

Pourquoi et comment aborder la vie amoureuse et sexuelle des patients auteurs de violences sexuelles au cours de leur prise en charge ? Des psychologues ont élaboré un guide d'entretien spécifique. Présentation de l'outil et vignettes cliniques.

■ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002), la santé sexuelle est « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes, en toute sécurité, sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun. »

Au-delà de ce contexte très général, remarquons que peu de recherches ont été menées sur la sexualité des auteurs de violences sexuelles (AVS). Néanmoins, plusieurs travaux mettent en évidence l'importance d'une éducation à la sexualité (Aubut, 1998), d'une évaluation et d'une prise en charge spécifique axée sur la vie affective, amoureuse et sexuelle de ces patients. En pratique, on observe que cet angle d'intervention reste peu envisagé, en particulier lorsque les AVS sont incarcérés. Les professionnels sont réticents à aborder ces sujets intimes, et craignent souvent que cela nuise à l'alliance thérapeutique. Les représentations liées aux agresseurs sexuels renforcent les tabous.

Pourtant, à condition que soient garantis « les cadres thérapeutique et éthique », « interroger la sexualité des patients n'est pas de nature à fragiliser la relation, mais peut la consolider » (Chollier, Maquigneau, Miele, 2019).

Charlotte DEMONTÉ

Psychologue, sexologue, Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs Lorraine), Centre psychothérapeutique de Nancy, Dispositif de soins pour auteurs de violences sexuelles (DSAVS), Centre de détention de Toul.

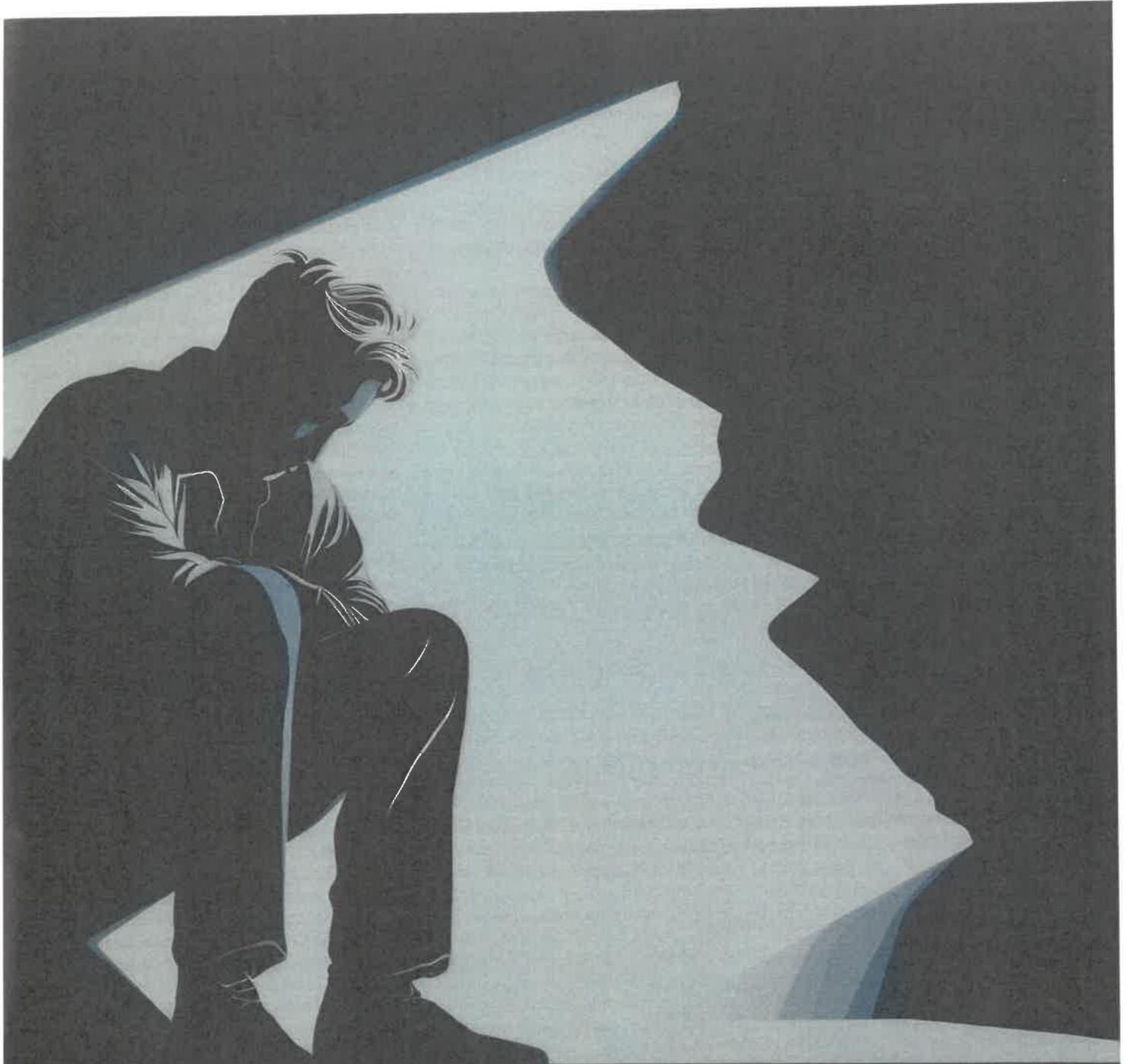
Dans ce contexte, à partir de notre expérience de psychologues au Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs, 1), nous avons élaboré un guide d'entretien pour aborder la vie amoureuse du patient AVS, son développement psychosexuel, sa sexualité auto-érotique et relationnelle (ou allo-érotique, 2), et d'éventuelles dysfonctions sexuelles. Les objectifs sont d'identifier sa problématique et d'améliorer sa santé sexuelle, ce qui pourrait *in fine* désamorcer des facteurs de stress et de vulnérabilité vis-à-vis de leur partenaire et des passages à l'acte.

Notre démarche s'inscrit donc dans une approche intégrative, où psychologie et sexologie permettent de mieux appréhender les problématiques des AVS et d'enrichir leur prise en charge.

Avant de poursuivre, précisons que les violences sexuelles désignent tous les actes sexuels commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. Elles portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne, notamment à son intégrité physique et psychologique, sont interdites par la loi et sanctionnée pénalement (3). Il s'agit de viols, d'agressions sexuelles, d'exhibition sexuelle, de harcèlement sexuel, de viols incestueux, d'agressions sexuelles incestueuses, de proxénétisme, de corruption de mineurs, de consommation d'images pédopornographiques, et de mutilations sexuelles féminines.

Il faut distinguer les violences sexuelles de la sexualité. Trop souvent, ces deux notions sont placées sur un même *continuum*, c'est-à-dire que l'on considère les violences sexuelles comme une « sexualité qui est allée trop loin ». Cette représentation crée de la confusion chez les professionnels comme chez les AVS. Les violences sexuelles ne renvoient pas à un trouble de la sexualité mais bien à un problème de violence, le « sexuel » ne faisant que « situer son champ d'application » (Mormont, 2018).

Guide d'
auteurs



entretien pour les de violences sexuelles

PSYCHOPATHOLOGIE

Il n'existe pas de profil type chez les auteurs de violences sexuelles mais certains traits de personnalité communs sont retrouvés (Démonté, 2019), qui peuvent avoir des conséquences sur la vie affective et sexuelle.

Les AVS présentent majoritairement une perturbation des émotions pouvant aller jusqu'à l'alexithymie, avec une incapacité à identifier leurs émotions et celles des autres. Cela impacte la relation avec le/la partenaire et peut engendrer une incompréhension de l'autre. Concernant la sexualité, on relève chez les personnes alexithymiques un manque de désir, une pauvreté des fantasmes ou encore une sexualité mécanique. Les AVS présentent également une fragilité narcissique avec

une faible estime de soi, ce qui peut impacter la séduction, la communication dans le couple ou encore l'assertivité sexuelle (4).

Nous retrouvons également dans cette population des troubles de l'attachement avec une incapacité à gérer les situations de pertes.

De nombreuses études ont ainsi montré l'impact d'un attachement insécure (5) sur le couple et la sexualité (Dessaux, 2013).

Enfin, les AVS présentent souvent une perturbation de la relation à l'autre, ce qui questionne la construction de la relation de couple. On repère parfois des mécanismes d'emprise pour réduire toute altérité du partenaire, en réponse à des angoisses majeures.

LE GUIDE D'ENTRETIEN

Aborder la vie affective et sexuelle avec ces patients reste donc délicat. Les professionnels manquent de formation et ces thématiques restent à la marge dans le parcours de formation initiale des étudiants en santé.

De leur côté, ces patients abordent rarement spontanément leurs difficultés et leur souffrance, pour de nombreuses raisons (gêne, honte, tabou...). Pour les AVS incarcérés, il est d'autant plus compliqué d'aborder la sexualité qu'elle s'enchevêtre avec d'autres problématiques (manques d'habiletés sociales, troubles de l'attachement...). Pour les aider à verbaliser leurs difficultés, les professionnels doivent explorer activement ces différentes dimensions avec eux.

Issu d'une recherche menée en 1994 par Claude Balier, psychiatre psychanalyste, le *Questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle* (Qicpass) permet d'aborder le sujet de façon globale (Ciavaldini, 1999) et d'explorer de nombreuses thématiques (passages à l'acte, environnement familial, personnalité...). Il nous a donc semblé pertinent de développer un outil complémentaire pour aborder la vie amoureuse et sexuelle de manière plus exhaustive et structurée.

Une première version du guide d'entretien Amsex (1) a ainsi vu le jour en 2017, puis, après deux ans d'expérimentation auprès des patients, l'outil a été actualisé en 2019.

PRÉSENTATION DE L'OUTIL

Ce guide d'entretien (voir aussi quelques extraits ci-contre) comporte 56 items, sous forme de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Il peut être utilisé avec des adultes AVS judiciairisés ou non, incarcérés ou non afin de leur proposer la prise en charge la plus adaptée. La passation nécessite généralement plusieurs entretiens pour que la personne puisse élaborer autour des différentes questions. En revanche, ce guide n'a pas vocation à être utilisé dans le cadre d'une expertise ou d'une prise en charge ponctuelle.

Ce support comporte deux grandes parties :

- une sur la vie amoureuse, qui permet au thérapeute d'aborder la question du lien amoureux, du couple, de la séduction, de la rencontre avec l'autre ou encore du célibat.

- une autre qui explore les différentes sphères de la vie sexuelle du patient depuis son enfance. Cette partie, la plus dense, décline trois dimensions principales :

Guide d'entretien Amsex

Élaboré par des professionnels du Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (Criavs) de Lorraine, ce guide propose une série de questions pour explorer avec le patient sa vie amoureuse et sexuelle.

Il se compose de 56 items dans deux grands domaines : la vie amoureuse et le développement psychosexuel. Extraits.

- **La vie amoureuse**
 - Qu'est-ce que l'amour pour vous?
 - Avez-vous déjà été amoureux (se)? oui non
 - Combien de relations amoureuses ont compté dans votre vie?
 - Quelle a été la plus importante?

(Rechercher notamment l'âge, la durée, l'impact sur la personne, si cela a été un bon/mauvais souvenir, un bon/mauvais ressenti, et quel a été le contexte de rupture le cas échéant)
- **Le développement psychosexuel**
 - Lorsque vous étiez jeune, parliez-vous de sexualité? :

Avec vos parents	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avec vos frères/sœurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
À l'école	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avec des amis	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
 - Autres : (préciser)
 - À la maison, était-il possible d'aborder la sexualité? oui non
 - (Permet d'aborder la culture, les croyances, les mythes...)
 - Expliquez :
 - Quand vous étiez petit, avez-vous eu des jeux sexuels? oui non
 - Si oui, expliquez :

– le développement psychosexuel. Il s'agit de comprendre la manière dont s'est construite la sexualité du patient durant son enfance, son adolescence, avec quels repères et dans quel environnement.

aux autres, émotions...), l'attachement, l'estime de soi ou encore l'affirmation de soi ; sur la vie affective et sexuelle (habiletés sexuelles, croyances erronées sur la sexualité, stéréotypes de genre,

Lorsque l'on s'attarde sur son développement psychosexuel et affectif, Vincent précise qu'il n'a jamais parlé de sexualité avec quiconque. Il pense que cela n'était pas tabou dans sa famille mais il ne s'est



Vincent explique avoir eu sa première relation sexuelle à 15 ans, avec son cousin de dix ans son aîné. Il décrit en fait des viols. À ce moment-là, nous observons une confusion entre sexualité et violences sexuelles, ce qui n'est pas rare chez les auteurs de violences sexuelles ayant eux-mêmes été victimes. »

– la sexualité auto-érotique et relationnelle. Nous nous intéressons particulièrement aux fantasmes sexuels, au rapport à la pornographie, à la présence d'éventuels troubles paraphiliques (6), d'une addiction sexuelle ou encore d'une érotisation des conflits.

– les difficultés sexuelles, pour évaluer notamment la présence de dysfonctions physiologiques (troubles de la réponse sexuelle) et de complexes physiques (taille et forme du sexe).

Certains items sont spécifiques aux personnes incarcérées (par exemple : est-ce qu'elles étaient en couple avant l'incarcération ?) D'autres sont exclusivement destinés aux hommes ou aux femmes, ou pour évaluer la présence de dysfonctions sexuelles.

INTÉRÊT DE L'OUTIL

Le guide d'entretien Amsex est donc un outil de médiation basé sur un questionnaire progressif. Il s'agit d'un guide d'entretien et non d'un outil psychométrique pour poser un diagnostic. Il a plusieurs objectifs :

- proposer un outil structuré aux professionnels ;
- permettre au patient d'aborder sa vie amoureuse et sexuelle dans un cadre bienveillant et contenant.
- faciliter les échanges sur des thématiques souvent taboues ;
- mettre en exergue les représentations et les croyances ;
- appréhender la manière dont s'est développée la vie affective et sexuelle ;
- identifier les ressources et les difficultés.
- comprendre les problématiques et en dégager des pistes de travail thérapeutique.

Sur ce dernier point, notons que les perspectives thérapeutiques sont multiples : travail sur les habiletés sociales (relations

psychoéducation) ; sur les traumatismes subis par les patients...

Si certaines problématiques sont au cœur des psychothérapies proposées, d'autres nécessitent des formations spécifiques et/ou le recours à des spécialistes (sexologues, addictologues, thérapeutes spécialisés en EMDR (intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires ou *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)), thérapies cognitives et comportementales (TCC)...

CLINIQUE

Deux situations cliniques illustrent l'intérêt de ce guide.

• Vincent, un vécu de violences

Vincent est un jeune homme d'une vingtaine d'années, incarcéré une seconde fois pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans. Il bénéficie d'un traitement médicamenteux d'aide à la maîtrise pulsionnelle (7) car il est envahi par des fantasmes de viols. Rappelons que ce traitement médicamenteux concerne moins de 10 % des AVS (Tesson, 2012) et n'est prescrit que lorsqu'il y a un envahissement de la fantasmagorie des patients, avec leur accord. Il est toujours accompagné d'une psychothérapie voire d'une prise en charge sexologique (8). En effet, ce traitement impacte directement la sexualité (baisse du désir, dysfonction érectile, modification de l'image du corps) et le couple. Nous proposons assez rapidement à Vincent des entretiens basés sur le guide. Retraçant sa vie amoureuse, il explique avoir noué, à 19 ans, une relation virtuelle avec une jeune femme de son âge rencontrée via un jeu vidéo. Après quelques mois, elle serait décédée d'une maladie. Vincent a eu du mal à gérer cette perte. C'est la seule relation amoureuse qu'il ait connue.

jamais senti autorisé à en parler chez lui. Il n'a pas eu de jeux sexuels dans l'enfance. En revanche, des camarades de classe lui ont montré leur sexe lorsqu'il était âgé de 8 ans, il se souvient qu'il « n'était pas d'accord ». Vincent explique avoir eu sa première relation sexuelle à l'âge de 15 ans, avec son cousin de dix ans son aîné. Il décrit en fait des viols. À ce moment-là, nous observons une confusion entre sexualité et violences sexuelles, ce qui n'est pas rare chez les AVS ayant eux-mêmes été victimes.

À propos de ses fantasmes, Vincent décrit des scènes où il se fait violer. Ces images sont envahissantes, il parle de « pulsions » qui le débordent et sont accompagnées de masturbation. Il décrit ses fantasmes, qui ont émergé à la suite des viols subis, comme problématiques mais nécessaires pour ressentir de l'excitation. Ce sont ces fantasmes qui ont conduit à l'instauration de son traitement médicamenteux. Depuis, ils ont diminué mais restent présents. Vincent évoque par ailleurs des difficultés à avoir des érections.

Avant l'incarcération, il passait chaque jour de nombreuses heures à regarder de la pornographie, les mots-clés qu'il utilisait étaient « viol », « viol gay », « violence », à cela s'ajoutait des masturbations compulsives.

Vincent faisait également des cauchemars de viols où il était spectateur.

Nous relevons l'impact des viols subis dans la construction de la sexualité de ce jeune homme. Lorsque l'on aborde son premier rapport sexuel avec son cousin, tout est confus chez lui, il ne semble pas en mesure d'identifier ce qu'est une relation amoureuse ou une sexualité consentie. Nous notons également une érotisation des violences sexuelles subies, plus largement de la violence, notamment au regard de la description de ses fantasmes.

Comme pour la majorité des AVS, nous travaillerons avec Vincent sur son rapport à l'autre, la gestion de ses émotions et plus largement ses habiletés sociales. Les traumatismes subis impactent ces différentes dimensions.

Ce guide lui a permis ainsi d'aborder son vécu et plusieurs pistes de prises en charge ont émergé.

D'un point de vue sexologique, nous proposons à ce jeune homme une éducation

familiale : le sujet était tabou, sans aucun dialogue possible. En revanche, nous mettons en évidence un contexte familial de négligence et de violence dans les comportements et les propos, en particulier de sa mère (absence de pudeur, effraction du sexuel par des comportements inappropriés). Ainsi, si la sexualité n'était pas parlée, elle était bien visible avec « *la bouteille de spermicide qui traînait dans le salon* ». Arnaud relate également que

trouble pédophilique, c'est-à-dire une attirance sexuelle envers les enfants. Certains peuvent être attirés par les enfants mais ne passeront jamais à l'acte (9).

Arnaud décrit aussi une addiction à la pédopornographie. À une période de sa vie, il passait des heures à regarder et trier des photos de préadolescents. Selon lui, cette consommation de pédopornographie l'a conduit « *à commettre l'irréparable* ». Il parle d'un « *déclencheur, à force d'en*

« Depuis l'adolescence, Arnaud a honte de son corps : « Je me lavais le sexe sans regarder ». Il décrit des complexes physiques : « On m'a renvoyé que j'étais moche, je l'ai pris comme un fait... » »

à la vie affective et sexuelle (les relations amoureuses, la séduction, le rapport au corps, le consentement...). En effet, il a peu de connaissances, et à cela s'ajoutent les violences sexuelles subies et l'absence d'expérience positive d'une vie relationnelle, affective et sexuelle.

Par la suite, lors de son incarcération, Vincent rencontre un homme avec qui il se met en couple. Il explique avoir découvert la « *sexualité consentie* », « *une relation égalitaire avec de la communication, des échanges, une sexualité qui est satisfaisante* ». En parallèle du suivi psychothérapique, qui s'étale sur deux ans à un rythme hebdomadaire, cette rencontre soutient l'accélération de sa prise de conscience et de son évolution, en particulier sur la distinction entre sexualité et violences sexuelles.

Dans ce contexte, en lien avec la psychiatre référente et Vincent, nous suggérons d'arrêter le traitement médicamenteux pour lui permettre de vivre une sexualité plus épanouie. Vincent ne décrit plus de fantasmes problématiques (viol, violence), il se sent mieux, et davantage en capacité de gérer ses émotions. À la suite de l'arrêt du traitement, nous ne constatons pas de nouvel envahissement de la fantasmatique.

• Arnaud, le corps désinvesti

Arnaud, la quarantaine, est incarcéré pour des faits d'agressions sexuelles sur mineurs de 15 ans.

Concernant son développement psychosexuel et affectif, Arnaud n'a pas reçu d'éducation à la sexualité dans son enfance et son adolescence au sein de sa

le jour où sa sœur a eu ses premières règles, sa mère lui a jeté une serpillière en lui disant : « *T'auras ça toute ta vie* ». Arnaud ne bénéficiait d'aucune intimité, sa chambre était un lieu de passage pour les membres de la famille. S'il avait le malheur de fermer la porte, sa mère, intrusive, lui demandait pourquoi.

Arnaud ne se souvient pas de jeux sexuels. À la puberté, les changements ont été une réelle interrogation, il n'avait aucune connaissance physiologique et ses premières éjaculations ont été sources d'angoisse.

Depuis l'adolescence, Arnaud a honte de son corps : « *Je me lavais le sexe sans regarder* ». Il décrit des complexes physiques : « *On m'a renvoyé que j'étais moche, je l'ai pris comme un fait* ». Il a subi de nombreuses moqueries à l'école (tics, odeur corporelle en lien avec les négligences au domicile parental). Il a mis son corps à distance et ne l'a jamais investi.

Arnaud n'a pas subi directement des violences sexuelles, mais ses frères et sœur et sa mère en ont été victimes. Nous pouvons parler d'inceste à un niveau transgénérationnel.

À une période de sa vie, Arnaud a eu des fantasmes problématiques, en lien avec une attirance pour les garçons mineurs préadolescents. Il est également attiré par des femmes adultes et a été en couple à plusieurs reprises. Nous évoquons une pédophilie non exclusive pour ce patient. Précisons que les auteurs de violences sexuelles qui passent à l'acte sur des enfants sont des pédocriminels mais qu'ils ne présentent pas tous un

voir, ça devient habituel, on s'habitue à se rapprocher de cette limite ».

Des études (Vlachopoulou, 2018) mettent en évidence un double effet de la consommation de pédopornographie : elle peut permettre d'éviter le passage à l'acte sur un enfant (effet cathartique) ou au contraire, comme pour Arnaud, le précipiter. Par ailleurs, rappelons que la consommation d'images pédopornographiques constitue en soi un passage à l'acte indirect.

Arnaud ne présente pas de dysfonctions sexuelles, il n'a pas de difficultés à éprouver du désir ou à avoir des érections.

Dans son cas, l'Amsex permet d'approfondir sa fantasmatique et sa consommation de pédopornographie. Il est important d'évaluer davantage la présence d'un trouble paraphilique (6) pour lui proposer une prise en charge spécifique.

Lors de cette évaluation, nous identifions également une fragilité narcissique et une estime de soi très faible. Arnaud se dévalorise systématiquement, ce qui fait écho à son environnement familial et aux moqueries subies.

Arnaud a également une très mauvaise image de son corps, qu'il a complètement désinvesti. Nous pouvons également faire le lien avec le climat incestuel dans lequel il a grandi, où le sexuel est venu faire effraction dans le psychisme et le corps. Ainsi, au-delà de la prise en charge spécifique des psychotraumatismes, un travail psycho-sexologique a permis à Arnaud de se réapproprier son corps, de le revaloriser pour le ressentir, puis l'érotiser, de développer de nouvelles habiletés érotiques. La sexualité est un apprentissage.

CONCLUSION

Le guide d'entretien Amsex propose d'aborder la vie affective, amoureuse et sexuelle, dans un cadre bienveillant et contenant. Son utilisation nécessite des connaissances sur la sexualité humaine et une formation est indispensable.

Ce support doit être utilisé pour compléter une évaluation globale du fonctionnement des patients. Il convient d'aborder par ailleurs les passages à l'acte, l'histoire familiale et transgénérationnelle, les ressources, les compétences, les souffrances des auteurs de violences sexuelles, pour leur proposer la prise en charge la plus adaptée, au plus proche de leurs besoins. Cet outil est utilisé depuis plusieurs années et des études qualitatives et quantitatives sont en cours de réalisation

1– Adeline Chaufer, Charlotte Démonté, Pauline Harmand, 2019, Guide d'entretien Amsex : Aborder la vie Amoureuse et SEXuelle avec les Auteurs de Violences Sexuelles (AVS). Ce guide, de 17 pages, nécessite une formation de deux jours pour avoir les repères théoriques indispensables à la bonne prise en main de l'outil. C'est une formation gratuite proposée par le Criavs Lorrain.

2– La sexualité comprend la sexualité autoérotique, soient les pratiques, fantasmes centrés sur soi même, et la sexualité relationnelle ou allo-érotique, les interactions avec autrui dans un contexte érotique, sexuel.

3– Selon le site dédié mis en place par le Gouvernement Arrêtons les violences : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>

4– L'assertivité sexuelle renvoie à la capacité d'habiter avec fierté dans sa masculinité ou sa féminité et le plaisir à le montrer.

5– Les personnes qui présentent un attachement insécure peuvent développer le sentiment de ne pas mériter d'être aimé ainsi que l'idée que les relations sont sources de frustration. Elles peuvent avoir une attitude méfiante ou dépendante vis-à-vis d'autrui. Leurs relations les renvoient souvent à nouveau une image négative d'eux-mêmes. À lire aussi sur ce sujet : *Troubles dans l'attachement*, Santé mentale, n° 285, février 2024.

6– Les paraphilies sont des fantasmes ou des comportements sexuels fréquents et intenses portant sur des objets inanimés, des enfants ou des adultes non consentants ou bien impliquant la souffrance ou l'humiliation de soi-même ou de son partenaire. Les troubles paraphiliques sont des paraphilies entraînant une souffrance ou perturbant le fonctionnement du paraphile, ou nuisant ou susceptibles de nuire à une autre personne.

7– Il s'agit du Salvacyl, qui est un traitement d'aide à la maîtrise pulsionnelle. Il permet de réduire les taux de testostérone afin de diminuer un envahissement fantasmatique, notamment chez des personnes qui présentent des troubles paraphiliques. Ce traitement est réversible à son arrêt. Il n'est pas une fin en soi et sera réévalué tout au long de l'accompagnement du patient.

8– La prise en charge sexologique permet d'accompagner le patient dans sa sexualité, dans son couple et ainsi d'améliorer sa santé sexuelle. Une des spécificités du sexologue va être la prise en charge des dysfonctions sexuelles.

9– Dans ce registre, signalons le dispositif STOP, Service Téléphonique d'Orientation et de Prévention pour les personnes attirées sexuellement par les enfants : <https://dispositifstop.fr/>

BIBLIOGRAPHIE

- Abut J. (1998), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*, Maloine.
- Chaulier, Maquigneau, Miele (2019), in Coutanceau R., Blachere P. *Sexualité et transgression*, Dunod.
- Ciavaldini A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson, 1999.
- Demonté C., (2019), *Prise en charge psychosexologique des auteurs de violences sexuelles en milieu carcéral*, *Soins psychiatrie*, 321, p. 22-26.
- Dessaux N., (2013), *Attachement dans le couple et sexualité*, article en ligne (non publié) sur le site de la Société francophone de médecine sexuelle (SFMS) <https://www.sfms.fr/litterature/articles-originaux/attachement-dans-le-couple-et-sexualite-2>
- Mormont (2018), in *Audition Publique Tome 1 : Violences Sexuelles, définitions, évolutions, état des lieux* <https://www.fccriavs.org/nos-actions/audition-publique>
- OMS (2022) : voir cette définition sur <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
- Tesson J., Cordier B, Thiebaut F (2012). *Assesment of a new law for sex offenders implemented in France in 1998*. *Encephale* 38 (2) : 133-40
- Vlachopoulou X., Missonier S. (2018), *Le passage à l'acte pédophile et les enjeux psychopathologiques du téléchargement : un virtuel protecteur?*, *Annales Médico-Psychologiques*, 176, 301-304.

Résumé. La prise en charge des Auteurs de violences sexuelles (AVS) nécessite une évaluation holistique de la vie des sujets, y compris de leur vie affective et sexuelle. Or, aborder la sexualité avec les patients et plus particulièrement avec les AVS peut s'avérer complexe (représentations sociales, manque de formation, pertinence des questions, objectifs...). Nous avons donc décidé de créer le guide d'entretien AMSEX qui permet d'aborder la vie amoureuse et sexuelle des AVS de manière structurée. Après avoir présenté l'outil et son intérêt dans l'accompagnement des patients, nous présenterons deux cas cliniques pour illustrer son intérêt.

Mots-clés. Auteur de violence sexuelle – Cas clinique – Entretien – Prise en charge – Psychothérapie – Psychopathologie – Psychothérapie – Questionnaire – Santé sexuelle – Sexualité – Vie affective – Vie privée.