième cas. Elle peut venir d'une maladresse ou bien être la conséquence d'un état de panique chez l'agresseur suite aux cris de l'enfant. Le dernier

type de cet axe est l'agresseur sadique qui éprouve du plaisir à placer la victime dans un état de souffrance et de terreur. Ce type d'AVS érotise toute forme de violence. Des comportements tels que sodomie violente, insertion d'objets, violence exercée sur la poitrine, l'anus, les parties génitales accompagnent et peuvent suivre l'agression.

L'intérêt que les typologies présentent encore aujourd'hui est qu'elles permettent d'affiner le diagnostic et d'entrevoir des pistes thérapeutiques différentes. Toutefois, la critique que nous pouvons leur formuler est qu'elles ne renseignent en rien sur le développement de tels passages à l'acte. Ducro et Pham (2017) soulignent qu'aucune étude des typologies des AVSE ne réplique ou ne valide complètement, à ce jour, les résultats obtenus par les différents auteurs de ces théories, mais qu'il apparaît très important de développer aussi bien au niveau de la recherche que de la pratique clinique, un travail d'identification des caractéristiques étiologiques / typologiques des AVSE. Selon les auteurs, les variables communes et spécifiques identifiées chez les AVSE doivent faire l'objet de cibles thérapeutiques centrales. Parallèlement à la description des types d'AVS, plusieurs études cherchent à identifier les variables qui différencient les AVSE intra familiaux et extrafamiliaux.

V. Les différences entre les agresseurs intra et extrafamiliaux

Seto, Babchiskin, Pullman et McPhail (2015) ont comparé, dans une méta-analyse, les résultats de 78 échantillons indépendants qui incluaient un total de 6605 AVSE intrafamiliaux et 10573 AVSE extrafamiliaux. Les études qu'ils ont identifiées s'étendent de 1978 à 2013. Il ressort de leur méta-analyse que les AVSE extrafamiliaux ont tendance à être plus jeunes, plus régulièrement en inactivité professionnelle lors de la perpétration des agressions sexuelles. Ils présentent davantage de difficultés d'autorégulation et de tendances psychopathiques. Ils ont davantage tendance à fréquenter des personnes qui ont de mauvaises influences sur eux et/ou des pairs antisociaux. Ils présentent des croyances qui valident leurs attitudes antisociales. Ils sont également plus souvent confrontés à la justice. Leurs scores aux évaluations phallométriques sont plus élevés lorsqu'il s'agit de stimuli d'enfants. Ils présentent plus de

paraphilies, ont plus de difficultés à la régulation sexuelle. Ils ont davantage tendance à s'identifier émotivement aux enfants et pour terminer ils ont plus souvent recours au déni et à la minimisation de leurs fantasmes sexuelles déviantes à l'égard des enfants.

Les AVSE intrafamiliaux ont quant à eux, plus souvent été confrontés à des événements de vie négatifs pendant leur enfance (violences physiques et sexuelles). Quarante-cinq pourcents (85%) des AVSE confondus présenteraient un type d'attachement insécure aux figures parentales, contre 35 % dans la population générale (Ward, Hudson & Marshall, 1996). Les personnes qui présentent ce type d'attachement ont une tendance à la solitude et la recherche de contacts intimes, interpersonnels et sexuels avec un enfant (Marshall, 1989, 1993). Les AVSE intrafamiliaux présentent également moins de fantasmes sexuelles déviantes. Au niveau du profil psychopathologique, Leclerc, Beaugard, Forouzan et Proulx (2014) évoquent que même si une petite minorité d'AVSE intrafamiliaux sont atteints d'un trouble psychiatrique ou d'un trouble de personnalité, il existe une prévalence élevée de pathologies anxieuses et dépressives. Les résultats de ce groupe d'agresseurs à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) sont contradictoires d'une étude à une autre, ce qui conduit les chercheurs à évoquer un groupe hétérogène. Certaines études concluent à des scores non pathologiques (Goeke & Boyer, 1993 ; Hunter, Childers, Gerald, & Esmaili, 1990 ; Scott & Stone, 1986 ; Valliant & Antonowicz, 1992 ; cités par Leclerc, Beaugard, Forouzan & Proulx, 2014) alors que d'autres font part de scores élevés d'idées paranoïdes (Kirkland & Bauer, 1982 ; Scott & Stone, 1986 ; Valliant et al., 2000 ; cités par Leclerc, Beaugard, Forouzan & Proulx, 2014) ou de psychopathie (Hunter et al., 1990 ; Langevin et al., 1985 ; Langevin & Watson, 1991 ; cités par Leclerc, Beaugard, Forouzan & Proulx, 2014).

Conclusion

Plusieurs éléments sont à retenir de ce chapitre sur la définition de la violence sexuelle sur les enfants. Tout d'abord, il est important de retenir les différences quant aux aspects juridiques. Nous avons cités trois types de faits. Le viol, les agressions sexuelles et les atteintes sexuelles. Seuls le viol et les agressions sexuelles nous concernent directement dans ce travail de thèse.

Le viol se définit comme toute pénétration sexuelle, de quelque nature qu'elle soit, commise sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise (art. 222-23 du code pénal) alors que les agressions sexuelles se définissent comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise (art. 222-22 et 222-27). Dans le cadre d'une instruction ou d'une condamnation pour violence sexuelle, la justice est souvent amenée à contraindre l'AVSE à des soins. Une obligation de soin est souvent proposée en amont du procès en modalité de contrôle judiciaire. Elle peut également être prononcée après la condamnation. Dans le cadre de l'obligation de soin, la justice ne prévoit pas de lien entre la santé et la justice. Une injonction de soin est prévue après la condamnation dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire et pour les faits les plus graves. Une interface entre la justice et la santé est créée avec les médecins coordonnateurs. Ces deux formes de « condamnation » au soin visent à prévenir la récurrence. La psychiatrie ne donne pas beaucoup d'explications par rapport aux comportements de violence sexuelle sur les enfants. Le DSM-5 définit la pédophilie qui finalement ne concerne qu'un nombre très limité d'AVSE. Pour affiner les diagnostics et améliorer la compréhension de la violence sexuelle, des typologies criminologiques ont été développées. Dans sa classification, Groth définit les atteintes sexuelles sur mineur et le viol. Dans les atteintes sexuelles, l'AVSE recherche une forme de réciprocité affective et sexuelle avec l'enfant. La relation avec l'enfant renvoie à l'AVSE une forme d'importance. Les AVSE fixés ont développé leurs préférences sexuelles à l'adolescence. L'agression est le plus souvent préméditée et l'AVSE n'a pas recours à des désinhibiteurs du comportement déviant. Leurs relations avec les adultes sont teintées de méfiance. Quand il n'y a pas « fixation » des intérêts sexuels déviants pendant l'adolescence, l'auteur parle de « régression ». Les intérêts se développent au moment de l'âge adulte. Les faits ne sont pas nécessairement prémédités. Des facteurs déclenchants sont fréquemment relevés. Dans le viol, l'AVSE cherche à dominer sa victime, souvent en l'humiliant. Aucune empathie n'est exprimée pour la victime. Groth et collaborateurs (1977, 1979, 1982, cités par McKibben, 1993) définissent trois types d'AVSE dans le cadre du viol : le type « colère » qui se venge de préjudices qu'il pense avoir subi et humilie l'enfant, le type « puissance » qui a recours à la force pour soumettre sa victime et qui s'intéresse au ressenti de la victime et le type « sadique » qui utilise la torture et la violence psychologique. De leur côté, Knight et collaborateurs (1989) définissent une typologie en deux axes qui s'articulent autour de la recherche de pouvoir de l'AVSE et de ses différentes

formes comportementales et relationnelles. Le premier axe correspond au degré de fixation (forte ou faible) des préférences sexuelles déviantes associé aux compétences sociales (fortes ou faibles compétences sociales). Le deuxième axe correspond à la fréquence des contacts associée au degré de violence infligée à la victime. Lorsque la fréquence de contact est élevée les auteurs distinguent les AVSE qui ont une signification interpersonnelle ou narcissique des contacts. Cet axe intègre la notion de sadisme : la violence est réduite ou élevée et elle est qualifiée ou non de sadique. Dans ce chapitre nous avons également cherché à différencier les AVSE intrafamiliaux et extrafamiliaux. Les AVSE extrafamiliaux présentent plus de difficultés d'autorégulation émotionnelle, de régulation sexuelle et de croyances antisociales. Ils sont plus enclins au déni et à la minimisation de leurs actes déviants. Ils présentent davantage de congruence émotionnelle envers les enfants. Les AVSE intrafamiliaux, quant à eux, présentent davantage de pathologie anxio-dépressives.

Chapitre 2 : Les théories étiologiques de la violence sexuelle sur les enfants

Les premières théories étiologiques du comportement sexuel déviant basées sur le simple facteur de l'excitation sexuelle déviante apprise par conditionnement (Bond & Ewans, 1967 ; Seligman, 1970 ; Bandura, 1977, cités par Cornet, 2003) ont vite révélé leur insuffisance. Les chercheurs tendent plutôt à rendre compte de théories multifactorielles qui intègrent à la fois des facteurs comportementaux, cognitifs, sociaux et éducatifs. En effet, « l'agression sexuelle est un phénomène complexe aux intrications multiples » (Cornet, 2003, p. 50). Certains modèles tentent de rendre compte de l'étiologie du comportement sexuel déviant en général et d'autres tentent, quant à eux, de rendre compte de l'apparition et du maintien du passage à l'acte sexuel sur enfants. Les derniers modèles bien que plus pertinents ne rendent toujours pas compte, intégralement, de la complexité du processus d'agression.

I. Les théories cognitives

« Le concept de schéma propose une façon de comprendre et d'intégrer l'ensemble des comportements, des cognitions et des réactions physiologiques et émotionnelles formant les éléments fondamentaux de la psychopathologie » (Bouchard & Freeston, 1995, p. 8). Ward, Hudson, Johnston & Marshall (1997) ont suggéré que le fait d'étudier, chez les agresseurs sexuels, les structures et les processus cognitifs serait bien plus porteur que le simple fait de ne prendre en compte que les produits cognitifs comme il est souvent le cas dans la littérature spécialisée. Ainsi, l'examen des schémas pourrait se révéler fort intéressant dans l'étiologie du comportement sexuel violent. Cependant, ce domaine de recherche demeure actuellement peu développé.

1) La théorie de Beck

a. Les schémas cognitifs

Selon Beck, les problèmes individuels sont la conséquence de certaines distorsions que l'individu fait de la réalité et fondées sur des hypothèses et des prémisses erronées (Beck, 2002). Selon lui, il n'y a pas de lien direct entre une situation factuelle et les émotions qui vont y être associées. Ces dernières découlent du fait d'interprétations individuelles consécutives à des expériences de vie. Dans sa théorie, Beck propose de concevoir trois structures cognitives : les processus cognitifs également appelés schémas cognitifs, les distorsions cognitives et les produits cognitifs qui renvoient aux pensées. Les schémas constituent les structures de base de l'organisation cognitive. Relativement stables, ils contiennent les connaissances de l'expérience passée d'un individu. Ils « permettent de nommer, classifier, interpréter, évaluer et donner une signification aux objets et événements » (Beck & Emery, 1985, p. 55). En plus de structurer l'organisation de l'information et la compréhension des événements, ils influencent aussi le rappel de l'information contenue dans la mémoire. « Chaque individu développe au cours de sa vie des schémas représentant l'information concernant les conséquences probables d'un événement et sur la façon d'y faire face » (Bouchard & Freeston, 1995, p. 9). Les schémas peuvent prendre la forme d'un sentiment exagéré de vulnérabilité ou d'une représentation exagérée de la menace reliée à un stimulus.

Le modèle cognitif actuel des troubles psychopathologiques se résume en dix points (Alford & Beck, 1997, cités par Cottraux, 2005) :

- Les schémas représentent des interprétations personnelles et automatiques de la réalité : ils traitent donc l'information de manière inconsciente.
- Ils influencent les stratégies individuelles d'adaptation.
- Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques.
- Ils peuvent être à la base de la personnalité et en particulier les schémas précocement acquis.

- Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.
- Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur.
- Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
- Les schémas pathologiques sont des structures mentales sélectionnées, parce que fonctionnelles pour un environnement, et deviennent inadaptées à un autre environnement.
- Ils génèrent à la fois les émotions, les cognitions et les comportements.
- L'activation des émotions et des pensées automatiques qui leur sont associées permet l'accès aux schémas.

Selon Beck, lorsque les schémas partagent des éléments communs, on parle de constellations. Quand ces constellations sont plus englobantes (incluent plusieurs situations et structurent l'information d'une façon spécifique), elles constituent alors un niveau supérieur d'organisation appelé mode. Un mode signifie la façon typique de traiter l'information. Le mode se déclenche suite à la présence d'un stimulus ou de l'anticipation de ce même stimulus. L'information subit alors des biais systématiques de sélection et de rappel. L'attention et le rappel des schémas congruents avec le mode activé sont privilégiés aux dépens de l'accès aux informations et aux schémas non congruents. Ceci entraîne différentes distorsions cognitives. En raison du biais instauré par le mode, l'individu devient hypersensible aux moindres indices de danger ou de menace qui sont propres à la pathologie dont il souffre. Rusinek (2006) rapporte que même si la plupart des chercheurs ont des difficultés à percevoir la distinction entre les schémas, les constellations et les modes, cette distinction reste intéressante pour plusieurs raisons, notamment parce qu'elle est l'une des origines de la définition des schémas précoces inadaptés proposés par Young plusieurs années après.

L'individu traite donc l'environnement en fonction des différents schémas acquis et des processus cognitifs. Les informations prélevées vont être transformées en événements cognitifs qui vont s'exprimer par des pensées et des images mentales (Blackburn & Cottraux, 1990). En fonction de l'activation des schémas, le traitement pourra donc être biaisé et avoir une influence négative sur les émotions, cognitions et comportements qui vont suivre. Les

schémas évoluent depuis l'enfance, ils se modifient et se renforcent quand ils se confrontent à l'environnement et aux différentes expériences de vie.

b. Les schémas cognitifs et les comportements violents

Beck (2002) a mis en évidence sept croyances rigides qui seraient susceptibles d'être présentes chez les individus faisant preuve de comportements violents (pas nécessairement sexuels) :

- *Les autorités sont contrôlantes, dénigrantes et punitives ;*
- *Les conjoints sont manipulateurs, trompeurs et rejetants ;*
- *Les étrangers sont des menteurs, des gens égoïstes et hostiles ;*
- *On ne peut faire confiance à personne ;*
- *Pour maintenir ma liberté, ma fierté - ma sécurité, je dois contre-attaquer ;*
- *La force est la seule manière de se faire respecter par les autres ;*
- *Si vous n'êtes pas à égalité, les autres m'écraseront.*

Si Beck distingue ces différentes croyances, Mann et Beech (2003) proposent de les regrouper sous un schéma commun : le monde est hostile. Dans la littérature spécialisée, plusieurs auteurs se réfèrent au concept de schéma sans pour autant évoquer ce terme. Huesmann (1988) utilise réciproquement « schéma » et « script » alors que Ward et Keenan (1999) se réfèrent au terme de « théories implicites ».

Lorsqu'une situation, comme le rejet par exemple ou un conflit, atteint la vulnérabilité de l'individu qui émet des comportements de violence, son traitement de l'information fonctionne de manière rudimentaire en modifiant les informations issues de l'environnement. Sa pensée présente les caractéristiques de personnalisation, de sélectivité, d'interprétation erronée, de sur-généralisation et de déni (Beck, 2002). Ward et Keenan (1999) proposent que les schémas cognitifs des AVS soient des « théories implicites » que les agresseurs entretiennent à propos du monde. Cette définition coïncide avec les théories cognitivistes puisqu'il y a ainsi possibilité d'expliquer, de prédire et d'interpréter les phénomènes interpersonnels (Mann & Beech, 2003). Langton et Marshall (2001) ont relevé l'importance

des schémas dans le traitement de l'information issue de l'environnement et donc dans la sélection des réponses comportementales des AVS.

c. Les distorsions cognitives

Pour comprendre le concept de distorsion cognitive, il est important de revenir sur la conception du traitement de l'information. Le système cognitif traite l'information selon trois niveaux qui interagissent les uns avec les autres : les schémas cognitifs, les processus cognitifs et les événements cognitifs. L'organisme est amené constamment à traiter les informations de l'environnement en fonction des schémas qui ont été acquis. Le processus dont il est question ici est le concept de distorsion cognitive qui représente une déformation systématique de la réalité pour rendre l'environnement cohérent aux schémas activés.

Dans le cadre de ses travaux sur la dépression, Beck définit les distorsions cognitives comme un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou distordues de la réalité.

d. Le concept appliqué aux agresseurs sexuels

Il est important de s'intéresser aux distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels : un grand nombre de recherches qui portent sur les comportements criminels rapportent que les agresseurs usent de justifications, d'explications, de minimisations et d'excuses pour rendre compte de leurs transgressions (Eliason & Dodder, 1999, cités par Maruna & Mann, 2006 ; Polaschek & Gannon, 2004). En effet, un agresseur d'enfant pourra dire « les enfants apprécient le contact sexuel avec les adultes ». En référence à la littérature sur les agressions sexuelles, le consensus considère que les excuses rapportées par les agresseurs pour tenter de justifier leur comportement sont imputables au phénomène de distorsions cognitives. La définition de ce concept dans le champ de l'agression sexuelle ne cesse d'évoluer.

Le premier auteur à évoquer la présence de distorsions cognitives chez les agresseurs sexuels est Gene Abel (Abel & al., 1989). La définition fournie diffère de celle de Beck. Il s'agit de processus internes incluant les justifications, perceptions et jugements utilisés par

l'agresseur dans le but de rationaliser son comportement sexuel déviant et qui l'amènent à justifier ses actes sans ressentir, anxiété, culpabilité, chute de l'estime de soi, qui habituellement se produisent chez un individu qui émet un comportement contraire à la norme. Murphy (1990) tout comme Blumenthal, Gudjonsson et Burns (1999) propose de définir les distorsions cognitives comme un processus qui permet à l'agresseur de dénier, minimiser, rationaliser et justifier son comportement. Pour Finkelhor (1984) les distorsions cognitives ont pour fonction de lever les inhibitions internes et pour Ward et Siegert (2002), elles sont la conséquence directe de schéma(s) sous-jacent(s).

Il existe donc, dans la littérature, une absence de consensus sur une définition des distorsions cognitives des agresseurs sexuels. Le terme distorsion cognitive est utilisé régulièrement pour renvoyer à des concepts tels que « attitudes irrationnelles » (Prentky & Knight, 1991, cités par Arkowitz & Vess, 2003), « croyances inadaptées » (Ward, Keenan & Hudson, 2000, cités par Arkowitz & Vess, 2003), « produits cognitifs » (Segal & Stermac, 1990, cités par Arkowitz & Vess, 2003), « erreurs de pensées », « mythes sur le viol », « excuses » (Pollock & Hashmall, 1991, cités par Arkowitz & Vess, 2003), « justifications », « minimisations », et « rationalisations » (Nichols & Molinder, 1984, cités par Arkowitz & Vess, 2003). Toutefois et ce de manière majoritaire, ce concept a été adopté dans le champ de l'agression sexuelle pour se référer aux croyances et aux pensées relatives aux comportements sexuels déviants. En fonction des études, il semble donc qu'il y ait un amalgame entre processus cognitif direct et croyance. Deux autres points importants méritent d'être relevés : d'une part, les définitions proposées par Murphy et Blumenthal, contrairement à Abel, intègrent le déni et la minimisation dans le processus même. D'autre part, des points de vue opposés peuvent être relevés dans la littérature en ce qui concerne le niveau conscient ou non d'un tel processus chez les AVS : légitiment-ils consciemment leurs actes pour ne pas recevoir de jugement négatifs de la part d'autrui (dans ce cas il ne s'agirait pas nécessairement de distorsion cognitive) ou bien s'agit-il réellement d'un processus inconscient qui aurait pour fonction de prévenir l'apparition d'émotions négatives telles que la culpabilité ou la honte ?

Certains auteurs avancent le fait que les distorsions cognitives serviraient à protéger l'image de soi en limitant l'émergence d'émotions telles que l'anxiété, la culpabilité et empêcheraient

la chute de l'estime de soi. Elles serviraient à expliquer les comportements déviants antérieurs et seraient donc à entendre comme un facteur de maintien (Abel et al. 1989 ; Murphy, 1990) alors que d'autres auteurs les envisagent davantage comme des réinterprétations post-hoc (Marshall, Marshall, & Kingston, 2011). Ainsi considérées, il ne s'agirait plus de processus cognitif mais des excuses et des justifications pour rendre compte de leur comportement et notamment devant la justice (Gannon & Polaschek, 2006 cités par Benbouriche, Longpré, Guay, & Proulx, 2014 ; Maruna & Mann, 2006). Malheureusement comme le font si bien remarquer Maruna et Mann (2006) ce débat entre les chercheurs n'est pas prêt de se résoudre étant donné l'extrême complexité de démontrer que les distorsions cognitives précèdent ou suivent l'agression. Malgré les dizaines d'années de recherche sur le sujet, l'absence de consensus sur la définition même des distorsions cognitives témoigne de la complexité des prises en charge de cette population. Toutefois, les chercheurs s'accordent à dire que les distorsions cognitives des AVS seraient la conséquence de « théories causales sous-jacentes » (schémas, théories implicites) qu'ils entretiennent à propos d'eux-mêmes, de leurs victimes et du monde en général. Rappelons que la fonction des distorsions cognitives est de traiter l'information dans le but d'apporter des éléments cohérents au(x) schéma(s) existant(s). Une définition rigoureuse du concept appliqué aux AVS est celle proposée par Ward et Keenan (1999). Ils suggèrent que les distorsions cognitives proviennent de schéma(s) présent(s) chez l'agresseur. Ainsi, selon eux, les schémas sous-jacents génèrent des distorsions cognitives qui peuvent être mesurées en surface.

Selon Marshall, Anderson et Fernandez (1999), la différence qui existe entre l'agresseur sexuel et un autre individu n'est pas tant la présence de distorsions cognitives mais plus le but que ces dernières remplissent par rapport aux comportements antisociaux. En effet elles pourraient soutenir le passage à l'acte alors qu'elles-mêmes seraient également soutenues par le déni.

Le DSM définit le déni comme une réponse aux conflits et au stress en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres (DSM-IV, APA, 1994). Maletzky (1991) a rapporté que 87 % des agresseurs déniaient l'intégralité ou une partie de leur crime. Selon Barbaree (1991), 54 % de

violeurs et 66 % d'auteurs de violence sexuelle sur les enfants dénie catégoriquement l'agression et 98 % des AVS soit dénie soit minimisent leurs actes. Rappelons que plusieurs auteurs issus de la littérature sur la violence sexuelle considèrent le déni comme une forme de distorsion cognitive (Barbaree, 1991 ; Maletzky, 1991 ; Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Happel et Auffrey (1995) ont décrit le déni comme ayant plusieurs issues possibles. Ces issues sont considérées par Barbaree (1991) comme des formes de minimisation. Le déni de la responsabilité par exemple représente une tentative de l'agresseur de renvoyer la responsabilité du comportement déviant sur autrui (la victime ou les parents de celle-ci), sur un état personnel (intoxication) ou sur une expérience individuelle (agression sexuelle subie pendant l'enfance). Ainsi, le déni de la responsabilité a pour fonction, chez l'agresseur, de minimiser sa culpabilité. Que ce soit pour Happel et Auffrey (1995) ou bien encore pour Barbaree (1991), la difficulté à reconnaître la souffrance ressentie par la victime est identifiée par les chercheurs. Généralement, l'agresseur ne perçoit pas la douleur qu'il inflige à la victime. Il y aurait donc un biais dans le traitement de l'information.

Marshall, Anderson et Fernandez (1999) ont proposé de concevoir sept formes de déni et de minimisation :

1. Le déni complet (fausse accusation : « la police m'en veut », « la victime me déteste », « la mère de la victime se sert de cette excuse pour me faire du mal » ; mauvaise personne « ça doit être quelqu'un d'autre » ; perte de mémoire : « je ne suis pas comme ça donc je ne pense pas que ça se soit passé », « peut être que c'est arrivé mais je ne me rappelle pas ») ;
2. Déni partiel (ce n'était pas une agression sexuelle : « La victime était consentante », « La victime a apprécié », « C'était une prostituée », « La victime a dit qu'elle était plus vieille », « Je n'ai fait que masser la victime », « Je lui ai mis de la crème (médicament) sur les parties génitales », « C'était juste un jeu », « C'était de l'amour », « C'était éducatif » ; le déni du problème (« Je l'ai fait mais je ne suis pas un agresseur sexuel », « Je ne le referai plus jamais », « Je n'ai aucune attirance à propos des enfants ni des relations sexuelles forcées », « Je n'ai pas de fantasmes sexuelles déviantes ») ;

3. La minimisation de l'agression (« La fréquence est inférieure à celle rapportée par la victime », « Il n'y avait pas utilisation de coercition / force / menace », « C'était moins intrusif que la victime le déclare », « Il n'y a pas d'autres victimes ») ;
4. La minimisation de la responsabilité (« La victime était provocatrice / séductrice », « Les parents de la victime la négligeaient », « J'étais intoxiqué », « J'étais fortement stressé / dérangé émotionnellement », « Ma partenaire sexuelle ne me satisfaisait pas », « J'ai des besoins sexuels importants », « La victime a dit non mais en fait elle voulait dire oui ») ;
5. Le déni, la minimisation de la douleur infligée (« Des amis, de la famille m'ont dit que la victime se porte bien », « Les problèmes récurrents de la victime ne sont pas de ma faute », « C'était de l'amour et de l'affection donc je ne vois pas comment il pourrait souffrir », « Je ne l'ai pas forcée donc je ne vois pas pourquoi elle souffrirait ») ;
6. Le déni, la minimisation d'une planification (« J'ai agi soudainement », « Les choses arrivent simplement comme ça », « C'est la victime qui a initié ce qui s'est passé ») ;
7. Le déni, la minimisation de la présence de fantasmes sexuelles déviantes (« Je n'ai pas de fantasmes sexuelles déviantes », « Je n'avais pas pensé abuser la victime avant l'agression réelle »).

La violence sexuelle est un phénomène d'une complexité extrême, les spécialistes tentent depuis de nombreuses années de trouver des explications afin de pouvoir offrir à leurs auteurs des traitements adaptés. Que ce soit le déni, la minimisation, les distorsions cognitives, les schémas, tous ces concepts se révèlent compliqués à étudier.

2) L'apport de Young concernant la théorie des schémas

Young a développé un modèle de thérapie des schémas pour prendre en charge, à la base, les troubles de personnalité qui ne répondaient pas au traitement cognitif et comportemental initial. Par rapport à la théorie de Beck, Young a proposé quatre ajouts majeurs pour expliquer les schémas précoces inadaptés : premièrement les troubles de la personnalité seraient générés par des schémas et des stratégies précocement acquis. Young évoque ensuite le rôle de la mémoire émotionnelle pour concevoir la nouvelle conception spécifique des schémas précoces. Troisièmement, en lien avec la théorie de l'attachement de John Bowlby (1958), il prend en compte le développement de l'enfant et ses besoins affectifs fondamentaux. Pour

terminer il introduit la notion de dissociation dans la conceptualisation de certains troubles de la personnalité. La thérapie des schémas a montré son efficacité en matière de soin proposés aux criminels (Young, Klosko & Weishaar, 2005).

a. Les schémas précoces inadaptés

Young a mis en évidence 18 schémas précoces inadaptés (*Abandon / Instabilité ; Méfiance / Abus ; Manque Affectif ; Imperfection / Honte ; Isolement Social ; Dépendance / Incompétence ; Peur du Danger ou de la maladie ; Fusionnement / Personnalité Atrophiée ; Echec ; Droits Personnels Exagérés / Grandeur ; Contrôle de Soi / Autodiscipline Insuffisants ; Assujettissement ; Abnégation ; Recherche d'Approbation et de Reconnaissance ; Négativité / Pessimisme ; Surcontrôle Emotionnel ; Idéaux Exigeants / Critique Excessive et Punition*) qui se regroupent en cinq domaines (séparation et rejet ; manque d'autonomie et de performance ; manque de limites ; orientation vers les autres et sur-vigilance et inhibition). Pour une description détaillée des différents schémas et domaines nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Young, Klosko et Weishaar : « la thérapie des schémas, approche cognitive des troubles de la personnalité » (2005).

Selon Young, les schémas qui se seraient développés au cours d'expériences nocives précoces seraient à l'origine des troubles de personnalité et de nombreux troubles mentaux chroniques. Selon lui, un schéma inadapté précoce est « un modèle ou un thème important et envahissant, constitué de souvenir, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles concernant soi-même et ses relations avec les autres, constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence, enrichi tout au long de la vie de l'individu, et dysfonctionnel de façon significative » (Young et al., 2005). Alors que pour Beck, le schéma est une croyance profonde, pour Young, un schéma est un réseau de connexions entre des souvenirs d'événements anciens, des sensations corporelles, des émotions et des cognitions.

Trois points sont importants pour comprendre les schémas précoces inadaptés : Ils apparaissent généralement pendant l'enfance ou l'adolescence et sont le miroir de l'environnement de l'individu. Ils peuvent être amenés à devenir dysfonctionnels plus tard lorsqu'ils seront réactivés au niveau de relations interpersonnelles ou bien au niveau de

perceptions qui ne sont plus exactes ou adaptées. Ils ont également un caractère dimensionnel et leur niveau de gravité et d'envahissement peut différer d'un schéma à l'autre : Si le schéma est sévère, par exemple, une multitude de situations sera susceptibles de l'activer. Selon Young, les schémas précoces inadaptés seraient la conséquence d'un tempérament émotionnel associé à des besoins affectifs non comblés pendant l'enfance.

b. L'origine des schémas précoces inadaptés

Les besoins affectifs fondamentaux non comblés pendant l'enfance

Cinq besoins doivent être comblés selon Young pour que l'enfant ait toutes les chances de se développer sans conséquences négatives importantes : le besoin de sécurité dans l'attachement à autrui (stabilité, sécurité, éducation attentive et acceptation) ; le besoin d'autonomie, de compétence et le sens de l'identité ; la liberté d'exprimer ses propres besoins et émotions ; le besoin de spontanéité et de jeu et le besoin de limites et d'autocontrôle. Des expériences nocives vécues pendant l'enfance qui agissent à l'encontre de la satisfaction de ces besoins peuvent être à l'origine de la création de schémas précoces inadaptés. Quatre types d'expériences néfastes sont cités par l'auteur : la frustration des besoins (l'enfant manque de stabilité, de compréhension ou d'amour), le traumatisme / la victimisation (victime d'abus physique / psychologique), l'excès de satisfaction des besoins (empêche l'enfant d'accéder au besoin d'autonomie et de limites) et l'internalisation / identification sélective des personnes importantes (l'enfant peut être amené à s'identifier à l'un de ses parents dont il internalise les pensées, émotions, comportements et expériences).

Le tempérament émotionnel

Celui-ci peut jouer un rôle important également dans le développement ou non de schémas précoces. Selon Young, des tempéraments différents n'exposent pas de la même manière les enfants, ils les rendent également différemment sensibles à des expériences de vie similaires. De plus, un environnement particulièrement aversif ou extrêmement favorable peut avoir une influence plus importante que le tempérament émotionnel. Il ajoute également qu'un

tempérament émotionnel extrême peut avoir une influence considérable sur un milieu de vie ordinaire.

Selon l'hypothèse actuelle de Young, certains schémas acquis à travers des expériences précoces néfastes seraient des schémas qualifiés d'inconditionnels alors que ceux développés lors d'expériences plus tardives seraient conditionnels et pourraient donc être envisagés comme temporaires et donc plus flexibles.

c. Description des schémas précoces inadaptés

Domaine I : séparation et rejet

Schéma *abandon/instabilité* : L'individu considère les personnes proches de lui comme étant émotionnellement instables et changeantes, peu fiables. Il pense ne pas pouvoir compter sur la continuité de leur appui, de leur force ou de leur protection. Il pense que ces personnes mourront bientôt ou qu'elles trouveront quelqu'un de mieux à aimer. Ce schéma peut avoir pour conséquence un attachement extrême aux autres. La moindre séparation provoque chez l'individu un sentiment de souffrance exagérée.

Schéma *méfiance/abus* : L'individu a peur d'être manipulé, humilié, qu'autrui lui mente ou encore qu'il soit violenté physiquement. Il se méfie à outrance des intentions des autres et craint que le pire lui arrive. Quand le schéma est activé, deux choix s'offrent à son porteur : soit il évite tout investissement de relation, soit il s'attache à des personnes maltraitantes pour qui il développera un sentiment profond de colère et de vengeance.

Schéma *manque affectif* : Autrui ne peut pas apporter à l'individu le soutien dont il a besoin, c'est une certitude. Trois grandes catégories peuvent être distinguées à travers ce schéma : Le manque d'apports affectifs (déficit d'attention, d'affection, de chaleur, de présence amicale), le manque d'empathie (absence d'une personne capable d'être compréhensive) et le manque de protection (absence d'une personne forte qui puisse le conseiller en cas de besoin).

Schéma *imperfection/honte* : la personne se considère comme imparfait, mauvais, inférieur ou incapable. Il ressent de la honte des imperfections internes (colères, désirs sexuels inacceptables, etc.) et externes (défaut, gêne, etc.). Se révéler aux autres impliquerait la perte automatique de l'affection des autres. Il peut être observé une hypersensibilité aux critiques et aux rejets.

Schéma *isolement social* : l'individu se sent coupé des autres, isolé, différent et/ou exclu de la communauté/groupe indépendamment de la famille.

Domaine II : manque d'autonomie et de performance

Schéma *dépendance/incompétence* : L'individu se considère comme incapable de faire face au quotidien sans l'aide d'autrui. Il est à la recherche de modèles qui puissent le rassurer et sur lesquels il puisse s'appuyer.

Schéma *peur du danger ou de la maladie* : Le pire peut arriver, quel que soit le contexte ou le lieu dans lequel il se trouve. Il ne se considère jamais en sécurité. Il y a crainte excessive d'une catastrophe imminente (santé, émotions, catastrophe naturelle/phobie).

Schéma *fusionnement/personnalité atrophiée* : Le sujet ressent un attachement émotionnel excessif à une/plusieurs personnes au détriment d'une adaptation sociale attendue normalement. Il ne peut être heureux et survivre sans l'autre et réciproquement. Ces personnes sont souvent les parents

Schéma *échec* : l'individu a un sentiment d'échec dans toute sa vie. Il se sent inférieur aux autres et se décrit négativement.

Domaine III : manque de limites

Schéma *droits personnels exagérés/grandeur* : le sujet se considère comme supérieur aux autres, il pense avoir des droits et des privilèges auxquels les autres n'ont pas accès. Le sujet

pense pouvoir faire/obtenir ce qu'il veut sans se soucier des autres. Ce schéma engendre de l'exigence, de la domination et un manque d'empathie envers autrui.

Schéma *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* : l'individu a des difficultés dans l'autocontrôle. Il est intolérant à la frustration, impulsif, incapable de contrôler l'expression de ses émotions. Dans certains cas le sujet cherche à éviter la souffrance, les conflits, les responsabilités, l'engagement, l'intégrité et l'accomplissement personnel.

Domaine IV : Orientation vers les autres

Schéma *assujettissement* : Le sujet s'en remet au contrôle des autres. Ses besoins et/ou ses émotions n'ont aucune valeur, importance vis-à-vis de ceux des autres. Etant donné qu'il ne révèle pas ses besoins il peut être extrêmement sensible dans les situations où il pense que les autres profitent de lui. Il peut y avoir parfois des accès de colère démesurée par rapport à la situation, des symptômes psychosomatiques ou un évitement affectif.

Schéma *abnégation* : Plutôt que de s'occuper de ses propres besoins, le sujet comble ceux des autres. Le sujet peut procéder ainsi pour plusieurs raisons : protéger les autres, éviter des émotions comme la culpabilité de penser à soi, augmenter l'estime de soi ou maintenir un lien affectif avec une personne qui semble en avoir besoin. Il est constaté dans ce schéma une hypersensibilité aux souffrances d'autrui. Parallèlement, le sujet peut ressentir une insatisfaction permanente de ses besoins et développer de ce fait un ressentiment.

Schéma *recherche d'approbation et de reconnaissance* : Il y a une préoccupation majeure quant au regard d'autrui. Le sujet est en quête d'attention, d'estime et de d'approbation. C'est dans le regard des autres que se forme l'estime de soi du sujet. Il y a une importance exagérée au paraître, à l'argent et à la réussite. Ce schéma exprime une hypersensibilité au rejet ou une jalousie envers la réussite des autres.

Domaine V : Sur-vigilance et inhibition

Schéma *négativité/pessimisme* : le sujet a tendance à amplifier les aspects négatifs de sa vie et à en minimiser les aspects positifs. Il ressent une peur exagérée de faire des erreurs et redoute les conséquences.

Schéma *surcontrôle émotionnel* : il y a un contrôle excessif de toutes les réactions habituellement spontanées : inhibition de la colère/agressivité, le contrôle des impulsions positives, difficultés dans la reconnaissance de ses faiblesses et dans l'expression de ses besoins, importance excessive à la raison et non aux émotions.

Schéma *idéaux exigeants/critique excessive* : il est question ici d'un très haut niveau de perfection généralement dans le but d'éviter la désapprobation/la honte. La personne est très exigeante vis-à-vis d'elle-même et des autres également. Il en découle du perfectionnisme, des règles rigides et une préoccupation constante du temps et de l'efficacité.

Schéma *punition* : le sujet apparaît intolérant, critique, impatient vis-à-vis des autres et de lui-même si le niveau d'exigence n'est pas atteint. Il éprouve beaucoup de difficultés à se pardonner et à pardonner aux autres les erreurs. Il manque d'empathie et de flexibilité mentale.

d. Les schémas précoces inadaptés et la violence sexuelle sur les enfants

Les recherches sur les schémas précoces inadaptés dans cette population sont assez récentes. Richardson (2005) figure parmi les premiers chercheurs à publier sur le sujet. Il a étudié ce concept chez des adolescents qui ont commis des passages à l'acte sexuels déviants. Dans son étude, plusieurs types d'AVS sont représentés : les individus qui ont agressé des adultes et ceux qui ont agressé des enfants. Il a émis l'hypothèse que de tels schémas seraient présents chez les agresseurs ayant été eux-mêmes victimes de mauvais traitements sexuels pendant leur enfance. Sa recherche est basée sur l'évaluation d'une activation de schémas précoces grâce au questionnaire de Young (Young Schema Questionnaire II, Young, 1994 ; Young & Brown, 1994 ; Young & Gluhoski, 1996 ; cités par Richardson, 2005). Les résultats de cette

recherche ont montré que trois schémas sont activés chez les adolescents agresseurs sexuels : *surcontrôle émotionnel*, *isolement social* et *méfiance/abus*. La catégorie des AVS eux même victimes dans leur enfance rendent compte de schémas *abandon/instabilité* et d'*imperfection/honte* (la majorité des adolescents AVSE se trouvent dans ce groupe).

Le schéma *surcontrôle émotionnel* est caractérisé par l'inhibition excessive de sentiments ou de communication pour assurer aux agresseurs d'enfants la sécurité, d'éviter le rejet des autres ou encore d'éviter la perte de contrôle de leur colère et agressivité (Young, 1990 cité par Richardson, 2005). Ce schéma indique que le besoin des agresseurs au niveau de leur traitement serait d'apprendre à adopter une communication appropriée et de devenir capable d'exprimer leurs émotions, particulièrement la colère et modifier la croyance qui veut qu'exprimer ses émotions implique nécessairement une perte de contrôle. Ceci pourrait les aider, selon l'auteur à réaliser que le *surcontrôle émotionnel* peut être un facteur de risque de récurrence dans le cas où la colère serait une motivation première à l'agression.

Le schéma *isolement social* implique chez son porteur le sentiment d'être isolé ou exclu et donc ainsi la croyance d'être différent des autres et non aimé par ces derniers (Young, 1990, cité par Richardson, 2005). Ce schéma est associé à l'anxiété sociale. Selon l'auteur, les besoins thérapeutiques qui découlent de ce schéma seraient donc le changement des croyances négatives à propos de l'acceptation des pairs, la réduction de l'anxiété sociale et l'évitement de l'intégration sociale.

Le sentiment que les autres vont l'humilier ou lui causer de la souffrance est la conséquence du schéma *méfiance/abus* (Young, 1990 cité par Richardson, 2005). Il est associé à la colère et aux états anxieux. Il faudrait donc confronter la méfiance, développer des perceptions neutres voire positives d'autrui, réduire l'évitement interpersonnel et promouvoir des relations amicales de respect et de confiance lors d'une approche thérapeutique.

Le schéma *abandon/instabilité* reflète la croyance que les gens sont imprévisibles et qu'ils risquent de l'abandonner à tout moment. Les pistes thérapeutiques seraient donc de faire reconnaître à l'agresseur son hypersensibilité au rejet et à la perte, de lui apprendre à ne pas

faire en sorte de briser les relations, d'apprendre à construire des relations basées sur la confiance. Richardson (2005) implique que les porteurs de ce schéma présentent des déficits au niveau des liens d'attachement.

Le dernier schéma, celui d'*imperfection/honte* crée les croyances que la personne est fondamentalement mauvaise, ne méritant ni amour ni respect (Young, 1990 cité par Richardson, 2005). Il faudrait donc développer une image de soi positive, développer leur assertivité, établir chez eux le sentiment qu'ils méritent d'être traité avec respect, qu'ils peuvent être appréciés et aimés.

Chakhssi, De Ruitter et Bernstein (2013) ont montré, dans la lignée de Richardson, que les scores des AVSE aux schémas *abandon/instabilité*, *isolement social*, *imperfection/honte* et *assujettissement/abnégation* étaient significativement plus élevés que ceux d'un groupe de sujets violents non sexuel. Les AVSE se différenciaient également du groupe d'AVS qui avaient agressé des personnes adultes avec des scores supérieurs au schéma isolement social.

Carvalho et Nobre (2014) ont évalué les schémas précoces inadaptés chez 33 AVSE en les comparant à des AVS d'adultes et des sujets non violents. Leurs résultats rendent compte d'une suractivation, statistiquement significative, des domaines séparation/rejet, manque d'autonomie et de performance, orientation vers les autres et sur vigilance et inhibition entre les AVSE et les sujets non violents.

Carvalho et Nobre concluent leurs recherches en précisant que leur échantillon d'agresseurs sexuels représente une population hétérogène quant à l'activation des schémas et qu'ils ont des besoins thérapeutiques qui ne sont pas pris en charge dans les modalités de soin classique par rapport aux schémas précoces inadaptés. Il est à regretter le peu de recherche encore actuelle sur cette thématique.

II. Les théories implicites spécifiques à la violence sexuelle sur les enfants

Le concept de théories implicites (TI) s'apparente à la théorie de l'esprit. Ward (2000) a été le premier à appliquer ce concept au champ de l'agression sexuelle. Pour Premack et Woodruff (1978) à l'origine de ce concept, il s'agit de la capacité mentale d'inférer des états mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre. Il s'agit d'une aptitude cognitive qui permet d'imputer des représentations mentales inobservables aux autres individus (Duval et al., 2011). Les individus ont recours à leurs théories de l'esprit pour comprendre le monde qui les entoure et le rendre prévisible. Selon Ward (2000), c'est à travers ces TI spécifiques que l'AVSE expliquerait, comprendrait et anticiperait les pensées, les désirs et les croyances de leurs victimes. Toujours selon l'auteur, ces TI seraient actives pendant la préméditation et l'agression elle-même et les supporteraient.

Les théories implicites sont inadaptées et se construisent pendant l'enfance à la suite d'agressions sexuelles ou à la suite de l'exposition à des comportements inappropriés (Ward & Keenan, 1999). Il existe des théories qui peuvent être générales aux agresseurs sexuels, des théories spécifiques aux AVSE et d'autres théories propres aux violeurs de personnes adultes (Ward, Gannon & Keown, 2006). Les théories implicites vont engendrer des distorsions cognitives chez les AVS (Ward, 2000). Cinq TI ont été décrites par Ward et Keenan (1999) pour tenter de rendre compte de l'émergence de la violence sexuelle générale. Trois TI sont communes aux violences sexuelles c'est-à-dire commises sur les enfants et sur les adultes (« droits exagérés », « le monde est dangereux », « le monde est incontrôlable » qui, contrairement aux deux autres, ne soutiennent pas le comportement de violence sexuelle) et deux sont spécifiques aux AVSE (« les enfants sont des objets sexuels », « il existe des degrés dans le mal »). Pour développer leur théorie, les auteurs ont regroupé en plusieurs thèmes les items de différentes échelles psychométriques évaluant les distorsions cognitives d'AVSE (Abel and Becker Cognition Scale, Abel et al., 1989 ; Bumby Molest Scale, Bumby, 1996 ; et Hanson Sex Attitude Questionnaire, Hanson et al, 1994). Après avoir procédé aux regroupements, ils ont étayé leurs théories implicites au regard des différentes études descriptives portant sur les distorsions cognitives et en ont extrait différents exemples. A la

suite des travaux initiaux de Ward et Keenan (1999), plusieurs recherches ont tenté de valider ces TI. Il en ressort que les études qui ont développé des protocoles expérimentaux en lien avec des distorsions cognitives ne confirment pas l'évidence de TI qui faciliteraient les agressions sexuelles (Gannon et al., 2006 ; Keown, Gannon, & Ward, 2008a, 2008b ; Keown, Gannon & Ward, 2010, cités par Paquette, Cortoni, Proulx, & Longpre, 2014). A l'inverse, les études dont la méthodologie de recherche concernant les TI se réfère aux traditionnelles échelles psychométriques spécialisées dans le domaine, valident le modèle de Ward et Keenan (Keown et al., 2010 cités par Paquette, Cortoni, Proulx, & Longpre, 2014 ; Marziano, Ward, Beech, & Pattison, 2006).

1) La théorie implicite « Droits exagérés » (Entitlement)

L'agresseur se considère comme supérieur et plus important que les autres. Il se donne le droit d'avoir des relations sexuelles avec ceux qui sont moins puissants et moins importants que lui, et ceci lorsqu'il le désire. Certaines caractéristiques pourraient être responsables de ces croyances comme le genre ou la classe sociale. Marziano, Ward, Beech et Pattison (2006) ont montré que 10 % des agresseurs sexuels d'enfants possèdent cette théorie, alors qu'elle concerne 68 % des violeurs (Polaschek & Gannon, 2004).

2) La théorie implicite « le monde est un endroit dangereux » (Dangerous world)

Le monde est un endroit dangereux et les autres sont abusifs et rejetants. L'agresseur pense qu'il doit combattre et contrôler les autres. Autrui est par nature : hostile, agressif et rejetant et joue un rôle important dans la tendance à infliger de la souffrance et de la peine à l'agresseur. Les gens sont doués de mauvaises intentions à son égard. La seule option pour faire face à ce schéma est d'initier une revanche sur autrui ou d'aller chercher chez les enfants l'affection qu'ils sont contraints de rejeter chez l'adulte. Ainsi, 22 % des agresseurs d'enfants présenteraient cette théorie selon Marziano, Ward, Beech, et Pattison, (2006) contre 19 % de violeurs (Polaschek & Gannon, 2004).

3) La théorie implicite « le monde est incontrôlable » (Uncontrollable)

Cette théorie implicite prend racine dans le passé de l'agresseur alors qu'il a été exposé à des agressions sexuelles ou à des événements traumatiques. L'agresseur perçoit le monde comme incontrôlable. Le type de distorsions qui découle de cette théorie est relié au fait que l'agresseur considère les passages à l'acte comme étant indépendants de son contrôle. Dans un sens, les désirs sexuels déviants sont considérés comme extérieurs à l'agresseur qui n'est pas responsable de son comportement. L'agresseur voit sa propre existence comme étant chaotique et se voit incapable d'avoir un quelconque contrôle sur sa vie. Il est passif et est incapable d'éviter les forces internes et externes qui dirigent sa vie jour après jour. Le désir sexuel déviant envers les femmes ou les enfants, les drogues, l'alcool, le stress ou encore des comportements de domination sont des exemples de variables qui dirigent sa vie. Selon Ward, Gannon et Keown (2006), ces TI ont d'abord été mises en évidence chez les agresseurs sexuels d'enfants (Ward & Kennan, 1999) puis chez les violeurs d'adultes (Polaschek & Gannon, 2004). Lorsque Marziano et collaborateurs (2006), ont testé empiriquement cette théorie, ils ont rapporté que 26 % de leur échantillon pensaient que leur délit était la conséquence de leur manque de contrôle. Ward, Gannon et Keown (2006) rapportent que les agresseurs qui possèdent cette théorie ont des déficits dans la régulation de leurs pensées, sentiments et comportements. Les agresseurs peuvent justifier leur comportement délictuel en affirmant ne pas avoir eu le choix, d'avoir été forcé par la présence d'un désir puissant, de compulsions. Ils peuvent aussi évoquer la présence d'impulsions ou bien encore que ce comportement a été induit par autrui. A certaines occasions, les comportements de la victime sont reconnus par l'agresseur comme étant la cause majeure du comportement et par conséquent il se considère comme étant lui-même la véritable victime. Il présente ainsi des croyances dysfonctionnelles « elle était trop chaude, trop sexy, ce n'était pas ma faute », « je l'ai fait parce que j'ai été moi-même victime quand j'étais petit », « je ne peux pas me contrôler donc ce n'est pas ma faute », « j'étais tout le temps alcoolisé à ce moment-là » (Ward & Keenan, 1999).

4) La théorie implicite « Les enfants sont des objets sexuels » (Children are Sexual Beings)

L'agresseur sexuel qui entretient cette théorie implicite perçoit l'enfant comme capable de souhaiter et d'engager une activité sexuelle, capable d'y consentir. L'enfant ne sera pas blessé, ni psychologiquement ni physiquement, par le contact sexuel avec un adulte. L'agresseur entretient également la croyance que le désir sexuel envers les enfants est naturel, bénin et qu'il ne provoque aucune souffrance chez eux. Dans l'étude de Marziano et collaborateurs (2006), 28 % des agresseurs sexuels d'enfants entretiennent cette vision de l'enfant comme objet sexuel. « L'enfant m'a séduit », « on s'aime l'un et l'autre donc il n'y avait pas de problème », « elle a dit oui à mes avances donc c'est que c'était ok » (Ward & Keenan, 1999).

5) La théorie implicite « Il existe des degrés dans le mal » (Nature of Harm)

Cette TI soutient qu'il existe plusieurs degrés dans l'échelle du mal et que d'avoir des relations sexuelles avec un enfant n'est pas obligatoirement mal et ne cause pas nécessairement de blessures. L'activité sexuelle ne provoquera aucune douleur physique chez l'enfant, au contraire, elle peut être complètement bénéfique pour lui, d'un point de vue éducationnel par exemple. Considérant qu'il aurait pu commettre un acte beaucoup plus inacceptable et douloureux pour sa victime, l'agresseur estime qu'il ne doit pas être jugé trop sévèrement puisqu'il n'a pas fait de « mal » à l'enfant. Cette théorie implicite concerne 14% des agresseurs sexuels d'enfants (Marziano et al., 2006). Il y a une totale confusion chez l'agresseur, entre la souffrance qui est conséquente de ce passage à l'acte et la blessure physique. Pour les agresseurs sexuels d'enfants, l'agression ne renvoie uniquement qu'au recours à la force provoquant des blessures physiques à l'enfant. « Beaucoup d'enfants qui ont des relations sexuelles n'ont pas de problèmes », « caresser un enfant, c'est moins grave que le pénétrer », « la seule façon de faire mal à un enfant c'est de le forcer physiquement pour obtenir ce que je veux » (Ward & Keenan, 1999).

Paquette et collaborateurs (2014) ont procédé à une analyse de contenu de 20 entretiens d'AVSE. Ils ont également relevé l'existence des cinq TI préalablement citées. Leur étude a

permis de répliquer les résultats de Ward et Keenan (1999) concernant les trois TI, « droits exagérés », « Il existe des degrés dans le mal » et « le monde est incontrôlable ». Leurs résultats sont également congruents aux résultats de Ward et Keenan (1999) concernant la première définition de la TI « le monde est dangereux ». Concernant la TI « les enfants sont des objets sexuels », les auteurs rapportent des résultats assez proches des précurseurs mais qui diffèrent dans la terminologie. En effet, plusieurs chercheurs nomment cette TI « les enfants sont des objets sexuels » alors que d'autres l'appellent « les enfants sont des êtres sexuels » (children as sexual being selon Drake et al., 2009 ; Milner & Webster, 2005 cités par Paquette et al. 2014). La différence essentielle est que dans la première, les agresseurs perçoivent leur victime comme un objet destiné à assouvir les besoins de l'adulte alors que dans la seconde vision de cette TI, les victimes sont perçues comme en pleine capacité de consentir à un acte sexuel. Les auteurs relèvent également une inconsistance entre la définition que Ward et Keenan (1999) donnent de cette TI et les exemples fournis. La définition suggère que la notion de sexualité est centrale et ne différencie pas les adultes des enfants. Plusieurs exemples donnés par les auteurs ne supportent pas cette définition. En effet, plusieurs de leurs exemples rendent compte de l'importance des émotions et des affects développés au contact de l'enfant, et non de la sexualité dans cette TI. Ces éléments sont confirmés également dans les études qu'ils citent et qui utilisent le terme « les enfants sont des êtres sexuels » (children as sexual being) (Beech, Fisher, & Ward, 2005 ; Gannon, Rose & William, 2009). Leurs analyses ont permis également de faire ressortir une sixième TI (the Child as partner).

6) La théorie implicite « les enfants sont des partenaires » (Child as partner)

Cette TI est présente chez 15 de leur 20 sujets et prédominante chez 9 d'entre eux. Les sujets qui présentent cette TI perçoivent les enfants comme des amis. La plupart de leurs cognitions reflète la relation que les AVSE pensaient avoir avec leur victime. Cette TI n'est aucunement liée à la sexualité ou aux relations sexuelles entretenues avec leur victime mais davantage à une véritable impression d'une relation d'amitié, de confiance et d'affection. Parallèlement, les sujets rapportent clairement leur absence d'intérêt pour le monde des adultes et se

perçoivent comme des enfants. Les contacts sexuels sont perçus non pas comme des agressions mais comme des rapports entre individus d'âge mental équivalent. Les auteurs expliquent que l'adulte se perçoit comme un enfant ou perçoit l'enfant comme un adulte. Cette TI intègre les cognitions où l'enfant est perçu comme un égal du point de vue émotionnel et pointe la présence d'un effet de congruence émotionnelle avec les enfants. Selon les auteurs, les AVSE présentent une certaine immaturité émotionnelle. Par rapport à cette TI, les auteurs préconisent d'investiguer davantage les facteurs liés au style de vie des agresseurs et les circonstances des passages à l'acte.

III. Les théories multifactorielles

Certains modèles tentent de rendre compte de l'étiologie du comportement sexuel déviant en général et d'autres tentent, quant à eux, de rendre compte de l'apparition et du maintien du passage à l'acte sexuel sur enfants. Différents facteurs vont être évoqués pour tenter de rendre compte de l'émergence et du maintien du comportement sexuel déviant tels que l'émergence de distorsions cognitives, des déficits d'intimité, des problèmes de régulation sexuelle, des déficits neuropsychologiques, des traits psychologiques, des prédispositions génétiques (Ward & Siegert, 2002), des événements de vie négatifs vécus précocement (Beech & Ward, 2004), des facteurs contextuels (Hanson & Harris, 2001).

1) Le modèle quadri-factoriel de Finkelhor

Finkelhor a été le premier auteur à proposer une théorie multifactorielle de la violence sexuelle sur les enfants en 1984. L'auteur a défini quatre préconditions qui argumentent le recours à un comportement sexuel déviant : la motivation à agresser sexuellement un enfant, la levée des inhibitions internes chez l'agresseur, la levée des inhibiteurs externes et la levée des résistances de l'enfant.

La première précondition, « la motivation à agresser sexuellement un enfant », implique trois facteurs essentiels à un passage à l'acte (un seul facteur peut se révéler suffisant dans l'apparition du comportement) : la congruence émotionnelle, l'existence d'une excitation

sexuelle déviante qui va satisfaire une recherche de gratification directe et le blocage c'est-à-dire l'incapacité pour l'agresseur de trouver une autre source de gratification sexuelle. Dans la congruence émotionnelle, les contacts sexuels avec l'enfant ont pour fonction de satisfaire les besoins émotionnels de l'agresseur. Celui-ci trouve auprès de la potentielle victime ce qu'il ne parvient pas à obtenir auprès des adultes : estime de soi, sentiment de contrôle et de pouvoir. Il existe, de plus, une excitation sexuelle déviante vérifiable grâce à des mesures phallométriques. La pléthysmographie pénienne est une méthode couramment utilisée en Amérique du Nord. Cette technique consiste à enregistrer les réponses péniennes du patient, grâce à un anneau de mercure, pendant la présentation de stimuli sexuels déviants et non déviants. Les données obtenues permettent de quantifier les préférences sexuelles selon trois dimensions : le sexe de la victime, son âge et le scénario de l'agression. La dernière variable « blocage » de cette précondition rend compte, chez l'agresseur, d'importantes difficultés qui ne lui permettent pas d'accéder à un partenaire sexuel adulte et consentant. Ces difficultés peuvent être situationnelles (conflits avec le partenaire par exemple), psychologiques ou directement liées à un déficit en assertivité.

La présence de ces éléments cependant, ne suffit pas à rendre compte du passage à l'acte sexuel sur un enfant, des variables contextuelles et situationnelles vont mettre en exergue le contrôle interne des inhibitions qui empêche habituellement les individus de passer à l'acte. Ce contrôle peut être ébranlé par l'existence de facteurs individuels tels que l'alcool, l'abus de substance, les pathologies psychiatriques, les déficits des mécanismes de l'inhibition dans le cadre de l'inceste ou de facteurs sociaux tels que la tolérance envers l'intérêt sexuel pour les enfants ou le style de vie criminelle.

De plus, certains facteurs extérieurs vont jouer un rôle dans la perpétration des passages à l'acte déviant et participer à une levée des inhibitions externes. Il s'agit, la plupart du temps, de circonstances qui vont permettre le rapprochement avec l'enfant victime : le fait que celui-ci soit seul, sans surveillance, l'existence de mauvaises relations avec le conjoint, un isolement relationnel, etc.

La dernière précondition est la levée des résistances de l'enfant. En effet, selon l'auteur, les enfants ne présentent pas tous les mêmes risques de victimisation. La vulnérabilité dépend de

facteurs divers tels que la tendance à faire facilement confiance à l'adulte, la recherche d'attention par exemple (chez les enfants émotionnellement insécurisés) ou de la naïveté de ce dernier (il ignore ce qu'est une relation sexuelle par exemple).

2) Le modèle de Marshall et Barbaree

Selon les auteurs qui ont développé cette théorie en 1990, plusieurs types de facteurs entrent en jeu dans le développement d'une orientation sexuelle déviante et son passage à l'acte. Ils évoquent en premier lieu le facteur biologique. Selon eux, les hormones sexuelles androgènes, interagissent avec des facteurs psychosociaux dans le développement des cognitions et des comportements dits pro et antisociaux. Les agresseurs ont souvent été eux-mêmes victimes de violences physiques et sexuelles (33 % des agresseurs ont été victimisés sexuellement selon Balier, Ciavaldini, et Girard-Khayat 1997). Les parents des agresseurs auraient tendance à utiliser leur autorité sans nécessairement justifier ce qui tend, selon les auteurs, à entretenir des relations froides et distantes avec leurs enfants. Ces événements peuvent être à l'origine d'un déficit chez les agresseurs sexuels du développement de l'estime de soi et de la capacité à investir les relations interpersonnelles affectives et sexuelles. Le manque de confiance en soi, une faible estime de soi, des difficultés à établir et maintenir des relations interpersonnelles plongent l'agresseur sexuel dans un total isolement relationnel. Cette situation peut avoir une influence considérable sur l'anxiété associée aux situations sociales, sur l'apparition de sentiments d'inadéquation masculine et sur l'apparition d'émotions négatives telles que la colère vis-à-vis des personnes susceptibles de les rejeter. Ces expériences développementales adverses auraient une influence considérable pendant l'adolescence, période critique dans le développement sexuel alors que l'organisme est imprégné d'importants taux d'hormones sexuelles. L'agression et la sexualité ayant le même substrat neuronal (Ducro & Pham, 2017), les auteurs rapportent que ces hormones peuvent induire des expériences identiques. Des émotions négatives pourraient donc renforcer d'importants désirs sexuels et participer au développement de fantasmes sexuelles déviantes. Les auteurs ajoutent en plus, l'existence de facteurs qui peuvent déclencher l'agression en inhibant la capacité du sujet à contrôler ses comportements : le stress, les émotions négatives, l'abus de substances, la présence d'une victime potentielle.

3) Le modèle quadri-factoriel de Hall et Hirschman

Dans la lignée de Finkelhor, Hall et Hirschman (1990) ont développé un modèle à quatre facteurs qui tente de rendre compte du passage à l'acte sexuel déviant mais également de l'apparition du phénomène. Pour justifier la présence du premier facteur, la préférence sexuelle pour les enfants, les auteurs s'appuient sur les données scientifiques portant sur la mise en évidence de mesures psychophysiologiques de l'excitation sexuelle provoquée par des représentations d'enfants et d'adultes, dans diverses situations, la pléthysmographie pénienne. La préférence sexuelle est légitimée par une série de cognitions (deuxième facteur) qui vont justifier et autoriser le comportement sexuel déviant. Selon les auteurs, la probabilité de passage à l'acte dépend des « coûts » (moralement injustifié, socialement dénoncé, juridiquement répréhensible) et des « bénéfices » qu'il induit (plaisir ressenti par la victime, gratification sexuelle, expression d'une émotion négative telle que la colère). Si les « bénéfices » sont supérieurs aux « coûts », il y a toutes les chances pour que l'individu agresse sexuellement un enfant. Le troisième facteur fait état d'un déséquilibre des affects. Des états affectifs négatifs (les plus fréquents : la dépression, l'anxiété et la colère) sont fréquemment relevés, chez les agresseurs sexuels d'enfants, dans les heures et jours qui précèdent le passage à l'acte. Ils peuvent entraîner la levée des inhibitions qui d'ordinaire empêchent ce type de comportement (empathie pour la victime, anxiété, culpabilité par exemple). Le dernier facteur cite les expériences précoces de vie relationnelle avec la famille (divorce, nombre dans la fratrie, histoire criminelle familiale, abus physique et psychologique, autorité injustifiée, isolement relationnel) et d'autres facteurs développementaux (niveau de scolarisation, habiletés sociales, capacité à la résolution de problèmes...). Selon les auteurs l'existence de facteurs historico-développementaux peut augmenter la probabilité de passage à l'acte sexuel sur les enfants en facilitant l'acquisition d'attitudes négatives et antisociales et en inhibant à l'inverse le développement d'attitudes prosociales. Il s'agit du premier modèle à proposer une prise en charge spécifique en fonction du facteur le plus représentatif du fonctionnement de l'agresseur dans sa problématique sexuelle : régulation des préférences sexuelles, travail sur les cognitions dysfonctionnelles, gestion des émotions ou développement de comportements prosociaux en travaillant sur la compréhension des événements de vie passés ayant contribué à la problématique.

4) Le modèle des trajectoires de Ward et Siegert

Développé en 2002, ce modèle est une intégration des éléments importants des modèles de Finkelhor (1984), Hall et Hirschman (1991, 1992) et de celui de Marshall et Barbaree (1990). A l'origine de l'agression sexuelle sur un enfant, Ward et Siegert évoquent l'existence de quatre mécanismes dysfonctionnels aboutissant à cinq trajectoires qui mènent à l'agression : déficits sur le plan de l'intimité et des habiletés sociales, les scripts sexuels déviants, les problèmes de régulation émotionnelle et les distorsions cognitives. Ces mécanismes dysfonctionnels trouveraient leur origine dans des facteurs historico-développementaux.

Le premier mécanisme intègre les difficultés sur le plan de l'intimité et des habiletés sociales. Ce mécanisme serait étroitement lié au style d'attachement insécure. Il induirait chez l'agresseur une interprétation du monde et des rapports sociaux comme étant dangereux. L'individu interpréterait les informations issues de l'environnement comme étant la preuve d'une forme de rejet social. Cliniquement ce mécanisme se manifesterait par des déficits dans la régulation de l'humeur, des difficultés à résoudre des problèmes, la dépendance interpersonnelle, l'impulsivité et le faible sentiment d'efficacité personnelle.

Les scripts sexuels déviants s'observent à travers les cognitions liées à la sexualité des AVSE. Ces scripts auraient deux fonctions : se comporter de manière adaptée lors d'une rencontre sexuelle et d'interpréter les comportements du partenaire dans ce même contexte. Les auteurs rapportent que les expériences adverses vécues pendant l'enfance participeraient à la création de scripts sexuels déviants.

Le mécanisme suivant est celui de l'autorégulation émotionnelle. « Une personne qui s'autorégule, en référence à un objectif fixé, planifie, anticipe ses actions en explorant les moyens à disposition, contrôle ses actions, son attention, sa motivation en cours de réalisation, et évalue les effets de ses actions et les ajuste » (Nader-Grosbois, 2007, p. 22). Un déficit pourrait entraîner, selon Ward et Siegert (2002), des difficultés à gérer ses propres émotions mais aussi à les identifier chez autrui. Cela entraînerait également une incapacité, lors d'épisodes de vie stressants, à avoir recours au support social.

Ils évoquent aussi, dans leur modèle, la présence de distorsions cognitives qui participeraient aux passages à l'acte. En fonction de ces quatre déficits, Ward et Siegert ont proposé cinq trajectoires différentes menant à l'agression qui sont regroupées dans le tableau ci-dessous. En fonction des trajectoires, des modes de prises en charge différentes pourraient être proposées.

Tableau 2 : Les cinq trajectoires liées à l'agression selon Ward et Siegert (2002)

Trajectoires	Mécanismes déficitaires				Spécificités des trajectoires
	Intimité/HS	Scripts sexuels déviants	Autorégulation émotionnelle	Distorsions cognitives (DC)	
Trajectoire 1	X	X (problème majeur)	X	X	<ul style="list-style-type: none"> - Idéalisation de la relation avec l'enfant - Intérêt marqué pour un partenaire enfant - « pédophiles purs » - DC notamment sur la maturité psychologique des enfants par rapport à la prise de décision du rapport sexuel
Trajectoire 2	X	X			<ul style="list-style-type: none"> - Les agressions surviendraient pendant les périodes de rejet et de solitude - Recherche d'une sexualité inappropriée et non d'une préférence sexuelle. La sexualité répond à ses besoins physiques, elle est exempte d'émotion et d'intimité
Trajectoire 3	X	Scripts sexuels normaux			<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à s'engager dans une relation intime avec un adulte (risque de rejet) - Enfant sécurisant - Sexualité déviante = besoin affectif
Trajectoire 4			X		<p>Deux types d'AVSE</p> <ul style="list-style-type: none"> - déficits dans la gestion émotionnelle type rage par exemple (agression = punir la conjointe) - Difficulté à se calmer (agression = augmentation de la confiance en soi et sentiment de bien-être) - Agression sexuelle = besoin émotionnel
Trajectoire 5		Absence de scripts sexuels déviants		X	<ul style="list-style-type: none"> - DC qui valident le comportement criminel = minimisation, rationalisation, justification des agressions

Conclusion

En conclusion de ce chapitre, nous avons présenté trois grands types de théories étiologiques de la violence sexuelle sur les enfants : les théories cognitives, les théories implicites et les théories multifactorielles. Dans les théories cognitives, Beck évoque sept schémas qui seraient activés dans la violence générale et qui présenteraient un biais dans le traitement de l'information : « les autorités sont contrôlantes, dénigrantes et punitives », « les conjoints sont manipulateurs, trompeurs et rejetants », « les étrangers sont des menteurs, des gens égoïstes et hostiles », « on ne peut faire confiance à personne », « pour maintenir ma liberté, ma fierté, ma sécurité, je dois contre-attaquer », « la force est la seule manière de se faire respecter par les autres », « si vous n'êtes pas à égalité, les autres m'écraseront ». L'analyse des distorsions cognitives dans la population des AVS est complexe. Le consensus dans la littérature considère que les excuses fournies par les agresseurs pour expliquer, justifier, rationaliser, minimiser et dénier leurs actes déviantes seraient attribuables à ce concept. Jusqu'à présent, la recherche n'est pas parvenue à identifier si ces distorsions cognitives sont présentes en phase pré-délictuelle ou post-délictuelle. Young, parallèlement à Beck, intègre dans sa définition du schéma précoce inadapté, la mémoire émotionnelle et prend en considération le développement de l'enfant et la satisfaction de ses besoins précoces. La recherche des SPI dans la population des AVSE est assez récente et peu de travaux ont été publiés sur le sujet. Toutefois ce qu'il en ressort c'est que plusieurs SPI s'activent au sein de cette population. Des scores plus élevés aux schémas *abandon / instabilité, isolement social, imperfection / honte, assujettissement* et *abnégation* ont été retrouvés dans une population d'AVSE comparativement à un échantillon de sujets non violents (Chakhssi et al., 2013 ; Richardson, 2006). Carvalho et Nobre (2014) rapportent une sur activation des domaines séparation/rejet, manque d'autonomie et de performance, orientation vers les autres et sur vigilance et inhibition chez les AVSE par rapport aux sujets non violents également. Dans la continuité des théories cognitives, Ward a introduit le concept de théories implicites en référence aux travaux de Premack et Woodruff (1978) sur la théorie de l'esprit. Les AVSE expliqueraient, comprendraient et anticiperaient les pensées, désirs et croyances des autres et particulièrement de leur victime grâce à ces TI développées très tôt dans la vie de l'individu suite à l'observation de comportements inappropriés. Six théories pourraient être présentes chez les

AVSE : « droits exagérés », « le monde est un endroit dangereux », « le monde est incontrôlable », « les enfants sont des objets sexuels », « il existe des degrés dans le mal » (Ward & Keenan, 1999 ; Paquette et al., 2014) et « les enfants sont des partenaires » (Paquette et al., 2014).

Parallèlement aux théories cognitives, des théories multifactorielles se sont développées. Ce qu'il est important de retenir des quatre modèles présentés, c'est l'existence de plusieurs facteurs de vulnérabilité à la violence sexuelle sur les enfants à commencer par des expériences de victimisation (Hall & Hirschmann (1990) ; Marshall & Barbaree (1990)) pendant l'enfance. Celles-ci associées à des modèles d'apprentissage défectueux ne permettraient pas à l'AVSE de développer des compétences sociales indispensables au développement et au maintien des relations interpersonnelles et sexuelles satisfaisantes (Finkelhor (1984) ; Hall et Hirschmann (1990) ; Marshall & Barbaree, (1990) ; Ward & Siegert (2002)). Les quatre modèles évoquent également des difficultés dans l'autorégulation émotionnelle. D'un point de vue cognitif, nous notons la présence de cognition et de distorsions cognitives qui justifient et autorisent les passages à l'acte (Hall & Hirschmann (1990) ; Ward et Siegert (2002)). Les quatre modèles évoquent la présence de fantasmes sexuelles déviantes et pour terminer des facteurs situationnels et contextuels précèdent les passages à l'acte.

Chapitre 3 : L'évaluation des auteurs de violence sexuelle sur les enfants

Les grands programmes anglo-saxons d'évaluation du risque et de traitement en thérapies comportementales et cognitives (TCC) s'appuient sur la théorie du risque et des besoins (Andrews & Bonta, 1998). L'objectif premier de ce modèle est de réduire la récidive. Selon les auteurs, pour atteindre cet objectif il est nécessaire d'identifier et de réduire les besoins criminogènes de l'AVS. Or, la plupart des psychothérapeutes ne sont pas formés à cette forme d'évaluation spécifique qui nécessite le recours aux échelles actuarielles. Ce modèle a eu un apport considérable dans la prise en charge des AVS, toutefois plusieurs critiques lui ont été formulées. Pour répondre à ces dernières, l'équipe de Ward de Nouvelle-Zélande a développé le Good Lives Model (Ward, 2002 ; Ward & Brown, 2003 ; Ward & Stewart, 2003). D'après ce modèle, les comportements sexuels déviants viseraient à satisfaire des besoins fondamentaux comme tous les autres comportements humains. L'objectif du traitement serait donc d'aider l'AVS à satisfaire ces besoins fondamentaux en privilégiant des comportements pro-sociaux. Avant de présenter les deux grands modèles anglo-saxons nous allons définir la notion de risque de récidive.

I. Les facteurs de risque de récidive

Les facteurs de risque se définissent comme des facteurs présents ou préexistants qui augmentent la probabilité d'adoption d'un comportement délinquant, ainsi que sa fréquence, sa persistance ou sa durée (Farrington, 2007). Il est souvent question de l'étude de la récidive sexuelle, ce n'est pourtant pas cette récidive qui est la plus fréquente. La littérature évoque deux catégories : les facteurs statiques (caractéristiques historiques qui ne peuvent pas être modifiés. Peu variables, ils s'aggravent avec le temps, Cortoni, 2009 ; citée par Brouillette-Alarie & Hanson, 2017) et les facteurs dynamiques (il s'agit des besoins criminogènes. Il s'agit en général de trait ou d'état psychologiques, Cortoni, 2009, citée par Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). Les facteurs dynamiques stables et aigus ont des fonctions différentes : les facteurs dynamiques stables permettent de cibler des pistes thérapeutiques alors que les

facteurs dynamiques aigus permettent d'identifier les périodes de risque élevé (Hanson & Harris, 1998 ; cités par Brouillette-Alarie & Hanson, 2017). En abordant les facteurs de risque de récidive, il convient de différencier la récidive sexuelle de la récidive non sexuelle.

Brouillette-Alarie et Hanson (2017) ont répertorié les facteurs de risque temporellement stables de la récidive sexuelle qu'ils définissent dans trois catégories principales (cf tableau 3) : la sexualité déviante, un mode de vie antisocial et une catégorie « autres facteurs de risque ». Au sein des catégories « sexualité déviante » et « mode de vie antisocial » nous retrouvons des facteurs statiques et des facteurs dynamiques.

Tous les facteurs issus de la catégorie « sexualité déviante » possèdent une bonne capacité prédictive du risque de récidive. Les auteurs rapportent que les intérêts sexuels déviants pour les enfants (issus des facteurs dynamiques stables) représentent le meilleur facteur prédictif de la récidive sexuelle. Seuls les facteurs statiques de la catégorie « mode de vie antisocial » ont quant à eux une bonne validité prédictive. Ils présentent par ailleurs une bonne validité à eux seuls. En se basant sur la méta-analyse de Hanson et Morton-Bourgon (2004) qui porte sur 31 216 individus, Brouillette-Alarie et Hanson (2017) citent les facteurs qui sont régulièrement cités dans la littérature mais pour lesquels il n'y aurait pas de lien directement associé à la récidive.

Tableau 3 : Facteurs de risque temporellement stables de la récidive sexuelle (adapté de Brouillette-Alarie & Hanson, 2017)

Sexualité déviante	Mode de vie antisociale	Autres facteurs de risque	Faux facteurs de risque
<p>Facteurs statiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infractions sexuelles antérieures - Caractéristiques des victimes sexuelles - Victimes extrafamiliale/inconnue - Victime de sexe masculin 	<p>Facteurs statiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes comportementaux pendant l'enfance (décrochage scolaire, fugues, etc.) - Antécédents criminels - Délinquance juvénile - Nombre de condamnations - Violence non sexuelle - Non respect des conditions de remise en liberté 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeune âge - Relations de couple - Pas de relation de couple longuement investie - Célibat - Instabilité/conflits conjugaux - Hostilité envers les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Victime de violence physique, sexuelle, psychologique pendant l'enfance (seul facteur statique) - Déni/minimisation des faits - Manque d'empathie envers les victimes - Faible estime de soi - Dépression - Anxiété - Déficit d'habiletés sociales - Gravité des crimes commis - Trouble mental grave - Motivation au début de traitement
<p>Facteurs dynamiques stables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification émotionnelle avec les enfants - Intérêt pour la violence sexuelle - Paraphilies sexuelles - Autorégulation sexuelle - Préoccupations sexuelles - Recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation - Attitudes favorables à la coercition sexuelle = faiblement relié à la récidive sexuelle 	<p>Facteurs dynamiques stables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnalité antisociale /psychopathie - Style de vie impulsif (prise de risque, instabilité à l'emploi, vie festive, etc.) - Irresponsabilité (incapacité à identifier et à résoudre ses problèmes) - Emotions négatives/hostilité - Manque de coopération dans le cadre de la surveillance - Pairs criminalisés 		

Le tableau 4 définit les facteurs de risque temporellement stables de la récidive non sexuelle. Brouillette-Alarie et Hanson (2017) évoquent deux catégories de facteurs de récidive (le mode de vie antisociale et les indices d'effondrement) auxquelles ils ajoutent les indices d'approches qui eux seraient prédictifs de la récidive sexuelle.

Tableau 4 : Facteurs de risque temporellement stables de la récidive non sexuelle (adapté de Brouillette-Alarie & Hanson, 2017)

Mode de vie antisociale	Indices d'effondrement (Badchishin, 2013) = prédictifs de la récidive générale	Indices d'approche (Badchishin, 2013) = prédictifs de la récidive sexuelle
Facteurs statiques	Facteurs dynamiques aigus	Facteurs dynamiques aigus
Les mêmes facteurs que pour la récidive sexuelle	Emotions/situations négatives susceptibles de précipiter une rechute <ul style="list-style-type: none"> - Effondrement émotionnel - Effondrement des supports sociaux - Intoxication à la drogue/ alcool 	Stratégies pour passer à l'acte <ul style="list-style-type: none"> - Accès aux victimes - Hostilité - Préoccupations sexuelles - Rejet de la surveillance

II. Les principales théories à l'origine de l'évaluation

Pendant très longtemps, la dangerosité des délinquants a été étudiée à travers des facteurs stables dit « statiques » c'est-à-dire qui n'évoluent pas avec le temps. Il s'agit de facteurs historiques liés à la récidive sur lesquels aucune action ne peut être engagée comme par exemple l'âge, les antécédents judiciaires (Andrews, Bonta & Wormith, 2006). Ces facteurs ont tendance à s'aggraver avec le temps. L'intérêt premier dans le repérage de ces facteurs est de répertorier les individus considérés comme « dangereux » toutefois cette démarche présente un inconvénient majeur : en plus de ne pouvoir agir sur ces facteurs, elle n'apporte pas de pistes d'intervention cible.

En 1990, Bonta, Andrews et Hoge ont introduit pour la première fois leur modèle Risque-Besoin-Réceptivité (R-B-R) souvent reconnu par la littérature internationale comme le plus efficace dans la lutte contre la récidive de la délinquance en général (Benbouriche, Vanderstukken, & Guay, 2015). Ce modèle s'est étendu de manière exponentielle et une multitude de programmes s'est développée (violences sexuelles, violences conjugales, etc.).

1) Le modèle Risque-Besoins-Réceptivité de Bonta et Andrews

Selon Andrews et Bonta, le moyen de diminuer le risque de récidive générale est de déterminer et de réduire les besoins criminogènes. L'efficacité de ce modèle, développé en 1990, a également été démontrée au niveau du risque de récidive sexuelle (Hanson, Helmus, & Hodgson, 2009). Il s'agit du modèle dominant au Canada dans la prise en charge des conduites délinquantes. Selon Bonta et Andrews pour œuvrer contre la récidive, les politiques pénales devraient privilégier la réinsertion des individus plutôt que de favoriser les conduites répressives qui ont démontré leurs limites à plusieurs reprises (Andrews & Bonta, 2010). Leur modèle repose sur trois principes : le principe du risque, le principe des besoins et le principe de réceptivité. Pour atteindre l'objectif de diminuer le risque de récidive, ces auteurs préconisent d'évaluer convenablement ce dernier afin d'orienter les stratégies d'interventions.

a. Le principe du risque

Il s'agit ici d'évaluer le risque de récidive afin d'orienter les futures stratégies de prise en charge. Cette évaluation structurée implique le recours à des outils valides d'expertise du risque. L'intérêt de cette phase est de repérer les individus à haut risque de récidive afin de déterminer l'intensité de la prise en charge : plus le risque est élevé et plus la prise en charge des besoins liés aux facteurs criminogènes devrait être active. Si le ratio entre le niveau de risque et l'intensité de la prise en charge n'est pas adapté, le risque de récidive peut augmenter. Une prise en charge peu active proposée à un individu présentant un risque très élevé de récidive peut augmenter cette dernière et à l'inverse, une prise en charge intensive pour un individu considéré à faible risque peut également augmenter la probabilité de récidive (Andrews & Bonta, 2015). Ce risque est évalué grâce aux échelles actuarielles. Depuis

plusieurs dizaines d'années des outils sont, en effet, développés pour mesurer ce risque de récidive, nous les évoquerons ultérieurement.

b. Le principe des besoins

Le clinicien s'intéresse ici aux facteurs de risque dynamiques qui vont être la cible de la prise en charge. Il s'agit des besoins criminogènes de l'agresseur. Ces facteurs se divisent en deux catégories, les facteurs dynamiques « stables » qui se développent sur plusieurs années (par exemple le développement d'une personnalité antisociale) et les facteurs dynamiques « aigus » qui précèdent, quant à eux, les passages à l'acte (les facteurs favorisant les comportements déviants) (Harris & Hanson, 2007). D'après Andrews et collaborateurs (1990), en parvenant à diminuer les facteurs dynamiques, c'est-à-dire les besoins criminogènes statistiquement reliés à la récidive, les facteurs de risque diminuent également. Les besoins criminogènes sont au nombre de huit : l'existence d'un passé criminel, la présence d'attitudes et de cognitions qui favorisent les comportements antisociaux (selon les critères diagnostiques du DSM-5, APA, 2013), la fréquentation de pairs antisociaux, les relations familiales et conjugales, l'école et le travail, la consommation d'alcool et de drogue, l'absence de loisirs et l'occupation pendant les temps libres (Andrews & Bonta, 2010 cités par Wooditch, Tang & Taxman, 2014). Le traitement s'intéresse uniquement aux facteurs criminogènes de l'individu, ses besoins non criminogènes n'étant pas considérés comme des cibles importantes de prise en charge.

c. Le principe de réceptivité

L'idée principale de ce dernier principe est double. Premièrement il s'agit de proposer un traitement dont l'efficacité a été démontrée (réceptivité générale). Les auteurs préconisent des stratégies d'interventions cognitives et comportementales. De nombreuses études dont des méta-analyses concluent que ces thérapies sont les plus efficaces en matière de lutte contre la récidive (Alexander, 1999 ; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990 ; Landenberger & Lipsey, 2005 ; Haute Autorité de Santé, 2009, Pearson, McDougall, Kanaan, Bowles, Torgerson, 2010 ; cités par Herzog-Evans, 2013). Deuxièmement, il apparaît primordial de s'intéresser aux caractéristiques intrinsèques de l'individu pris en charge qui vont favoriser ou non la

réceptivité au traitement : motivation au changement, capacités d'apprentissage, affects (réceptivité spécifique). Il apparaît donc indispensable d'évaluer les vulnérabilités individuelles ainsi que les ressources propres afin de proposer le meilleur suivi.

Même en appliquant scrupuleusement les directives d'un programme de prévention de la récidive dont une des variantes est le modèle Risque-Besoins-Réceptivité (R-B-R), les chercheurs du SOTEP (Sex offender treatment evaluation project) ont critiqué la trop forte structuration du programme et les limites importantes d'individualisation du traitement. En effet, ces programmes se divisent avant tout en modules de prise en charge. Certains modules seront suivis par l'intégralité des AVS (comme le module prévention de la récidive par exemple) d'autres seront suivis au besoin (prévention de la rechute addictive, habiletés sociales, etc.). En premier lieu destinée à des prises en charge collective, la théorie R-B-R a été adaptée au suivi individuel pour répondre au principe de réceptivité. Cette structuration jugée trop forte, impacte fortement la motivation au changement (Marquez, Wiederanders, Day, Nelson, & Van Ommeren, 2005).

Même s'il ne faut pas remettre en cause l'efficacité de ce modèle par rapport à la diminution avérée de la récidive (de 20 à 50%, en fonction des études, Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson 2009), ces directives ne seraient pas les mieux adaptées pour répondre aux besoins des individus qui ne présenteraient pas une motivation intrinsèque au changement (Ward, Mann, & Gannon, 2007). En effet, il apparaît difficile de motiver et d'impliquer les condamnés dans leur prise en charge alors que le modèle R-B-R évalue uniquement l'individu par rapport au risque qu'il présente par rapport à la communauté et qu'il encourage le développement d'une hypervigilance et d'un évitement des situations à risque.

2) Le Good Lives Model de Ward

Ce deuxième modèle théorique, le Good Lives Model (GLM), qui vise également la réinsertion des agresseurs a été proposé par l'équipe de Ward en réponse aux critiques faites à propos du modèle d'Andrews et Bonta. Il repose sur les théories cognitives et comportementales. Son objectif est identique : réduire le risque de récidive des auteurs de violence. Contrairement au modèle R-B-R qui se centre principalement sur les facteurs

criminogènes, ce modèle s'intéresse aux besoins, valeurs et buts de l'agresseur. Il stipule que ce dernier, comme tous les êtres humains, a des besoins primaires à satisfaire et émet l'hypothèse que développer une vie riche et pleine de sens permettrait d'éviter l'émission de comportements déviants qui viseraient uniquement, selon le modèle, à satisfaire ces mêmes besoins d'une manière non adaptée socialement (Ward, Mann, & Gannon, 2007). Une prise en charge par GLM ne serait pas plus efficace que par R-B-R, toutefois les individus en seraient plus satisfaits (Harkins, Flack, Beech, & Woodhams, 2012). D'après ce modèle, la violence sexuelle surviendrait lorsque l'AVS ne disposerait pas de ressources internes (compétences) et externes (occasion et soutien) suffisantes pour respecter ses besoins et ses valeurs par des moyens dit « pro-sociaux ». L'objectif de ce programme serait de développer les connaissances, les compétences et les ressources indispensables pour répondre à ses besoins fondamentaux, de manière socialement acceptable. La richesse de ce modèle tient dans le fait que l'individu choisit et priorise les objectifs de son plan de vie. Environ 600 programmes nord-américains ont intégré le GLM comme référence dans leur prise en charge du risque de récidive (Bonta & Andrews, 2003).

a. La notion de besoins, de buts et de valeurs

Deux types de besoins sont évoqués dans le GLM : les besoins primaires et les besoins secondaires ou instrumentaux. Selon le modèle, l'auteur de violence vise à satisfaire ses besoins primaires (valeurs, priorités de l'individu.) par des moyens inadaptés (identifiés comme besoins secondaires). Les besoins primaires se définissent comme un état d'esprit, des caractéristiques personnelles, des activités ou des expériences recherchées et susceptibles d'augmenter le bien-être (Deci & Ryan, 2000 ; Ward, Mann, Gannon, 2007). Les désirs et les préférences d'une personne ne doivent pas être confondus avec ses besoins primaires en ce sens qu'ils ne participent pas nécessairement à l'activation de valeurs et de sens donné à sa vie. La littérature a décrit un minimum de 11 besoins à satisfaire : la vie (une bonne santé et un bon fonctionnement physique), le savoir (avoir des connaissances dans les domaines importants pour soi), l'accomplissement dans le travail, l'accomplissement dans les loisirs, l'autonomie (avoir le sentiment de décider pour soi-même), l'équilibre émotionnel (libre de stress), les relations sociales (conjugales, familiales, intimes), la communauté, la spiritualité

(donner du sens à sa vie et se donner des buts), le bonheur (être engagé dans les activités qui engendrent des émotions positives) et la créativité (Aspinwall & Staudinger, 2003; Cummins, 1996; Deci & Ryan, 2000; Emmons, 1999; Linley & Joseph, 2004; Murphy, 2001; Nussbaum, 2000 ; cités par Ward, Mann, & Gannon, 2007). Ces différents domaines de besoins doivent être envisagés et intégrés dans l'élaboration du plan de vie de l'AVS.

Les besoins secondaires (buts de l'individu), appelés également besoins instrumentaux sont utilisés pour parvenir à satisfaire les besoins fondamentaux : la violence sexuelle pourrait être, selon les auteurs, un besoin secondaire pour atteindre un besoin fondamental. Par exemple un comportement sexuel déviant avec un enfant dans un contexte d'autorité, dans le cadre d'une relation privilégiée entre un enseignant et son élève pourrait être le besoin instrumental utilisé pour combler un besoin primaire d'intimité.

Le deuxième grand principe de ce modèle de réhabilitation, après les besoins, est centré sur les valeurs : les valeurs morales de l'AVS et les valeurs éthiques de la société. Les valeurs guidant la vie de l'AVS doivent être intégrées au programme afin de l'aider à développer une vie riche de sens (Maruna, 2001) et à le motiver au traitement (Chu & Ward, 2015).

b. Le passage à l'acte

Il existerait quatre façons d'arriver au passage à l'acte (Ward, Yates, & Willis, 2012). Selon le GLM, l'agression sexuelle serait la résultante d'une tentative imparfaite d'obtenir une vie accomplie. Quatre explications différentes sont proposées par les auteurs : 1) chercher à satisfaire un besoin primaire par un moyen inapproprié ou dangereux (chercher à satisfaire un besoin de pouvoir par l'agression sexuelle), 2) éventail trop étroit de besoins primaires ou la négligence de certains besoins dans le plan de vie (négliger le besoin de sexualité dans le plan de vie), 3) un manque de cohérence entre les besoins primaires visés et les moyens employés pour les satisfaire (chercher à satisfaire un besoin d'autonomie en cherchant à garder le contrôle de son partenaire peut avoir une influence négative sur le besoin d'intimité ou de sexualité) et 4) un manque de compétences, d'opportunité et/ou de ressource nécessaire pour

satisfaire les besoins primaires (un AVS qui présenterait un déficit en assertivité et qui ne pourrait pas satisfaire son besoin d'être respecté par ses collègues par exemple).

c. L'évaluation

Pour satisfaire ces besoins et comme évoqué plus haut, la personne doit disposer de ressources internes et externes qu'il va falloir évaluer. Tout comme la théorie R-B-R, celle-ci s'appuie sur les traitements ayant démontré leur efficacité dans le domaine de la violence sexuelle. L'évaluation dans le cadre du GLM vise trois objectifs : identifier les besoins primaires de l'AVS, identifier ensuite les objectifs et les valeurs cachés derrière l'agression et identifier les besoins secondaires/objectifs qui vont permettre à l'individu de satisfaire ses besoins primaires de manière adaptée. Cette évaluation débouche sur le développement d'un plan de vie qui intègre également les besoins criminogènes/facteurs de risque.

La première étape consiste à évaluer les besoins primaires c'est-à-dire évaluer le risque, établir les besoins criminogènes et estimer leur importance dans la vie de l'AVS. Les 11 catégories de besoins primaires sont analysées, l'objectif étant de rechercher les buts visés à travers les comportements déviants. Les besoins primaires les plus importants pour l'AVS sont étroitement liés à son identité, ses valeurs et à la perception de soi-même, des autres et du monde. Ils devront être travaillés en premier durant le traitement.

La seconde étape consiste à évaluer les besoins instrumentaux qui indiquent comment sont (ou devront être) satisfaits les besoins primaires.

Dans l'étape suivante, une attention particulière est donnée à l'environnement de l'individu puisque c'est le lieu dans lequel l'AVS va développer son plan de vie.

L'étape finale synthétise les trois premières : au regard de l'analyse des besoins primaires et secondaires et en cohérence à l'environnement de vie, des compétences à développer pour mettre à l'œuvre son plan de vie sont visées. A notre connaissance, il n'existe pas d'outil spécifique.

III. L'évaluation des facteurs de risque de récidive

Pour répondre au modèle R-B-R, plusieurs catégories d'instruments ont été développées et sont utilisées par les psychologues et psychiatres intervenants auprès des AVS : des instruments actuariels statiques (statique-99R, statique-2002, SORAG, VRAG), des instruments actuariels dynamiques (STABLE-2007, AIGU-2007), le test Psychopathic Check List-Revised (PCL-R) qui évalue la psychopathie, des tests de personnalité et le jugement clinique structuré (SVR-20, RSVP). Nous allons présenter les instruments les plus fréquemment utilisés d'après l'étude de Neal et Grisso (2014).

1) Evaluation actuarielle statique : la Statique-99 et Statique-2002-R

Les instruments Statique-99 (Hanson et Thornton, 1999) et Statique-2002-R (Helmus, Thornton, Hanson, & Babchishin, 2011) sont utilisés par plus de 65 % des professionnels outre atlantique intervenant auprès des AVS. La Statique-2002-R est la version révisée de la Statique-2002, qui elle-même est une version améliorée de la Statique-99. Il s'agit d'une échelle validée qui évalue la probabilité de récidive en se basant sur des facteurs de risques empiriquement validés. Elle se compose de quatorze items divisés en cinq catégories : l'âge, la persistance des infractions sexuelles, les intérêts sexuels déviants, les relations avec les victimes et la criminalité générale. L'avantage de cette échelle est la simplicité de son utilisation et l'accès facile à ses formations. L'inconvénient de cet outil est qu'il ne mesure que les risques statiques de récidive, ce qui limite considérablement son utilisation dans la prise en charge clinique.

2) Evaluation de la psychopathie : la PCL-R

L'échelle Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, Hare, 2003) est la plus utilisée pour mesurer le facteur de risque. Cette échelle semi-structurée nécessite une bonne connaissance de la psychopathie et une formation de plusieurs jours pour son utilisation. Il ne s'agit pas d'un outil d'évaluation du risque et elle n'évalue pas la sphère de la déviance sexuelle. Il

s'agit d'une échelle qui permet d'obtenir un score sur le continuum de la psychopathie. L'évaluation se fait au cours d'un entretien et de l'étude du dossier du sujet. Plusieurs domaines sont abordés : la scolarité, la vie professionnelle, les antécédents psychiatriques, les antécédents familiaux, les relations affectives, les comportements antisociaux et l'abus de substances. L'évaluateur doit envisager un score aux différents items allant de 0 à 2 (0 = item absent ; 1 = item présent mais peu prononcé ; 2 = item nettement présent). L'échelle se compose de 20 items regroupés en deux facteurs (facteur 1 : caractéristiques narcissiques et hystériques, détachement et absence de détresse émotionnelle, égocentricité, dureté, absence de remords ; facteur 2 : comportements antisociaux et faible contrôle, irresponsabilité, impulsivité, recherche de sensations). Le score total permet de positionner le sujet sur un continuum de la psychopathie (< 15 = niveau faible ; 15-24 = niveau moyen ; 25-30 = niveau élevé ; score > 30 = niveau très élevé). A noter que les Etats-Unis déterminent un facteur de psychopathie plus important qu'en Europe : pour évoquer un diagnostic de psychopathie, il leur faut atteindre un score de 30 alors qu'un seuil de 25 sur notre continent suffit. Cette échelle est validée pour la population médico-légale et psychiatrique médico-légale (Voyer & Senon, 2012).

3) Le jugement clinique structuré : le SVR-20

Le Sexual Violent Risk, 20 items (SVR-20) a été développé par Boer, Hart, Trop & Webster en 1997. C'est un guide d'évaluation clinique structuré constitué d'une liste de 20 facteurs de risque de la violence sexuelle qui se divisent en trois grands domaines : l'ajustement psychosocial (déviance sexuelle, victime de violence sexuelle pendant l'enfance, psychopathie, trouble psychiatrique, consommation de substances, suicide/idées suicidaires, problèmes relationnels, problèmes professionnels, antécédents de violence non sexuelle, antécédents judiciaires sans avoir eu recours à la violence, refus de surveillance passé), les antécédents de violence sexuelle (fréquence, type d'agression, violence physique, recours aux armes, escalade de la fréquence ou du niveau de violence, minimisation sévère/déni, attitudes qui supportent/tolèrent les agressions) et les projets d'avenir de l'individu (manque de plans réalistes, attitudes négatives vis-à-vis de l'intervention) . Pour chaque item, l'évaluateur doit se prononcer sur le degré de risque potentiel présenté par l'agresseur : faible, moyen, élevé en se basant sur le dossier de l'AVS et en s'entretenant avec lui.

4) Evaluation actuarielle dynamique : la STABLE-2007 et l'AIGU-2007

La STABLE-2007 et l'AIGU-2007 sont des échelles actuarielles qui évaluent les facteurs de risque dynamique. A l'origine de ces échelles Hanson et Harris avaient développé l'échelle SONAR (Sex Offender Need Assessment Scale). La STABLE-2007 (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007) est utilisée par un peu moins de 10% des professionnels. Elle permet d'évaluer les besoins criminogènes de l'agresseur en ayant recours à des facteurs de risque dynamiques stables. Cette échelle comporte 13 items qui se divisent en cinq catégories différentes : les influences sociales négatives, les problèmes relationnels (instabilité conjugale, identification émotionnelle aux enfants, hostilité envers les femmes, rejet social, manque d'empathie) ; la maîtrise de soi (impulsivité, les faibles aptitudes cognitives de résolution de problème, la tendance aux émotions négatives et à l'hostilité) ; la maîtrise de soi sur le plan sexuel (libido élevée/préoccupations sexuelles, recours à la sexualité comme mécanisme d'adaptation, intérêts sexuels déviants) ; le manque de coopération dans le cadre de la surveillance. Pour chacun des 13 items un score entre 0 et 2 est donné. Le score global s'obtient en additionnant les scores aux différents items (score maximum de 26). Un score de 0 à 3 indique un niveau faible de facteurs de risque dynamique, un score qui s'étend de 4 à 11 indique un risque modéré et un score supérieur ou égal à 12 indique un risque élevé. L'AIGU-2007 également nommée ACUTE-2007 a été développée parallèlement. Elle se compose de sept items et évalue l'accès aux victimes, l'hostilité, les préoccupations sexuelles, le rejet de la surveillance et l'effondrement émotionnel, l'effondrement des supports sociaux et la consommation de substance. Les items sont évalués sur une échelle à quatre points qui cote pour deux points au maximum (0 = pas de problème, 1 = existence de problèmes, 2 = problème significatif ou intervention immédiate c'est-à-dire que les facteurs de risque sont suffisamment présents pour leur accorder une attention immédiate) avec un score global qui s'élève à 14. Hanson et collaborateurs, (2007) rapportent que ces échelles ont une bonne capacité prédictive de la récidive, toutefois les études sur le sujet sont assez limitées du fait de la complexité de la méthodologie des recherches se basant sur la question de la récidive.

5) Evaluation des fantasmes sexuelles déviantes

Dans les pays anglo-saxon, en plus d'échelles psychométriques spécifiquement destinées à la mesure de la déviance sexuelle, l'évaluation inclue la plupart du temps des données phallométriques en ayant recours à la pléthysmographie pénienne. Cet examen permet de quantifier les préférences sexuelles des AVS. Ces mesures tendent à objectiver l'intérêt sexuel que les agresseurs sexuels portent aux enfants. Cependant, cette technique reste très controversée. En effet, Launay (1999) tout comme Marshall et Fernandez (2000) dans une revue de la littérature, rapporte l'absence de standardisation quant à son utilisation. Il cite 48 laboratoires qui possèderaient chacun leur matériel et protocole, sans qu'il y ait réellement de consensus à partir duquel il serait fixé un degré de déviance. Deux intérêts principaux peuvent néanmoins être relevés quant à l'usage de mesures phallométriques sur les agresseurs sexuels : la capacité de prédiction des récidives et la capacité de distinction des AVSE.

IV. L'évaluation en France

En juillet 2009, La Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge des auteurs de violences sexuelles à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans. Ces recommandations ont été élaborées à la demande du ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports pour répondre aux évolutions législatives sur la prévention de la récidive (loi du 10 août 2007 qui renforce la lutte contre la récidive) et proposer des pistes de prise en charge thérapeutiques aux professionnels de la santé qui sont amenés à les rencontrer dans le cadre de ces soins légalement ordonnés. Un des objectifs de ces recommandations était de répondre à la question de l'évaluation des AVS.

Suite à une évaluation clinique initiale, l'HAS propose d'établir des objectifs de prise en charge spécifiques en identifiant les vulnérabilités et les ressources des auteurs de violences sexuelles. Elle souligne l'importance de déterminer les facteurs déclenchant et de maintien des comportements sexuels déviants. Elle présente également une série d'outils qui peuvent être utilisés pour évaluer les domaines suivants : psychopathologie générale, problématiques associées à l'agression sexuelle, risque de récidive. Les pistes de traitement découlent donc

d'une évaluation initiale qui vise trois objectifs selon plusieurs auteurs (Aubut, 1993 ; Clipson cité dans les argumentations de l'HAS, 2009) : un objectif de diagnostic (axe I, axe II selon le DSM par exemple, fonctionnement cognitif et neuropsychologique), un objectif thérapeutique (déficits spécifiques et non spécifiques à la violence sexuelle) et une évaluation du risque de récurrence. Rappelons que pour atteindre la plupart de ces objectifs une formation spécialisée est nécessaire pour utiliser ces outils spécifiques. Cette évaluation initiale se compose d'une évaluation clinique et d'une évaluation psychométrique. La plupart des auteurs s'accordent à dire que les échelles d'évaluation ne peuvent remplacer le jugement clinique des professionnels. Pourtant, le problème soulevé par l'absence d'outils d'évaluation standardisés est que deux professionnels peuvent conclure à des évaluations complètement différentes pour une même personne placée sous main de justice (Benbouriche, Ventéjoux, Lebougault, & Hirschelmann, 2012, cités par Benbouriche, Vanderstukken, & Guay, 2015).

Pour développer une prise en charge adaptée, l'évaluation selon Clipson (2003) doit intégrer trois dimensions : une analyse diagnostique de l'AVSE (axe I, axe II et évaluation du fonctionnement cognitif), une compréhension des dynamiques de l'individu / des facteurs contextuels (choix des victimes, facteurs qui favorisent le passage à l'acte) et une évaluation du risque de récurrence (étape centrale selon l'auteur). L'auteur préconise d'investiguer plusieurs domaines : les données démographiques, notamment le statut marital reconnu aujourd'hui comme un facteur de risque de récurrence, les détails sur l'agression sexuelle, l'empathie à l'égard des victimes, les capacités d'insight, l'existence d'un traitement actuel ou passé à visée de prévention de la récurrence, l'histoire de victimisation, l'histoire familiale, le développement du sujet (en lien avec le développement émotionnel, la délinquance pendant l'enfance et l'adolescence), l'histoire scolaire, professionnelle, les relations sociales, l'histoire sexuelle, les antécédents légaux, médicaux (dont l'abus de substance et les antécédents psychiatriques) et le fonctionnement psychologique.

En France, l'évaluation clinique est majoritairement basée sur des théories psychodynamiques. Le recours aux techniques projectives est majoritaire malgré l'indication des thérapies comportementales et cognitives. En ce qui concerne l'évaluation clinique qui nous intéresse particulièrement, deux outils sont régulièrement cités en France : le QICPAAS,

développé par une équipe française : Balier, Ciavaldini et Girard-Khayat (1997) à la demande de la Direction Générale de la Santé et le guide d'investigation clinique de l'équipe du Docteur Aubut (1993) de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

1) Le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS)

Cet outil a été développé par Balier et collaborateurs (1997). Il a été créé dans le cadre d'une recherche action menée sur une population française de 176 AVS. D'inspiration psychanalytique, il vise l'analyse de l'organisation psychique du sujet. Il se compose de douze parties qui comprennent des questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées (données sociodémographiques ; nature du chef d'inculpation actuel ; nature de l'acte d'agression sexuelle ; description de l'acte ; perception de l'acte par le sujet ; investigation de la vie sexuelle en dehors de l'acte consigné dans le chef d'inculpation ; investigation de personnalité ; investigation familiale ; relations affectives amicales ; investigation somatique). D'une durée moyenne de 3h30, sa passation nécessite deux à trois entretiens avec l'AVS. A ce jour, il n'existe pas de critère de cotation ni de grille d'interprétation pour cet outil.

2) Le guide de l'évaluation clinique d'Aubut

Il a été développé en 1993 par l'équipe du Docteur Aubut de l'institut Philippe Pinel de Montréal spécialisé dans la prise en charges des AVS. Il permet quant à lui d'évaluer 23 domaines importants dans le développement et le maintien d'une problématique de violence sexuelle. Contrairement au QICPAAS, ce guide ne contient pas de questions types mais présente les domaines importants à investiguer lors d'un entretien clinique (identification ; situation juridique actuelle et raisons de l'évaluation ; sources d'information ; antécédents criminels ; antécédents psychiatriques ; antécédents médico-chirurgicaux ; antécédents criminels de la famille ; antécédents psychiatriques de la famille ; antécédents médico-chirurgicaux de la famille ; consommation d'alcool et de drogues ; délit(s) actuel(s) ; développement sexuel ; histoire personnelle, familiale et maritale ; antécédents scolaires ; vie professionnelle ; type de loisirs ; usage de documents pornographiques ; état mental ; niveau

de reconnaissance ; diagnostic selon le DSM ; diagnostic selon une typologie de délinquance sexuelle ; facteurs associés à la délinquance sexuelle ; recommandations). Il s'agit d'une synthèse de plusieurs guides d'évaluation issus de la littérature scientifique et de l'expérience cliniques des auteurs. Cet outil est avant tout clinique, il n'existe pas de grille de cotation ni de données psychométriques.

Conclusion

Dans ce chapitre nous avons défini les deux principales théories à l'origine de l'évaluation des AVSE. La littérature liste les facteurs de risque statique (caractéristique historique, ils ne peuvent que s'aggraver avec le temps) et dynamique (les besoins criminogènes) à l'origine de la récidive. Les facteurs de risques dynamiques stables permettent d'orienter les besoins de prise en charge de l'individu alors que les facteurs dynamiques aigus permettent de pointer des périodes à risque de récidive. Andrews et collaborateurs (1990) ont développé le modèle Risque-Besoins-Réceptivité, considéré encore actuellement comme le plus efficace en matière de lutte contre la récidive. L'objectif de ce modèle est de réduire les besoins criminogènes en évaluant le risque de récidive statique et dynamique afin de développer des stratégies de prise en charge efficace. Un deuxième modèle ayant pour objectif la réinsertion des AVSE et indirectement la lutte contre la récidive a été développé par Ward : le Good Lives Model. Ce modèle repose sur la prise en compte des besoins, valeurs et buts de l'agresseur. Si une prise en charge par ce modèle n'apparaît pas plus efficace que par le modèle R-B-R, les AVS en seraient plus satisfaits (Harkins et al., 2012). Selon Ward, la violence sexuelle serait la conséquence de difficultés à développer et mettre en place des compétences suffisantes pour respecter des besoins et des valeurs de manière pro-sociale. L'AVSE aurait, comme tout individu, des besoins primaires (valeurs) et chercherait à les identifier par des moyens inadaptés (besoins secondaires, criminogènes). Quatre voies conduiraient au passage à l'acte sexuel déviant : le recours à des moyens inadaptés pour satisfaire le besoin primaire sous-jacent, une incohérence entre le besoin primaire et le moyen de le satisfaire, des besoins primaires insuffisamment développés ou trop peu considérés dans le plan de vie de l'individu et un manque de compétence/opportunité/ressource pour satisfaire le besoin primaire.

Il existe plusieurs échelles actuarielles qui permettent d'évaluer le risque probable de récidive : les échelles Statique-99 et Statique-2002-R (elles évaluent une probabilité de récidive en s'appuyant sur les facteurs de risque connus), la PCL-R qui place l'individu sur le continuum de la psychopathie, le guide d'évaluation clinique structurée : Sexual Violent Risk à 20 items (20 facteurs de risque de la violence sexuelle) et les échelles STABLE-2007/AIGU 2007 qui évaluent chacune les facteurs de risque de récidive dynamique. Dans le cadre de l'évaluation de l'AVSE, deux outils d'entretien qui n'intègrent pas la dimension actuarielle sont régulièrement cités en France : le QICPAAS (Balier et al., 1997) et le guide de l'évaluation clinique d'Aubut (1993).

Etudes

Introduction

L'application de programmes anglo-saxons se confronte à des obstacles dans l'hexagone. La dominance de la pratique psychanalytique, l'absence de la culture de l'évaluation scientifique et la résistance envers les protocoles de prise en charge, perçus comme non individualisés, rendent difficile la mise en place de ces traitements.

Un nombre important de soignants qui exercent en ambulatoire se trouve démuné lorsqu'il s'agit de prendre en charge un AVSE. Le problème est le suivant : si l'AVSE est soumis à des soins sous contrainte, l'objectif fixé par la justice est de limiter la récidive. Or, si les professionnels évaluent l'individu sans orienter la démarche, la probabilité pour le soignant de viser les besoins primaires/secondaires ou les facteurs criminogènes semble assez limitée. Un des objectifs principaux de cette thèse est de développer un entretien semi-structuré que tout psychothérapeute formé aux TCC et non spécialisé en violence sexuelle puisse s'approprier. En dépit de sa fréquente utilisation par les équipes soignantes spécialisées en France, nous n'avons pas sélectionné le QICPAAS issu de la théorie psychanalytique. Nous souhaitons, à travers cette étude, développer une grille d'entretien issue du modèle cognitivo-comportemental. En s'appuyant sur la grille d'Aubut (1993) nous avons donc cherché à nous rapprocher un maximum d'une analyse fonctionnelle du type de l'analyse comportementale et cognitive dite « SECCA » mise au point par Cottraux et Mollard (Cottraux, Bouvard, & Legeron, 1985) avec ses axes synchronique et diachronique afin de conceptualiser et contextualiser la problématique des AVSE. Cette grille d'entretien facilite la prise en charge ultérieure et permet de développer une alliance thérapeutique nécessaire au bon déroulement du traitement. Le recours aux échelles actuarielles qui évaluent le risque de récidive concerne davantage les professionnels de la justice (experts psychologues et psychiatres, conseillers d'insertion et de probation formés à ce type d'évaluation). Cette thèse, qui se veut clinique, vise à aider davantage les professionnels vers qui sont orientés les AVSE dans le cadre d'une obligation ou d'une injonction de soin.

La littérature internationale conclue d'une part à l'existence de facteurs communs aux différentes théories étiologiques et d'autre part à l'inexistence de consensus pour expliquer

l'émergence de la violence sexuelle sur les enfants. Afin d'analyser les dysfonctionnements émotionnels, cognitifs, comportementaux et dans le but de conceptualiser/contextualiser les comportements sexuels déviants commis, une première étape d'analyse des facteurs fondamentaux nous a semblé indispensable. En effet, partir de facteurs prédéfinis risquait de nous faire perdre des données importantes pour notre échantillon français. La première étude est exploratoire, nous ne formulons aucune hypothèse sur les fonctionnements cognitivo-émotionnels et nous ne nous basons sur aucune théorie étiologique pour les raisons préalablement citées. L'objectif secondaire de notre première étude est d'analyser le profil psychopathologique et de personnalité des AVSE qui présentent, d'après la littérature, un tableau très hétérogène. Dans le but de mieux connaître notre échantillon et de respecter les recommandations de l'HAS, nous avons évalué, à partir d'un entretien semi structuré, les troubles mentaux (M.I.N.I de Lecrubier et al, 1997) et les troubles de la personnalité à partir du questionnaire d'Hyler (PDQ-4 plus, 1994). Il est régulièrement question de comorbidités de l'axe I et de l'axe II du DSM (Harsch, Bergk, Steinert, Keller, & Jockusch 2006 ; Marshall, 2007 ; Baltieri, & De Andrade, 2008 cités par l'HAS, 2009). Plusieurs outils sont généralement utilisés pour évaluer les aspects catégoriels (le Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI-IV par exemple, Millon, 2015) et dimensionnels de la personnalité des AVS. Trois outils sont généralement utilisés pour évaluer les dimensions de la personnalité : l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2 Forme Restructurée de Ben-Porath et Tellegen (MMPI-2-RF, 2008), l'inventaire de personnalité, troisième édition de Costa et McCrae (NEO-PI-3, 2016) et l'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ, Eysenck, 1975). Le MMPI-2-RF permet d'identifier la dynamique psychologique du sujet en dressant un aperçu des troubles psychopathologiques, des troubles de la personnalité et des tendances comportementales associées. Le MMPI-2-RF se compose de 338 items issus du MMPI 2 et se compose de 51 échelles. Le temps de passation est de 25 à 50 minutes. Le NEO-PI-3, révision du NEO PI-R, définit un profil de personnalité selon le modèle des Big Five. Cet outil propose 30 facettes de la personnalité qui se regroupent en cinq grandes dimensions : l'extraversion (la tendance à l'extériorisation, l'activité, la sociabilité, l'assurance et les émotions positives), le névrosisme (la tendance à l'instabilité et aux émotions négatives), l'ouverture à l'expérience (l'imagination, la curiosité intellectuelle), l'agréabilité (la tendance à l'altruisme, la disposition à aider les autres) et le caractère consciencieux (tendance à la

planification, l'organisation et la mise à exécution des tâches). Cet outil se compose de 240 items et nécessite 20 à 30 minutes de passation. Le troisième outil est l'EPQ (Eysenck, 1985) qui se compose de 100 items. Il évalue trois dimensions de la personnalité : deux dimensions communes au modèle des Big Five, l'extraversion/le névrosisme et la dimension du psychoticisme. Une version réduite de l'EPQ a été développée : le questionnaire EPQR-A (Francis, Brown, & Philipchalk, 1992). Il se compose de six items par dimension (extraversion, névrosisme, psychoticisme et mensonge) pour un total de 24 items. La passation est très brève, moins de dix minutes sont nécessaires. L'échelle extraversion évalue des traits tels que la sociabilité, l'activité, la domination, la recherche de sensation, etc. Des scores élevés à l'échelle névrosisme témoignent d'une hyperactivité émotionnelle générale, d'une labilité émotionnelle. Le psychoticisme se définit comme un continuum entre les conduites empathiques et schizoïdes ou antisociales. Il se caractérise par l'impulsivité, la contrainte. Il comprend des traits de personnalité tels que l'agressivité, l'égoïsme, l'impulsivité, la créativité, le comportement antisocial et le manque d'empathie (Bouvard, Aulard-Jaccod, Pessonneaux, Hautekeete & Rogé, 2010). Du fait de notre intérêt pour la dimension « psychoticisme » et de l'avantage de la rapidité de passation nous avons choisi d'utiliser l'EPQR-A dans notre deuxième étude.

La présence de distorsions cognitives qui pourraient être une façon de justifier, rationaliser le passage à l'acte nous a incités à nous intéresser de plus près au niveau de désirabilité sociale (DS) exprimé par les AVSE. Dans le cadre d'une recherche sur les AVS et parfois en clinique, il apparaît primordial d'évaluer la tendance à la DS surtout lorsque l'étude se base sur la passation d'auto-questionnaires. En effet, des scores élevés en DS peuvent influencer les réponses en lien avec l'évaluation de comportements violents (Fraboni & Cooper, 1989 ; King & Bruner, 2000 ; cités par Seol, 2007). L'échelle la plus souvent employée dans l'étude de la DS auprès de population d'AVS est la « Marlowe-Crown Social Desirability Scale » (Crowne, & Marlowe, 1960). Ce questionnaire se compose de 33 affirmations pour lesquelles le participant doit répondre par vrai ou faux. Dix-huit de ces items sont orientés positivement et 13 négativement dans le but de rendre l'interprétation plus difficile. Un score élevé rend compte d'un niveau de DS important. L'échelle s'utilise pour montrer la tendance que peuvent avoir les gens à se montrer sous un jour plus favorable que la réalité en dehors de

contextes psychopathologiques. Ainsi, un score élevé rend compte d'un niveau de DS important. Reynolds (1982) a proposé trois versions abrégées de l'échelle initiale : la forme A qui contient 11 items (3, 6, 13, 15, 16, 19, 21, 26, 28, 30, 33), la forme B qui contient 12 items (les mêmes que la forme A auxquels on ajoute l'item 12) et la forme C qui se compose de 13 items (on ajoute l'item 10 aux items de la forme B). Reynolds a rapporté une moyenne de 5,67 ($SD = 3,20$) pour son échantillon de 608 étudiants sur la forme C. Cette version a été étudiée auprès de 1096 délinquants (Andrews & Meyer, 2003). Dans cette étude la moyenne de leur échantillon était de 7,61 ($SD = 3,32$), toutes violences confondues. Les scores obtenus étaient plus élevés que les scores des échantillons non violents rapportés dans la littérature sur le sujet. Les auteurs ne relèvent pas d'effet de l'âge, du genre ou du niveau d'éducation. Le score moyen de leur groupe d'AVSE ($n = 36$) était de 7.03 ($SD = 3,45$). Les auteurs concluent à la solidité de la forme C pour l'évaluation du niveau de DS dans une population violente. Les contextes, judiciaire et carcéral, peuvent en effet motiver les individus à mentir et à tenter de renvoyer une image falsifiée d'eux même. C'est la raison pour laquelle nous avons inclus l'évaluation de cette variable au cours de notre deuxième étude. Ne disposant pas de scores comparatifs de DS dans la population française, nous avons étudié cette variable dans un échantillon de 418 sujets. Dans cette seconde étude nous avons aussi exploré la validité divergente et convergente de l'échelle de DS avec les échelles de l'EPQR-A. Nous avons enfin comparé les scores de nos sujets AVSE avec deux groupes contrôles : un groupe de sujets condamnés pour des faits de violence non sexuelle et un groupe de sujet sélectionné parmi notre premier échantillon issu de la population générale.

Si tous les AVSE ne présentent pas de troubles de la personnalité, la plupart d'entre eux ont vécu des expériences adverses pendant leur enfance. Certains de leurs besoins fondamentaux n'ont pas été comblés. Les schémas précoces inadaptés (SPI) sont très peu étudiés sur la population d'AVS et particulièrement d'AVSE, pourtant la thérapie des schémas a montré son efficacité sur une population de criminels (Young et al., 2005). A notre connaissance, aucune étude ne porte sur l'analyse de SPI dans une population d'AVSE français. Notre dernière étude investigate donc ces variables et les compare aux SPI présents dans un échantillon de sujets violents et de sujets non violents. Les SPI s'évaluent grâce à un questionnaire, le Young Schema Questionnaire (YSQ). Plusieurs études évaluent les qualités psychométriques de la

seconde version du questionnaire abrégé des schémas de Young : YSQ-S2 (Young, 1998, cité par Mauchand, Lachenal-Chevallet & Cottraux, 2009). Cette version se compose de 75 items permettant de mesurer 15 SPI. Le nombre de schémas précoces a été augmenté à 18 dans la dernière version du questionnaire. Très peu d'études évaluent les qualités de cette dernière version (Young Schema Questionnaire Short Form 3 - YSQ-S3). Bouvard, Denis et Roulin (sous presse) ont étudié les qualités psychométriques de cette version dans un échantillon francophone de 605 sujets. Ils ont confirmé la structure factorielle des cinq dimensions décrites par Young recommandant d'utiliser les scores des 18 SPI et un score total (Bouvard et al., sous presse). Une description des SPI figure dans le chapitre 2 (voir page 49).

Au final notre travail de thèse se compose de trois études. La première consiste en une analyse contextuelle du passage à l'acte sexuel sur mineur de 15 ans. La seconde vise l'analyse des qualités psychométriques d'une échelle de désirabilité sociale et la dernière compare un échantillon d'AVSE à deux groupes contrôles (sujets violents et sujets non violents) sur les scores aux 18 schémas précoces inadaptés de Young.

Première étude : analyse contextuelle du passage à l'acte sexuel sur mineur de 15 ans

I. Méthode

1) Caractéristiques de la population étudiée

La moyenne d'âge des participants ($n = 19$) est de 46 ans ($M = 46,47$; $SD = 11,87$; étendue = 20-65). Dix-sept sujets ont commis des crimes sexuels et deux ont commis des agressions sexuelles. Douze d'entre eux ont commis des agressions intrafamiliales, quatre des agressions extrafamiliales et trois des agressions mixtes. Quinze sujets ont été condamnés avec la circonstance aggravante de faits commis par ascendance ou par personne ayant autorité. Quatre auteurs de violences sexuelles (AVS) ont commis les faits sur des victimes garçons, 14 sur des victimes filles et un sur les deux sexes. La moyenne d'âge des victimes est de 10 ans ($M = 9,68$; $SD = 3,16$). L'âge des victimes s'étend de 3 à 14 ans. Seuls sept AVS comptent une victime unique. Quatre AVSE ont agressé 2 victimes, deux AVSE comptent trois victimes, un AVSE a fait 4 victimes, deux AVSE comptent six victimes, un AVSE a fait huit victimes, un AVSE a fait 11 victimes et un AVSE a fait 20 victimes. Trois sujets purgent une peine en récidive et les 16 autres sont incarcérés pour la première fois. Six agresseurs rapportent avoir été eux même victime de violence sexuelle pendant leur enfance. En ce qui concerne leur état civil, quatre se déclarent célibataires, 5 sont en couple (4 mariage, une vie maritale) et dix ont divorcé. Nous précisons également que les sujets se situent en moyenne à 15 ans après les faits ($M = 15,06$; $SD = 8,14$; étendue = 3-31).

2) Procédure

Nous avons rencontré 73 hommes majeurs condamnés par la justice française pour des faits de violences sexuelles sur mineurs (délits et crimes sexuels). Sur ces 73 personnes, 16 ont été automatiquement exclues de l'étude (22 %) pour des contre-indications (déli total, violences

sexuelles également sur des personnes majeures), 14 personnes (19 %) ont refusé, prétextant plusieurs raisons (pas envie de reparler de l'affaire, travail, transfert de centre de détention). Vingt-quatre sujets ont accepté lors de la présentation de l'étude et ne sont pas revenus à l'un des entretiens programmés ce qui porte le taux de mortalité expérimentale de l'étude à 33 %. Au final, nous avons sélectionné 19 sujets (26 %) qui ont participé à l'intégralité de l'étude qui consiste en la passation d'un questionnaire, le Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ4+) de Hyler (1994), d'un entretien semi structuré M.I.N.I.5.0.0 (Sheehan, & Lecrubier, 1998) et d'un entretien semi-structuré développé pour cette étude. Les critères d'inclusion pour cette étude étaient que les sujets aient été condamnés par la justice française pour des crimes et/ou délits sexuels à l'encontre d'un mineur. Nous attendions d'eux également un minimum de reconnaissance des actes étant donné qu'une partie de l'entretien porte sur les faits.

Cette étude s'est déroulée au Centre de Détention de Toul en Meurthe et Moselle. Pour effectuer cette recherche nous avons obtenu plusieurs autorisations. Nous avons contacté le Comité de Protection de Personne de Nancy qui nous a renvoyé vers la juge. Les sujets destinataires de l'étude étant placés sous main de justice, cette recherche ne relève pas de leur fonction. La Juge chargée de l'Application des Peines (JAP) du tribunal de grande instance de Nancy, responsable des personnes privées de liberté, nous a autorisé l'accès aux dossiers et fiches pénales (après autorisation des personnes placées sous main de justice) dans le but de sélectionner les participants en fonction de critères préalablement définis et nous a autorisés à rencontrer la population concernée. Cette autorisation a également été validée par le Directeur et Directeur adjoint du Centre de Détention, sous couvert de la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires de Strasbourg. Pour renforcer ces autorisations, nous avons soumis notre recherche au Comité d'Ethique de l'Université de Savoie Mont Blanc qui l'a validée.

Pour sélectionner les participants, nous nous sommes mis en contact avec la psychologue PEP (plan d'exécution des peines). Elle nous a aidé à présélectionner une liste de détenus dont le motif d'incarcération correspondait à notre recherche.

Nous avons rencontré les sujets lors d'un premier rdv fixé par courrier. Les sujets ont été sélectionnés par ordre d'arrivée sur la liste (liste établie par rapport au numéro d'écrou). La recherche leur a été expliquée. La confidentialité et l'anonymat des données ont été exposés aux participants avant de leur faire signer un formulaire de consentement éclairé. Les participants qui ont offert leur participation ont également donné leur autorisation pour que nous accédions à leur dossier pénal. Un point a été particulièrement marqué dans l'explication de l'absence complète de lien avec le ministère de la justice. Il était effectivement important de distinguer la recherche des expertises psychologiques et psychiatriques, d'éventuelles libérations conditionnelles, permissions de sortie et remises de peine supplémentaires. Etant donné qu'il n'y avait aucun bénéfice direct à la participation à la recherche, un manque d'investissement, des refus aux convocations, des difficultés à terminer le protocole ont été relevées. Deux rendez-vous d'une heure en moyenne ont été nécessaires pour le recueil des informations et la passation des outils psychométriques et un rendez-vous d'une durée moyenne de deux heures a permis la passation de l'entretien semi-structuré développé pour cette recherche.

A plusieurs reprises au cours de cette étude et pour une durée totale de quatre mois, notre autorisation d'accès à la détention a été suspendue (prise d'otage d'une psychologue du centre de détention et changement de Direction).

3) Outils de l'étude

a. Entretien structuré M.I.N.I.5.0.0 (Sheehan, & Lecrubier, 1998)

Cet entretien structuré (Mini International Neuropsychiatric Interview ; Sheehan & Lecrubier, 1998) se réfère aux troubles psychiatriques selon l'axe I du DSM-IV (Apa, 1994). Il évalue les troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique, anxiété généralisée), les troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, dysthymie, épisode (hypomaniaque)), les troubles schizophréniques, les dépendances/abus (alcool, drogues) et les troubles des conduites alimentaires (l'anorexie mentale, la boulimie). En plus de l'axe I du DSM-IV (Apa, 1994), l'entretien évalue la personnalité antisociale de l'axe II.

b. Questionnaire PDQ4+ (Hyler, 1998)

Le PDQ4+ (Personality Disorder Questionnaire, Hyler, 1998) évalue les troubles de la personnalité (TP) répertoriés dans le DSM-IV (Apa, 1994). En plus des 10 troubles de l'axe II (schizoïde, schizotypique, paranoïaque, dépendant, évitant, histrionique, borderline, narcissique, antisociale et obsessionnel compulsif), il évalue les personnalités, dépressive et négativiste/passive agressive. La passation de ce questionnaire s'effectue en deux étapes : une auto-évaluation par le sujet (répondre aux questions par vrai ou par faux) et une hétéro-évaluation par le clinicien (échelle de signification clinique) pour tous les troubles validés par le sujet. L'échelle de signification clinique permet de retenir uniquement les troubles de personnalité pour lesquels les critères suivants sont atteints :

- Le seuil pathologique est atteint,
- Les difficultés existent depuis de nombreuses années. Elles ne se limitent pas aux moments où le sujet est déprimé, anxieux, sous l'effet de substances psychoactives ou malade physiquement,
- Il est relevé une altération fonctionnelle ou un état de détresse.

c. Entretien semi-structuré

Développé pour cette étude, cet entretien semi-structuré a nécessité une moyenne de 2h pour sa passation (voir annexe pour la présentation de la grille d'entretien). Cet entretien s'est tout d'abord inspiré de la grille d'analyse fonctionnelle SECCA (Cottraux, Bouvard, & Légeron, 1985). L'objectif était d'obtenir une conceptualisation et une contextualisation générales des comportements sexuels déviants commis. Les thèmes principaux étaient les données structurales de personnalité et de génétique, la description des comportements sexuels déviants, les émotions autour du passage à l'acte, la signification personnelle des événements, la réaction et le lien avec l'entourage, les facteurs de maintien possibles, les facteurs déclenchants et les événements ayant pu concourir au développement du comportement problème. Pour que l'entretien semi structuré s'adapte à la spécificité de cette population nous avons échangé par téléphone avec le Professeur Jean Proulx, Directeur de l'école de

criminologie de l'université de Montréal, Québec et responsable du groupe de recherche sur les agresseurs sexuels.

Des techniques d'entretien classiques en thérapie émotionnelle, comportementale et cognitive (discours socratique, flèche descendante, questions ouvertes, reformulation, etc) nous ont permis de faciliter l'émergence des émotions, cognitions et comportements des sujets. Ces derniers étaient invités à parler ouvertement et librement des raisons de leur incarcération. Dans cette phase de la recherche, l'accès au dossier pénal était très important pour limiter la minimisation voire l'omission d'éléments importants (tels que le recours à des armes pour menacer les victimes ou d'avoir pris connaissance de faits identiques antérieurs pour ne citer que ces exemples). L'intérêt étant de limiter le plus possible le recours à la manipulation des informations par les participants et de s'approcher au plus près de la réalité subjective des individus. Les entretiens ont été enregistrés pour le traitement des données et l'analyse de contenu après avoir recueilli l'autorisation signée des participants.

4) Traitement des données

Nous avons procédé à une analyse de contenu pour traiter les données qualitatives obtenues à travers les entretiens. Wanlin (2007) fait une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels pour analyser les contenus d'entretien. Il se base sur les travaux de Bardin (1977) pour décrire les trois phases chronologiques de l'analyse : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation.

La première étape consiste en une prise de connaissance du matériel à exploiter. Plusieurs répétitions des données sont nécessaires afin de s'imprégner du message qui apparaît dans les entretiens. La lecture flottante permet le développement d'hypothèses qui permettront ultérieurement de regrouper les données issues des entretiens dans des catégories spécifiques. L'objectif de cette étape est d'opérationnaliser et de systématiser les premières idées dans le but d'affiner l'analyse.

La seconde étape vise à coder et énumérer les données en fonction de la grille d'analyse développée au cours de la première étape. Il s'agit d'attribuer une autre signification au matériel et de compter les unités afin de permettre le traitement ultérieur de ces données.

La dernière étape consiste en premier lieu, au traitement statistique des données puis à l'inférence et à l'interprétation des résultats.

Nos différentes étapes ont été relativement conformes à l'analyse de contenu décrite par Wanlin (2007) c'est-à-dire que nous avons dans un premier temps regroupé les contenus verbaux qui nous semblaient proches d'un point de vue sémantique. A partir de ces regroupements, nous avons défini des grandes catégories. Puis nous avons renouvelé ce protocole pour chaque catégorie afin de définir des sous-catégories en fonction des thèmes généraux ressortis. Plus de 300 heures ont été nécessaires au traitement des données.

Afin de limiter les biais dans l'analyse de contenu des 19 entretiens, nous avons eu recours à la méthode des juges à deux reprises (trois psychologues cliniciens et un enseignant chercheur en psychologie tous spécialisés en thérapie comportementale et cognitive). Tous les juges devaient être d'accord pour le choix de toutes les catégories et sous-catégories. Il a été décidé qu'il fallait un minimum de 10 occurrences pour créer une catégorie. Les deux exemples qui suivent illustrent notre procédé lors du traitement des données : le contenu verbal « serviable » a été placé dans la sous-catégorie « image de soi positive » qui elle-même a été placée dans la catégorie « personnalité » ; le contenu verbal « ça fait mal ce que les autres pensent » a rejoint la sous-catégorie « peur du jugement de la société suite au fait » qui a, quant à elle, intégré la catégorie « émotions ».

Pour chaque catégorie et sous-catégorie, nous avons calculé les trois indices suivants :

- Un indice de représentativité qui rend compte du pourcentage de sujets qui ont cité la catégorie (ou sous-catégorie) sur l'ensemble des participants. La formule est : (nombre de personnes qui ont utilisé la catégorie (ou sous-catégorie) / nombre de participant total) X 100. Lorsqu'il est à 100 %, il indique que tous les sujets ont cité cette catégorie.

- Un indice d'importance qui rend compte de l'importance de la catégorie par rapport aux autres catégories (ou sous catégories) au sein du groupe étudié. Il s'agit du rapport entre l'indice d'occurrence et l'indice de représentativité qui rend compte du poids de la catégorie par rapport aux autres catégories (sous catégories). Lorsque l'indice sera élevé nous pourrions conclure à l'importance de la catégorie dans la population d'AVSE. La formule est : $[(\text{Nombre d'occurrences}/\text{nombre d'occurrences totales}) \times (\text{nombre de personnes qui ont utilisé la catégorie (ou sous-catégorie)} / \text{nombre de participants total})] \times 100$.
- Un indice d'occurrence qui rend compte du pourcentage de citations d'une catégorie par rapport au nombre total de citations de toutes les catégories (ou des sous-catégories au sein de la catégorie) ; la formule est $(\text{nombre d'occurrences d'une catégorie} / \text{nombre d'occurrences total de l'ensemble des catégories (ou nombre d'occurrences d'une sous-catégorie} / \text{nombre d'occurrences total de l'ensemble de la sous-catégorie}) \times 100$. L'indice a été développé en partie pour calculer l'indice d'importance. Les indices d'importance et d'occurrence sont identiques lorsque l'indice de représentativité est égal à 100, c'est-à-dire lorsque tous les sujets ont fait appel à cette catégorie pendant l'entretien. Cet indice nous a permis de contrôler une surestimation éventuelle de l'importance d'une catégorie lorsqu'il était élevé alors que peu de sujets y auraient fait appel et éviter ainsi une sur importance de la catégorie (sous-catégorie). Pour mieux expliciter cet indice, imaginons que 100 % des 19 sujets aient fait appel à la catégorie « personnalité » (indice de représentativité) et que 20 % du discours total soit occupé par des occurrences en lien avec la « personnalité », le calcul de l'indice d'importance serait : $(20/100 \times 19/19) \times 100 = 20$. L'indice d'importance de la catégorie « personnalité » serait donc de 20 %. Imaginons à présent que seulement 8 sujets aient fait appel à cette catégorie et que 20 % du discours, c'est-à-dire des occurrences totales, soit toujours en lien avec « la personnalité ». Le calcul de l'indice d'importance serait donc : $(20/100 \times 8/19) \times 100 = 8,42$. L'indice d'importance de la catégorie « personnalité » baisse donc à 8,42 %. Cet indice nous permet donc de ne pas sur estimer une catégorie (ou sous-catégorie) parce que des sujets en auraient beaucoup parlé.

II. Résultats

1) Caractéristiques cliniques Axe I/Axe II

Sur les 19 sujets de l'étude, 10 d'entre eux ont un entretien M.I.N.I. positif et neuf un M.I.N.I. négatif. Cinq participants présentent un trouble unique de l'axe I (dysthymie, épisode dépressif majeur, trouble panique, trouble obsessionnel compulsif et phobie sociale). Trois participants présentent deux troubles de l'axe I (épisode dépressif majeur et-trouble d'anxiété généralisée ; un trouble panique-et trouble d'anxiété généralisée, un épisode dépressif majeur-boulimie). Un participant présente trois troubles de l'axe I (épisode dépressif majeur, agoraphobie et abus de substance) et un participant valide les critères de cinq troubles de l'axe I (épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques, trouble panique, état de stress post traumatique et trouble d'anxiété généralisée).

Sur les 19 sujets, 13 sujets ont un PDQ4+ positif. Six participants présentent un trouble unique de la personnalité (trois TP paranoïaque, un TP obsessionnelle-compulsive, un TP évitante et un TP dépressive. Trois participants présentent deux troubles de la personnalité (un TP schizoïde-évitant ; un TP antisocial-dépressive ; un TP évitante-dépendante. Deux participants présentent trois troubles de la personnalité (un TP narcissique-évitante-obsessionnelle-compulsive et un TP évitante-obsessionnelle-compulsive-dépressive). Un participant présente quatre troubles de la personnalité (paranoïaque-narcissique-évitante-obsessionnelle-compulsive) et un participant présente cinq troubles de la personnalité (paranoïaque-schizotypique-borderline-évitante-obsessionnelle-compulsive).

2) Bilan des troubles de l'axe I et de l'axe II du DSM-IV

Sur les 19 sujets de l'étude, 10 d'entre eux ont un entretien M.I.N.I positif : 4 sujets présentent un (plusieurs) trouble(s) anxieux, 2 sujets présentent un (plusieurs) trouble(s) de l'humeur et 4 sujets présentent un profil psychopathologique varié. Neuf participants ont un M.I.N.I négatif.

Treize sujets ont un PDQ4+ positif. Sept d'entre eux présentent un trouble unique de la personnalité et les 6 autres présentent plusieurs troubles de la personnalité. Six sujets ne présentent pas de trouble de la personnalité.

Huit sujets de cette étude présentent à la fois un trouble de l'axe I et de l'axe II (épisode dépressif majeur-trouble d'anxiété généralisée-TP obsessionnelle ; dysthymie- TP évitante ; épisode dépressif majeur-agoraphobie-abus de substance-TP paranoïaque-TP schizoïde-TP borderline-TP évitante TP obsessionnelle ; trouble panique-trouble d'anxiété généralisée-TP paranoïaque-narcissique-évitante-obsessionnelle ; Episode dépressif majeur-boulimie-TP antisociale-dépressive ; épisode dépressif majeur-mélancolie-trouble panique- état de stress post traumatique-trouble d'anxiété généralisée-TP dépressive ; Trouble obsessionnel-compulsif-TP évitante-obsessionnelle-dépressive et phobie sociale-TP évitante-dépendante).

Quatre sujets ne présentent pas de trouble psychopathologique ni de trouble de la personnalité. Cinq sujets souffrent d'un trouble de la personnalité sans trouble psychopathologique associé (TP schizoïde-évitante ; TP narcissique-évitante-obsessionnelle, trois participants présentent un TP paranoïaque) et deux sujets présentent un trouble psychopathologique sans trouble de personnalité (épisode dépressif majeur et trouble panique). Relevons qu'un participant présente les critères de la personnalité antisociale au niveau du PDQ4+ alors qu'il ne les remplit pas dans l'entretien structuré M.I.N.I.

En conclusion, 8 sujets de cette étude présentent à la fois un trouble de l'axe I et de l'axe II, 4 sujets ne présentent pas de trouble psychopathologique ni de trouble de la personnalité. 5 sujets souffrent d'un trouble de la personnalité sans trouble psychopathologique associé et 2 sujets présentent un trouble psychopathologique sans trouble de personnalité.

3) Bilan des données de l'entretien semi structuré

a. Introduction à l'analyse des catégories

L'analyse de contenu des entretiens semi structurés nous a permis de valider 18 grandes catégories et 45 sous-catégories. Avant d'évoquer le traitement des données, nous allons

présenter des exemples de chaque catégorie et sous-catégorie dans le tableau ci-dessous (tableau 5).

Tableau 5 : Résumé de la structure des catégories de l'analyse de contenu. Catégories, sous-catégories et exemple de contenus

<p>Personnalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonne estime de soi personnelle : « <i>quelqu'un de bien</i> » ; « <i>honnête</i> » ; « <i>réfléchis</i> » • Mauvaise estime de soi personnelle : « <i>renfermé</i> » ; « <i>naïf</i> » ; « <i>sans limite</i> » • Bonne estime de soi sociale : « <i>serviable</i> » ; « <i>sociable</i> » ; « <i>sensible à autrui</i> » • Mauvaise estime de soi sociale : « <i>méfiant vis-à-vis d'autrui</i> » ; « <i>timide avec les femmes</i> » ; « <i>incompétent socialement</i> »
<p>Soi enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rapport négatif avec les adultes : « <i>manque d'affection</i> » ; « <i>manque d'indépendance</i> » ; « <i>manque de personnes ressources</i> » • Rappel négatif de l'enfance : « <i>renfermé</i> » ; « <i>complexé</i> » ; « <i>sans limites</i> » • Rappel positif de l'enfance : « <i>manqué de rien</i> » ; « <i>enfance normale</i> » ; « <i>très bon élève</i> » • Rapport positif avec les adultes : « <i>admire ses parents</i> » ; « <i>père présent</i> » ; « <i>proche de ses grands-parents</i> »
<p>Emotion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de mal être qui excuse l'acte : « <i>stress</i> » ; « <i>colère</i> » ; « <i>angoisse</i> » • Affects positifs vis-à-vis de la victime : « <i>amour</i> » ; « <i>sentiment de proximité</i> » ; « <i>bonne communication</i> » • Affects négatifs vis-à-vis de soi suite aux faits : « <i>choqué</i> » ; « <i>dégoût</i> » ; « <i>regret</i> » • Affects positifs pendant les faits : « <i>sur un nuage</i> » ; « <i>bien-être</i> » ; « <i>soulagement du stress</i> » • Peur du jugement de la société suite aux faits : « <i>crainte de la réaction des gens</i> » ; « <i>honte</i> » ; « <i>soucis de l'image que ça renvoie</i> » • Sentiment de bonheur qui excuse l'acte : « <i>bien-être</i> » ; « <i>heureux</i> » ; « <i>content</i> »
<p>La sexualité : « <i>tout le monde fantasme</i> » ; « <i>se masturbe pour assouvir un besoin</i> » ; « <i>sexualité épanouie</i> »</p>
<p>La mère</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision positive de la mère : « <i>femme remarquable</i> » ; « <i>très importante pour moi</i> » ; « <i>une femme juste</i> » • Culpabilisation de la mère : « <i>rabaissé par ma mère</i> » ; « <i>mère autoritaire</i> » ; « <i>mère absente</i> »

<p>Les enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision positive des relations avec les enfants : « beaucoup apprécié des enfants » ; « se sent bien avec les jeunes » ; « les jeunes viennent toujours vers moi » • Vision négative des relations avec les enfants : « les enfants c'était ingérable » ; « relation faiblement investie avec son fils » ; « ne veut pas d'enfant »
<p>Les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision négative de la famille actuelle : « jalousie dans la famille » ; « des froids vis-à-vis de la famille » ; « absence de communication » • Plainte quant au manque de chaleur des relations sociales, personnelles et professionnelles : « pas de relation investie » ; « les gens sont trop sérieux » ; « on ne peut pas faire confiance aux gens » • Affirmation de soutien social : « soutien actuel des amis » ; « des vrais amis » ; « des relations importantes » • Vision positive de la famille actuelle : « soutien actuel de la famille » ; « bonne entente » ; « bonne communication »
<p>Vision de la conjointe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision négative passée : « communication de surface » ; « femme vénale » ; « des tensions dans le couple » • Vision positive passée : « confiance » ; « amour » ; « bonne entente » • Vision positive actuelle : « femme non jugeante » ; « elle me soutient » ; « amour fort »
<p>Vision négative de la femme : « les femmes sont jalouses » ; « il y a toujours des tensions dans un couple » ; « aucune confiance en la femme »</p>
<p>Vision négative du monde actuel : « la vie n'est pas simple » ; « il faut toujours être attentif » ; « le monde est trop sérieux »</p>
<p>Les faits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitement de l'expression des faits : « c'est compliqué à expliquer » ; « j'essaie de me sortir ça de la tête » ; « ne voit pas l'intérêt de parler des faits » • Difficulté à exprimer socialement les faits : « ne parle pas de l'affaire à autrui » ; « ma sœur n'aurait pas compris » ; « se reproche de ne pas en avoir parlé » • Recherche de solutions actuelle et passée : « à l'avenir parlera à sa compagne » ; « évitait de rencontrer la victime et se masturbait » ; « activités absorbantes »
<p>La victime</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vision négative de la victime : « une menteuse » ; « collante » ; « quelqu'un de faible » • Vision positive de la victime : « très évoluée » ; « elle n'a pas peur » ; « intelligente »

Justice

- Plainte sur le système judiciaire : « *l'inculpé doit prendre une grosse peine* » ; « *la justice manipule les victimes* » ; « *un procès totalement à charge* »
- Acceptation du système judiciaire : « *c'est normal que la loi protège* » ; « *le procureur est obligé de me sanctionner c'est normal* » ; « *la loi protège les enfants* »

Justification

- Responsabilisation de la victime : « *elle s'habillait sexy* » ; « *elle était consentante* » ; « *elle était très câline* »
- Problèmes sexuels : « *manque de sexe* » ; « *forte libido* » ; « *être rassuré sur le plan de la sexualité* »
- Perte de contrôle : « *envie irrépressible* » ; « *agi contre ma volonté* » ; « *engrenage* »
- Internalisation de la responsabilité de l'acte : « *immature* » ; « *pas lui même* » ; « *mauvaise analyse de la situation* »
- Externalisation de la responsabilité de l'acte : « *alcool* » ; « *absence de sa femme* » ; « *manque de prévention* »
- Rôle de l'entourage de la victime : « *sa famille a une part de responsabilité* » ; « *sa famille l'a poussé à porter plainte* » ; « *la mère voulait du fric* »
- Culpabilisation des enfants : « *les adolescents sont plus évolués sexuellement qu'à mon époque* » ; « *il n'y a rien d'intéressant chez un gosse* » ; « *beaucoup d'enfants sont curieux au niveau de la sexualité* »

Non reconnaissance

- Dénier : « *ne se rappelle pas* » ; « *n'a jamais eu de pulsion de sa vie* » ; « *n'accepte pas cette accusation* »
- Minimisation de l'acte : « *on a couché ensemble sans plus* » ; « *j'ai pris deux ans de trop* » ; « *ce n'était pas des caresses, c'était des massages* »
- Minimisation de la souffrance de la victime : « *pas compris pourquoi la victime portait plainte* » ; « *elle était pas choquée* » ; « *est actuellement plus mal que la victime* »

Reconnaissance : « *je suis allé trop loin* » ; « *se sent très responsable* » ; « *conscient à l'époque que c'était grave* »

Conséquences négatives sur la qualité de vie : « *ça a gâché ma vie* » ; « *du mal à ma famille* » ; « *abandonné par ma famille* »

Vision actuelle : possible changement

- Vision positive de changement : « *future reconstruction d'une vie affective* » ; « *libre dans sa tête* » ; « *beaucoup de projets pour l'avenir* »
- Perception de contrôle : « *contrairement à avant maintenant verra venir* » ; « *aucun risque de récidive* » ; « *doit se faire confiance* »
- Vision négative du travail actuel et de ses conséquences : « *pas confiance en la psychiatrie* » ; « *ne parle pas de ses problèmes* » ; « *ne peut exclure une récidive* »

b. Description des catégories et sous-catégories

La catégorie « Personnalité »

En ce qui concerne la « bonne estime de soi personnelle » les participants décrivent leur personnalité de manière positive. Ils rapportent des descriptions en lien avec une définition positive du soi (intéressant, intelligent, apprêté, simple, rêveur, normal, etc.), des qualificatifs émotionnels (calme, sentimental, tranquille, tendre, affectueux, sensible, de bonne humeur, cool, passionné, etc.), une négation de la violence (pas violent, pas cruel, pas méchant, pas un monstre, etc.), le fait de se considérer comme un bon travailleur (excellent travailleur, réactif, ouvert, sérieux, etc.), comme quelqu'un de valeur (quelqu'un de bien, bon cœur, respectueux, généreux, droiture, etc.) et se décrivent avec des capacités métacognitives (réfléchit, reconnaît ses erreurs, assume ses fautes et ses responsabilités, introspection, etc.).

La « mauvaise estime de soi personnelle » décrit la personnalité des participants de manière négative. Ils décrivent des difficultés dans l'ouverture à autrui (renfermé, solitaire, rancunier, etc.), une certaine immaturité psychologique (naïf, crédule, immature, etc.), une vision de soi comme quelqu'un d'anormal (malade, anormal par rapport à la sexualité, atypique, bizarre, taré, orgueilleux, malléable, têtu, etc.), une vision de soi dévalorisée (le pire des hommes, une saloperie, une vermine, mauvais, pas quelqu'un de bien, un monstre, un bon à rien, sans valeur), de l'agressivité physique ou verbale (bagarreur, agressif, violent avec ses enfants, un violeur, une bombe à retardement, arrogant, dangereux pour lui-même, etc.), un problème de limites (sans limite, non-respect de la loi, contre les règles, contre l'autorité, etc.), des déficits dans la gestion émotionnelle (intolérant à la frustration, sensible, confond ses émotions, ne domine pas la honte, n'arrive pas à parler de ses émotions, anxieux, lunatique, saut de caractère, impulsif etc.) et des déficits dans la gestion des difficultés.

La sous-catégorie « bonne estime de soi sociale » regroupe toutes les descriptions faites par les sujets quant à la vision de leur performance dans les relations sociales : ils se décrivent comme quelqu'un sur qui on peut compter (serviable, sensible à autrui, confidant, fidèle en amitié, résout les soucis de sa femme, à l'écoute de ses collègues, soutient sa femme, les gens lui font confiance, pardonne toujours, apaisant pour autrui, etc), qui entretient de bonnes

relations avec autrui (bonne relation avec autrui, fait confiance à autrui, respecte les autres), qui est apprécié des autres (apprécié de sa famille, accepté tel qu'il est, apprécié des autres, des amis d'adolescence ont repris contact avec lui, aimé, estimé, marque les gens, pas d'ennemis, bonne relation, pas de problème avec autrui, bon fonctionnement avec les gens, accepté par le voisinage, apprécié, bonne entente avec les gens, bonne entente avec les autres détenus), qui est apprécié dans le monde du travail (bien vu professionnellement, aimé des collègues, accepté et apprécié par la hiérarchie, bonne entente avec les collègues, bon collègue, bon employé) et qui fait preuve de capacités assertives (sociable, accepte les critiques, affirmé, etc.).

La sous-catégorie « mauvaise estime de soi sociale » regroupe les descriptions négatives faites par les participants quant à leur fonctionnement dans les relations sociales. Les sujets rapportent des difficultés dans l'attribution de la confiance aux gens, se décrivent avec un déficit d'assertivité en général (accepte mal les critiques, difficultés de contact, suit le mouvement, attend que l'autre fasse le premier pas, malhabile socialement, ne sait pas dire non, ne se révèle pas, manipulateur, etc.), avec un déficit spécifique d'assertivité dans le couple (dominé, écrasé, soumis, ment à son épouse, s'efface pour éviter les conflits, passif, etc.) et avec les femmes en général. Ils évoquent également une anxiété sociale et des déficits au niveau de l'empathie.

La catégorie « Soi enfant »

En ce qui concerne les « rappels positifs de l'enfance », les descriptions proposées par les sujets renvoient à des qualités liées au soi (responsable, sérieux, débrouillard, vivant, sportif, etc). Ils décrivent la qualité des rapports avec la fratrie (bonne entente, relation de proximité, protection, etc) et un bon fonctionnement social général (proche des copains, besoin des copains, fait rire les autres, envie d'aller vers les autres, etc). Ils font état d'une bonne éducation, de l'absence de carence et d'un bon fonctionnement scolaire (bon élève, ambitieux, travailleur, aime apprendre, etc).

Les « rappels négatifs de l'enfance » témoignent de la présence d'émotions négatives (timidité, jalousie, ennui, etc), de problème de limites (turbulent, bagarreur, un lion fou, etc), de difficultés dans le fonctionnement social (carapace, difficultés à lier des amitiés, manque de confiance, difficultés d'intégration, etc), de problèmes avec la fratrie (peu de contacts, ne les apprécie pas, domination, bagarres, etc), de carences (pas eu d'enfance, a grandi trop vite, nombreux déménagements, manque matériel, manque de nourriture, problèmes financiers, etc), d'une vision négative de soi (bordélique, inactif, ne s'intéresse à rien, irréfléchi, etc), de difficultés physiques et psychologiques chez les sujets (victime de moquerie, migraines, drogue, traumatismes, tentative de suicide, etc) et chez leurs parents (santé, handicap, chômage, troubles psychiatriques, etc) et de problèmes de scolarité (déscolarisation, ne travaille pas à l'école, etc).

« Les rappels positifs avec les adultes » rapportent des liens d'attachement en dehors des parents et de la fratrie (nourrice, institutrice, grands-parents, etc). Il est aussi question dans cette sous-catégorie d'un lien d'attachement envers les parents en général (admiration, attachement, etc) et envers le père plus spécifiquement (père gentil, tendre, confident, présent, etc). La mère occupe une catégorie à elle seule.

La sous-catégorie « les rappels négatifs avec les adultes » évoque des sujets livrés à eux-mêmes alors qu'ils étaient enfants (doit se débrouiller seul, ne compte que sur lui, ne peut pas compter sur ses parents, etc), des carences affectives (manque d'affection, manque de liens familiaux, manque de personne ressource, abandonné, élevé comme une plante verte, etc), un père absent (manque de relation père fils, recherche de l'amour paternel, rejet du père, décès du père, relation distante, absence de communication avec le père, etc), la présence d'événements de vie négatifs (violence physique, violence sexuelle, père alcoolique, humiliation, etc), des problèmes de communication avec les parents (problèmes de communication, remonté contre eux, etc), des problèmes relationnels avec le père (lui cache ses activités, le berne, mauvaise relation), une vision négative du père (un con, père jugeant, relation dégradée, rigide, etc), des carences liées aux besoins de l'enfance (manque d'autonomie, des règles et contraintes injustifiées, manque de limites, manque de spontanéité

et de jeu, etc), des antécédents familiaux criminels/psychiatriques et le fait d'avoir été victime de rejet (rejet de la grand-mère, gens du village, etc).

La catégorie « Emotions »

La sous-catégorie des « affects négatifs vis-à-vis de soi suite aux faits » regroupe les émotions suivantes : à court terme nous relevons de la gêne, du dégoût, un mal être, de la nervosité, une déstabilisation, un malaise. A plus ou moins long terme, nous relevons : le choc de la gravité des faits, la souffrance d'avoir fait du mal, la tristesse, la dépression, la culpabilité, le dégoût, l'écœurement, le regret, la peur de cette attirance sexuelle pour les enfants et des conséquences, la frustration que le passage à l'acte n'apporte pas l'effet attendu, le stress lié à la prise de conscience, de la colère, un sentiment d'anéantissement et le fait d'être mal à l'aise de devoir mentir.

La sous-catégorie « les affects positifs vis-à-vis de la victime » regroupe des émotions en lien avec : la perception d'une relation amoureuse avec la victime (manque, tristesse et déprime liées à la séparation, jalousie, désir et plaisir sexuel, etc), la perception d'une relation affective (bien être, plaisir, passion pour les mêmes sujets, etc) et des sentiments de bien être relatif (sentiments de liberté, d'être aimé, écouté, de se sentir important, de bulle d'air, etc).

La sous-catégorie « le sentiment de mal être qui excuse l'acte » regroupe : des carences, un mal être, une souffrance, une blessure, de la tristesse, de l'impuissance, de l'ennui, de la fatigue, un épuisement physique et moral, du stress, du surmenage, une inhibition dans les relations, de la colère, de la frustration, de l'anxiété (peur des autres, de l'avenir, des conflits, des femmes, du rejet, etc), du dégoût, de la honte (choix de vie, travail, situation sociale), le sentiment d'être perdu et de perdre le contrôle de sa vie.

La sous-catégorie du « bonheur qui excuse l'acte » regroupe les émotions suivantes : bien être, heureux, content, amusement.

La sous-catégorie des « affects positifs pendant les faits » compile les éléments suivants : une forte intensité émotionnelle (un frisson, une vive émotion, quelque chose de très fort), un sentiment de déconnexion (sur un nuage, comme dans une bulle), du bien-être (content, heureux), des affects en lien avec la sexualité (envie, excitation, plaisir, satisfaction sexuelle), des stratégies de coping (soulager la tension nerveuse, évacuer le stress).

La sous-catégorie « peur du jugement de la société suite aux faits » regroupe les émotions suivantes : de la peur (des conséquences, de la réaction des gens, du jugement de la victime, de ses proches et de la société), du mal-être, de la peine d'avoir perdu l'estime des gens, le fait de se sentir mal à l'aise, de l'énervement, du dégoût, de la honte et du remord.

La catégorie « Sexualité »

La catégorie « sexualité » intègre les propos des participants en lien avec la sexualité non déviante. Ils évoquent la présence de fantaisies sexuelles non déviantes, d'une sexualité satisfaisante, de l'existence d'une homosexualité/bisexualité, de la découverte de la sexualité (jeux sexuels pendant l'enfance, première relation sexuelle sans sentiment, etc), de l'utilisation de matériel pornographique, de l'intérêt pour la sexualité limité voire absent (peu d'intérêt pour le sexe, dégoût, affection plus importante que la sexualité, etc) et/ou d'un intérêt marqué pour la sexualité (prostitués, curiosité sexuelle pour belle-mère, collectionne les aventures sexuelles, etc) ;

La catégorie « La mère »

La sous-catégorie « culpabilisation de la mère » regroupe les propos en lien avec une description négative de la mère. Elle est décrite comme décevante, absente, laxiste, violente, autoritaire, dominante, agressive dans la communication, souffrant de troubles psychiatriques (dépression, paranoïa, tentative de suicide), non affectueuse, véhicule une image négative des femmes. Elle est décrite dans sa relation aux hommes (femme facile, suggestible, femme soumise, etc.) ; des émotions au contact de la mère (peur, craintes, la déteste, jalouse les

autres enfants qui ont son attention, etc.) et des problèmes de communication avec elle (absence de communication, communication agressive, etc.).

La sous-catégorie « vision positive de la mère » témoigne d'une mère présente, décrite de manière positive (femme remarquable, qui ne se plaint pas, travailleuse, droite, juste, affectueuse, etc.), qui élève son enfant comme un roi, avec qui il existe une très bonne relation (très proches, très importante, etc.) et une bonne communication (confidente, le conseille, etc.).

La catégorie « Les enfants »

La sous-catégorie « vision négative des relations avec les enfants » rapporte des difficultés à occuper une place de père (ne se projette pas en père de famille, ne gère pas sa vie de famille, difficultés à trouver sa place de père/beau-père, etc.) et des difficultés dans la relation père-enfant (relation faiblement investie, père trop tôt, ne veut pas d'enfant, a eu trop d'enfants, etc.).

La sous-catégorie « vision positive des relations avec les enfants » regroupe la vision d'une bonne relation avec les enfants (très bien auprès d'eux, beaucoup de temps passé en leur compagnie, confiance réciproque, copains, etc.), la vision de soi comme un bon éducateur (joue, conseille, volonté de faire au mieux pour eux, etc.), la vision de soi comme étant très apprécié des enfants (estimé, reconnu, son contact est recherché, etc.), la vision de soi comme étant un bon père de famille (attentif, proche, soutenant, protecteur, gentil, devoir de père, père modèle, etc.).

La catégorie « Les autres »

La sous-catégorie « vision positive de la famille actuelle » décrit un soutien social (famille soutenante, présente, non jugeante, etc.), une bonne relation avec le père (reconnaissance, il a changé, il l'aide, etc.) et une bonne relation avec la fratrie (bonne entente, proximité, complicité, etc.).

La sous-catégorie « vision négative de la famille actuelle » regroupe la description négative de sa famille (formatée, profite de son argent, hypocrites, père rabaissant, rejetant, critique, belle-famille agressive, mère critique, jugeante, etc.), la présence de jalousie, l'existence de conflits (en froid, en opposition, mauvaise entente, etc.) et des problèmes de communication (communication impossible, agressive, plus de communication, etc.).

La sous-catégorie « la plainte quant au manque de chaleur des relations sociales, personnelles et professionnelles » regroupe des éléments en lien avec un isolement social (peu d'amis, pas de relation investie, peu de contacts sociaux, retrait social, etc.), des difficultés d'affirmation de soi (conflits avec les supérieurs, comportements inhibés, etc.) et le jugement négatif d'autrui (ne supporte pas les gens, trahison, ne pas faire confiance, les gens sont des moutons, hypocrisies, etc.).

La sous-catégorie « affirmation de soutien social » témoigne de la vision positive des relations au travail (bonne entente, amitiés, soutien, pas de jugement, etc.), de l'existence de relations passées (des sorties, des confidents, partage de loisirs, etc.) et de l'existence d'un lien social actuel (des amis actuels, soutien, une amitié de 30 ans, quelques sorties, lien créé en détention, etc.).

La catégorie « La vision de la conjointe »

La sous-catégorie « vision positive passée » évoque des émotions positives (amour, adoration, content de se marier, dans la peau, confiance, etc.), une relation de qualité (attachement, relation importante, complicité, empathie, etc.), une description positive de la compagne (belle, calme, serviable, travailleuse, etc.) et une projection passée du couple dans l'avenir (se projeter avec des enfants, en accord sur l'éducation, envie de construire un couple, etc.).

La sous-catégorie « vision négative passée », quant à elle, fait état d'émotions négatives (pas d'amour, ennui dans la relation, crainte de son jugement, etc.), de problèmes de communication (communication agressive, impossible, engueulades, conflits, etc.), d'une distance physique (absence d'intérêt pour elle, ne supporte pas sa proximité physique, absence

de relation, chambre à part, etc.), d'une mauvaise entente (en désaccord sur les choix de vie, manque de compréhension, d'empathie, d'ouverture, tension dans le couple, etc.) et une vision négative de la compagne (femme vénale, irritable, dominante, autoritaire, rejetante, manipulatrice, menteuse, etc.).

La sous-catégorie « vision positive actuelle » dresse une image presque idyllique de la relation actuelle : la compagne est décrite positivement (non jugeante, elle perçoit ses qualités, soutenance, protectrice, attentive, etc.), les émotions ressenties sont positives (se sent bien, amour plus intense, très fort, symbiose, etc.), la relation apparaît de qualité (complicité, attachement réciproque, affinité, attirance sexuelle, etc.), il y a une bonne communication (confiance, très bonne communication, etc.) et le couple se projette dans l'avenir avec un éventuel désir d'enfants.

La catégorie « Vision négative de la femme »

Dans cette catégorie les femmes sont décrites négativement (les femmes sont jalouses, critiques, rabaissantes, elles ne pensent qu'au sexe, impossible de faire confiance, les rapports avec les femmes sont compliqués). Cette catégorie évoque également le rejet marqué de l'engagement dans un couple (ne se voyait pas marié, le mariage c'est trop de contraintes, ne voulait pas de relation investie).

La catégorie « Vision négative du monde actuel »

Dans cette catégorie la vie est décrite comme difficile (pas simple, la vie a des hauts et des bas, on n'échappe pas au couple, à la sexualité, dans la vie il n'y a pas d'amour). Le monde est décrit comme hostile (il faut être éduqué, il faut être attentif, Il faut suivre le rythme pour survivre, le monde est difficile pour les gentils, le monde est négatif, l'époque est différente, le monde est dangereux) et aseptisé (formatage, réglementation, le monde n'est plus naturel, cloisonnement, trop sérieux, le droit à l'erreur n'existe plus, société fait du sexe un tabou). L'être humain quant à lui est qualifié de mauvais (il fait du mal à autrui, il détruit, il transforme tout, il est hypocrite, bizarre, les gens ne sont pas sympas).

La catégorie « Les faits »

La sous-catégorie « évitement de l'expression des faits » fait état de difficultés à en parler (c'est dur à dire, c'est complexe, ça ne s'explique pas, ne sait pas comment dire cela, etc.), d'émotions associées à l'évocation des faits (n'aime pas trop, pas agréable de parler de ça, etc.), de la présence d'une « amnésie » concernant la présence d'antécédents judiciaires, la date des faits, le passage à l'acte, le nombre d'agressions, la durée, le comportement de la victime, le déroulé des faits, les émotions associées, etc.) et du processus d'évitement cognitif (ne veut plus penser à cela, envie d'arrêter d'en parler pour passer à autre chose, pas intéressé par ce qui se rapporte à l'affaire, n'en parle plus depuis longtemps, etc.).

La sous-catégorie « la difficulté à exprimer socialement les faits » regroupe la présence d'émotions associées au fait d'en parler actuellement (souffrance, honte, peur de la réaction des gens, anxiété à l'idée d'en parler à sa nouvelle compagne, c'est pas facile de parler, etc.), d'une impossibilité d'en parler à l'époque (les gens n'auraient pas compris, ne pouvait pas en parler, n'a pas eu le courage d'en parler, etc.), du regret de ne pas en avoir parlé (aurait dû consulter, se reproche de ne pas avoir parlé, aurait dû parler à quelqu'un d'extérieur, etc.) et de la présence passée d'une crainte des conséquences (prison, dénonciation, jugement de la famille, rejet, etc.).

La sous-catégorie « la recherche de solutions actuelle et passée » évoque les différentes stratégies passées : l'évitement des situations à risque (content que quelqu'un d'autre s'occupe des victimes, recherche d'échappatoires, ne pas se retrouver seul avec les victimes, ne pas aller à leur contact, etc.), l'aide d'autrui (demande à une autre personne de s'occuper des victimes, a consulté un professionnel de la santé, besoin d'aide pour comprendre, impossibilité de s'en sortir seul, etc.), les activités absorbantes (objectifs à atteindre, travail, sport, activité, etc.), la masturbation, le partage social (ne pas rester dans son coin, en parler à sa compagne, en parler dans une association, etc.), un traitement médical (castration chimique, être trépané, servir de cobaye, etc.) et l'absence de solutions.

La catégorie « La victime »

La sous-catégorie « la vision positive de la victime » rapporte des qualités présentes chez la victime (elle n'a pas peur, une fille soignée, courageuse, etc.), une maturité psychologique (intelligente, très évoluée psychologiquement, très avancée, elle sait où elle va, etc.), une maturité sexuelle (déjà formée sexuellement, des poils pubiens, de la poitrine, elle avait déjà ses règles, etc.), une maturité physique (un corps d'adulte, physiquement plus vieille que son âge, etc.), la perception de la victime comme une femme (élancée, agréable à regarder, du charme, très féminine, etc.). Cette sous-catégorie décrit également le regard positif que la victime portait sur lui (elle l'aidait, elle l'appréciait, le comprenait, elle était reconnaissante, etc.).

La sous-catégorie « la vision négative de la victime » décrit premièrement la victime de manière négative (jalouse, du caractère, manipulatrice, qui fonce trop vite, menteuse, vénale, etc.). Elle est ensuite perçue comme collante (contact pesant, elle lui faisait la tête quand il s'occupait à autre chose, se sentait prisonnier de la victime, elle l'appelait en permanence, elle le suivait partout, etc.).

La catégorie « Justice »

La sous-catégorie « acceptation du système » reconnaît la fonction protectrice de la loi, la fonction de sanction du procureur et l'impression d'une validation des croyances erronées des sujets par les professionnels de la justice (police, procureur, conseiller d'insertion et de probation).

La sous-catégorie « plainte sur le système judiciaire » décrit une justice à charge (l'image de l'accusé est volontairement dégradée, le juge est forcément contre l'accusé, l'inculpé doit prendre une grosse peine, l'inculpé ne peut pas se défendre, etc.).

La catégorie « Justification »

La sous-catégorie « responsabilisation de la victime » décrit les comportements de la victime : elle provoque, elle initie les contacts (c'est elle qui venait le chercher, elle était très câline, elle réclamait des massages, elle venait dans sa chambre, il l'envoyait balader, elle se mettait sur lui et mimait des gestes sexuels, c'est elle qui a commencé, etc.), elle est active dans les échanges sexuels (masturbation réciproque, elle s'exhibait devant la caméra, elle participait activement, etc.), elle a des besoins sexuels (il a répondu à ses attentes, elle avait davantage de fantasmes que lui, c'est elle qui ramenait des films pornographiques, elle s'était déjà masturbée une cinquantaine de fois, etc.), elle est consentante (les responsabilités étaient partagées, elle n'a jamais été réticente, elle s'est toujours laissée faire, quand il lui nettoyait le sexe elle le prenait dans ses bras et lui faisait des bisous, etc.), elle profite de lui, elle le manipule (elle le manipulait, pense qu'elle le droguait pour profiter de lui), elle est curieuse au niveau de la sexualité (elle avait envie de connaître les préliminaires, elle voulait découvrir la sexualité) et elle entretient une vision de leur relation comme d'un couple (elle est tombée amoureuse, ils ont fait l'amour ensemble, elle était davantage accrochée à lui que l'inverse, elle lui disait qu'elle avait toujours été attirée par les hommes plus âgés, elle prenait soin de lui, lui faisait à manger, etc.).

La sous-catégorie « les problèmes sexuels » fait état de frustrations sexuelles (manque de sexualité avec compagne, sa femme rejette la sexualité, frustration sexuelle, rapports sexuels mécaniques avec son épouse, femme non participative, rapports sexuels sans amour, etc.), de l'évitement de la sexualité avec une femme (ne recherchait pas le sexe avec sa femme, dégoût du sexe féminin, horreur de la sexualité avec une femme, mal à l'aise dans la sexualité avec une femme, etc.), de problématiques sexuelles (absence de libido, dégoût de la sexualité, n'accepte pas son homosexualité, complexé par la taille de son pénis, anxiété de performance, ne donne pas de plaisir à sa femme, peur de la sexualité, dysfonction érectile, addiction sexuelle, exhibition sexuelle, fantaisies sexuelles déviantes, attirance sexuelle déviante, etc.) et de mauvaises expériences liées à la sexualité dans le passé (pas de sexualité pendant l'adolescence, victime de violence sexuelle).

La sous-catégorie « perte de contrôle » intègre quant à elle la peur d'aller trop loin dans le passage à l'acte (dans les faits, dans le niveau de violence), une envie irréprouvable de passer à nouveau à l'acte (recommencer à tout prix, une envie irrésistible, des actes compulsifs, etc.), la vision d'une obsession (une obsession, ancré dans le cerveau, vous ne vivez plus, vous ne pensez qu'à ça, etc.), une prise de conscience à posteriori (mais qu'est-ce que j'ai fait là ?, comment j'ai pu en arriver là ?, etc.), des tentatives de contrôle infructueuses (se promettait que ça ne recommencerait plus, impression de ne jamais pouvoir s'en sortir, il n'y a rien qui arrête la machine, n'arrivait pas à se mettre des limites, etc.), une absence de contrôle (vous contrôlez plus rien, ne peut pas s'en empêcher, esclave de ses fantasmes, engrenage, etc.) et une absence d'analyse de la situation (absence d'aiguillage, ne sent pas venir, ne réfléchit pas, se trouve dans le feu de l'action, pulsion, ne se rendait même pas compte, ne se rend pas compte, etc.).

La sous-catégorie « internalisation de la responsabilité de l'acte » décrit une impulsivité (si avait pris conscience, ne serait pas allé si loin, mauvaise analyse de la situation, manque de contrôle dans la gestion de soi), un déficit en résolution de problèmes (passage à l'acte dans le but de briser la famille, faire du mal à sa femme, pour se venger, etc.), une immaturité (a réagi comme s'il était un adolescent, était jeune, etc.), des émotions (ne se sentait pas bien, en grande souffrance, mépris pour les femmes, ressenti négatif, ennui, etc.), des traits de personnalité (faiblesse personnelle, caractère faible), la recherche de gratification immédiate (a réfléchi avec son sexe, centré sur son bien être pendant les faits, passage à l'acte comme une révélation pour lui, une envie, etc.), des carences (manque affectif, manque de lien de confiance, pour combler un vide, manque de repères, manque d'amour, etc.), des problèmes psychologiques (péter un câble, anomalie dans le cerveau, pas dans son état normal, déséquilibre psychologique), une levée des inhibitions internes (pensées permissives, minimiser, ne pas concevoir la différence d'âge, etc.), un manque de limite (absence de limites, pas à sa place, etc.) et un évitement cognitif (éviter d'y penser d'une fois à l'autre).

La sous-catégorie « externalisation de la responsabilité de l'acte » cite le couple (rupture sentimentale, pas avec la bonne compagne, relation avec sa femme, femme peu présente, etc.), le travail (problèmes liés au travail, sans occupation professionnelle), le fait d'avoir été

soi-même victime, la sexualité, Dieu, l'éducation/enfance (n'a pas reçu assez de limites, a manqué de cadre, manque d'affection, etc.), la société (manque de prévention), les médicaments, l'alcool, le manque de soutien social et familial, le contexte (la situation, la rencontre avec cette victime, l'inoccupation, les vacances, l'opportunité, etc.), des problèmes d'argent (trop d'argent, des dettes).

La sous-catégorie « le rôle de l'entourage de la victime » décrit que la victime n'aurait pas porté plainte si elle n'y avait pas été poussée (a été encouragée à porter plainte, elle n'aurait pas porté plainte toute seule, une victime a incité les autres, etc.) et que ce sont le plus souvent ses proches qui l'ont incitée à le faire (famille, mère, cousine, neveu, patronne, copine, mère d'un copain, l'assistante sociale, le copain de la victime). Une description négative de la famille de la victime est dressée : une relation négative entre la victime et sa mère (la victime cherchait à s'éloigner de sa mère, elle ne s'entendait pas avec sa mère, la mère n'aimait pas les enfants, la victime se plaignait de sa mère, etc.) et entre la victime et le reste de sa famille (la famille délaissait la victime, le père ne s'en occupait pas, il était maltraitant, etc.) .

Dans la sous-catégorisation « culpabilisation des enfants » les enfants/adolescents sont décrits de manière négative (caractère difficile des filles, aujourd'hui les enfants se plaignent pour un rien, les enfants sont jaloux entre eux, les adolescents ont des réactions non prévisibles, les ados sont inconscients, rien d'intéressant chez un enfant, etc.). Ils sont également décrits comme faisant preuve de curiosité sexuelle. Ils recherchent le contact sexuel (comportements de séduction entre eux, ils provoquent, ils veulent tester une aventure sexuelle, etc.) et sont décrits comme matures sexuellement (maturité sexuelle plus précoce).

La catégorie « Non reconnaissance »

Dans la sous-catégorie « le déni », nous relevons tout au long de leur discours un déni qui porte sur les thèmes suivants : l'excitation/désir sexuel/plaisir sexuel, les faits (fellation, pénétration, sodomie, attouchement, détention d'images pédopornographiques), la gravité des faits, le recours à la menace, violence, à la contrainte, à la surprise, l'utilisation de moyens

coercitifs (alcool, force, arme, drogue), la préméditation, l'attirance sexuelle déviante, la responsabilité des faits, la dangerosité et la volonté consciente de se rapprocher de la victime.

Dans la sous-catégorie « minimisation de l'acte » les sujets minimisent les faits suivants : la gravité des faits, la durée des faits. Ils font preuve d'une tendance à généraliser leurs croyances au reste de la population (tout le monde aurait réagi comme lui, s'il croise une jeune fille de 17 ans bien faite se retournera comme tout le monde) et minimise la relation d'emprise sur la victime.

La sous-catégorie « minimisation de la souffrance de la victime » témoigne du déni des émotions de la victime (elle était heureuse, elle n'était pas mal avant la dénonciation, elle n'était pas malheureuse, ne se soucie pas du mal être des victimes pendant et après les faits, c'est la justice qui entraîne un mal être pour la victime, ne s'est jamais demandé si c'était douloureux pour elle, etc.), du déni de l'impact des faits sur la qualité de vie de la victime (ne sait pas s'il a gâché la vie de la victime, elle est capable de s'en sortir, elle trouve un équilibre, etc.), du déni du fait que la victime ait exprimé le besoin de porter plainte (ne comprend pas pourquoi la plainte a été déposée, la victime n'a pas porté plainte, etc.) et du déni de l'impact psychologique des faits sur la victime (elle n'a pas réalisé la gravité des faits, elle ne semblait pas traumatisée, elle n'était pas choquée, etc.).

La catégorie « Reconnaissance »

Cette catégorie intègre tous les éléments de reconnaissance autour des faits. Elle évoque tout d'abord l'immaturation psychologique de la victime (elle n'avait pas l'âge pour réagir comme un adulte, elle a toujours été une enfant, elle ne formulait pas de refus mais c'était une enfant, etc.) et son immaturité physique. Ensuite l'AVS reconnaît plusieurs choses : avoir fait preuve de manipulation (a profité de la situation, s'est fait passer pour un policier, lui disait qu'il ne fallait pas qu'elle parle, etc.), avoir eu recours à la menace, à la violence, à la contrainte, à la surprise, il reconnaît le caractère illégal du comportement, le caractère déviant et la gravité des faits. Il reconnaît également l'existence d'une intention sexuelle déviante, avoir cherché des justifications pour tenter de se défendre. Il reconnaît une mauvaise interprétation de la

situation, sa culpabilité et le fait qu'il aurait dû contrôler son comportement. Il reconnaît sa responsabilité et considère l'impact que ses comportements ont pu avoir sur la qualité de vie de la victime et de ses proches à lui. Il reconnaît l'existence d'un risque de récidive.

La catégorie « Conséquences négatives sur la qualité de vie »

Les sujets rapportent les conséquences négatives suivantes : les pertes matérielles et financières (emploi, logement, voiture, argent, etc.), des tensions dans le couple, le rejet d'autrui (divorce, éloignement de membres de la famille suite aux faits, perte des amis, insultes, rejet des collègues, etc.) et l'impact sur sa qualité de vie actuelle (détenue, mal-être, anxiété, parloirs, tribunal, etc.) et à venir (séquelles personnelles, les contraintes liées à l'inscription sur le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes, difficultés pour retrouver du travail, s'engager dans un crédit, etc.).

La catégorie « Vision actuelle : possible changement »

La sous-catégorie « la vision positive de changement » renvoie aux éléments suivants : la notion de changement (remise en question, souhaite devenir un homme responsable, a pris conscience, a gagné en maturité, analyse ses comportements, est à l'écoute de ses besoins, etc.), la fin de la relation de domination avec son ancienne compagne. Il s'est engagé dans un nouveau couple dans lequel il se sent bien, il se sent mieux de manière générale. Il révèle ses difficultés à autrui. Il prend un traitement. Il a la volonté de créer de nouvelles relations sociales. Il a des nouveaux projets de vie (recréer une nouvelle vie, construire une vie plus équilibrée, etc.). Il pense avoir amélioré son niveau de communication et de confiance envers autrui. Il demande de l'aide et se sent soulagé que les faits soient révélés.

Dans la sous-catégorie « perception de contrôle » les sujets argumentent le fait qu'ils se sentent à l'abri de la récidive. Ils dénie ce risque (n'agressera plus les enfants, a été au contact d'enfants dernièrement et il n'y a eu aucun problème), ils n'ont plus de désir sexuel, d'érection et d'attirance sexuelle déviant, ils ne referont plus la même erreur, ils ont compris, ils ont conscience du problème (a changé sa façon de penser, a compris les raisons, a pris

conscience de l'interdit). A présent, ils se fixeront des règles de conduites (pas de relations sexuelles en dessous de 18 ans, va se fixer des règles, ne tentera plus jamais rien contre les enfants). Ils seront en capacité de se contrôler (verra venir, réfléchira, a envie de garder le contrôle, doit se faire confiance). Ils évoquent qu'ils ont bénéficié d'un suivi psychologique et qu'ils n'ont plus besoin d'aide.

La sous-catégorie « vision négative du travail actuel et de ses conséquences » évoque quant à elle des difficultés actuelles en lien avec la problématique. Ils rapportent une vision négative de leur vie actuelle. Ils ne parlent pas de leurs problèmes. Ils sont isolés socialement. Ils ont le sentiment d'un avenir bouché. Ils se plaignent de l'aide qui leur a été proposée : elle n'est pas adaptée. Le fond de la problématique n'a pas changé. Certains refusent l'aide proposée. Il n'existe pas de solution efficace, les seules solutions sont extrêmes (la prison, le suicide, prendre perpétuité, la peine de mort). La récidive est une certitude (avec le temps, c'est de plus en plus difficile de trouver des stratégies, ne parviendra plus à se contrôler, la justice sera contrainte de le laisser sortir, etc.).

c. Analyse des données

Analyse des grandes catégories

Les indices calculés pour chaque catégorie sont consignés dans le tableau 6. Les 18 catégories identifiées pendant l'analyse de contenu par ordre d'importance, de poids sont les suivantes : « justification » > « émotions » > « non reconnaissance » > « personnalité » > « soi enfant » > « vision de la conjointe » > « reconnaissance » > « les autres » > « les faits » > « la victime » > « la vision actuelle : possible changement » > « la mère » > « les conséquences négatives sur la qualité de vie » > « la justice » > « les enfants » > « la sexualité » > « la vision négative de la femme » > « la vision négative du monde actuel ».

Sur les 18 catégories, 10 d'entre elles ont été citées par l'intégralité des sujets (indice de représentativité = 100) : « justification », « émotions », « non reconnaissance », « personnalité », « soi enfant », « vision de la conjointe », « reconnaissance », « les autres », « les faits » et « vision actuelle : possible changement ». Six catégories sont citées par 68 à 95

% des sujets (« sexualité », « les enfants », « la justice », « les conséquences négatives sur la qualité de vie », « la mère », « la victime »). Les deux catégories les moins citées sont la « vision négative de la femme » (47 %) et la « vision négative du monde actuel » (32 %). Six autres catégories ont été citées par minimum 70 % des sujets (« la victime », « la mère », « conséquence négative sur la qualité de vie », « justice », « les enfants », « la sexualité »).

Pour les catégories qui ont été citées par tous les sujets, l'indice d'occurrence indique que les catégories « Justification » (16,96 %) et « Emotions » (11,35 %) sont celles qui ont été le plus souvent citées. Les indices des huit autres catégories citées par l'intégralité des sujets sont, inférieur ou égal à 9,24 % du temps de discours. Cet indice nous indique également que les catégories les faits et « la vision actuelle : possible changement » ont été faiblement citées par les sujets (indices $\leq 4,54$). Huit catégories n'ont pas été citées par l'intégralité des sujets : « la victime », « la mère », « conséquences négatives sur la qualité de vie », « justice », « les enfants », « la sexualité », « la vision négative de la femme » et « la vision négative du monde actuel » (indice de représentativité < 100 %). En analysant les indices d'importance et d'occurrence de ces dernières (voir figures 3 et 4) nous pouvons observer que les catégories « justice », « les enfants », « les conséquences négatives sur la qualité de vie » et la « vision négative du monde actuel » ont un indice d'occurrence nettement supérieur (voir figure 4) à leurs indices d'importance respectifs. La catégorie « justice » se démarque des autres quant à la différence entre ses indices d'occurrence et d'importance. Ces analyses nous permettent de conclure que plusieurs sujets ont particulièrement insisté sur ces catégories. En analysant les indices d'occurrence, nous constatons que la catégorie « la victime » est citée plus souvent que la catégories « les faits » alors que son indice d'importance est inférieur. La catégorie « les conséquences négatives sur la qualité de vie » est citée autant que la catégorie « la mère » et pourtant son indice d'importance est inférieur. La catégorie « justice » est davantage citée que les catégories « les conséquences négatives sur la qualité de vie » et « la mère » alors que son indice d'importance est inférieur. Les indices d'occurrence des catégories « les enfants », « la sexualité » et « la vision négative de la femme » sont cohérents avec leurs indices d'importances respectifs. Relevons, une fois de plus que la catégorie « vision négative du monde actuel » est citée plus souvent que la catégorie « vision négative de la femme » alors que son indice d'importance est inférieur.

Tableau 6 : Les trois indices pour les 18 catégories

	Indice d'importance %	Indice d'occurrence %	Indice de représentativité %
Justification	16,96	16,96	100
Emotion	11,35	11,35	100
Non reconnaissance	9,24	9,24	100
Personnalité	9,16	9,16	100
Soi enfant	8,07	8,07	100
Vision de la conjointe	6,94	6,94	100
Reconnaissance	6,79	6,79	100
Les autres	6,35	6,35	100
Les faits	4,54	4,54	100
La victime	4,42	4,67	94,74
Vision actuelle : possible changement	4,26	4,26	100
La mère	1,72	1,93	89,47
Conséquences négatives sur la qualité de vie	1,64	1,94	84,21
Justice	1,61	2,35	68,42
Les enfants	1,23	1,56	78,95
La sexualité	1,01	1,13	89,47
Vision négative de la femme	0,19	0,41	47,37
Vision négative du monde actuel	0,16	0,50	31,58

Figure 3 : Indices d'occurrence et d'importance pour les 18 catégories

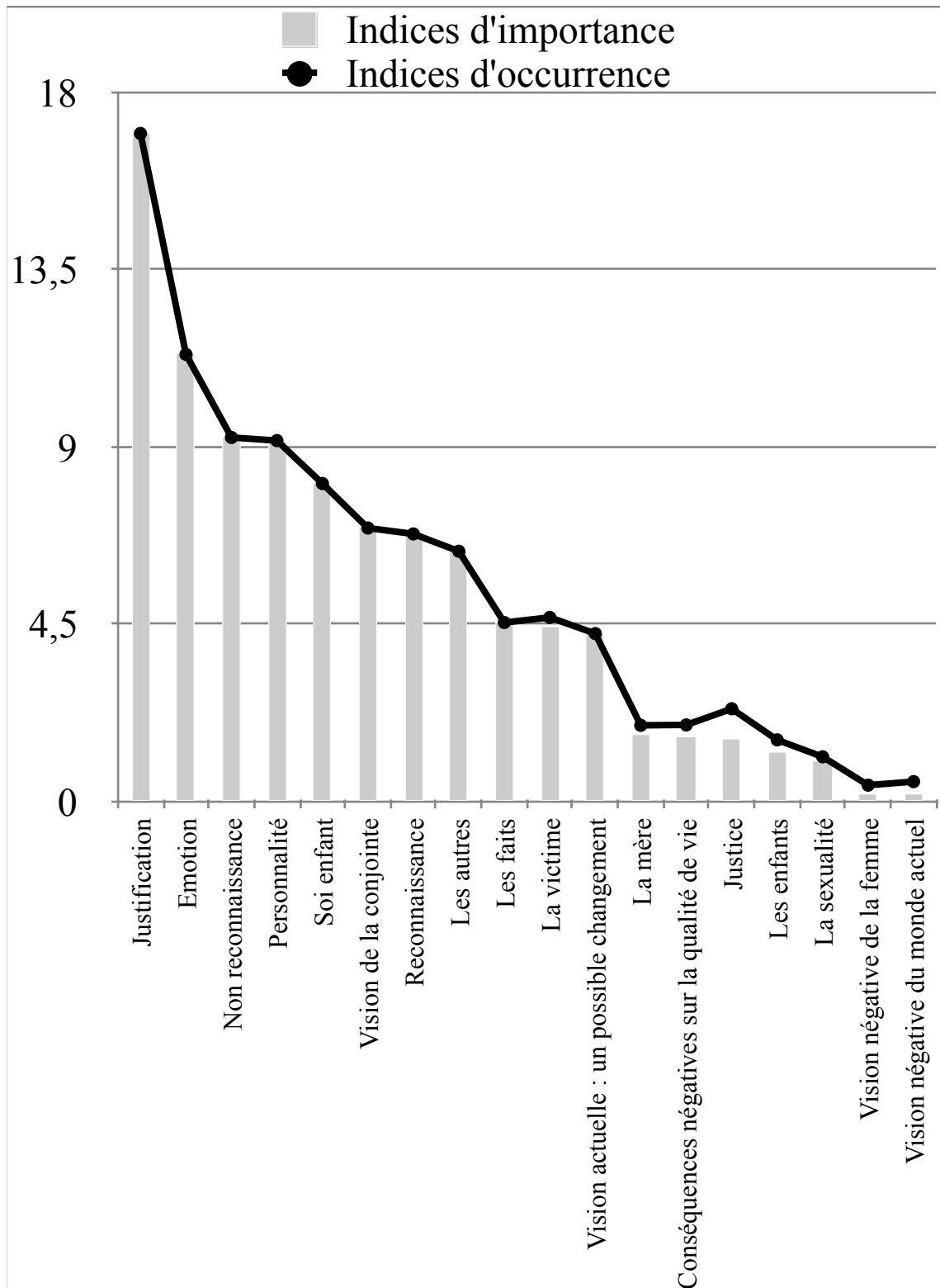
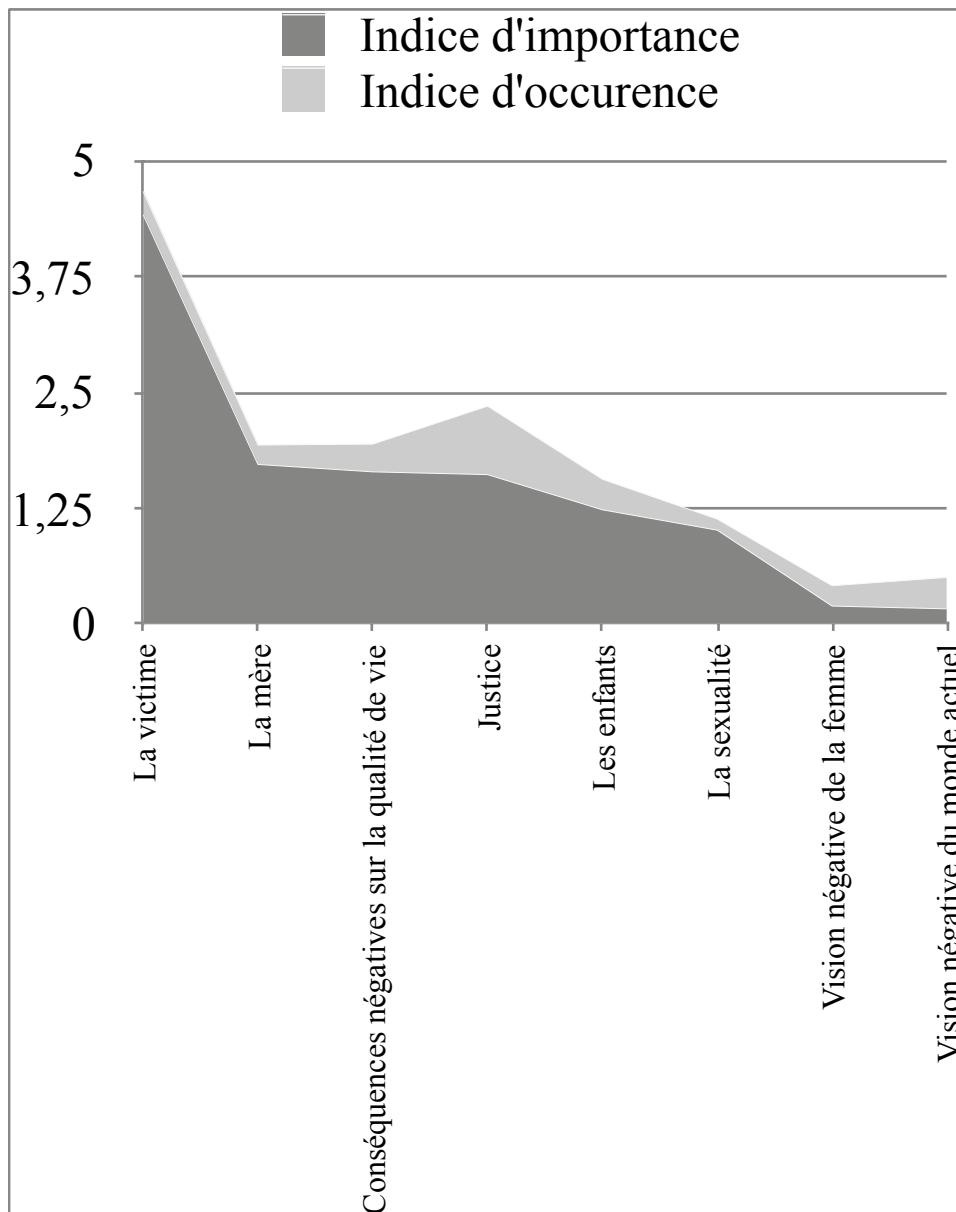


Figure 4 : Indices d'importance et d'occurrence pour les 8 catégories dont l'indice de représentativité est < 100 %



Analyse des sous-catégories

Les trois indices calculés pour chaque sous-catégorie sont consignés dans le tableau 7. En analysant la catégorie « **justification** », c'est la sous-catégorie « responsabilisation de la victime » qui arrive en tête selon l'indice d'importance (23,66 %) suivi par la sous-catégorie « problèmes sexuels » (18,74 %). La dernière sous-catégorie selon cet indice est la « culpabilisation des enfants » (1,42 %). Aucune sous-catégorie n'a été citée par tous les

sujets. Les sous-catégories les plus citées selon l'indice de représentativité sont « les problèmes sexuels » et « l'externalisation de la responsabilité de l'acte » (toutes les deux citées par 95 % des sujets). Les sous-catégories « responsabilisation de la victime », « perte de contrôle », « internalisation de la responsabilisation de l'acte » et « rôle de l'entourage » ont été citées par 79 à 90 % des sujets. Seule la sous-catégorie « culpabilisation des enfants » n'a été citée que par un sujet sur deux (47 %). L'indice d'occurrence nous indique que certains sujets ont insisté sur la sous-catégorie « rôle de l'entourage ». Le pourcentage d'occurrences de cette sous-catégorie correspond à 13,22 % du discours, ce qui est supérieur à la sous-catégorie « externalisation de la responsabilité de l'acte » (11,22 %) alors qu'elle possède un indice d'importance inférieur (10,44 % contre 10,63 %).

L'indice d'importance de la catégorie « **émotion** » montre que les sous-catégories les plus importantes sont « le sentiment de mal-être qui excuse l'acte » (32 %) et « les affects positifs vis-à-vis de la victime » (23 %). La sous-catégorie la moins importante est « le sentiment de bonheur qui excuse l'acte » (1 %). Selon l'indice de représentativité, une seule sous-catégorie a été citée par tous les sujets : « le sentiment de mal être qui excuse l'acte ». Les sous-catégories « les affects négatifs vis-à-vis de soi suite aux faits », « les affects positifs vis-à-vis de la victime », « les affects positifs pendant les faits » et « peur du jugement de la société suite aux faits » sont régulièrement évoquées puisqu'elles ont été citées par plus de 80 % des sujets. La sous-catégorie « sentiment de bonheur qui excuse l'acte » n'a été évoquée que par un sujet sur deux (52,63 %). Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

L'indice d'importance de la catégorie « **non reconnaissance** » nous montre que c'est le déni qui arrive en tête. L'indice de représentativité de la catégorie nous indique quant à lui que presque 9 sujets sur 10 minimisent la souffrance de la victime (84,21 %) alors que tous les sujets « dénie » et « minimise l'acte ». Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

L'indice d'importance de la catégorie « **personnalité** » nous montre que c'est « la bonne estime de soi personnelle » (33,53 %) qui arrive en tête et que la sous-catégorie la moins

importante est « la mauvaise estime de soi sociale » (11,57 %). Seule la sous-catégorie « mauvaise estime de soi sociale » n'a pas été citée par tous les sujets (84 % des sujets ont fait appel à cette sous-catégorie). Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

L'indice d'importance de la catégorie « **soi enfant** » nous indique que ce sont les souvenirs négatifs qui apparaissent les premiers puisque « le rapport négatif avec les adultes » arrive en première position (37 %), suivi des « rappels négatifs de l'enfance » (32 %). Les rappels positifs de l'enfance ne sont pas caractéristiques de la catégorie. « Le rapport positif avec les adultes » est la catégorie la moins importante (8 %). Même si la sous-catégorie « rappel négatif de l'enfance » est la seule à avoir été utilisée par tous les sujets, les trois autres sous-catégories ont été citées par plus de 79 % des sujets. Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

La sous-catégorie la plus importante de la catégorie « **vision de la conjointe** » est « la vision négative passée » (66,19 %). Elle est citée par presque l'intégralité des sujets (indice de représentativité = 94,74 %). La majorité des sujets (90 %) évoque tout de même des souvenirs positifs de leur conjointe (indice de représentativité = 89,47 %). Seulement un sujet sur deux évoque « une vision positive actuelle » de la conjointe ce qui va dans le sens du plus bas indice d'importance de la catégorie (indice d'importance = 4,67 %). Cela semble en accord avec le taux de célibat et de séparation de notre échantillon. Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

En se référant à l'indice d'importance de la catégorie « **la vision des autres** » nous constatons que les sujets ont le plus souvent une vision négative du rapport à autrui puisque selon cet indice c'est la « vision négative de la famille actuelle » (34,69 %) et la « plainte quant au manque de chaleur des relations sociales, personnelles et professionnelles » (26,35 %) qui arrivent en tête. Ces deux sous-catégories ont d'ailleurs été citées par plus de 90 % des sujets. « La vision négative de la famille actuelle » est la seule sous-catégorie à avoir été citée par tous les sujets. Seulement 28 % de l'indice d'importance est dévolu à la description de contacts positifs avec les autres (« affirmation de soutien social » = 17,26 % ; « vision

positive de la famille actuelle » = 10,31 %). Même si ces contacts positifs apparaissent comme les moins importants dans la catégorie, ils ont tout de même été cités par plus de 74 % des sujets. Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

Aucune sous-catégorie de la catégorie « **les faits** » n'a été citée par tous les sujets. Selon l'indice de représentativité pratiquement 90 % des sujets citent les sous-catégories (« évitement de l'expression des faits » et « recherche de solutions actuelles et passées »). Les catégories les plus importantes indiquent des déficits dans l'expression des faits (indice d'importance : « évitement de l'expression des faits » = 40,17 % ; « difficulté à exprimer socialement les faits » = 23,18). Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

Concernant la catégorie « **victime** », aucune sous-catégorie n'est citée par l'intégralité des sujets. Les résultats apparaissent comme relativement équilibrés. Notons qu'à la lecture de l'indice de représentativité, au moins 79 % des sujets éprouvent à la fois une vision négative et positive de la victime. Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

Aucune sous-catégorie n'a été citée par l'intégralité des sujets dans la catégorie « **vision actuelle : une possibilité de changement** ». La majorité des sujets (95 %) semble confiants et cite « la vision positive de changement » (indice de représentativité = 94,74 %). Ces chiffres sont concordants avec l'indice d'importance qui apparaît comme le plus élevé de la catégorie (43,25 %). Même si 65 % de l'indice d'importance renvoie à une vision positive de l'avenir par rapport à la problématique de violence sexuelle (vision positive de changement = 43,25 % ; perception de contrôle = 21,60 %), l'indice de représentativité de presque 70 % des sujets fait appel à une vision négative du travail actuel et de ses conséquences (indice de représentativité = 68,42 %). L'indice d'occurrence de la sous-catégorie « la vision négative du travail actuel et de ses conséquences » (28,70 %) est supérieur à celui de la sous-catégorie « perception de contrôle » (25,65 %) alors que ce dernier a un indice d'importance supérieur

(21,60 % contre 19,63 %). Nous pouvons conclure que certains sujets ont particulièrement cité cette sous-catégorie.

En analysant la catégorie « **la mère** », nous constatons que même si 74 % des sujets ont une vision positive de leur mère (indice de représentativité = 67,68 %), un sujet sur deux cite tout de même la sous-catégorie « culpabilisation de la mère » (indice de représentativité = 47,37 %). L'indice d'importance nous montre que la « vision positive de la mère » est la sous-catégorie la plus importante. Toutefois les indices d'occurrence des deux sous-catégories sont identiques, ce qui nous pousse à conclure une fois de plus que plusieurs sujets ont particulièrement cité la sous-catégorie « culpabilisation de la mère ».

Concernant l'indice de représentativité de la catégorie « **justice** », un peu plus de 60 % des sujets ont tendance à critiquer cette instance (plainte sur le système judiciaire = 63,16 %). C'est d'ailleurs cette sous-catégorie qui est la plus importante au sein de la catégorie (indice d'importance = 53,71 %). Seulement un petit tiers de l'échantillon étudié accepte le système judiciaire (indice de représentativité = 36,84 %). L'indice d'importance nous permet de visualiser un grand décalage entre les deux visions de cette catégorie puisque seulement 5,51 % de l'indice sont dévolus à « l'acceptation du système judiciaire ». Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

L'analyse de la catégorie « **les enfants** » nous montre que l'échantillon a plutôt une « vision positive des relations avec les enfants » (indice de représentativité = 68,42 %). Nous constatons un décalage important au niveau de l'indice d'importance concernant les deux sous-catégories (59,46 % pour la vision positive contre 4,13 % pour la vision négative qui n'est elle-même représentative que de 31,58 % des sujets). Les indices d'occurrence des sous-catégories sont cohérents avec les indices d'importance.

Tableau 7 : Indices par sous-catégories

	Indice d'importance %	Indice d'occurrence %	Indice de représentativité %
Justification			
• Responsabilisation de la victime	23,66	25,44	89,47
• Problèmes sexuels	18,74	19,78	94,74
• Perte de contrôle	11,98	14,22	84,21
• Internalisation de la responsabilité de l'acte	11,70	13,89	84,21
• Externalisation de la responsabilité de l'acte	10,63	11,22	94,74
• Rôle de l'entourage	10,44	13,22	78,95
• Culpabilisation des enfants	1,42	3	47,37
Emotion			
• Sentiment de mal être qui excuse l'acte	31,81	31,81	100
• Affects positifs vis-à-vis de la victime	22,77	25,45	89,47
• Affects négatifs vis-à-vis de soi suite aux faits	19,47	20,55	94,74
• Affects positifs pendant les faits	8,24	10,44	78,95
• Peur du jugement de la société suite aux faits	7,47	9,46	78,95
• Sentiment de bonheur qui excuse l'acte	1,20	2,28	52,63
Non reconnaissance			
• Dénier	58,72	58,72	100
• Minimisation de l'acte	26,65	26,65	100
• Minimisation de la souffrance de la victime	12,32	14,63	84,21

Personnalité			
• Bonne estime de soi personnelle	33,53	33,53	100
• Mauvaise estime de soi personnelle	27,88	27,88	100
• Bonne estime de soi sociale	24,85	24,85	100
• Mauvaise estime de soi sociale	11,57	13,74	84,21
Soi enfant			
• Rapport négatif avec les adultes	37,14	41,51	89,47
• Rappel négatif de l'enfance	31,65	31,65	100
• Rappel positif de l'enfance	15,43	16,28	94,74
• Rapport positif avec les adultes	8,33	10,55	78,95
Vision de la conjointe			
• Vision négative passée	66,19	69,87	94,74
• Vision positive passée	18,13	20,27	89,47
• Vision positive actuelle	4,67	9,87	47,37
Les autres			
• Vision négative de la famille actuelle	34,69	34,69	100
• Plainte quant au manque de chaleur des relations sociales, personnelles et professionnelles	26,35	29,45	89,47
• Affirmation de soutien social	17,26	21,87	78,95
• Vision positive de la famille actuelle	10,31	13,99	73,68
Les faits			

• Evitement de l'expression des faits	40,17	44,90	89,47
• Difficulté à exprimer socialement les faits	23,18	33,88	68,42
• Recherche de solutions actuelle et passée	18,99	21,22	89,47
<hr/>			
La victime			
• Vision négative de la victime	49,71	55,55	89,47
• Vision positive de la victime	35,09	44,44	78,95
<hr/>			
Vision actuelle : possible changement			
• Vision positive de changement	43,25	45,65	94,74
• Perception de contrôle	21,60	25,65	84,21
• Vision négative du travail actuel et de ses conséquences	19,63	28,70	68,42
<hr/>			
La mère			
• Vision positive de la mère	36,84	50	73,68
• Culpabilisation de la mère	23,68	50	47,37
<hr/>			
Justice			
• Plainte sur le système judiciaire	53,71	85,04	63,16
• Acceptation du système judiciaire	5,51	14,96	36,84
<hr/>			
Les enfants			
• Vision positive des relations avec les enfants	59,46	86,90	68,42
• Vision négative des relations avec les enfants	4,13	13,09	31,58
<hr/>			

III. Discussion

L'objectif de notre recherche était d'analyser les dysfonctionnements émotionnels, cognitifs et comportementaux des AVSE dans le but de conceptualiser et contextualiser les comportements sexuels déviants commis. L'objectif principal était d'analyser les facteurs fondamentaux à l'œuvre dans la violence sexuelle sur les enfants. Nous avons également pour objectifs d'analyser les troubles psychopathologiques et les troubles de la personnalité associés.

Sur les 53 % de notre échantillon présentant au moins un trouble de l'axe I, la moitié valide les critères d'un trouble psychopathologique unique. L'autre moitié présente au minimum une comorbidité de l'axe I associée. Les troubles sont essentiellement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles des impulsions. Nous ne relevons pas de trouble schizophrénique. Concernant l'étude des troubles de la personnalité, 70 % de notre échantillon présentent au moins un trouble de la personnalité. Seulement 54 % des sujets qui présentent un trouble de la personnalité ont un trouble unique. Les 46 % restant présentent les critères de plusieurs troubles de personnalité. Dans notre échantillon, 42% présente à la fois un trouble psychopathologique et un trouble de la personnalité. Aucun sujet ne présente les critères de la personnalité antisociale à l'entretien structuré M.I.N.I, ce qui paraît surprenant à la vue de notre population et étant donné qu'un sujet de l'échantillon active ce trouble de personnalité au PDQ-4+. L'échelle optionnelle de la psychopathie de l'entretien structuré M.I.N.I ne semble pas assez sensible pour identifier ce trouble dans notre échantillon. L'étude de Walters, Knight, Looman et Abracen (2016) qui porte sur l'étude de la psychopathie chez 1404 AVS conclut que la lecture de la psychopathie se fait davantage d'un point de vue dimensionnel que catégoriel et particulièrement chez les AVSE. Nos résultats vont également dans ce sens. Au niveau du profil psychopathologique, et pour résumer, les résultats nous montrent que 79 % de notre échantillon présente au moins un trouble de l'axe I ou de l'axe II selon le DSM-IV (APA, 1994). Seulement 21 % de notre échantillon est exempt de trouble psychopathologique et de personnalité. Ces résultats nous permettent de confirmer les données issues de la littérature en ce qui concerne l'hétérogénéité des AVSE concernant les

troubles psychopathologiques associés (Hall, Shepherd, & Mudrak, 1992 ; Langevin et al., 1988 ; Planton, 1978 ; cités par Proulx, 2006).

L'analyse de contenu nous a permis d'identifier 18 catégories qui se dégagent de notre entretien semi-structuré. L'apparition de certaines catégories est induite directement par le contenu de l'entretien semi-structuré. En effet, il nous a semblé important d'évoquer avec les participants les thématiques suivantes : la justification des actes, les émotions ressenties, le regard porté sur les faits, le rapport à autrui et à la victime, la vision de l'après détention. Les catégories qui se dégagent de ces thématiques arrivent d'ailleurs en tête. Au cours de l'entretien nous avons également abordé les thématiques « justice » (court temps en début d'entrevue) et « usage de matériel pornographique » (court temps en fin d'entretien). Le fait que la catégorie « justice » arrive en quatorzième position et que la catégorie « sexualité » arrive en seizième position ne nous surprend pas étant donné le peu de questions directes réservées à ces thématiques. Par contre les catégories « vision de la conjointe » (6ème place sur 18), « les conséquences négatives sur la qualité de vie » (13/18), « les enfants » (15/18), « la vision négative de la femme » (17/18) et « la vision négative du monde actuel » (18/18) ne sont pas directement évoquées dans la grille d'entretien semi structuré. La vision de la conjointe a été évoquée par l'intégralité des sujets et occupe une importance considérable dans leur discours. En s'intéressant de plus près à cette catégorie c'est « la vision négative passée » qui arrive en tête. Il apparaît que l'intégralité des sujets de notre étude ait eu besoin d'évoquer des relations négatives avec leur conjointe. Ce qui paraît surprenant c'est que lorsque les sujets évoquent leur relation actuelle, celle-ci est perçue positivement. Aucune description négative n'est faite de leur couple.

C'est la catégorie « justification » qui ressort comme étant la plus importante dans notre échantillon d'AVSE. Il semble primordial pour les sujets de donner une raison à leurs actes. Une explication en premier lieu externalisée, puisqu'en analysant les raisons données par les sujets, c'est la responsabilisation de la victime qui se démarque des autres, suivie par l'existence de problèmes sexuels (frustration sexuelle, évitement de la sexualité, mauvaises expériences sexuelles, problématiques sexuelles associées). La catégorie la plus importante après la « justification » des actes renvoie aux émotions. Cette catégorie évoque des ressentis

négatifs précédents les passages à l'acte (100 % des sujets rapportent un sentiment de mal-être qui excuse l'acte), des émotions positives au contact de la victime (90 % des sujets) et de nouveau des émotions négatives suite aux faits (95 % des sujets éprouvent des affects négatifs vis-à-vis de soi suite aux faits) nous permettant d'évoquer d'une part l'hypothèse d'un problème de régulation émotionnelle (Ward, & Siegert, 2002) et d'autre part de comportements impulsifs pendant lesquels les AVSE ne seraient pas en mesure d'anticiper les conséquences de leurs actes. Cette vision négative de soi après les faits pourrait induire une tendance à les justifier en externalisant la responsabilité des actes. Si on s'intéresse d'ailleurs à la catégorie « personnalité » c'est la « bonne estime de soi personnelle » qui ressort en première place lors de l'analyse, ce qui pourrait laisser entrevoir une volonté de maintenir l'estime de soi ébranlée par l'entretien. Après les « émotions » c'est la « non reconnaissance » qui apparaît. Nous relevons que 100 % des sujets ont recours à la sous-catégorie « déni » et à « la minimisation » ce qui signifie qu'aucun des AVSE de l'étude ne reconnaît complètement les faits pour lesquels il a été condamné ou la problématique de déviance sexuelle. Lorsque les sujets se rappellent de leur enfance, l'intégralité d'entre eux évoque des éléments négatifs. En effet, les deux sous-catégories qui se démarquent du « soi enfant » sont les rapports négatifs avec les adultes » et les « rappels négatifs de l'enfance ». Ceci vient confirmer les données issues de la littérature sur le vécu des expériences adverses pendant l'enfance des AVSE (Marshall, & Barbaree, 1990 ; Hall, & Hirschman, 1990).

Quand il est question d'aborder les faits, l'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence les sous-catégories « évitement de l'expression des faits » et « difficulté à exprimer socialement les faits » qui arrivent en tête de la catégorie. Il semblerait qu'un processus d'évitement soit à l'œuvre lors de l'évocation des comportements condamnés par la société. L'évitement pourrait tenter de mettre à distance un ressenti de honte vis-à-vis d'autrui ou de culpabilité vis-à-vis de soi. Notons que 95 % des sujets ont révélé des affects négatifs vis-à-vis d'eux-mêmes et 80 % la peur du jugement de la société suite aux faits.

En nous penchant sur les différentes catégories et sous-catégorie, nous observons que les sujets tentent de renvoyer une image pas trop négative d'eux-mêmes. En effet, ils justifient leurs actes en responsabilisant la victime perçue majoritairement comme négative et en

déniant certains faits. Ils évoquent avoir vécu des émotions négatives avant les actes déviants. Ils tentent de donner une bonne définition d'eux-mêmes. Concernant leur enfance ils font état de rapports négatifs avec les adultes et d'une vision négative passée. Ils ont tendance à éviter l'expression des faits. Concernant le futur, ils expriment une vision positive de changement. Ils se plaignent d'une justice à charge et des conséquences négatives de leurs actes.

Il existe un décalage entre la vision négative du passé et celle positive de l'avenir. Avant et pendant les passages à l'acte, les sujets décrivent une vision négative de la relation avec leur conjointe, des émotions négatives souvent présentes, des problèmes de sexualité et des plaintes dans les relations sociales, personnelles et professionnelles. A l'inverse ils sont plutôt optimistes par rapport à l'avenir. Ils rapportent majoritairement une vision positive de la relation actuelle avec la conjointe et envisage un changement positif pour l'avenir. Il est à noter que 84 % des sujets pensent pouvoir contrôler leur problématique déviante alors qu'ils sont autant à évoquer une perte de contrôle pour justifier les agressions. Ces divergences peuvent montrer leurs difficultés à identifier et résoudre les problèmes.

En nous intéressant au modèle des théories implicites de Ward (2000), plusieurs théories semblent se confirmer dans notre échantillon, à commencer par la TI « le monde est un endroit dangereux ». Nous la retrouvons dans plusieurs (sous)catégories : 90 % de notre échantillon activent la « plainte quant au manque de chaleur des relations sociales, personnelles et professionnelles » (catégorie « les autres »), 100 % des sujets ont également évoqué la sous-catégorie « la vision négative de la famille actuelle ». La sous-catégorie « vision négative du monde actuel » pourrait également être intégrée à cette TI. La seule solution pour les sujets présentant cette TI serait, selon Ward, de se venger d'autrui ou d'aller chercher chez les enfants l'affection qu'ils sont contraints de rejeter chez l'adulte. Nous retrouvons la TI « le monde est incontrôlable » dans la catégorie « justification » et dans la sous-catégorie « perte de contrôle ». Ainsi 84 % de notre échantillon seraient concernés par cette TI. Ward et al. (2006) rapportent que les agresseurs la présentant éprouvent des déficits dans la régulation de leurs pensées, sentiments et comportements. La TI « Les enfants sont des objets sexuels » se retrouve dans notre analyse de contenu dans la sous-catégorie « responsabilisation de la victime » (90 % des sujets). La TI « Il existe des degrés dans le

mal » pourrait correspondre à notre sous-catégorie « minimisation de la souffrance de la victime » citée par 84 % des sujets. Notre sous-catégorie « affects positifs vis-à-vis de la victime » citée par 90 % de nos sujets pourrait renvoyer à la TI « les enfants sont des partenaires » proposée par Paquette et al. (2014). Cette TI évoquerait l'existence chez les AVSE d'une congruence émotionnelle avec les enfants. Nous ne retrouvons pas directement la TI « droits exagérés ». De nos analyses, il semblerait ressortir une nouvelle théorie implicite : 47 % des sujets ont évoqué une « vision négative de la femme ». Cette catégorie est ressortie avec une importance très relative au sein de notre échantillon. Par contre en analysant la catégorie « vision de la conjointe », 95 % de notre échantillon dresse une « vision négative passée de la conjointe » ce qui représente 70 % du discours total de cette catégorie. Les individus évoquent des émotions négatives, des problèmes de communication, une distance physique, une mauvaise entente et une vision négative de la conjointe. Rappelons que cette catégorie arrive en sixième position par ordre d'importance. En nous référant aux travaux de Ward sur les TI, nous émettons l'hypothèse qu'il en ressortirait une nouvelle, à savoir « les femmes sont dangereuses ». Il est difficile d'identifier clairement ce qui relève d'une TI et d'une croyance selon la définition de Beck. En effet, cette TI pourrait également être reliée à la croyance « les conjoints sont manipulateurs, trompeurs et rejetants » décrite par Beck (1999). Nous retrouvons d'ailleurs d'autres croyances décrites chez les individus violents : « les autorités sont contrôlantes, dénigrantes et punitives » (sous-catégorie « plainte sur le système judiciaire »), « les étrangers sont des menteurs, des gens égoïstes et hostiles » et la croyance « on ne peut faire confiance à personne » (retrouvées toutes les deux dans la sous-catégorie « plainte quant au manque de chaleur des relations sociales, personnelles et professionnelles"). L'analyse du contenu des entretiens ne permet pas de valider les catégories « pour maintenir ma liberté, ma fierté, ma sécurité, je dois contre-attaquer », « la force est la seule manière de se faire respecter par les autres », « si vous n'êtes pas à égalité, les autres m'écraseront ».

Cette étude se confronte à plusieurs limites. Pour commencer, le but de l'étude n'était pas d'identifier les théories implicites et/ou schémas cognitifs, nous n'avons donc pas développé de protocole nous permettant d'évaluer et de différencier clairement ces variables. Développer un matériel spécifique pourrait être pertinent chez les AVSE français. Ensuite, le temps passé

depuis les faits, 15 ans en moyenne, pourrait avoir un impact sur la vision et le rappel des faits. Ce que nous avons qualifié de déni pourrait être lié au réel processus d'oubli de la mémoire voire de modification des souvenirs. Il serait également intéressant de nous intéresser aux sujets condamnés par la justice pour des faits identiques à notre échantillon et qui expriment un déni total. La comparaison des deux groupes pourrait nous permettre d'isoler les variables qui seraient directement liées à la recherche d'un maintien de l'estime de soi.

Deuxième étude : Analyse des qualités psychométriques de la désirabilité sociale

I. Hypothèses de recherche

L'étude des qualités psychométriques de l'échelle de la désirabilité sociale s'est faite en deux temps. Un large échantillon de la population générale a été d'abord recruté. Cette étude se veut exploratoire, l'échelle de désirabilité sociale n'ayant pas été étudiée sur une population française. Ensuite, nous avons comparé les AVSE d'une part avec des personnes n'ayant pas commis de délits/crimes (issus de la population générale) et d'autre part avec des personnes ayant commis des violences non sexuelles.

Nous émettons l'hypothèse que les AVSE présentent des scores plus élevés à l'échelle abrégée de désirabilité sociale et à l'échelle de mensonge du questionnaire de personnalité d'Eysenck révisé et abrégé (EPQR-A) que les personnes n'ayant pas commis de délits/crimes (hypothèse 1).

Comme évoqué dans la partie théorique, les violences sexuelles étant perçues très négativement par la société, nous nous attendons à trouver une différence significative entre notre échantillon d'AVSE et un échantillon constitué d'individus ayant commis des violences non sexuelles sur ces mêmes données. Les AVSE devraient présenter des scores plus élevés que les sujets violents sur les échelles de désirabilité sociale et de mensonge de l'EPQR-A (hypothèse 2).

II. Etude de la désirabilité sociale dans un échantillon non clinique

1) Méthode

a. Caractéristiques de l'échantillon

Nous avons constitué un groupe de 418 personnes issues de la population générale afin d'analyser les données générales des échelles utilisées pour cette recherche : 89 hommes et 329 femmes. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 32 ans ($M = 31,90$; $SD = 10$; étendue = 18-63).

b. La procédure

Pour analyser les échelles utilisées dans cette étude, nous souhaitions obtenir une importante cohorte. Pour se faire nous nous sommes rendus à l'Institut de Formation et de Soins Infirmiers de Saint die des Vosges. Après avoir obtenu l'autorisation de la directrice, nous avons proposé le protocole aux étudiants des trois promotions. Pour compléter cet échantillon et toucher un maximum de personnes nous avons choisi de diffuser l'enquête en ligne grâce au site Survey Monkey. En créant le questionnaire nous nous sommes assurés de ne pas enregistrer les adresses IP des sujets afin de garantir leur anonymat. Après une présentation de l'étude, nous avons recueilli leur consentement éclairé. Ce protocole a été rempli par 590 sujets, en trois mois. Après traitement des données nous avons pu retenir 418 protocoles. Cent soixante-douze questionnaires ont dû être retirés de l'étude avant traitement des résultats en raison de données manquantes.

c. Outils de l'étude

L'échelle abrégée de désirabilité sociale

Nous avons utilisé la version abrégée (forme C) de l'échelle Marlowe-Crown (1962) proposée par Reynolds (1982) et traduite par Valla et al. (1997). Ce questionnaire se compose de 13

affirmations pour lesquelles le participant doit répondre par vrai ou faux. Ces dernières ont été sélectionnées à partir de la version originale de l'échelle (items 3, 6, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 26, 28, 30, 33). Le score total s'obtient par une addition des scores aux 13 items. Nous relevons cinq items inversés. Pour les items 1, 2, 3, 4, 6, 8, 11 et 12 les réponses « faux » comptent pour un point et pour les items 5, 7, 9, 10 et 13, ce sont à l'inverse les réponses « vrai ».

Le questionnaire de personnalité d'Eysenck révisé et abrégé (EPQR-A, Francis et al., 1992)

Le questionnaire se divise en quatre échelles : les échelles de psychoticisme, d'extraversion et de névrosisme auxquelles est ajoutée une échelle qui évalue la tendance au mensonge. Chaque échelle se compose respectivement de 6 items. Un score d'un point est donné pour les réponses suivantes : échelle de névrosisme (1 oui, 9 oui, 11 oui, 14 oui, 18 oui, 21 oui) ; échelle d'extraversion (2 oui, 4 oui, 13 oui, 15 non, 20 non, 23 oui) ; l'échelle de psychoticisme (3 non, 6 oui, 8 oui, 12 oui, 16 non, 22 non) et l'échelle de mensonge (5 non, 7 non, 10 non, 17 non, 19 non, 24 oui). La version française a été étudiée par Bouvard, Aulard-Jaccod, Personneaux, Hautekeete et Rogé (2010). Les moyennes et écart-types des trois groupes étudiés par les auteurs sont consignés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Moyennes et écart-type aux échelles de l'EPQR-A d'après Bouvard et al. (2010)

	Chambéry <i>n</i> = 118	Lille <i>n</i> = 110	Toulouse <i>n</i> = 118
Extraversion	Femmes 3,35 (1,90)	Femmes 3,22 (2,04)	Femmes 3,84 (1,35)
	Hommes 3,93 (2,02)	Hommes 3,58 (1,96)	Hommes 2,68 (1,54)
Névrosisme	Femmes 3,99 (1,58)	Femmes 3,93 (1,81)	Femmes 2,72 (1,37)
	Hommes 2,45 (2,00)	Hommes 2,62 (1,84)	Hommes 2,38 (1,22)
Psychoticisme	Femmes 1,32 (1,24)	Femmes 1,33 (1,74)	Femmes 1,77 (1,32)
	Hommes 2,09 (1,14)	Hommes 2,04 (1,09)	Hommes 1,95 (1,29)

d. Traitement des données

Le traitement des résultats a été réalisé grâce au logiciel Statistica version 7.1. Une première analyse descriptive a été réalisée pour obtenir les moyennes, écart-types et étendues. L'étude s'intéresse aux données issues de la population générale sur l'échelle de désirabilité sociale et son influence sur les échelles de l'EPQR-A. En fonction de l'étendue de l'âge des sujets de notre échantillon, plusieurs groupes ont été constitués. Pour comparer les moyennes d'âge en fonction du genre nous avons procédé à des tests *t* de Student. Des analyses de variance ANOVA nous ont permis de vérifier l'effet de l'âge sur les résultats à l'échelle de désirabilité sociale. Nous avons également procédé à des tests de corrélation *r* de Bravais Pearson pour évaluer la dépendance entre les variables « désirabilité sociale » et les scores aux échelles de l'EPQR-A.

2) Résultats

a. Analyses cliniques et descriptives

La moyenne d'âge des hommes est de 34 ans ($M = 33,72$; $SD = 8,84$) et celle des femmes est de 31 ans ($M = 31,42$; $SD = 10,18$). Les moyennes et écart-types des deux groupes sur les différentes échelles sont consignées dans le tableau 9.

Tableau 9 : Scores moyens aux échelles DS et EPQR-A en fonction du genre

	Hommes ($n = 89$)	Femmes ($n = 329$)
	Moyenne (Ecart-type)	
Score total DS	5,73 (2,49)	5,89 (2,51)
Névrosisme	2,48 (1,88)	3,09 (1,77)
Extraversion	3,61 (1,97)	3,63 (1,81)
Psychoticisme	2,03 (1,33)	1,40 (1,10)
Mensonge	2,92 (1,44)	3,53 (1,52)

b. Impact du genre et de l'âge sur les scores à l'échelle de DS

Le test de Student réalisé montre que les deux groupes sont comparables sur la variable âge ($t = -1,94$; $ddl = 416$; $p = 0,05$).

Pour vérifier l'impact éventuel de l'âge sur les scores de désirabilité sociale, nous avons ensuite divisé les 418 sujets en cinq groupes d'âge. Le premier groupe (G1) contient 33 sujets âgés de 18 à 20 ans. Le second groupe (G2) contient 186 sujets âgés de 21 à 30 ans. Le troisième groupe (G3) contient 126 sujets âgés de 31 à 40 ans. Le quatrième groupe (G4) se compose de 46 sujets âgés de 41 à 50 et le dernier groupe (G5) se compose de 27 sujets âgés de 51 à 63 ans. Les moyennes et écart-types de chaque groupe à l'échelle de DS sont visibles dans le tableau 10.

Tableau 10 : Scores moyens à l'échelle de DS des groupes

$N = 418$	Moyenne (Ecart-type)
G1 ($n = 33$)	5,78 (0,43)
G2 ($n = 186$)	5,82 (0,18)
G3 ($n = 126$)	5,58 (0,22)
G4 ($n = 46$)	6,37 (0,37)
G5 ($n = 27$)	6,55 (0,48)

L'analyse ANOVA effectuée s'est révélée non significative, il n'existe donc pas d'effet de l'âge sur le score à l'échelle de désirabilité sociale ($F = 1,420$; $p = 0,23$). Nous n'avons pas relevé non plus de corrélation entre l'âge et le score de désirabilité sociale ($r = 0,008$).

Nous ne relevons pas non plus d'effet lié au genre sur le score à l'échelle de désirabilité sociale ($t = 0,536$; $ddl = 416$; $p = 0,592$).

c. Impacts du score de désirabilité sociale sur les échelles de l'EPQR-A

Le score de DS est corrélé négativement à l'échelle de névrosisme ($r = - 0,23, p < 0,05$) et de psychoticisme ($r = - 0,26, p < 0,05$). Il existe une corrélation positive plus importante à l'échelle de mensonge ($r = 0,51, p < 0,05$). La taille de l'effet peut être qualifiée d'importante d'après les critères de Cohen. Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre les échelles DS et extraversion ($r = - 0,02$).

III. Etude de la désirabilité sociale dans un échantillon d'AVSE comparativement à deux groupes contrôles

1) Méthode

a. Caractéristiques des échantillons

Pour cette seconde partie de l'étude, nous avons constitué trois groupes. L'effectif du groupe 1 (G1) s'élève à 19 hommes majeurs condamnés par la justice française pour des faits d'agressions sexuelles commises sur enfant(s). L'âge moyen de ce groupe est de 46 ans ($M = 46,47$; $SD = 11,87$; étendue = 20-65). Cet échantillon a participé aux trois études de cette recherche. Pour mémoire, 17 sujets ont commis des crimes sexuels et deux ont commis des agressions sexuelles. Douze d'entre eux ont commis des agressions intrafamiliales, quatre des agressions extrafamiliales et trois des agressions mixtes. Trois sujets purgent une peine en récidive et les 16 autres sont incarcérés pour la première fois. Six agresseurs rapportent avoir été eux même victime de violences sexuelles pendant leur enfance.

L'âge moyen des sujets du groupe 2 (G2) est de 42 ans ($M = 41,94$; $SD = 9,03$; étendue = 29-52). Parmi ces sujets, sept d'entre eux ont des antécédents judiciaires et ont déjà été incarcérés. Ils ont tous été condamnés pour des violences ayant entraîné la mort de quelqu'un (sept condamnations pour assassinat, sept pour homicide, quatre pour meurtre et trois pour

maltraitance ou bagarre ou incendie ayant entraîné la mort sans intention de la donner). Ce groupe est constitué de 19 hommes majeurs.

La moyenne d'âge du groupe 3 (G3) est de 45 ans ($M = 45$; $SD = 7$; étendue = 24-62). Ce groupe est constitué de 19 hommes majeurs issus de la population générale.

b. La procédure

Le Groupe 1 (G1) est le même que la première étude. Lorsque nous les avons rencontrés pour la première recherche nous en avons profité pour leur faire passer les protocoles de la seconde étude. Le choix de faire passer l'EPQR-A à nos sujets s'est décidé après le commencement de l'étude si bien qu'il nous manque deux protocoles dans ce groupe pour cette échelle.

Le choix du groupe 2 (G2) était de conserver la variable « violence » en écartant la variable « sexuelle ». Nous avons donc constitué un groupe de 19 sujets de sexe masculin placés sous mains de justice. Pour constituer ce groupe, nous avons suivi la même procédure que pour le G1, c'est-à-dire que nous avons consulté la psychologue responsable du plan d'exécution des peines qui nous a remis (avec les mêmes autorisations) une liste de détenus condamnés par la justice française pour des faits de violence non sexuelle. Classés par date d'écrou, les sujets ont été appelés en fonction de ce critère. Après leur avoir expliqué le déroulé de la recherche, les sujets ont signé un formulaire de consentement. Pour constituer ce groupe nous avons convoqué 33 personnes. Vingt-six d'entre elles sont venues à notre rencontre et 21 ont accepté de participer à notre recherche. Le temps de passation de ces questionnaires étant très court, environ trente minutes, peu de sujets ont refusé. Pour le traitement des données, nous avons choisi de ne retenir que 19 protocoles en excluant les deux protocoles remplis par les sujets les plus jeunes (24 et 28 ans).

Pour constituer notre deuxième groupe contrôle (G3), celui-ci étant issu de la population générale, nous avons sélectionné 19 hommes parmi les 89 participants de la première phase de cette étude. Nous les avons sélectionnés en fonction des critères âge et genre.

c. Outils de l'étude

Pour cette seconde partie de l'étude nous avons eu recours aux mêmes échelles que dans la première phase à savoir la version abrégée (forme C) de l'échelle Marlowe-Crown (1962) proposée par Reynolds (1982) et traduite par Valla (1997) et l'échelle EPQR-A de Francis et collaborateurs (1992).

d. Traitement des données

Le traitement des résultats a été réalisé grâce au logiciel Statistica version 7.1. Des ANOVA nous ont permis de comparer les moyennes des groupes sur l'échelle de désirabilité sociale et les échelles de l'EPQR-A. Lors de résultats significatifs, nous avons procédé à des tests post hoc pour différencier les groupes.

2) Résultats

Le test ANOVA ne rend pas compte de différence significative sur la moyenne d'âge en fonction des trois groupes ($F = 1,13$; $p = 0,33$). Les trois groupes sont comparables sur la variable âge. Les scores moyens des trois groupes aux différentes échelles sont visibles dans le tableau 11.

Nous ne relevons pas de différence significative en fonction des groupes quelles que soient les échelles de l'EPQR-A (voir tableau 11).

L'ANOVA réalisé montre qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les trois groupes sur le score total de désirabilité sociale ($F = 6,43$; $p = 0,003$). Les groupes 1 et 2 sont comparables ($p = 0,47$). Le groupe 1 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,010$) et le groupe 2 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,001$).

Tableau 11 : Scores moyens aux échelles DS et EPQR-A selon les groupes

	G1 (<i>n</i> = 19)	G2 (<i>n</i> = 19)	G3 (<i>n</i> = 19)	<i>F</i> (<i>p</i>)
	Moyenne (Ecart-type)			
Score total DS	8,37 (2,06)	8,89 (2,62)	6 (2)	6,43 (0,003)
Névrosisme	2,82 (1,97)	3,26 (1,69)	1,89 (1,79)	2,80 (0,07)
Extraversion	3,47 (1,77)	3,31 (1,70)	3,74 (2,13)	0,24 (0,78)
Psychoticisme	1,18 (1,01)	1,37 (1,42)	1,84 (1,38)	1,28 (0,29)
Mensonge	4,17 (1,07)	3,63 (2,00)	3,42 (1,39)	1,11 (0,33)

IV. Discussion

L'objectif principal de notre recherche était d'étudier le niveau de DS exprimé par notre échantillon d'AVSE et de le comparer à des échantillons de sujets violents et non violents. Comme nous ne disposons pas de normes françaises pour la forme C de l'échelle de Marlowe-Crown (Reynolds, 1982, traduite par Valla et al, 1997), nous avons commencé par étudier les scores obtenus sur un échantillon de 418 sujets issus de la population générale.

Cette première étape de la recherche nous a permis d'observer que les scores de DS n'étaient liés ni à l'âge, ni au genre. Nous avons observé des corrélations négatives entre le score de DS et les échelles de névrosisme (petit effet selon les critères de Cohen, 1988) et de psychoticisme (corrélations qui s'approche d'un effet moyen selon les mêmes critères) et une corrélation positive à l'échelle de mensonge (effet qualifié d'important). Nous n'avons observé aucune corrélation sur l'échelle d'extraversion. L'échelle DS est corrélée aux deux dimensions plus sensibles à la pathologie (névrosisme et psychoticisme)

Dans sa théorie de la personnalité, Eysenck décrit le psychoticisme comme un continuum entre le comportement antisocial et la conduite emphatique. Cette corrélation négative indique que plus les sujets expriment une tendance à la désirabilité sociale et moins leurs scores à l'échelle de psychoticisme renvoient à des comportements antisociaux ou à des conduites schizoïdes. Ces éléments pourraient aller dans le sens de ce que rapportent Tan et Grace

(2003) sur le fait que les scores de DS sont corrélés négativement à la récidive. En effet, selon les auteurs plus les gens expriment de DS et moins ils ont tendance à récidiver. Concernant le névrosisme, Eysenck le définit comme une tendance à l'instabilité et aux émotions négatives. La corrélation négative indique que plus les sujets expriment de DS et moins ils sont sujets au névrosisme. La corrélation positive forte entre l'échelle de mensonge de l'EPQR-A et l'échelle de DS indique une relation linéaire forte entre ces deux échelles. Plus les gens expriment de DS sur l'échelle de Reynolds (1982) et plus ils en expriment au niveau de l'échelle de mensonge d'Eysenck.

En comparant notre échantillon d'AVSE aux deux autres groupes, nous avons d'abord constaté que les scores des sujets étaient significativement plus élevés que ceux des sujets issus de la population générale (validation de l'hypothèse 1). Ces résultats confirment les données déjà présentes dans la littérature sur le sujet (Andrews, & Meyer, 2003). Le groupe de sujets violents se distingue également des sujets non violents avec des scores significativement plus élevés. Le fait que les sujets violents et AVSE obtiennent des scores plus élevés que les sujets issus de la population générale appuie la tendance, chez ces individus, à renvoyer une image positive d'eux même voire une tendance au mensonge. Notons que notre groupe d'AVSE présente une moyenne un peu plus élevée ($M = 8,37$; $SD = 2,06$) que le groupe d'AVSE d'Andrews et Meyer ($M = 7,03$; $SD = 3,45$). Ces résultats peuvent s'expliquer par une tendance plus importante à l'émission de comportements antisociaux aux Etats-Unis et donc peut être une nécessité moindre de renvoyer une image positive d'eux même dans ce contexte.

Nous n'avons pas validé notre hypothèse 2 (les AVSE présentent des scores plus élevés à l'échelle abrégée de désirabilité sociale que des criminels). En effet, nous n'avons constaté aucune différence significative entre les résultats des AVSE et des sujets non violents sexuellement ce qui va à l'encontre des résultats de Tan et Grace (2008) qui concluaient à des scores plus élevés chez les AVSE.

Aucune différence significative n'est apparue au niveau des trois groupes sur les échelles extraversion, psychoticisme, névrosisme et étonnamment mensonge. En comparant les scores

du groupe d'AVSE à ceux des sujets masculins de l'étude de Bouvard et collaborateurs (2010) nous observons que notre échantillon ne se différencie pas sur les échelles de névrosisme et d'extraversion. Leurs scores à l'échelle de psychoticisme sont par contre légèrement inférieurs ($M = 1,18$; $SD = 1,01$ contre $M = 2,09$; $SD = 1,14$ pour le groupe de Chambéry ; $M = 2,04$; $SD = 1,09$ pour le groupe de Lille et $M = 1,95$; $SD = 1,29$ pour le groupe de Toulouse).

Bien que l'échelle de mensonge soit très corrélée à l'échelle de DS, elle n'apparaît pas assez subtile pour discriminer nos échantillons. Une échelle abrégée de six items est plus facile à falsifier qu'une échelle plus longue comme l'échelle de DS. Les groupes d'AVSE et de sujets violents « masquent » leurs résultats en psychoticisme (ce qui peut expliquer les scores légèrement inférieurs des AVSE par rapport aux groupes de l'étude de Bouvard et collaborateurs, 2010). L'échelle EPQR-A n'apparaît pas valide dans une population délinquante puisque trop facilement falsifiable. En plus de cette limite, plusieurs autres peuvent être formulées, en commençant par le nombre limité de sujets par échantillon pour cette étude. Rappelons que nous disposons de deux protocoles de moins pour l'échelle EPQR-A. Nous pouvons également relever l'intérêt qu'il pourrait y avoir à isoler la variable récidive afin d'étudier les différences entre les sujets AVSE et les sujets violents sur les échelles de DS et de mensonge de l'EPQR-A.

Troisième étude : Comparaison des AVS aux groupes contrôles sur les scores aux 18 schémas précoces inadaptés de Young

I. Hypothèses de recherche

Nous émettons l'hypothèse générale que les AVSE ont un score plus élevé au questionnaire qui évalue les schémas précoces inadaptés de Young par rapport à un groupe contrôle de sujets non violents.

En se référant aux études qui portent sur les schémas précoces dysfonctionnels activés chez les AVSE (Carvalho & Nobre, 2014 ; Chakhssi, De Ruiter & Berstein, 2013 ; Richardson, 2005) et les modèles étiologiques présentés dans la partie théorique, nous émettons l'hypothèse que notre échantillon d'AVSE présente des scores plus élevés que le groupe contrôle issu de la population générale aux schémas précoces *surcontrôle émotionnel*, *isolement social*, *méfiance/abus*, *abandon/instabilité*, *assujettissement* et *imperfection/honte*.

A notre connaissance il n'y a pas d'étude qui compare les AVSE aux sujets violents sur le critère des SPI, cette recherche sera donc exploratoire.

II. Méthode

1) Caractéristiques des échantillons

Groupe 1 (G1) = L'âge moyen est de 46 ans ($M = 46,47$; $SD = 11,87$; étendue = 20-65). Dix-sept sujets ont commis des crimes sexuels et deux ont commis des agressions sexuelles. Douze d'entre eux ont commis des agressions intrafamiliales, quatre des agressions extrafamiliales et trois des agressions mixtes. Trois sujets purgent une peine en récidive et les 16 autres sont incarcérés pour la première fois. Six agresseurs rapportent avoir été eux même victime de violences sexuelles pendant leur enfance

Groupe 2 (G2) = Ce groupe est constitué de 19 hommes majeurs. Pour rappel l'âge moyen des sujets est de 42 ans ($M = 41,94$; $SD = 9,03$; étendue 29-52). Parmi ces sujets, sept d'entre eux ont des antécédents judiciaires et ont déjà été incarcérés. Ils ont tous été condamnés pour des violences ayant entraîné la mort de quelqu'un (sept condamnations pour assassinat, sept pour homicide, quatre pour meurtre et trois pour maltraitance ou bagarre ou incendie ayant entraînés la mort sans intention de la donner).

Groupe 3 (G3) = 19 hommes majeurs constituent ce groupe. La moyenne d'âge des participants du groupe 3 est de 28 ans ($M = 28,05$; $SD = 9,8$; étendue = 18-54 ans).

2) Procédure

Pour constituer les groupes 1 et 2 nous avons repris contact avec les sujets qui avaient déjà participé à nos recherches. Nous leur avons préalablement communiqué l'intérêt potentiel que nous pourrions avoir à les recontacter pour leur proposer de nouvelles évaluations. Tous ont accepté (nous n'avons pas recontacté les deux sujets du groupe 2 éliminés lors de la seconde étude). Le groupe 1 a donc participé aux études 1, 2 et 3 ; le groupe 2 a participé aux études 2 et 3.

Afin de constituer un nouveau groupe contrôle de sujets hommes non violents nous avons repris contact avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Saint Die des Vosges. La constitution du groupe 3 a eu lieu à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Saint Die des Vosges. Après avoir obtenu l'autorisation de la Directrice nous avons rencontré les étudiants de sexe masculin pour leur faire passer le protocole après leur avoir expliqué la recherche et avoir obtenu leur consentement éclairé. Le lieu de recrutement inclut un jeune âge des participants.

3) Outil de l'étude

Nous avons choisi, pour cette étude, de recourir à la version courte du questionnaire de Young qui évalue l'activation de schémas précoces inadaptés : Young Schema Questionnaire Short form, troisième version. Ce questionnaire se compose de 90 items. Il évalue 18 schémas

précoces inadaptés acquis pendant l'enfance qui s'organisent en cinq domaines : « séparation et rejet » (*abandon/instabilité* S1, *méfiance/abus* S2, *manque affectif* S3, *imperfection/honte* S4, *isolement social* S5), « manque d'autonomie et de performance » (*dépendance/incompétence* S6, *peur du danger ou de la maladie* S7, *fusionnement/personnalité atrophiée* S8, *échec* S9), « orientation vers les autres » (*assujettissement* S12, *abnégation* S13, *recherche d'approbation et de reconnaissance* S14), « survigilance et inhibition » (*négativité/pessimisme* S15, *surcontrôle émotionnel* S16, *idéaux exigeants/critique excessive* S17, *punition* S18), « le mode « manque de limites » (*droits personnels exagérés/grandeur* S10, *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* S11). La cotation s'effectue par moyenne en fonction des différents schémas. Pour chaque item, les participants doivent se prononcer sur une échelle de Likert en six points (1 = cela est complètement faux pour moi ; 2 = Le plus souvent faux pour moi ; 3 = Plutôt vrai que faux pour moi ; 4 = Assez vrai pour moi ; 5 = Le plus souvent vrai pour moi ; 6 = Me décrit parfaitement). La cotation se fait par addition des scores aux items des schémas respectifs (tableau 12).

Tableau 12 : Répartition des items en fonction des 18 schémas d'après l'étude de validation de Bouvard, Denis et Roulin (sous presse).

Schémas	Items
S1 <i>Abandon/instabilité</i>	2, 20, 38, 56
S2 <i>Méfiance/abus</i>	3, 21, 39, 57, 75
S3 <i>Manque affectif</i>	1, 37, 55, 73
S4 <i>Imperfection/honte</i>	5, 23, 41, 59, 77
S5 <i>Isolement social</i>	4, 22, 40, 58, 76
S6 <i>Dépendance/incompétence</i>	43, 61, 79
S7 <i>Peur du danger ou de la maladie</i>	26, 44, 80
S8 <i>Fusionnement/personnalité atrophiée</i>	9, 27, 45, 63, 81
S9 <i>Échec</i>	6, 24, 42, 60, 78
S12 <i>Assujettissement</i>	10, 28, 46, 52, 64, 82
S13 <i>Abnégation</i>	11, 29, 47, 65, 83
S14 <i>Recherche d'approbation et de reconnaissance</i>	16, 34, 70, 88
S15 <i>Négativité/pessimisme</i>	17, 35, 53, 71, 89
S16 <i>Surcontrôle émotionnel</i>	12, 30, 66, 84
S17 <i>Idéaux exigeants/critique excessive</i>	13, 31, 67
S18 <i>Punition</i>	18, 36, 49, 54, 72
S10 <i>Droits personnels exagérés/grandeur</i>	32, 68, 86
S11 <i>Contrôle de soi/autodiscipline insuffisants</i>	14, 15, 33, 51, 87

4) Traitement des données

Nous avons eu recours au logiciel Statistica 7.1. Nous avons procédé à des analyses descriptives. Pour cette étude, étant donné que le groupe contrôle issu de la population générale est plus jeune que les deux autres groupes, nous avons vérifié l'absence d'influence de la variable âge sur les résultats. Nous avons eu recours à des calculs ANCOVA. Étant donné la multitude de comparaisons effectuées sur les mêmes données nous avons procédé à un ajustement de

Bonferroni pour confirmer les résultats. Pour cette étude, le calcul était $= 0,05 / 18 \text{ variables} = 0,0027$. Seuil en dessous duquel les valeurs F seront considérées comme statistiquement significatives. Lorsque les F étaient statistiquement significatifs dans l'ANCOVA, nous avons choisi de faire des comparaisons Post Hoc afin d'identifier les moyennes ayant contribué à l'effet.

III. Résultats

1) Données cliniques et descriptives

Les analyses descriptives des scores aux 18 schémas (moyennes et écart-types) sont consignées dans le tableau 13. Nous avons comparé les âges des trois groupes. L'analyse ANCOVA réalisée rend compte de différences significatives entre les groupes ($F = 16,49$; $p = 0,000003$). Les tests Post Hoc nous révèlent que le groupe 1 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,000001$), que le groupe 2 est également statistiquement différent du groupe 1 ($p = 0,000116$) et que les groupes 1 et 2 sont comparables ($p = 0,1813$).

Le groupe 1 présente le score total moyen à l'échelle le plus élevé ($M = 240,84$; $SD = 59,26$), suivi du groupe 2 ($M = 222,32$; $SD = 52,39$) et du groupe 3 ($M = 180,74$; $SD = 37,13$).

Les scores aux schémas du groupe 1 s'organisent ainsi = S18 *punition* > S13 *abnégation* > S15 *négativité/pessimisme* > S12 *assujettissement* > S2 *méfiance/abus* > S1 *abandon/instabilité* > S3 *manque affectif* > S16 *surcontrôle émotionnel* > S5 *isolement social* > S9 *échec* > S14 *recherche d'approbation et de reconnaissance* > S4 *imperfection/honte* > S8 *fusionnement/personnalité atrophiée* > S11 *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* > S7 *peur du danger ou de la maladie* > S17 *idéaux exigeants/critique excessive* > S6 *dépendance/incompétence* > S10 *droits personnels exagérés/grandeur* (les moyennes et écart-types de chacun des schémas sont consignés dans le tableau 13).

Les scores aux schémas du groupe 2 s'organisent ainsi : S18 *punition* > S13 *abnégation* > S15 *négativité/pessimisme* > S2 *méfiance/abus* > S12 *assujettissement* > S16 *surcontrôle émotionnel* > S5 *isolement social* > S11 *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* > S1

abandon/instabilité > S9 échec = S8 fusionnement/personnalité atrophiée > S17 idéaux exigeants/critique excessive > S3 manque affectif > S14 recherche d'approbation et de reconnaissance > S4 imperfection/honte > S7 Peur du danger ou de la maladie > S6 dépendance/incompétence > S10 droits personnels exagérés/grandeur (cf tableau 13 pour les moyennes et écart-types).

L'ordre décroissant des schémas du groupe 3 est le suivant : S13 *abnégation* > S18 *punition* > S15 *négativité/pessimisme* > S16 *surcontrôle émotionnel* > S14 *recherche d'approbation et de reconnaissance* > S5 *isolement social* > S11 *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* > S12 *assujettissement* > S9 *échec* > S2 *méfiance/abus* = S8 *fusionnement/personnalité atrophiée* > S17 *idéaux exigeants/critique excessive* > S1 *abandon/instabilité* > S3 *manque affectif* > S4 *imperfection/honte* > S10 *droits personnels exagérés/grandeur* > S7 *peur du danger ou de la maladie* > S6 *dépendance/incompétence* (cf tableau 13 pour les moyennes et écart-types).

2) Schémas précoces inadaptés

Nous avons comparé les 18 schémas et le score total à l'échelle des trois groupes. Des différences significatives entre les groupes sont relevées sur les schémas S1 (*abandon/instabilité*), S2 (*méfiance/abus*), S13 (*abnégation*), S18 (*punition*), (cf tableau 13).

Tableau 13 : Résultats ANCOVA aux 18 schémas et score total en fonction des groupes

	Groupe 1 (n=19)	Groupe 2 (n=19)	Groupe 3 (n=19)	F ; p
	Moyenne (ET)			
YSQ-S3	240,84 (59,26)	222,32 (52,39)	180,74 (37,13)	Age : 0,35 ; 0,56 Groupe : 5,49 ; 0,007
S4 imperfection/honte	12,1 (5,39)	8,95 (4,36)	7,84 (3,64)	Age : 0,05 ; 0,82 Groupe : 3,54 ; 0,035981
S1 Abandon/instabilité	14,89 (5,26)	11,05 (5,42)	8,32 (3,04)	Age : 0,128 p = 0,26 Groupe : 8,81 ; 0,0005
S3 Manque affectif	12,95 (4,80)	9,95 (5,85)	8,05 (2,93)	Age : 0,91 ; 0,34 Groupe : 2,39 ; 0,10
S2 Méfiance/abus	15,53 (6,86)	17,16 (6,37)	8,63 (4,32)	Age : 5,25 ; 0,03 Groupe : 14,03 ; 0,000013
S5 Isolement social	12,47 (6,71)	13,47 (5,41)	11,89 (4,41)	Age : 1,33 ; 0,25 Groupe : 0,89 ; 0,42
S8 Fusionnement/personnalité atrophies	11,53 (5,05)	10,58 (4,80)	8,63 (4,23)	Age : 0,05 ; 0,82 Groupe : 0,95 ; 0,39
S9 Échec	12,37 (5,74)	10,58 (4,04)	10,05 (3,36)	Age : 0,48 ; 0,49 Groupe : 1,57 ; 0,22
S7 Peur du danger ou de la maladie	9,74 (4,20)	6,79 (3,21)	6,58 (3,10)	Age : 0,24 ; 0,63 Groupe : 4,29 ; 0,019
S6 Dépendance/incompétence	8,10 (3,62)	5,79 (2,66)	5,58 (1,92)	Age : 0,40 ; 0,53 Groupe : 4,44 ; 0,016
S10 Droits personnels exagérés/ grandeur	6,21 (4,08)	5,21 (2,46)	7,47 (3,15)	Age : 0,16 ; 0,69 Groupe : 2,06 ; 0,14
S11 Contrôle de soi/ autodiscipline insuffisants	10,37 (5,26)	11,42 (4,90)	11,58 (3,25)	Age : 0,20 ; 0,66 Groupe : 0,49 ; 0,62
S13 Abnégation	21,79 (5,56)	21,21 (5,56)	15 (2,43)	Age : 0,41 ; 0,52 Groupe : 9,003 ; 0,00043
S12 Assujettissement	17,42 (6,07)	15,16 (6,33)	10,58 (3,88)	Age : 0,01 ; 0,92 Groupe : 4,42 ; 0,0168
S14 Recherche d'approbation et de reconnaissance	12 (6)	9,68 (4,26)	12 (3,93)	Age : 0,007 ; 0,93 Groupe : 1,37 ; 0,26
S16 Surcontrôle émotionnel	12,84 (5,06)	13,95 (5,28)	12,58 (4,26)	Age : 0,40 ; 0,53 Groupe : 0,33 ; 0,72
S15 négativité/pessimisme	18,37 (6,52)	17,43 (6,99)	13,05 (5,02)	Age : 0,56 ; 0,46 Groupe : 3,57 ; 0,03
S17 Idéaux exigeants/critique excessive	9,37 (4,36)	10,31 (3,73)	8,37 (2,16)	Age : 0,03 ; 0,87 Groupe : 1,03 ; 0,36
S18 Puniton	22,79 (4,16)	23,58 (4,09)	14,53 (3,13)	Age : 0,39 ; 0,53 Groupe : 23,68 ; 0,000000

L'analyse ANCOVA réalisée pour comparer les groupes sur le Schéma S1 (*abandon/instabilité*) rend compte de différences significatives entre les groupes ($F = 8,81$; $p = 0,000496$). Les tests Post Hoc montrent que le groupe 1 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,000068$) que les groupes 1 et 2 sont comparables ($p = 0,01$) tout comme les groupes 2 et 3 ($p = 0,08$).

L'analyse ANCOVA réalisée pour comparer les groupes sur le schéma S2 (*méfiance/abus*) rend compte de différences significatives entre les groupes ($F = 14,03$; $p = 0,000013$). Les tests Post Hoc montrent que le groupe 1 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,000502$), que le groupe 2 est statistiquement différent du groupe 3 également ($p = 0,000028$) et que les groupes 1 et 2 sont comparables ($p = 0,38$).

L'analyse ANCOVA réalisée pour comparer les groupes sur le schéma S13 (*abnégation*) rend compte des différences significatives entre les groupes ($F = 9,004$; $p = 0,000430$). Les tests Post Hoc montrent que le groupe 1 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,000057$), que le groupe 2 est statistiquement différent du groupe 3 également ($p = 0,000195$) et que les groupes 1 et 2 sont comparables ($p = 0,71$).

L'analyse ANCOVA réalisée pour comparer les groupes sur le schéma S18 (*punition*) rend compte des différences significatives entre les groupes ($F = 23,68$; $p = 0,000000$). Les tests Post Hoc montrent que le groupe 1 est statistiquement différent du groupe 3 ($p = 0,000000$), que le groupe 2 est statistiquement différent du groupe 3 également ($p = 0,000000$) et que les groupes 1 et 2 sont comparables ($p = 0,53$).

IV. Discussion

Le but de notre étude était de rendre compte de différences statistiquement significatives au niveau des SPI dans la violence sexuelle sur les enfants comparativement à la violence non sexuelle et à la population générale.

Au regard des résultats, les AVSE se différencient des sujets non violents sur les quatre schémas *abandon/instabilité*, *méfiance/abus*, *abnégation* et *punition* avec des scores significativement plus élevés. Ces quatre schémas ne nous permettent pas de différencier les AVSE des sujets violents. Les sujets violents, quant à eux, se différencient significativement des sujets non violents sur les schémas *méfiance/abus*, *abandon* et *punition* avec des scores plus élevés. Ils ne se différencient pas de ces mêmes sujets sur le schéma *abandon/instabilité* contrairement au groupe d'AVSE.

Selon la théorie de Young, lorsque les enfants vivent des épisodes de vie difficiles pendant leur enfance, notamment de violence physique ou psychologique, ils peuvent développer des schémas de *méfiance/abus* et d'*abandon/instabilité*. Le schéma *abandon/instabilité* reflète la croyance que les gens sont imprévisibles et instables tant sur le plan comportemental qu'émotionnel. L'individu porteur de ce SPI se sent à risque d'être abandonné à chaque instant. S'investir dans une relation s'avère dangereux puisque la menace de l'abandon est constante. Notre étude montre que le score des AVSE à ce schéma est significativement plus élevé que celui des sujets non violents. Cela vient renforcer les modèles étiologiques de la violence sexuelle sur les enfants. En effet beaucoup d'entre eux ont vécu des épisodes de victimisation pendant l'enfance (Balier, Ciavaldini, & Girard-Khayat, 1997). L'activation de ce schéma ne permet pas de différencier les AVSE des sujets violents qui présentent également un score élevé. Le schéma *méfiance/abus* développe chez son porteur le sentiment que les autres vont l'humilier ou engendrer chez lui de la souffrance. Il est étroitement associé à la colère et aux états anxieux. Une fois de plus les AVSE se démarquent des sujets non violents avec des scores significativement plus élevés mais ne se distinguent pas des individus violents qui présentent des scores légèrement plus élevés.

Le schéma *punition* renvoie à la tendance que peut avoir la personne à la critique et à l'intolérance face aux autres et à elle-même en cas de non atteinte de l'idéal fixé. Ce schéma a pour conséquences des difficultés à pardonner des erreurs à leur trouver des circonstances atténuantes. Ce schéma reflète également un manque d'empathie chez le sujet, un manque de flexibilité et une incapacité d'envisager un point de vue différent. Les résultats montrent encore une fois que les AVSE se distinguent des sujets non violents avec des scores

significativement plus élevés et ne distinguent pas des sujets violents qui présentent quant à eux des scores légèrement supérieurs.

Alors que les trois schémas que nous venons de citer sont considérés par Young comme des schémas inconditionnels, le schéma *abnégation* est décrit comme un schéma conditionnel c'est-à-dire à envisager comme une stratégie d'adaptation pour répondre à des besoins fondamentaux. Il s'agit d'un SPI en lien avec la dépendance aux autres. Il existe également souvent une colère évitée dont son porteur ne prend pas nécessairement conscience. Souvent les porteurs de ce schéma ont très tôt mis de côté leurs besoins pour satisfaire ceux des autres. Il en découle un besoin constant de satisfaire autrui au détriment de leurs propres besoins qui restent insatisfaits. Les résultats de cette recherche montrent qu'une fois de plus les AVSE présentent des scores significativement plus élevés que les sujets non violents et ne se distinguent pas des sujets violents.

Les résultats de cette étude nous permettent de confirmer notre hypothèse de départ par rapport au fait que les AVSE ont un score total significativement plus élevé que les sujets non violents. Contre toute attente nous ne relevons pas de différences significatives entre les sujets concernant les schémas *surcontrôle émotionnel*, *isolement social*, *assujettissement* et *imperfection/honte*. Nous confirmons par contre les résultats de Carvalho et Nobre (2014), Chakhssi, De Ruiter et Berstein, (2013) ainsi que Richardson (2005) par rapport à la présence des schémas *méfiance/abus et abandon/instabilité* chez les AVSE.

Il nous faut demeurer prudents par rapport à ces résultats. En premier lieu, la taille de notre échantillon ne nous permet pas de généraliser les résultats. De plus, les items du schéma *méfiance/abus* (items 3 « *j'ai l'impression que les autres vont profiter de moi* », item 21 « *j'ai l'impression que je dois être sur mes gardes en présence des autres sinon ils me blesseront intentionnellement* », item 39 « *ce n'est qu'une question de temps avant que quelqu'un me trahisse* », item 57 « *je suis très méfiant quant aux motivations des autres* », item 75 « *je m'interroge habituellement sur les véritables intentions des autres* ») et certains items du schéma *punition* (item 18 « *si je fais une erreur, je mérite d'être puni* », item 49 « *je dois faire face à toutes mes responsabilités* », item 72 « *peu importe les raisons, quand je fais une*

erreur, je devrais en payer le prix ») peuvent avoir été validés par les sujets du fait de leur incarcération et de leur condamnation. En effet, certains items peuvent renvoyer à un sentiment de méfiance qu'on pourrait qualifier de fonctionnel en détention et certains autres pourraient être à relier à l'acceptation de la sanction ou tout du moins au fait de renvoyer l'image de quelqu'un qui est en accord avec sa condamnation. A notre connaissance cette échelle n'a pas été validée en milieu carcéral. Il serait intéressant de le faire ou de répliquer cette étude sur une population d'AVSE non incarcéré pour contrôler la variable environnementale. Ces résultats nous poussent à envisager que le modèle de Young pourrait être une stratégie intéressante supplémentaire pour comprendre et conceptualiser la violence sexuelle sur les enfants. Au regard de ses résultats nous soutenons également l'hypothèse que les schémas précoces inadaptés pourraient présenter un facteur de vulnérabilité potentielle pour l'agression sexuelle sur les enfants (Carvalho, & Notre, 2014).

Discussion générale

L'objectif principal de notre travail de thèse était de développer un entretien semi-structuré pour aider les professionnels formés aux thérapies comportementales et cognitives et non formés en criminologie à prendre en charge les auteurs de violence sexuelle sur les enfants dans le cadre des obligations et injonctions de soin. En fonction des résultats de l'étude 1, nous proposons des lignes directrices d'évaluation du tableau clinique des auteurs de violence sexuelle sur enfants qui figurent dans le tableau 14. Plusieurs grands domaines sont ressortis de nos analyses. Il est important d'évaluer chez les auteurs de violence sexuelle sur les enfants (AVSE) les points suivants : expériences d'adversité vécues pendant l'enfance, l'estime de soi, les capacités de régulation émotionnelle, l'assertivité, la sexualité « normale », la vision négative passée de la conjointe et de la femme, le rapport à autrui, les théories implicites et les schémas cognitifs associés.

En ce qui concerne l'estime de soi, les AVSE ont tendance à renvoyer une image positive d'eux-mêmes. Ils se décrivent en utilisant des qualificatifs émotionnels (calme, sentimental, tranquille, tendre, affectueux, etc.) et en niant le fait d'être violent ; ils se décrivent comme un bon travailleur, quelqu'un qui possède des valeurs (bon cœur, respectueux, généreux, droit, etc.) et ayant des capacités métacognitives (réfléchit, reconnaît ses erreurs, assume ses fautes et ses responsabilités, introspection, etc.). Ils se décrivent également comme quelqu'un sur qui les autres peuvent compter, qui entretient de bonnes relations avec autrui, qui est apprécié des autres, notamment dans le travail et qui possède des capacités assertives. La description faite d'eux même semble être étroitement liée au désir de vouloir renvoyer une bonne image d'eux même. En effet, ils rapportent d'un autre côté une plus faible estime d'eux même, ce qui confirme les résultats observés dans la littérature. Ils décrivent des difficultés dans l'ouverture à autrui, une certaine immaturité psychologique, une vision de soi comme quelqu'un d'anormal, une vision de soi dévalorisée, faisant preuve d'agressivité physique ou verbale et ayant un problème de limites. Ils rapportent également des déficits dans l'affirmation de soi en général (accepte mal les critiques, éprouve une difficulté de contact, suit le mouvement, attend que l'autre fasse le premier pas, malhabile socialement, ne sait pas dire non, ne se révèle pas, manipulateur, etc.). Ils font également état de difficultés assertives dans des domaines plus spécifiques comme dans le couple (dominé, écrasé, soumis, ment à son épouse, s'efface pour éviter les conflits, passif, etc.) et avec les femmes en général. Le rapport à autrui

engendre de l'anxiété et ils éprouvent des difficultés à donner leur confiance. Ces déficits sont souvent présents depuis l'enfance. Les rappels négatifs de l'enfance renvoient en effet à des difficultés dans le fonctionnement social (carapace, difficultés à lier des amitiés, etc.). Evaluer leurs capacités dans ce domaine pour leur proposer une prise en charge adaptée pourrait avoir une influence sur les schémas précoces inadaptés (SPI) *abnégation, méfiance/abus* et les schémas cognitifs sous-jacents mis en évidence au cours de la troisième étude. Cela permettrait également de développer des stratégies supplémentaires qui pourraient les aider à combler des besoins fondamentaux visés par leurs besoins criminogènes d'après le Good Lives Model. Rappelons à ce propos que de bonnes capacités assertives peuvent aider à combler les besoins fondamentaux en lien avec l'autonomie, les relations sociales, la communauté et le bonheur pour seuls exemples. Par le travail de l'affirmation de soi, nous pouvons escompter également un impact indirect sur l'estime de soi déficitaire dans cette population.

Evaluer la sexualité pour leur permettre d'atteindre une sexualité dite « normale » apparaît également prioritaire. Ce travail nous a permis de mettre en évidence une sexualité rarement satisfaisante. Ils nomment particulièrement de l'anxiété de performance associée, des frustrations sexuelles, une homosexualité non acceptée, des dysfonctions sexuelles et de l'addiction comportementale au sexe.

La littérature fait régulièrement état d'expériences négatives vécues très tôt dans l'enfance. Notre étude nous a permis de le vérifier également sur notre échantillon. Si les AVSE ne vivent pas tous des expériences traumatogènes (victimes de violences physiques, sexuelles, psychologiques), ils se confrontent à des situations qui peuvent être destructurantes pour un enfant, leurs besoins fondamentaux n'ayant pas été satisfaits (carences affectives, absence d'un parents, carences matérielles, nombreux déménagements, antécédents familiaux criminels ou psychiatrique, manque de communication, manque d'autonomie, des règles/contraintes injustifiées, manque de spontanéité et de jeu) ou à l'inverse trop satisfaits (enfants qui manquent de limites). Ces expériences précoces apportent un terrain fertile au développement de schémas cognitifs/schémas précoces inadaptés. Les croyances dysfonctionnelles décrites par Beck (1999) pour définir la violence se sont révélées

pertinentes dans notre analyse : *les conjoints sont manipulateurs, trompeurs et rejetants, les étrangers sont des menteurs, des gens égoïstes et hostiles, on ne peut faire confiance à personne*. Nous avons observé à travers l'analyse de nos entretiens que certaines d'entre elles s'enracinent très tôt dans l'enfance des AVSE. Certains schémas pourraient correspondre à des schémas inconditionnels qu'il serait difficile d'assouplir (*les étrangers sont des menteurs, des gens égoïstes et hostiles, on ne peut faire confiance à personne*). En effet plus les croyances sont acquises tôt dans le développement et plus il est difficile de les modifier. Nous n'avons pas relevé les croyances suivantes dans notre échantillon (toutefois il semble important d'en avoir connaissance et d'y prêter attention dans le cadre d'une évaluation) : *les autorités sont contrôlantes, dénigrantes et punitives, pour maintenir ma liberté, ma fierté, ma sécurité, je dois contre-attaquer, La force est la seule manière de se faire respecter par les autres, et si vous n'êtes pas à égalité, les autres m'écraseront*.

Les liens d'attachement insécurisés aux figures parentales que nous retrouvons dans notre étude vont influencer l'autorégulation émotionnelle et comportementale de l'individu (Tereno, Soares, Martins, Sampaio, & Carlson, 2007) et très tôt inhiber l'enfant dans l'exploration de son environnement social. Nous l'avons déjà évoqué : les difficultés assertives et le manque de confiance se relèvent déjà dans l'enfance des AVSE. Rappelons que les théories implicites se développent également pendant l'enfance des agresseurs et participent au traitement de l'information. Envisager les schémas cognitifs de Beck et les théories implicites de Ward chez les AVSE s'est révélé pertinent même si nous n'avons pas retrouvé l'intégralité des schémas cognitifs et des schémas précoces inadaptés relevés dans la littérature. Les deux théories bien que différentes nous apparaissent interdépendantes. Ces expériences adverses n'ont pas permis le développement d'une estime de soi satisfaisante et de capacités à développer et investir les relations interpersonnelles affectives et sexuelles (Marshall, & Barbaree, 1990). Le déficit d'assertivité en est le témoin.

Nous avons également mis en évidence des problèmes liés à la gestion émotionnelle. En effet, face aux facteurs de stress vécus, les AVSE ressentent une série d'émotions négatives. Les sujets décrivent, avant les passages à l'acte, des carences, un mal-être, une souffrance, une blessure, de la tristesse, de l'impuissance, de l'ennui, de la fatigue, un épuisement physique et

moral, du stress, du surmenage, une inhibition dans les relations, de la colère, de la frustration, de l'anxiété du dégoût, de la honte, le sentiment d'être perdu et de perdre le contrôle de leur vie. A priori la seule stratégie perçue comme efficace serait le contact avec l'enfant victime qui aurait une fonction apaisante. Comme dans la littérature, nous avons relevé une congruence émotionnelle avec l'enfant (Finkelhor, 1984 ; Ward, & Siegert, 2002). En effet, au contact de la victime, l'AVSE ressent une forte intensité émotionnelle, un sentiment de déconnexion et du bien-être notamment. Le contact avec l'enfant est parfois envisagé comme une stratégie de coping (soulager la tension nerveuse, évacuer le stress). Dès que l'AVSE n'est plus au contact de l'enfant, il ressent à nouveau des émotions négatives envahissantes telle la peur du jugement de la société et des affects négatifs vis-à-vis d'eux suite aux faits (gêne, dégoût, mal-être, nervosité, déstabilisation, malaise, choc de la gravité des faits, souffrance d'avoir fait du mal, tristesse, dépression, culpabilité, écœurement, regret, peur de cette attirance sexuelle pour les enfants et des conséquences, frustration que le passage à l'acte n'apporte pas l'effet attendu, stress lié à la prise de conscience, colère, sentiment d'anéantissement et le fait d'être mal à l'aise de devoir mentir). Les déficits de régulation émotionnelle sont également présents dans la description qu'ils peuvent faire d'eux-mêmes (intolérant à la frustration, sensible, confond ses émotions, ne domine pas la honte, n'arrive pas à parler de ses émotions, anxieux, lunatique, sauts d'humeur, impulsif, etc).

En plus de la dysrégulation émotionnelle, nous avons relevé également une forte tendance des AVSE de notre échantillon au processus d'évitement émotionnel. L'évocation des faits est évitée quelle que soit la dimension temporelle : ils ne sont pas parvenus à en parler avant, ils ne pensaient plus aux faits juste après leur perpétration, aujourd'hui ils ne souhaitent pas en parler, à l'avenir ils voudraient passer à autre chose, avancer. Les émotions sont des processus adaptatifs, elles agissent comme des radars de vie nous indiquant une non satisfaction des besoins fondamentaux. Elles sont considérées comme des régulateurs du comportement (Brun, 2015). La littérature évoque deux conceptions de l'autorégulation émotionnelle : une position interpersonnelle ou l'émotion est perçue comme un ensemble de phénomènes régulateurs indispensable dans l'établissement de relations sociales adaptées (Campos, Frankel, & Camras, 2004 ; cités par Brun, 2015) et une position intrapersonnelle dans laquelle

l'émotion doit être régulée par l'activité cognitive (Gross & Thompson, 2007 ; cités par Brun 2015).

Tableau 14 : Lignes directrices d'évaluation des AVSE pour une prise en charge par thérapie comportementale et cognitive

Expériences d'adversité pendant l'enfance	
Estime de soi	
Emotions	<ul style="list-style-type: none"> - Régulation et dysrégulation émotionnelle - Congruence émotionnelle envers les enfants - Evitement émotionnel
Affirmation de soi	
La sexualité « normale »	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété/frustration associées - Dysfonctions sexuelles - Addiction sexuelle - Homosexualité/bisexualité
Vision négative passée de la conjointe et de la femme	
Rapport à autrui	
Les théories implicites	<ul style="list-style-type: none"> - « Le monde est incontrôlable » - « Les enfants sont des partenaires » - « Le monde est un endroit dangereux » - « Les femmes sont dangereuses » - « Les enfants sont des objets sexuels » - « Il existe des degrés dans le mal » - « Droits exagérés »
Les schémas cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Les conjoints sont manipulateurs, trompeurs et rejetants,</i> - <i>Les étrangers sont des menteurs, des gens égoïstes et hostiles,</i> - <i>On ne peut faire confiance à personne,</i> - <i>Les autorités sont contrôlantes, dénigrantes et punitives,</i> - <i>Pour maintenir ma liberté, ma fierté, ma sécurité, je dois contre-attaquer,</i> - <i>La force est la seule manière de se faire respecter par les autres », et « si vous n'êtes pas à égalité, les autres m'écraseront.</i>

Plusieurs domaines que nous n'avons pas étudiés nous apparaissent très importants lors de l'évaluation préalable à la prise en charge (voir tableau 15). Ces domaines sont directement reliés aux besoins fondamentaux tels que décrit par Ward dans le Good Lives Model. S'intéresser aux valeurs des AVSE en leur proposant une thérapie A.C.T par exemple (Acceptance and Commitment Therapy, Hayes, 1984) pourrait servir de levier thérapeutique. De plus, une mesure de la satisfaction de la qualité de vie serait un bon indicateur de l'efficacité du travail sur les besoins fondamentaux, buts et valeurs associés. Il apparaît fondamental, également, de mesurer leurs déficits dans la gestion des difficultés et leur capacité à identifier et résoudre les problèmes. En effet, s'ils citent régulièrement la présence de facteurs de stress dans leur vie (sans les citer directement), ils n'évoquent pas de stratégies de gestion de ces derniers. Le fait qu'ils évoquent une vision négative de leur couple passé et une vision positive actuelle, un manque de contrôle passé et un contrôle à venir renforce l'idée de déficit dans l'identification de ce qui représente un problème couplé probablement à un processus d'évitement cognitif. Associé au travail sur l'affirmation de soi, aider les AVSE à développer des ressources dans le fait de générer des solutions autres que criminelles pourrait être porteur.

Tableau 15 : Evaluation des besoins fondamentaux, buts, valeurs associés, stratégies de résolution de problème et qualité de vie

<p>Domaines de valeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vie : santé et fonctionnement physique - Le savoir : connaissance dans les domaines importants pour l'individu - Accomplissement au travail - Accomplissement dans les loisirs - Autonomie : avoir le sentiment de décider pour soi-même - Equilibre émotionnel - Les relations sociales - La communauté - La spiritualité : vivre une vie qui a du sens et se donner des buts - Le bonheur : être engagé dans les activités qui engendrent des émotions positives - La créativité 	<p>Eléments à évaluer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de satisfaction sur une échelle de mesure subjectives 0 à 10 - Identification des valeurs associées - Identification des buts associés - Identification des moyens à privilégier pour les satisfaire - Identification des stratégies comportementales utilisées pendant les agressions pour les satisfaire
<p>La résolution de problème : évaluer les différentes étapes de la résolution de problème</p>	
<p>Satisfaction de la qualité de vie</p>	

En plus de notre entretien semi-structuré, plusieurs entretiens et échelles d'évaluation nous ont aidés à approfondir l'évaluation des AVSE.

Les deux outils diagnostiques, l'entretien structuré M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan & Lecrubier, 1998) pour évaluer les troubles mentaux et le PDQ4+ (Personality Disorder Questionnaire, Hyler, 1998) pour évaluer les troubles de la personnalité sont pertinents. La rapidité de leur passation est un avantage. L'évaluation catégorielle de la personnalité peut apporter certaines pistes de prise en charge pour le clinicien, toutefois une évaluation dimensionnelle semble plus intéressante, notamment pour évaluer la psychopathie.

Il apparaît que l'EPQR-A (Eysenck Personality Questionnaire forme révisée et abrégée, Francis et al., 1992) qui évalue les trois dimensions de la personnalité (extraversion, névroticisme et psychoticisme) n'est pas adapté pour la population d'AVSE. En effet, le fait que nos sujets ne se discriminent pas de la population générale sur les différentes échelles,

particulièrement sur le psychoticisme qui intègre l'empathie est probablement lié au nombre limité d'items par échelle (six). Rappelons que des hauts scores en psychoticisme marquent la tendance de l'individu à se montrer cruel, inhumain, indifférent aux autres, hostile et agressif. L'échelle courte de mensonge de l'EPQR-A est toutefois bien corrélée à l'échelle de désirabilité sociale (DS). Il serait préférable d'avoir recours à l'EPQ-R d'Eysenck et collaborateurs (1985) qui contient 100 items évaluant les mêmes dimensions (32 items pour le psychoticisme, 23 items pour l'extraversion, 24 pour le névrosisme et 21 pour le mensonge). En revanche, il faudrait avoir des normes plus actuelles pour cette dernière.

Les échelles et entretiens utilisés ne nous ont pas permis d'évaluer la psychopathie, considérée comme indépendante des troubles mentaux et des troubles de la personnalité. Si la psychopathie est différente de la personnalité antisociale, il est étonnant que cette dernière soit présente à une reprise dans le PDQ4+ alors qu'elle n'apparaît pas avec l'entretien structuré M.I.N.I. Il apparaît primordial d'évaluer cette variable mais davantage d'un point de vue dimensionnel que catégoriel. L'outil de référence dans la littérature internationale est la PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised, Hare, 2003) que nous avons évoqué préalablement. Toutefois deux limites majeures se présentent pour son utilisation par un clinicien : la première est qu'une partie de l'évaluation se base sur le dossier criminel de l'individu auquel le clinicien n'a pas accès et la seconde est qu'une formation de plusieurs jours est indispensable (Majois, Saloppé, Ducro, & Pham, 2011). Toutes les évaluations structurées de la psychopathie nécessitent une connaissance approfondie de la pathologie et une formation spécifique, de plus, cette évaluation rejoint davantage les missions des professionnels en lien direct avec la justice. Des outils auto-rapportés existent. Ils n'ont pas les qualités des entretiens structurés et ne possèdent pas la capacité diagnostique de la PCL-R, par contre ils peuvent être intéressants dans l'étude des dimensions associées à la psychopathie. Par exemple, la Self-Report Psychopathy Scale troisième version - SRP-III (Paulhus, Hemphill, & Hare, 2009) contient des items évaluant les mêmes facettes que la PCL-R : la facette interpersonnelle, la facette relative à la froideur émotionnelle, la facette style de vie impulsif et la facette comportement antisocial. Les sujets évaluent leur réponse sur une échelle de Likert en quatre points qui va de « fortement en désaccord » jusqu'à « fortement en accord ». L'échelle se compose de 40 items et son score total s'étend de 40 à 280. Cette échelle a été validée sur une population francophone (Ducro, Saloppé, Pham, 2016).

L'évaluation des schémas précoces inadaptés est également pertinente pour la prise en charge des AVSE. Des scores élevés à l'échelle et l'activation des schémas précoces inadaptés *abandon/instabilité, méfiance/abus, punition et abnégation* discriminent notre échantillon de la population générale. C'est une piste intéressante dans l'évaluation et la prise en charge des AVSE. Au cours d'une communication lors du congrès de l'International Society for the Study of Personality Disorders, De Vos, Chakhssi, Lobbestael et Bernstein (la Haye, Septembre 2007) ont évoqué que les SPI *méfiance/abus, abandon/instabilité, isolement social, droits personnels exagérés/grandeur* et *contrôle de soi/autodiscipline insuffisants* étaient corrélés aux facteurs 3 et 4 de la PCL-R (impulsivité et mode de vie antisociale). Ils ne sont pas corrélés aux facteurs 1 et 2 (traits interpersonnels et affectifs). Cette recherche portait sur 129 sujets masculins. Les SPI pourraient donc jouer un rôle dans les cognitions antisociales et par conséquent dans le comportement antisocial et le risque de récidive.

La désirabilité sociale (DS) est corrélée négativement avec le névrosisme et le psychoticisme de l'EPQR-A, les deux échelles qui sont le plus associées à la pathologie. La DS semblerait être donc un facteur protecteur dans la population générale et cela pourrait également être le cas dans la population délinquante qui présente ce trait commun. En effet, les scores de DS sont corrélés négativement à la récidive d'après Tan et Grace (2003). Cela rejoint une partie de la littérature internationale qui préconise de ne pas travailler les justifications rapportées par les AVSE dans le but de minimiser leurs actes. En effet, les propos de type déni, excuses et minimisations ne devraient pas faire l'objet d'un traitement (Marshall, Marshall, & Kingston, 2011). Les excuses fournies par les AVS pour expliquer leur comportement dans le but de maintenir une certaine image de soi pourraient être considérées comme un facteur de protection par rapport à une nouvelle agression. L'échelle abrégée de Reynolds (1982) apparaît être un bon outil pour évaluer la dimension désirabilité sociale chez les AVSE. Un score élevé en désirabilité sociale pourrait être un facteur de bon pronostic contre la récidive.

En conclusion, ce travail de thèse nous a permis de faire ressortir les éléments importants à évaluer par tout professionnel du soin formé en thérapie comportementale et cognitive et non formé en criminologie : les expériences d'adversité vécues pendant l'enfance, l'estime de soi, la sphère émotionnelle, l'assertivité, la sexualité normale, la vision négative passée de la conjointe et de la femme, le rapport à autrui, les théories implicites et les schémas cognitifs. Nous préconisons également l'évaluation des besoins fondamentaux, des buts et des valeurs

associés, les stratégies de résolution de problème. Une mesure de la qualité de vie serait un atout supplémentaire. Associés à ces variables, plusieurs échelles/entretien se sont révélés pertinents : l'entretien structuré M.I.N.I pour évaluer les troubles mentaux, le PDQ4+ pour évaluer les troubles de personnalité, l'échelle abrégée de désirabilité sociale de Reynolds et le Young Schema Questionnaire forme abrégée, troisième version pour étudier les schémas précoces inadaptés. L'EPQ-R nous semble plus adapté à notre population, que la version abrégée EPQR-A, pour évaluer les trois dimensions de la personnalité (extraversion, névrosisme, psychoticisme), Nous préconisons de plus l'échelle auto-rapportée Self-Report Psychopathy Scale troisième version - SRP-III (Paulhus, Hemphill, & Hare, 2009) de façon à évaluer les quatre facettes de la psychopathie.

Bibliographie

Abel, G.G., Gore, D.K., Holland, C.L., Camp, N., Becker, J.V., & Rathner, B.A. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-153.

Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sex Abuse*, 11(2), 101-116.

Alford, B.A., & Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York : Guilford Press.

Alvarez, J., & Gourmelon, N. (2009). *La prise en charge pénitentiaire des auteurs d'agressions sexuelles : un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles*. Paris : La documentation Française.

American Psychiatric Association, (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct (2nd Ed.)*. Cincinnati, OH : Anderson.

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, 16, 39-55.

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2015). *Le comportement délinquant. Analyse et modalités d'intervention*. 5ème édition. Agen : Les presses de l'Enap.

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52(1), 7-27.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation : Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52.

Andrews, P., & Meyer, R.G. (2003). Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and Short Form C : Forensic Norms. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 483-492.

Arkowitz, S., & Vess, J. (2003). An Evaluation of the Bumby RAPE and MOLEST Scales as Measures of Cognitive Distorsions With Civilly Committed Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 237-249.

Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths : Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC : American Psychological Association.

Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : Pratiques, genre et santé*. Paris : La Découverte.

Balier, C., Ciavaldini, A., & Girard-Khayat, M. (1996). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Paris : La documentation Française.

Baltieri, D. A., De Andrade, A.G. (2008). Alcohol and drug consumption among sexual offenders. *Forensic Science International*, 175(1), 31-35.

Barbaree, H.E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome, *Forum on Corrections Research*, 3, 30-33.

Barnao, M.T., Ward, T., & Robertson, P.D. (2015). The Good Lives Model : A new Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288-301.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. France : PUF.

Baron-Laforet, S. (2001). Quelles sont les catégories psychiatriques concernées : Exhibitionnisme, pédophilie, sadisme sexuel, paraphilies ? *Conférence de Consensus : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 49-55). Montrouge, France : John Libbey Eurotext.

Beck, A.T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York : HarperCollins.

Beck, A.T (2002). *Prisonniers de la haine : Les racines de la violence*. Paris : Masson.

Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety and depression : An information process perspective*. New York : Basic Books.

Beech, A.R., Fisher, D., & Ward, T. (2005). Sexual murderers' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(11), 1366-1389.

Beech, A.R., & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sexual offenders : A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior, 10*(1), 31-63.

Benbouriche, M., Longpré, N., Guay, J.P., & Proulx, J. (2014). Cognitive distortions in sexual aggressors against children : An examination of the Abel and Becker Cognition Scale (ABCS). *Revue européenne de psychologie appliquée, 65*, 53-60.

Benbouriche, M., Vanderstukken, O., & Guay, J.P. (2015). Les principes d'une prévention de la récidive efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques, 21*(3), 219-234.

Benbouriche, M., Ventéjoux, A., Lebougault, M., & Hirschelmann, A. (2012). L'évaluation du risque de récidive en France : Expérience et attitudes des conseillers pénitentiaires d'insertion

et de probation. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 66, 305–318.

Ben-Porath, Y.S & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Blackburn, I., & Cottraux, J. (1990). *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris : Masson.

Blumenthal, S., Gudjonsson, G., & Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse and Neglect*, 23, 129-143.

Boer, D.R., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver : British Columbia Institute against Family Violence.

Bond, I.K., & Evans, D.R. (1967). Avoidance therapy : its use in two cases of underwear fetishism. *Canadian medical association journal*, 96, 1160-1162.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2003). A commentary on Ward and Stewart's model of human needs. *Psychology, Crime & Law*, 9, 215-218. doi : 10.1080/10683/16031000112115.

Bouchard, S., & Freeston, M. (1995). Schéma cognitif et anxiété : I : Considérations théoriques et Cliniques. *Thérapie comportementale et cognitive*, 5(1), 7-16.

Bouvard, M., Aulard-Jaccod, J., Personneaux, S., Hautekeete, M., Rogé, B. (2010). Etude du questionnaire de personnalité d'Eysenck révisé et abrégé (EPQR-A) dans une population d'étudiants. *L'encéphale*, 36, 510-512.

Bouvard, M., Denis, A., Roulin, J.L. (Sous presse). Psychometric properties of the French version of the Young Schema Questionnaire - Short Form 3 (YSQ-S3). *The Spanish Journal of Psychology*.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373. Repéré à <http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/nature%20of%20the%20childs%20tie%20bowlby.pdf>

Brennan, S., Taylor-Butts, A. (2008). *Sexual Assault in Canada, 2004 and 2007. Final report* (Rapport no 85F0033M, no. 19). Ottawa, ON : Canadian Centre for Justice Statistics, Statistics Canada.

Brillet, E. (2009). Une nouvelle méthode d'intervention auprès des personnes placées sous main de justice : les programmes de prévention de la récidive (PPR). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologique*, 31, 1-6. Repéré à http://www.justice.gouv.fr/art_pix/CahEtudesPenitCrim31.pdf

Brouillette-Alarie, S., & Hanson, R.K. (2017). L'évaluation du risque de récidive des agresseurs sexuels, Dans F. Cortoni & T. Pham (dir.), *Traité de l'agression sexuelle* (p. 95-128). Bruxelles : Mardaga.

Brun, P. (2015). Émotions et régulation émotionnelle : une perspective développementale. *Enfance*, 2,(2), 165-178. doi:10.4074/S0013754515002013

Bumby, K.M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists : Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.

Carvalho, J., & Nobre, P.J. (2014). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders : Preliminary findings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(2), 210-216.

Chakhssi, F., De Ruiter, C., & Bernstein, D.P. (2013). Early Maladaptive Cognitive Schemas in Child Sexual Offenders Compared with Sexual Offenders against Adults and Nonsexual Violent Offenders : An Exploratory Study. *The journal of sexual medicine*, 10(9), 1-10. doi : 10.1111/jsm.12171.

Chu, C. M., & Ward, T. (2015). The good lives model of offender rehabilitation : Working positively with sexual offenders. Dans N. Ronel & D. Segev (dir.), *Positive criminology: The good can overcome the bad* (p. 140-161). Abingdon, UK : Routledge.

Clipson, C.R. (2003). Practical considerations in the interview and evaluation of sexual offenders. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12, 127-173. doi : 10.1300/J070v12n03_06.

Colson, M.H. (2018). Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge. Paris : Audition Publique. Repéré à https://www.ffcriavs.org/media/filer_public/a6/80/a680dc21-8548-47af-af8c-cfcde521a228/rapportgbpartie1.pdf

Cornet, J., P., Giovannangeli, D., & Mormont, C. (2003). *Les délinquants sexuels, théories, évaluation et traitements*. Paris : Frison-Roche.

Cortoni, F. & Pham, T. (2017). *Traité de l'agression sexuelle : Théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*. Wavre, Belgique: Mardaga.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual, Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., & McCrae, R.R. (2016). *Neo-Pi-3 : Inventaire de Personnalité, 3ème édition*. Paris : Hogrefe.

Cottraux, J. (2005). Préface, in J.E. Young, J.S. Klosko, & M.E. Weishaar, Dans *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité* (p.11-17). Bruxelles : De Boeck Université.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux : Editions EAP.

Crowne, D., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.

Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction : An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.

De Vos, M., Chakhssi, F., Lobbestael, J. & Bernstein, D. (2007, septembre). *Psychopathy and Inpatient Violence. The role of early maladaptive schemas*. Communication présentée au congrès de l'International Society of the Study of Personality Disorder (ISSPD), La Haye.

Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

Ducro, C. , & Pham, T. H. (2017). Les théories qui expliquent l'agression sexuelle des enfants, Dans F. Cortoni et T. Pham (dir) , *Traité de l'agression sexuelle* (p.33-52). Bruxelles : Mardaga.

Ducro, C., Saloppé, X, & Pham, T.H. (2016). Validity of the French-language version of Hare's Self-Report Psychopathy Scale (SRP-III) in community, forensic and clinical samples. *Acta psychiatrica Belgica*, 116(1) : 29-40. Repéré à https://www.researchgate.net/publication/301636171_VValidity_of_the_French-language_version_of_Hare%27s_Self-Report_Psychopathy_Scale_SRP-III_in_community_forensic_and_clinical_samples

Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F. & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, volume 3,(1), 41-51. doi:10.3917/rne.031.0041.

Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford.

Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adults)*. Kent, UK : Hodder & Stoughton.

Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., & Barrett, P. (1985). A revised version of the psychotics scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.

Farrington, D. P. (2007). Childhood risk factors and risk-focused prevention. Dans M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (dir.), *The Oxford handbook of criminology* (p. 602-640). Oxford : Oxford University Press.

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse : new theory and research*. New York : Free Press.

Fraboni, M., & Cooper, D. (1989). Further validation of the three short forms of the Marlowe-Crowne Scale of Social Desirability. *Psychological Reports*, 65, 595-600.

Francis, L., Brown, L., & Philipchalk (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A) : Its use among students in England, Canada, the U.S.A. and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13, 443-449. doi : 10.1016/0191-8869(92)90073-X

Gannon, T. A., & Polaschek, D. L. L. (2006). Cognitive distortions in child molesters : A re-examination of key theories and research. *Clinical Psychology Review*, 26, 1000-1019.

Gannon, T.A., Rose., M.R., & Williams, S.E. (2009). Do female child molesters implicitly associate children and sex ? A preliminary investigation. *Journal of Sexual Aggression*, 15(1), 55-61.

Hall, G.C.N., & Hirshman, R. (1991). Toward a theory of sexual aggression : a quadric-partite model. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*, 662-669.

Hall, G.C.N., & Hirshman, R. (1992). Sexual aggression against children : a conceptual perspective if etiology. *Criminal justice and behaviour, 19*, 8-23.

Hanson R. K., Bourgon G., Helmus L., & Hodgson S. (2009). Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply to Sexual Offenders. A meta-analysis, *Criminal Justice and Behavior, 36*, 865-891.

Hanson, K. R., Gizzarelli, R., & Scott, H. (1994). The attitudes of incest offenders: Sexual entitlement and acceptance of sex with children. *Criminal Justice and Behavior, 21*, 187-202.

Hanson, R. K., & Harris, A. J. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse, 13*, 105-122.

Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L., & Helmus, L. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision : The Dynamic Supervision Project (User report, Corrections research). Ottawa, ON, Canada : Public Safety Canada. Repéré à <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/ssssng-rsk-sxl-ffndrs/index-en.aspx>

Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. User Report 99-02*. Ottawa : Department of the Solicitor General of Canada.

Happel, R.M., & Auffrey, J.J. (1995). Sex offender assessment : Interrupting the dance of denial. *American Journal of Forensic Psychology, 13*, 5-22.

Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised (2nd ed.)*. Toronto : Multi-Health Systems.

Harkins L., Flack V.E., Beech A. R., Woodhams J. (2012). Evaluation of a Community - Based Sex Offender Treatment Program Using a Good Lives Model Approach. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 24(6), 519-543.

Harris, A.J.R., & Hanson, R.K. (2007). Stable-2007/Acute-The Forum. *ATSA Newsletter*, 19(4).

Harsch S., Bergk, J.E., Steinert, T., Keller, F., & Jockusch, U. (2006). Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 443-449.

Haute Autorité de Santé (2009). *Recommandations de bonne pratique. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans*. Repéré à https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/aas_-_recommandations.pdf

Hayes, S.C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12, 99-110.

Helmus, L., Thornton, D., Hanson, R.K., & Babchishin, K.M.. (2011). *Évaluation du risque chez les délinquants sexuels âgés au moyen des échelles Statique-99R et Statique-2002R*, Rapport pour spécialistes no 2011-01. Ottawa (Ont.) : Sécurité publique Canada.

Herzog-Evans, M. (2013). *Conférence de consensus sur la prévention de la récidive*. Repéré à http://conference-consensus.justice.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/01/contrib_herzog-evans.pdf

Herzog-Evans, M., Bonta, J, Keulen de Vos, M., Vanderstukken, O., & Benbouriche, M. (2018). Structurer le jugement professionnel : les véritables enjeux. *AJ Pénal*, 1, 8-12.

Huesmann, L.R. (1988). An information-processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior*, 14, 13-23.

Hyer, S.E. (1994). Personality Questionnaire (PDQ-4+). New York : New York State Psychiatric Institute.

King, M.F., & Bruner, G.C. (2000). Social desirability bias : A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing*, 17, 79-103.

Knight, R.A., Carter, D.I., & Prentky, R.A. (1989). A system for the classification of child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 4 (1), 3-23.

Lameyre, X. (2001). Des infractions sexuelles : Les mots du droit pénal français pour dire ces maux. *Conférence de Consensus : Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* (pp. 33-48). Montrouge, France : John Libbey Eurotext.

Landenberger, N.A., & Lipsey, M. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders : A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476. doi: 10.1007/s11292-005-3541-7.

Langton, C., & Marshall, W.L. (2001). Cognitions in rapists : Theoretical patterns by typological breakdown. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 499-518.

Launay, G. (1999). The phallometric assessment of sex offenders : an update. *Criminal Behavior and Mental Health*, 9, 254-274.

Leclerc, B., Beauregard, E., Forouzan, E., & Proulx, J. (2014). Offending pathways of intrafamilial child sexual offenders. Dans J. Proulx, E. Beauregard, P. Lussier, & B., Leclerc, B. (dir). *Pathways to Sexual Aggression*. New-York : Routledge.

Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., (...), Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Applied positive psychology : A new perspective for professional practice. Dans P. A. Linley & S. Joseph (dir), *Positive psychology in practice* (p. 3-12). New Jersey, NY : John Wiley & Sons.

Majois, V., Saloppé, X., Ducro, C., Pham, T.H. (2011). Psychopathie et son évaluation. Répéré à https://www.researchgate.net/publication/269794111_La_Psychopathie_et_son_evaluation.

Maletzky, B.M. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Mann, R.E., & Beech, A.R. (2003). Cognitive Distorsions, Schemas, and Implicit Theories. Dans T. Ward, D.R. Laws & S.M. Hudson (dir), *Sexual Deviance, Issues and controversies* (p. 135-153). Thousand Oaks, California : Sage Publications.

Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & Van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention programme on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.

Marshall, W.L. (1989). Invited essay : Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behavior Research and Therapy*, 27, 491-503.

Marshall, W.L. (1993). The role of attachments, intimacy and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital Therapy*, 8, 109-121.

Marshall, W.L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders : Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 16-35.

Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders*. Wiley and sons : Canada.

Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of sexual offending. Dans W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (dir), *Handbook of sexual assault : Issues, theories, and treatment of the offender* (p. 257-275). New York : Plenum.

Marshall, W.L., & Fernandez, Y.M. (2000). Phallometric testing with sexual offenders : limits to its value. *Clinical Psychologic Review*, 20(7), 807-22.

Marshall, W. L., Marshall, L. E., & Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment ? *Journal of Sexual Aggression*, 17, 118–129. doi : 10.1080/13552600.2011.580572

Maruna, S. (2001). *Making good: How Ex-Convicts Reform and Rebuild Their Lives*. Washington, DC : American Psychological Association.

Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error ? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155–177. doi : 10.1348/135532506x114608

Marziano, V., Ward, T., Beech, A.R., & Pattison, R. (2006). Identification of five fundamental implicit theories underlying cognitive distorsions in child abusers : A preliminary study. *Psychology, Crime and Law*, 12, 97-105.

Mauchand, P., Lachenal-Chevallet, K., & Cottraux, J. (2011). Validation empirique du questionnaire des schémas de Young (YSQ-S2) sur une population de patients présentant un trouble de la personnalité borderline et de sujets témoins. *L'Encéphale*, 37, 138-143.

McKibben, A. (1993). La classification des agresseurs sexuels. J. Aubut (dir.), *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement* (pp. 58-78). Montréal : Les Editions de la Chenelière.

Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *MCMI-IV : Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual (1st ed.)*. Bloomington, MN : NCS Pearson, Inc.

Murphy, M.C. (2001). *Natural law and practical rationality*. New York : Cambridge University Press.

Murphy, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. Dans W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (dir.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and the treatment of the offender*. New York : Plenum.

Nader-Grosbois, N. (2007). *Régulation, autorégulation, dysrégulation : Pistes pour l'intervention et la recherche*. Wavre, Belgique: Mardaga.

Neal, T., & Grisso, T. (2014). Assessment Practices and Expert Judgment Methods in Forensic Psychology and Psychiatry : An International Snapshot. *Criminal Justice and Behavior, 41*, 1406-1421.

Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development : The capabilities approach*. New York : Cambridge University Press.

Orsat, M., Auffret, E., Brunetiere, C., Decamps-Mini, D., Canet, J., Olié, J.P., & Richard-Devantoy, S. (2015). Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale, 41*, 420-428.

Paquette, S., Cortoni, F., Proulx, J., Longpre, N. (2014). An examination of implicit theories among francophone child molesters. *Journal of Sexual Aggression, 20(2)*, 182-196.

Paulhus, D., Hemphill, J., & Hare, R.D. (2009). *Manual of the Self-Report Psychopathy Scale (SRP-III)*. Toronto, CN : Multi-Health Systems.

Pearson, D.A.S., McDougall C., Kanaan M., Bowles R.A., Torgerson D. J. (2010). Reducing criminal recidivism : evaluation of Citizenship, an evidence-based probation supervision process. *Journal of Experimental Criminology*, 7(1), 73-102.

Polaschek, D.L.L., & Gannon, T.A. (2004). The implicit theories of rapists : What convicted offenders tell us. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 16, 299-315.

Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind ? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526

Proulx, J. (1993). Les théories comportementales. Dans J. Aubut (dir.), *Les agresseurs sexuels, Théorie, évaluation et traitement* (p.35-43). Montréal, Québec : Les éditions de la chenelière.

Proulx, J. (2006). Chapitre 2. Les troubles de la personnalité des agresseurs sexuels. Dans *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels* (pp. 43-68). Wavre, Belgique: Mardaga.

Proulx, J., Beauregard, E., Lussier, P., & Leclerc, B. (2014). *Pathways to Sexual Aggression*. New-York : Routledge.

Reynolds, W.M. (1982). Development of reliable & valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 119-125.

Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers : implications for therapy. *Journal of Sexual Aggression*, 11(3), 259-276.

Rusinek, S. (2006). *Soigner les schémas de pensée, une approche de la restructuration cognitive*. Paris : Dunod.

Seol, H. (2007). A psychometric investigation of the marlowe-Crowne Social Desirability Scale Using Ranch Measurement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 155-168.

Seto, M.S., Babchiskin, K.M., Pullman, L.E., & McPhail, I.V. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse : A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical Journal Review*, 39, 42-57.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L.I., (...), Dunbar, G.C. (1997). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., (...), Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20), 22-33.

Tan, L., & Grace, R.C. (2008). Social Desirability and Sexual Offenders A Review. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, 20, 61-87. doi : 10.1177/1079063208314820

Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D. & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188. doi: 10.3917/dev.072.0151

Valla, J.-P., Bergeron, L., Breton, J. J., Gaudet, N., Berthiaume, C, St-Georges, (...), & Smolla, N. (1997). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans : 1992 - Volume 1 : Méthodologie*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/sante-globale/eqsmj-1992-vol1.pdf>

Voyer, M., Senon, J.L. (2012). Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'information psychiatrique*, 88, 445-453.

Walter, G.D., Knight, R.A, Looman, J., & Abarcen, J. (2016). Child molestation and psychopathy : a taxometric analysis. *Journal of Sexual Aggression*, 22(3), 379-393. doi : 10.1080/13552600.2016.1199742.

Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches Qualitatives*, 3, 243-272.

Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 491-507.

Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders. Promise and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513-528.

Ward, T., & Brown, M. (2003). The risk-need model of offender rehabilitation: A critical analysis. Dans Ward, T., Laws, D.R., & Hudson, S. M.(Dir.). *Sexual Deviance: Issues and Controversies* (pp.338-353). Hudson. Thousand Oaks, CA: Sage.

Ward, T., Gannon, T.A., & Keown, K. (2006). Beliefs, values, and actions: The judgment model of cognitive distortions in sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 323-340.

Ward, T., Hudson, S.M., Johnston, L., & Marshall, W.L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders : An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.

Ward, T., Hudson, A.M., Marshall, W.L. (1996). Attachment style in sex offenders : A preliminar study. *The Journal of Sex Research*, 33(1), 17-26.

Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child molesters'implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821-838.

Ward, T., Mann, R.E., Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation : clinical implications. *Aggression and violent behavior*, 12, 87-107.

Ward, T., & Siegert, R.J., (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse : A theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law*, 8(4), 319-351.

Ward, T., & Stewart, C.A. (2003). Good lives and the rehabilitation of sex offenders. Dans Ward, T, Laws, D.R., & Hudson, S.M., (Dir.). *Sexual Deviance: Issues and Controversies* (pp. 21-44). Thousand Oaks, CA: Sage.

Ward, T., Yates, P. M., & Willis, G. M. (2012). The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity model : A critical response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior*, 39, 94-110.

Wooditch, A., Tang, L.L., Taxman, F.S. (2014). Wich criminogenic need changes are most important promoting desistance from crime and substance use ? *Criminal Justice and Behavior*, 41(3), 276-299.

Young, J.E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders : A Schema-focused Approach (revised edition)*. Sarasota : Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J.E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. Dans J.E. Young, (dir.). *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach* (p.63-76). Sarasota : Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J.E., & Gluhoski, V.L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. Dans F.W. Kaslow (dir.). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family Patterns* (p.300-321). New York : Wiley.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck Université.

Annexe : Entretien semi-structuré développé pour l'étude 1

Si vous êtes d'accord j'aimerais qu'on parle un peu de vous aujourd'hui, de votre vie passée et présente et également des comportements que vous avez pu avoir dans le passé et qui vous ont mené en prison. Etes-vous d'accord ?

- Qu'est ce que la justice vous a reproché exactement ?
- Etes-vous d'accord avec ce motif ?
- Depuis quand êtes-vous incarcéré ?
- Etes-vous incarcéré pour la première fois ? (citer les antécédents judiciaires)
- Avez-vous eu affaire à la justice sans que cela vous conduise en prison ?

DESCRIPTION

- Quelle description feriez-vous de vous même ?
- Et les autres comment vous perçoivent-ils ?
- Comment étiez-vous perçu à l'extérieur?

ENFANCE

- Si on parle un peu du passé, pourriez-vous me décrire quel genre d'enfant vous étiez ?
- Comment décririez-vous votre environnement familial ?
- Quelles relations entreteniez-vous avec votre père ?
- Quelles relations entreteniez-vous avec votre mère ?
- Quelles relations entreteniez-vous avec votre fratrie ?
- Quelqu'un dans votre famille a-t-il été judiciairisé pour ce type de motif ?

RELATIONS INTERPERSONNELLES ET LOISIRS

- Aviez-vous des personnes qui comptaient pour vous dans le passé ?
- Avez-vous des relations amicales ?
- Des loisirs ?

EVENEMENTS PRECIPITANTS

- Pourriez-vous me parler de vous l'année avant les faits qui vous ont conduit en prison ?
- Comment cela se passait au travail ?
- Comment cela se passait dans votre famille ?
- (Etudier l'environnement)
- Et le mois avant les faits pourriez-vous me décrire à quoi ressemblait votre vie ?

Maintenant je souhaiterais qu'on parle des comportements que vous avez eus et qui vous ont conduit devant la justice, vous êtes d'accord ?

PASSAGE A L'ACTE/VICTIME

- Vous rappelez-vous la première fois que cela s'est passé ?
- C'était quand ?
- Y a-t-il eu d'autres événements de ce type ?
- Comment vous vous sentiez les jours d'avant ? 48 heures avant ?
- Pourriez-vous me parler de la victime
- Quel était son prénom ?
- Et son âge ?
- Lien ? qui était-elle par rapport à vous ?
- Description physique et comportementale ?

- Comment se comportait-elle en général ?
- Et comment se comportait-elle avec vous ?
- **Emotions associées** : comment vous sentiez-vous avec elle ?
- Y a-t-il eu d'autres victimes ?
- Que s'est-il passé exactement?
- Où cela s'est-il passé ?
- Est-ce qu'il s'agissait d'un moment particulier ?
- A combien de reprise cela s'est passé ?
- Que c'est-il passé juste avant que vous vous rapprochiez de la victime ?
- Selon vous y avait-il des situations qui vous donnaient particulièrement envie de vous rapprocher de la victime ? (situation déclenchante)
- Avant l'acte, avez-vous eu une pensée dans votre tête ou une image qui soit venue ?
- A quoi pensiez-vous ?
- (Cette pensée/image apparaissait-elle à chaque fois ?)
- Comment vous sentiez-vous émotionnellement juste avant votre premier passage à l'acte ?
- Pendant ?
- Tout juste après ?
- Le lendemain ?
- Et maintenant comment vous sentez-vous par rapport à tout cela ?
- Vous rappelez-vous de ce que vous avez ressenti à l'époque de votre premier passage à l'acte ? Quelles étaient les circonstances ?
- Et si on envisage un autre passage à l'acte ?

- Pourquoi vous souhaitiez avoir ce contact sexuel ? Qu'est-ce que vous en attendiez ?
- (D'une fois à l'autre) est-ce qu'il vous arrivait d'y repenser ?
- Si oui, à quoi pensiez-vous ?
- Que ressentiez-vous ?
- Est ce qu'il y a eu des périodes où les agressions/fantasmes **diminuaient** ? Pourquoi selon vous ?
- Est ce qu'il y a eu des périodes où elles **augmentaient** ? Pourquoi selon vous ?
- Est ce qu'il y a eu des périodes où il ne s'est rien passé ? Où vous n'en aviez **pas envie** ?
- Aviez-vous une technique qui vous permettait de ne pas passer à l'acte ?
- A un autre moment de votre vie, avez vous-déjà pensé à ce comportement, sans passer à l'acte ? Si oui, comment y pensiez-vous ?
- Comment cela s'est terminé (dénonciation des faits)? Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Quelles ont été les conséquences de vos actes ?

Évènements précipitant le comportement

- Avez-vous vous même été victime d'agression sexuelle ?
- Alcool ? Stupéfiants ? Si oui il y avait-il consommation avant les contacts sexuels ?
- Aviez-vous des problèmes particuliers (conjugaux, dettes, travail) ?
- Utilisation de matériel pornographique ?
- Si oui que ressentiez-vous ?
- Traitement antérieur et actuel
- Avez-vous déjà consulté un psychologue ? Un psychiatre ?
- Quelqu'un de votre famille ?

- Pourquoi avoir/ne pas avoir demandé de l'aide à l'époque ?
- Perceviez-vous le caractère illégal de votre comportement ?
- Si oui, pour quelles raisons avoir maintenu ce type de comportement ? (Facteurs historiques de maintien)
- Pourquoi c'est illégal selon vous ?

Signification personnelle

- Comment est-ce que vous expliquez les agressions ? Quelles sont selon vous les raisons ?
- Pensez-vous avoir eu une attirance sexuelle pour les enfants ?
- Avez-vous une idée sur ce qui est à l'origine de votre attirance sexuelle pour les enfants ? Depuis quand ?
- Pourquoi selon vous cela vous est-il arrivé à vous ?
- Votre vision des faits était-elle différente avant la dénonciation ?
- Pensez-vous qu'il y ait un risque que vous commettiez à nouveau ce type de comportement dans le futur ?
- Pensez-vous avoir besoin d'aide ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Y a-t-il quelque chose d'important que je ne vous aurais pas demandé ?