

Les expériences d'adversité vécues durant l'enfance (critères ACE) et les besoins criminogènes : état des lieux et préconisations pour l'accompagnement des auteurs d'infraction

Par Erwan DIEU, Samantha AL JOBOORY

RÉSUMÉ

La criminologie cherche à évaluer et accompagner les auteurs d'infraction vers la non-récidive. Pour cela, les professionnels utilisent des méthodes d'évaluation et des programmes d'accompagnement. On note que la plupart des auteurs ont vécu un nombre élevé d'expériences adverses durant leur enfance (ACE). On sait aujourd'hui que ces facteurs ACE sont corrélés à la question des facteurs de risque de récidive. Une psychothérapie centrée sur les traumatismes subis semble pertinente, selon les recommandations en vigueur (p. ex. EMDR). A partir de la littérature scientifique des critères ACE et des facteurs de risque de la récidive, nous présenterons une réflexion de criminologie positive (GLM/TIM-E) autour d'une combinaison des domaines réhabilitatif et thérapeutique.

Mots clés: ACE, EMDR, *Good Lives Model*, réhabilitation, trauma.

SUMMARY

Criminology wants to assess and support offenders towards non-recidivism. To do this, professionals use assessment methods and treatment programs. We observe that most of offenders had a high number of adverse childhood experiences (ACE). We know today that these ACE factors are correlated with the question of the Risk factors. Psychotherapy focused on the trauma seems relevant, according to the international recommendations (eg. EMDR). Based on the scientific literature of ACE factors and Risk factors, we will present a conceptualization of positive criminology (GLM/TIM-E) around a combination of the rehabilitative and therapeutic areas..

Keywords: ACE, EMDR, Good Lives Model, rehabilitation, trauma.

1. Introduction

Le contexte pénitentiaire accueille un grand nombre d'auteurs d'infraction soumis à des injonctions ou obligations de soin. Depuis les Conférences de Consensus sur la Récidive, différentes réformes et actions soutiennent les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) dans la prévention de la récidive des Personnes Placées Sous Main de Justice (Loi du 15 août 2014, Règles Pratiques Opérationnelles de l'Administration Pénitentiaire, Recherche-

Action PREVA). Toutefois, ces réformes n'ont pas apporté de réflexions ou solutions concernant les souffrances cliniques (aspects soin) chez ces mêmes auteurs d'infraction, et de fait, pas de modèle pouvant établir un lien entre le thérapeutique et le réhabilitatif (Dieu & Hirschelmann, 2018). Pourtant, les problématiques cliniques des auteurs d'infraction traduisent des souffrances, des dysrégulations émotionnelles, des distorsions cognitives et des dysfonctionnements d'autorégulation, confirmant la nécessité d'une prise en charge thérapeutique spécifique, complémentaire au soutien contre la récidive. Si la compréhension de l'auteur sous un angle clinique prenant en considération les victimisations subies est largement avancée en criminologie (Ward & Moreton, 2008; Ward et al., 2014), les études dites «ACE» (expériences d'adversité vécues durant l'enfance, cf. Felitti, et al., 1998) nous apprennent qu'il ne s'agit pas uniquement de question d'ordre purement thérapeutique. En effet, ces éléments seraient corrélés à la question du risque de récidive (Ford, et al. 2019), ce qui soulève trois réflexions au carrefour entre le soin et le judiciaire :

- i) Les modèles de criminologie régissant les prises en charge des personnes judiciairisées par les SPIP, notamment en France, reposent aujourd'hui sur le modèle de prévention de la récidive à travers les principes Risque-Besoins-Réceptivité (RBR) (Andrews, et al., 2011). Or ceux-ci sont méconnus des psychothérapeutes et/ou ne répondent pas nécessairement à leurs questionnements cliniques ;
- ii) À travers les modèles réhabilitatifs, les suivis (SPIP) développent des interventions comportementales et cognitives (ICC, cf. Polaschek, 2011), adaptées des Thérapies Comportementales et Cognitives, pouvant entretenir une confusion entre le soin et l'insertion-probation ;
- iii) Outre le manque de clarté entre les champs thérapeutique et réhabilitatif, on note une absence de sémantique commune, ou de modèle commun, qui permette de distinguer les expertises de chacun.

La difficulté réside dans la manière de prendre en charge les problématiques cliniques des auteurs d'infraction, corrélées aux besoins criminogènes, tout en limitant la confusion des identités professionnelles. Pour les professionnels de la réhabilitation, nous mettrons en lumière un modèle réhabilitatif complémentaire au modèle RBR, le Good Lives Model (GLM), qui permet de cibler au mieux les besoins primaires et secondaires des sujets. S'agissant du soin, nous discuterons l'intérêt d'une psychothérapie EMDR¹ pour les personnes en obligation ou injonction de soins. À travers une combinaison alliant GLM/RBR dans le domaine réhabilitatif d'une part, et GLM/EMDR pour le volet thérapeutique d'autre part, nous examinerons de quelle manière les auteurs d'infractions sont capables d'intégrer les expériences d'adversité vécues durant leur enfance et dans quelle mesure cette intégration pourra impacter positivement le processus de désistance et diminuer le risque de récidive. Puis, nous étudierons les intérêts et les limites du GLM dans les domaines réhabilitatif et thérapeutique. Nous échangerons sur l'intérêt d'une

combinaison réhabilitation/soins gagnante. Nous expliquerons succinctement la théorie sur laquelle repose l'EMDR et ses bénéfices en matière d'intégration du souvenir traumatique. Enfin nous présenterons le modèle TIM-E, qui concilie le versant réhabilitatif du GLM, les vertus thérapeutiques de l'EMDR et la notion de « perspective temporelle ».

2. Les souffrances cliniques des auteurs d'infraction

Les travaux qui rapportent la posture victimale de l'auteur d'infraction, la réfèrent soit à des mécanismes de déni ou rationalisation morale, soit à des postures de culpabilité ou honte (Hirschelmann et al., 2013). Dans le cas des infractions sexuelles par exemple, les auteurs sont évalués à travers leurs résistances (Marshall, 1994; Lord & Willmot, 2004). Les questions du déficit d'estime de soi (Marshall, 1997; Marshall, et al., 1997), des mécanismes d'attribution et de contrôle et de la compliance (Birgisson, 1996; Fisher, et al., 1998) ne sont que peu envisagées comme base de traitement, dès lors qu'ils ne participent pas directement de la réhabilitation (Andrews, 1998). Le développement de la clinique du post-traumatisme (Blake, et al., 1995) a pu étendre le champ des mécanismes cliniques d'aménagement défensif. Selon le DSM-5, le trouble de stress post traumatique (TSPT) est un syndrome faisant suite à « une exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles », de manière directe (comme victime, acteur ou témoin); ou indirecte (exposition d'un proche, exposition répétée à des événements, des récits ou des images traumatiques. Ce syndrome regroupe les symptômes cardinaux suivants :

- des symptômes intrusifs par exemple sous forme de souvenirs et/ou rêves répétés de l'événement, des réactions dissociatives de type flash-back ;
- des symptômes d'évitement de ce qui peut rappeler l'événement ;
- une altération des cognitions et de l'humeur: croyances négatives sur soi, sur les autres ou sur le monde, anhédonie, honte, peur, sentiment de culpabilité, sentiment de détachement, etc. ;
- une altération de l'éveil et de la réactivité: amnésie de tout ou certaines parties de l'événement (phénomène dissociatif), alteration du sommeil, troubles de la concentration, anxiété, peur, sursauts, hypervigilance, irritabilité, accès de colère, comportements impulsifs ou autodestructeurs.
- Ces symptômes perdurent depuis plus plus d'un mois et amènent une souffrance significative.

Néanmoins, l'attention portée à l'auteur de l'infraction reste biaisée par le sens de l'acte et sa coloration morale. Elle ne tient pas compte des conséquences de celui-ci sur la trajectoire de vie du sujet. Pourtant, l'évolution de l'étude de l'amnésie (Cima, et al., 2004), le regard sur la dissociation (Moskowitz, 2004), la place au sein du trauma (McNally, 2003), des facteurs cognitifs (Dunmore, et al., 1997) et du lien entre l'événement traumatique,

la mémoire épisodique et les facteurs neurobiologiques (Wheeler, et al., 1997), sont autant d'exemple d'analyse de souffrances des sujets. Cependant, même dans ces études, deux remarques leur sont opposables. La première concerne le manque de lien concret et objectivable avec les situations présentes de l'auteur (ex. durant la récidive, avec les symptômes cliniques). La seconde concerne les études sur le TSPT, dans le cadre infractionnel (Dunmore, et al., 2001 ; Ehlers, et al., 2004). Dans ces études, il est difficile d'envisager un événement subi et les souffrances qui en résultent, sans la notion de trauma en soi. Sachant qu'il s'agirait ici de considérer davantage le traitement des mémoires stockées (dysfonctionnelles), ou des schémas/patterns spécifiques, influençant un fonctionnement en situation, plutôt que la recherche systématique d'un trauma au sens psychopathologique (critère A inclus).

3. Les expériences d'adversité subis durant l'enfance chez les auteurs d'infraction : présence et lien avec le risque de récidive ?

L'étude des Centres de contrôle et de prévention des maladies portant sur les expériences traumatisantes vécues durant l'enfance de 17 337 participants volontaires (Felitti, et al., 1998) a permis de dégager ce que l'on nomme les « critères ACE ». Ces expériences sont les suivantes : violence physique, abus sexuel, violences psychologiques, négligence physique ou émotionnelle, exposition à la violence familiale, abus de substances au foyer, maladie mentale, séparation des parents ou divorce, incarcération d'un membre du foyer (Lanius, et al., 2010). Ces critères ACE sont statistiquement représentatifs d'un impact pathologique à l'état adulte, notamment au-delà d'un cumul de 4. Des liens directs ont pu être établis entre fréquence d'exposition aux ACE et survenue de pathologies psychiatriques, somatiques ou encore sexuelles (Felitti & Anda, 2010). Ce qui nous intéresse précisément, ce sont les liens entre les critères ACE (nombre et type) chez les personnes judiciairisées et les caractéristiques des facteurs de risque de récidive. Dans une étude ACE portant sur 468 détenus de 18 à 69 ans, il a été démontré un lien statistique pertinent entre ACE et niveau de risque de récidive (Ford, et al. 2019). Les détenus à haut risque de récidive présentaient un nombre plus important de critères ACE que les détenus à faible risque. L'histoire de la violence chez les personnes judiciairisées est donc tant subie qu'agie, pour ceux qui présentent le plus de besoins criminogènes à l'état adulte. Nous pouvons ainsi mieux comprendre le lien de causalité entre développement, personnalité, situation des sujets judiciairisés et des actes commis comme le suicide (Godet-Mardirossian, et al., 2011), ou les homicides sexuels (DeLisi, et al., 2020) et leurs risques de récidive. Ces propositions concordent également avec les observations de Ward et Moreton en 2008 qui, en étudiant les parcours biographiques des infracteurs, ont eu l'occasion de rappeler que ces auteurs ont, pour un grand nombre, été eux-mêmes des victimes de violences, susceptibles de développer ou non des TSPT.

Salmona (2013) évoque le rôle de la mémoire traumatique, proposant que le passage à l'acte hétéro agressif pourrait correspondre à une modalité de « conduite dissociante ». En effet, un stress extrême provoque une hyperactivité amygdalienne avec sécrétion en excès d'hormones de stress (adrénaline et cortisol). Dans ce contexte, afin d'épargner l'organisme, celui-ci produit des substances morphiniques et kétamine-like, isolant l'amygdale et la réponse émotionnelle. Il en résulte un état dissociatif avec « sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation, qu'elle perçoit sans émotion ». L'information traumatique demeure bloquée dans un réseau de mémoire inadapté et ne peut être encodée au niveau de la mémoire consciente des apprentissages. Cette mémoire traumatique sera par la suite réactivable par tout *stimulus* évoquant, de près ou de loin, l'événement traumatique. Afin de prévenir ou réguler cette activation, l'individu tend à reproduire le processus de dissociation initialement vécu. Les moyens d'y parvenir consistent, soit en la manifestation de comportements à risque qui font augmenter le niveau de stress de l'organisme (mises en danger physiques et/ou sexuelles, passages à l'acte hétéro ou auto agressifs...), entraînant la production de drogues endogènes, soit par un apport en drogues exogènes (alcool, drogues, etc.) (Salmona, 2013). La prise de substances majeure de surcroît le risque de passage à l'acte hétéro agressif (Bonta, et al., 2010). Ces conduites dissociantes deviennent rapidement addictives. Moskowitz (2004) recommandait déjà que les troubles dissociatifs fassent l'objet d'une recherche systématique chez les auteurs de violences et qu'une attention particulière soit portée à cette composante dans les programmes de traitement et de prévention. Aujourd'hui, des auteurs réévoquent la piste de la dissociation structurelle de la personnalité, selon laquelle l'immatrité et les comportements dysfonctionnels des auteurs, lors des passages à l'acte, pourraient correspondre à l'activation de parties émotionnellement infantiles d'un Soi fragile (Smith, 2016).

Une étape essentielle du travail d'accompagnement reviendrait donc à déstructurer en amont la distinction judiciaire auteur/victime (Ward et al., 2014). L'hypothèse, dite temporelle, serait la suivante : ce qui semble affecter la notion de temps chez les auteurs d'infractions, résulterait des capacités que les sujets s'attribuent par rapport à leur vie, notamment à leurs perspectives d'avenir, au regard d'un ou des vécus antérieurs (Dieu, 2019). Pourtant dans l'intervention criminologique de prévention de la récidive en France, la démarche d'évaluation et de prise-en-charge des ACE est rarement conjuguée aux interventions sur les facteurs de risque de récidive, non mentionnée dans la Loi du 15/08/2014 de Contrainte Pénale, le Référentiel des Pratiques Opérationnelles (contre la récidive) de l'Administration Pénitentiaire, ou dans la démarche « *What Works ?* » des données probantes (qui n'évoque que peu ou pas la question ACE) (Bonta, et al., 2010). Pour un traitement adéquat des mémoires de la personne concernant les ACE et les dysfonctionnements du présent, la littérature scientifique recommande un travail d'exposition, à travers les thérapies TCC ou bien EMDR, avec ou sans réalité virtuelle (TERV) (HAS 2007, OMS 2013, INSERM 2015, NICE 2018).

4. Réflexion autour d'une combinaison gagnante réhabilitation / soin : intérêt du GLM

Le modèle réhabilitatif est axé sur la réadaptation du sujet qui définit l'infraction comme un symptôme et place le délinquant au centre de cette définition. Le GLM correspond à ce modèle de réhabilitation, destiné à l'origine aux délinquants sexuels (Ward & Brown, 2004; Ward & Gannon, 2006; Ward & Stewart, 2003). Le GLM est une approche contemporaine axée sur les *forces* de la réadaptation des délinquants, en mettant l'accent sur la promotion des objectifs personnels des individus, tout en visant, secondairement, à réduire le risque de récidive (Ward, 2002, 2007, Ward & Stewart, 2003). Le GLM dans ses principes généraux, part du postulat que les délinquants recherchent une amélioration de leur bien-être. Le délinquant (sexuel) est animé par l'objectif de satisfaction de ses « besoins primaires humains ». Selon le GLM, ces besoins humains primaires renvoient à des caractéristiques, des expériences et/ou des états d'esprit qui sont valorisés par les individus, et qui augmentent le sentiment d'épanouissement et de bonheur de ces derniers (Ward, 2002). Ces besoins primaires humains sont par exemple: le sentiment d'appartenance à une communauté; la créativité (s'exprimant par des formes alternatives); l'excellence dans l'action (autonomie); l'excellence dans les loisirs et le travail (expériences de maîtrise); la paix intérieure (absence de troubles émotionnels et de stress); la connaissance (à quel point ils sont informés des choses qui sont importantes pour eux), la vie (vie saine et fonctionnement); le bonheur/plaisir (l'état de se sentir bien ici et maintenant); la parenté (relations entre pairs, relations amoureuses et familiales); la spiritualité (dans le sens de trouver un but et un sens dans la vie) (Ward et Gannon, 2006).

Les « besoins secondaires » (dits instrumentaux), sont un moyen adapté d'atteindre ces « besoins primaires » (dits fondamentaux). Par exemple, des connaissances peuvent être acquises en assistant à des cours universitaires. Il est supposé que tous les individus cherchent à atteindre ces besoins, à des degrés différents, selon leurs valeurs, leur stade de développement et leurs priorités dans la vie. La réalisation de ces besoins est généralement associée à des niveaux plus élevés de bien-être, ainsi qu'au développement d'une identité et d'un but dans la vie. Selon Ward, Mann et Gannon (2007), les délits sexuels représenteraient des tentatives inadaptées de satisfaire ces besoins fondamentaux humains. Le concept d'identité personnelle est crucial. Le GLM vise à façonner une identité adaptative et positive, éloignée de l'identité problème initiale. L'acquisition de cette identité passe par la création d'un « plan de vie ». Ce plan de vie vise à prendre en compte à la fois l'individu, mais également son environnement. Dans ce plan de vie, l'individu doit spécifier et représenter ses besoins primaires, ainsi que les compétences à acquérir et les moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. Le GLM permet de fournir au patient une explication à ses comportements inadaptés et d'ainsi rechercher des substituts à ceux-ci. Ce type de traitement peut rencontrer des limites lorsque le patient a une mauvaise perception de son identité et de ses valeurs

personnelles, ce qui est particulièrement courant chez les personnes souffrant de parcours ou traumatisme complexe. La limite majeure pour le soin des mémoires occasionnant une souffrance est que nous ne repérons pas, au sein du GLM, de «cibles» pathogènes. En restant plutôt généraliste quant à l'histoire de vie de l'individu, cela ne permet pas de désensibilisation ni retraitement des ACE qui sous-tendent les troubles observables à l'âge adulte. L'application du modèle GLM n'est donc pas totalement satisfaisant en clinique des ACE, s'il n'est associé à d'autres modèles ou prises en charge.

5. Complémenter le GLM pour répondre aux ACE et perspectives de vie éloignées de l'infraction

Le fonctionnement de l'EMDR, ou intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, repose sur le postulat que, tout individu possède, de manière physiologique, le moyen de rendre fonctionnelles et rationnelles les mémoires traitées. Ce processus, dénommé «Traitement adaptatif de l'information» (TAI) se retrouve parfois bloqué (Shapiro, 2007a). L'événement fait alors trauma, envahissant pensées, émotions, sensations et comportement. Le traitement de l'information, alors stockée de manière dysfonctionnelle dans un réseau de mémoire inadapté, peut être relancé par la réalisation de stimulations bilatérales alternées (mouvements oculaires, tapping, sons alternatifs) selon un protocole rigoureux et précis. C'est un traitement de première ligne efficace, devant être réalisé par des professionnels formés et expérimentés (Shapiro, 2007b). Les zones cérébrales impliquées dans la régulation d'un stress intense, sont situées dans la zone limbique et non dans celles dédiées à l'analyse et au langage. Shapiro insiste sur le fait que, tant que le traitement n'est pas achevé, les déclarations du patient à propos du matériel ciblé ne seront pas totalement fonctionnelles. Ces formulations provisoires, non adaptatives, biaisées par le prisme de cognition erroné du sujet, ne sont pas accessibles en l'état à une démarche de cognition restructurante. L'information, isolée dans un réseau de mémoires inadapté, ne peut être associée à d'autres, plus adaptatives. Les nouveaux apprentissages, relatifs à cette information passée, sont donc inopérants (Shapiro, manuel EMDR, pp. 51-55), expliquant le maintien dysfonctionnel du pattern, malgré la répétition des expériences de vie négatives.

Le Modèle de l'Identité Temporelle (TIM-E, Dieu, 2019) cherche l'adéquation entre une évaluation efficace des problématiques criminogènes et un objectif d'accompagnement centré sur la temporalité vécue par le sujet dans son identité. Lorsque les approches psychologiques et sociales appliquées aux infracteurs questionnent le futur, les évaluations et accompagnements (non structurés ou structurés de type psychométrique ou actuariel) se focalisent sur le repérage de problématiques spécifiques, mais rarement sur le rapport à la temporalité des auteurs, nécessaire à une pratique EMDR comme GLM. De fait, le plus souvent, si l'accompagnement s'exerce sur ce futur, le suivi des auteurs

d'infraction – sous le versant thérapeutique comme réhabilitatif – se résume généralement en une variable: la «réalisation» (p. ex. construction, planification) de prévention d'une rechute. Bien que le GLM (Ward et Brown, 2004) sorte en partie de cette impasse en proposant d'établir un Plan de vie, il ne structure toutefois pas concrètement les perspectives temporelles du sujet. Pourtant, dès 1989, Cusson insistait sur la notion de «présentisme» des auteurs (cf. chapitre XVII «Prisonnier du présent», p. 223) et la nécessité de prendre cet élément en considération en (psycho-)criminologie. Cet élément de travail est régulièrement rappelé dans les épreuves de Cusson, notamment dans le cadre de la délinquance «chronique» (cf. partie sur le présentisme, 1998). Prendre le présentisme en considération dans l'accompagnement, c'est accorder un travail structuré et rigoureux autour des compétences à acquérir pour envisager les perspectives de vie du sujet. Ainsi en plus de la «réalisation», TIM-E propose de structurer le futur des sujets via deux variables supplémentaires: la «construction» (mentale) et la «disposition» (principes «CDR»). La structuration des perspectives temporelles nécessite l'utilisation de pratiques comportementales, cognitives et émotionnelles, un travail en soi visant l'inclusion de la temporalité – dits Entretiens Temporels (ET) (Dieu, 2019; Dieu, et al., 2019). L'établissement du Plan Futur cherche à renforcer les compétences des sujets dans leur projet de vie, en établissant l'hypothèse motivationnelle que sans but et réceptivité quant à son avenir et une croyance en ses capacités propres, il ne peut y avoir de disposition effective dans le temps à changer (Al Joboory, et al., 2019). En développant une démarche globale du futur sous la forme d'un projet de vie, TIM-E est complémentaire aux théories criminologiques visant la réhabilitation de l'auteur d'infraction (GLM, RBR) comme au soin des mémoires pathogènes (EMDR) (Dieu, 2019).

Références

- Al Joboory, S., X. Soulan, A. Lavandier, J. Tortes-Saint-Jammes, E. Dieu, O. Sorel, J-P. Bouchard. Psychotraumatologie: Prendre en charge les traumatismes psychiques. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, juillet 2019.
- Andrews, B. (1998). Self-esteem. *The Psychologist*, 11(7), 339-342.
- Andrews, D. A., Bonta, J. et Wormith, S. J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives model contribute to effective crime prevention?. *Crim Justice Behav*, 38(7), 735-55.
- Birgisson, G. H. (1996). Differences of personality, defensiveness, and compliance between admitting and denying male sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 118-125.
- Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G., Gusman F. D. et Charney D.S. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
- Bonta J, Bourgon G, Rugge T, Scott T-L, Yessine AK, Gutierrez L, et Li J. L'Initiative de formation stratégique en surveillance communautaire: les principes du risque, des besoins et de la réceptivité dans le monde réel. Sécurité publique Canada. 2010-1. Retiré sur: <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-fr.aspx>
- Cima, C., Nijman, H., Merkelbach, H., Kremer, K. et Hollnack, S. (2004). Claims of crime-related amnesia in forensic patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 215-221.

- Cusson, M. *Délinquants pourquoi? 1^{re} édition*, 1989, Hurtubise HMH, Montréal.
- Cusson, M. *Criminologie actuelle*. Paris : Les Presses Universitaires de France, 1998.
- DeLisi, M., & Beauregard, E., Fraser, S. (2020). Adverse Childhood Experiences and Criminal Extremity : New Evidence for Sexual Homicide. Forthcoming, *Journal of Forensic Sciences*.
- Dieu, E. (2019). Que faire des modèles de la désistance dans l'accompagnement des auteurs d'infraction? *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, in press.
- Dieu, E., & Hirschelmann, A. (2018). Trois réflexions pour situer l'analyse psycho-criminologique sérielle française. *Annales Médico-Psychologiques*, 176(6): 586-590.
- Dieu, E., Sorel, O., & Bouchard, J-P. (2019). Place de la psychothérapie intégrative dans la prise en charge des problématiques de radicalisation. *Annales Médico-Psychologiques*, 177(5): 483-488.
- Dunmore, E., Clark, D. M. & Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent versus recovered post traumatic stress disorder: a pilot study. *Behavioural cognitive psychotherapy*, 25(02), 147-159.
- Dunmore, E., Clark, D. M. et Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*, 39(9), 1063-1084.
- Ehlers, A., Hackmann, A. & Michael, T. (2004). Intrusive reexperiencing in posttraumatic stress disorder: phenomenology theory and therapy. *Memory*, 12(4), 403-415.
- Felitti, V., & Anda, R.F. (2010). *The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare*.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F. (1998). Adverse Childhood Experiences, *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245-258.
- Fisher, D., Beech, A. & Browne, K. (1998). Locus of control and its relationship to treatment change and history in child sexual abusers. *Legal and Criminological Psychology*, 3(1), 1-12.
- Ford, K., Barton, M.R., Newbury, A., Hughes, K., Bezeczky, Z., Roderick, J., Bellis, M.A. (2019). *Understanding the prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) in a male offender population in Wales: The Prisoner ACE Survey*. Public Health Wales NHS Trust & Bangor University.
- Godet-Mardirossian H, Jehel L, Falissard B. (2011). Suicidality in male prisoners: Influence of childhood adversity mediated by dimensions of personality. *Journal of Forensic Science*, 56(4): 942-9.
- Hirschelmann, A., Harrati, S., Winter, A. & Ventéjoux, A. (2013). Défis et défis autour de l'évaluation de la dangerosité. *Cahiers de la Justice*. 1 : 85-97.
- Lanius, R.A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge University Press.
- Lord, A. et Willmot, P. (2004). The process of overcoming denial in sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 10(1), 51-61.
- Marshall, W. L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behavior Research and Therapy*, 32(5), 559-564.
- Marshall, W. L. (1997). The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters. *Behavior Modification*, 21(1), 86-96.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C. & Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9(4), 321-333.
- McNally, R.J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.
- Moskowitz, A. (2004). Dissociation and violence: A review of the literature. *Trauma, Violence and Abuse*, 5(1), 21-46.
- Polaschek, DLL. (2011). Many sizes fit all: A preliminary framework for conceptualizing the development and provision of cognitive-behavioral rehabilitation programs for offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 20-35.

- Salmona, M. (2013). « La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : Ou comment devient-on étranger à soi-même ». Dans : Roland Coutanceau éd., *Troubles de la personnalité : Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux*. (pp. 383-398). Paris : Dunod.
- Shapiro, F. (2007a). EMDR, adaptative information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 : 68-87.
- Shapiro, F. (2007b). *Manuel d'EMDR : principes protocoles et procédures*. InterEditions.
- Smith, J. (2016). « Dissociation et auteurs de violences ». In J. Smith, *Psychothérapie de la dissociation et du trauma*, Paris Dunod : p 261-271.
- Ward, T. & Moreton, G. (2008). Moral repair with offenders : ethical issues arising from victimization experiences. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 20(3), 305-322.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders. Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7 : 513-528.
- Ward, T. (2007). On a clear day you can see forever : Integrating values and skills in sex offender treatment. *Journal of sexual aggression*, 13(3), 187-201.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.
- Ward, T., & Gannon, T. (2006). « Rehabilitation, etiology, and self-regulation : The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders », *Aggression and Violent Behavior*, 11, 1 : 77-94.
- Ward, T., & Stewart, CA. (2003). « The treatment of sex offenders : Risk management and good lives », *Professional Psychology : Research and Practice*, 34, 4 : 353-360.
- Ward, T., Mann, RE., & Gannon, T. (2007). « The good lives model of offender rehabilitation : Clinical implications », *Aggression and Violent Behavior*, 12, 1 : 87-107.
- Wheeler, M., Stuss, DT. et Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory : The frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121(3), 331-354.

Notes

- 1 *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing* : thérapie des mémoires par Stimulations Bilatérales Alternées (essentiellement par mouvements oculaires).