

Rapport d'expert [20]

Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ?

Bruno GRAVIER

Professeur à l'Université de Lausanne, chef du service Médecine et psychiatrie pénitentiaires du CHU Vaudois.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Gravier, B. (2018). Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ?	1
Sommaire	1
Introduction.....	3
Principes généraux de la prise en charge.....	4
Un cheminement complexe nécessitant des points de repère pour le patient.....	4
Situer le contre-transfert du thérapeute	5
Quelques points centraux de l'évaluation clinique :	5
Préalables	5
Définir précisément le cadre, clarifier la situation légale et pénale	5
Définir les modalités de l'articulation avec les autorités	6
Le premier entretien	7
Un aménageur de la relation pour une évaluation globale	7
La reconnaissance des actes.....	8
La possibilité de développer une capacité de mentalisation	8
Evaluer la place du fonctionnement pervers, analyse psychopathologique.....	9
L'environnement social	10
Définir les objectifs thérapeutiques : s'intéresser au fonctionnement psychique et/ou prévenir le risque de récidive	10
Quelle mobilisation psychique ?	11

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Penser des objectifs qui intègrent compréhension du fonctionnement psychique et prévention de la récidive	11
Définir les indications	12
Approche groupale	13
Approche individuelle.....	13
Définir la nécessité d'un dispositif spécifique	14
La co-thérapie pour se défaire de la relation d'emprise	15
Travail d'équipe pour lutter contre les effets du clivage, et refuser les transgressions.	15
Développer une alliance thérapeutique.....	16
Evaluer l'engagement dans le travail thérapeutique	17
Reconnaissance totale du délit	17
Se sentir « anormal » au moment de l'acte	17
Reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de l'acte.....	17
Arrestation vécue comme un soulagement	17
Reconnaissance de la contrainte pendant l'acte	17
Evaluation fine du fonctionnement intra psychique et de l'histoire psychique	17
Affects, liens précoces, déficit d'intimité	19
Incestualité, abus sexuels subis, vécus d'humiliation et éprouvés de honte, répétition des violences.....	20
Evaluation et évolution du rapport du sujet à ses délits et à ses fonctionnements et préoccupations pathologiques.....	21
Rapport aux délits et à la victime	22
Difficultés d'auto-régulation sexuelle et scénarios sexuels déviants.....	22
Distorsions cognitives et attitudes susceptibles de mener à l'agression sexuelle.....	23
Définir des étapes ? Thérapie terminée, thérapie interminable ?	24
Conclusion : de l'efficacité ou de la désistance ?	27
Bibliographie.....	28

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Introduction

Le parcours de soin d'un auteur d'infraction à caractère sexuel (AICS), n'a que peu à voir avec le parcours de soin d'un patient qui vient consulter un psychiatre ou un psychologue de son plein gré parce qu'il ressent une souffrance psychique, qu'il perçoit cette souffrance comme une entrave à son fonctionnement personnel et se présente à un thérapeute pour être soulagé de cette souffrance.

Il est rare, sinon exceptionnel que les sujets AICS se présentent à nous avec une telle demande. La plupart du temps, le soin, qu'il fasse l'objet d'une obligation ou non, s'initie sous une pression externe, judiciaire la plupart du temps, mais aussi familiale, sociale voire professionnelle. La demande de soin n'appartient pas au sujet, elle lui est extérieure même si elle s'inscrit comme conséquence de ses actes et qu'il perçoit la réprobation sociale et en ressent de la honte. L'acte commis lui est aussi extérieur, même s'il s'en reconnaît l'auteur.

Le parcours de soin s'en trouve s'en dessus dessous. Il faudra du temps, beaucoup de temps, et parfois beaucoup de détours pour approcher cette intériorité qui fait défaut et pour que le patient puisse faire des liens avec sa propre histoire psychique et en ressentir les blessures.

Les critères d'évaluation clinique doivent prendre en considération cet aspect et obligent le thérapeute à accepter que le début du parcours a peu à voir avec l'entrée en matière habituelle d'un suivi thérapeutique et à plus forte raison psychothérapeutique.

Un autre élément important qui doit être pris en considération dans la définition de ce parcours de soin est la finalité de celui-ci. Pour ceux qui ordonnent un traitement, que ce soit en ambulatoire ou en milieu carcéral dans les pays où une telle obligation existe, comme pour le public ou les politiques, le soin s'inscrit avant tout dans une visée de défense sociale et de prévention de la récidive. Pour le patient, en écho, être soigné c'est témoigner de la volonté de ne pas récidiver, pouvoir l'authentifier auprès des autorités et obtenir ainsi élargissements, voire libération qui viendront quittance son parcours de soin.

Là encore nous nous trouvons dans une autre perspective que le soin classique. Celle-ci impose au soignant de penser l'objectif de son travail avec ce patient en intégrant dans sa pensée clinique, qu'il le veuille ou non, une exigence hors champ clinique.

Beaucoup de thérapeutes dans nombre de travaux, nord-américains ou anglo-saxons notamment, s'inscrivent d'emblée dans cet objectif de prévention de la récidive sans témoigner d'une véritable préoccupation quant au pas de côté qu'il représente par rapport à la perspective soignante et en inscrivant leur démarche dans une perspective globale de réhabilitation et de réinsertion

A l'inverse, beaucoup de thérapeutes, souvent d'inspiration psychodynamique, refusent de s'inscrire dans un travail qui épouse une visée criminologique et qui oblige à sortir du colloque singulier pour travailler en articulation, voire en appui sur d'autres cadres que celui de la rencontre. Seule la quête exclusive, parfois désespérée, de l'intériorité souffrante compterait et impose une disjonction totale, pour ces thérapeutes entre le champ thérapeutique et le champ criminologique.

Pourtant il nous semble impossible d'accompagner ces sujets sans intégrer cette double perspective, sans anticiper dans notre évaluation ce qui peut faire irruption dans le parcours de ces sujets en termes de résurgence de leur violence, de l'occurrence d'un passage à l'acte, voire du non-respect des

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

prescriptions légales ou pénales visant à prévenir la récurrence et donc sans intégrer dans le cadre de soin la question de l'interconscience développée ailleurs dans cette audition publique.

La définition du parcours de soin oscille finalement sans cesse entre deux tentations diamétralement opposées : soit celle de s'isoler dans le lien thérapeutique en se mettant au risque du clivage et de la complicité des dénis, soit celle de n'être plus que le vecteur du contrôle social en se mettant alors au risque d'agir son contre transfert dans une confrontation agressive du sujet à ses actes ou de réduire l'accompagnement thérapeutique à une obnubilation sur les facteurs de risque.

Définir un parcours de soin et ses critères d'évaluation, c'est poser la question de la manière dont on pourra aider un sujet à s'interroger sur son histoire individuelle, générationnelle, communautaire à partir d'un acte qui échappe à toute historicisation et toute subjectivation, témoignage des faillites de la construction des liens précoces et de l'impensé de cette faillite. C'est se mettre au risque d'une répétition et donc d'une répétition qui peut difficilement être contenue par un lien transférentiel toujours incertain et perdu dans le désert émotionnel.

Il est donc nécessaire de trouver des points de repères dans toutes les dimensions du soin et de son déroulement pour retracer cette histoire, en nommant et qualifiant ce qui a organisé ou désorganisé le fonctionnement psychique et la vie relationnelle du sujet pour le protéger ou simplement survivre. C'est évaluer la nécessité de dispositifs spécifiques pour permettre la rencontre. C'est aussi se donner la possibilité d'évaluer la prégnance des processus pathologiques en cause. C'est enfin préciser les indications et les temps de la prise en charge.

4

Principes généraux de la prise en charge

La prise en charge des délinquants sexuels, compte tenu des croisements entre le thérapeutique, le légal et le social ne peut se résumer à la notion de traitement. Elle se pense dans une vision plus large incluant l'évaluation, les choix thérapeutiques, le suivi à long terme, et le contrôle social (Kaul, 1993).

Un cheminement complexe nécessitant des points de repère pour le patient

Engager un sujet auteur de délit sexuel dans un traitement c'est donc l'aider à cheminer entre la confrontation à la loi et l'interrogation thérapeutique, entre contrôle social et remise en question. C'est un cheminement au long cours qui l'amènera à travailler la reconnaissance des actes commis à travers ce que lui en dit la justice, à reconnaître la souffrance de sa victime et en éprouver de l'empathie. C'est ainsi qu'il peut espérer rencontrer sa propre souffrance enfouie, déniée, percevoir ses vulnérabilités traumatiques et reconnaître les situations à risque.

Les bénéfices attendus par le patient font aussi partie de la démarche de soin. Lorsque la liberté a pour prix un passage par le traitement, quelle que soit la qualité de l'alliance qui pourra s'établir, les attentes concrètes prendront longtemps le pas sur toute reconnaissance de ce que le traitement peut amener de soulagement interne. Les mécanismes d'emprise, de déni et de clivage n'en seront que plus puissants et doivent être soigneusement travaillés

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Situer le contre-transfert du thérapeute

C'est un cheminement parallèle qui permettra au thérapeute d'affronter "l'inimaginable, l'impensable, et l'inquestionnable" (Prins 1991) et les points aveugles des éléments contre transférentiels survenant dans ce type de prise en charge. Les contre attitudes personnelles ne peuvent être négligées tant elles peuvent injecter de la colère, de la frayeur ou du dégoût non métabolisés dans le lien thérapeutique ou au contraire épouser la minimisation, voire le déni du patient.

Le choix des modalités techniques des approches thérapeutiques nous apparait, comme à nombre d'auteurs, secondaire par rapport à la qualité des aspects interpersonnels en jeu dans la relation entre le thérapeute et son patient (Drapeau, 2005). Ce constat qui pourrait sembler relever de l'évidence pour la plupart des psychothérapeutes prend une résonance particulière avec les AICS compte tenu de la charge contretransférentielle qui teinte les pratiques avec ces patients et la pression qui existe autour de ce qui est attendu du soin. La question de la confrontation aux actes commis prend dans ce contexte une dimension particulière suivant la forme qu'elle peut prendre.

Quelques points centraux de l'évaluation clinique :

Celle-ci doit être multi-dimensionnelle et devra, notamment, intégrer les éléments suivants

- Place du traitement dans le déroulement de l'action pénale et l'ensemble du dispositif de prise en charge,
- Positionnement du sujet vis-à-vis de ses actes, de ce dispositif et évaluation des bénéfices qu'il pense retirer du traitement.
- Intensité des mécanismes pathologique et, en particulier des mécanismes pervers
- Définition des objectifs et indications thérapeutiques en fonction de la mobilisation psychique possible
- Etablissement d'une authentique alliance dans un cadre thérapeutique solide et spécifiques
- Evaluation des vécus traumatiques, d'humiliation, d'incestualité et des déficits émotionnels qui en découlent.
- Position et évolution du sujet par rapport à ses actes, ses intérêts sexuels déviants, ses préoccupations pathologiques. Préalables :

5

Préalables

Définir précisément le cadre, clarifier la situation légale et pénale

A quel moment de son parcours pénal se trouve le patient? Qu'en est-il de sa rencontre avec la loi? Cette clarification est indispensable pour construire un cadre de soin qui s'étaye sur le cadre pénal et autorise à poser la loi comme « méta cadre » (Ciavaldini A. 2012)

Il n'est pas rare que la demande de soin survienne dans le décours de l'arrestation, que le sujet soit ou non incarcéré. Le soin est alors fortement conseillé par les autorités policières, judiciaires, les défenseurs, les proches. Il est alors bien difficile de faire la part des choses entre ce qui relève de la demande authentique du patient ou ce qui relève d'une « adhésion stratégique » (Guy Hardy)

L'acte commis est parfois en interrogation quant à sa gravité, voire sa réalité, lorsque le sujet vient demander de l'aide après son arrestation, parfois en débat dans l'attente du jugement, parfois

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

contesté après celui-ci. Ce sont autant de situations qui nécessitent une particulière clarté quant à ce qui sera attendu de la rencontre et du thérapeute.

Faute de savoir clairement ce qui mobilise la demande du patient, le thérapeute peut se trouver dans une situation bien inconfortable lorsque, par exemple, le patient demande de témoigner d'un soin pour satisfaire à un contrôle social ou à une exigence judiciaire alors que la rencontre paraissait détachée de toute contingence judiciaire, semblait motivée par une difficulté psychique, et que l'acte lui-même était, si ce n'est passé sous silence, fortement banalisé.

Savoir ce qu'il en est du rapport du sujet avec l'autorité judiciaire est primordial pour éviter de se fourvoyer soit dans une banalisation partagée avec le sujet, soit dans l'attente d'une réponse pénale hypothétique lorsque le sujet échappe à tout cadre (Hachouf 2001). A partir de cette clarification pourront se préciser des niveaux d'intervention souvent très différents.

Le thérapeute pourra ainsi mieux se saisir des incertitudes qui surgissent quant à la gravité de l'acte, surtout face à des reconnaissances partielles, incomplètes, brouillées de zones d'ombre.

Définir les modalités de l'articulation avec les autorités

Le devenir du patient est fortement tributaire de son évolution psychique et, potentiellement, de ce qui sera dit du soin aux autorités. Peut-on rendre compte de ce qui se passe dans la relation thérapeutique sans mettre à mal l'alliance possible?

Comment dépasser le sentiment de « coercition perçue » (Monahan) corolaire de l'obligation de soin –qu'elle soit effective à travers une décision judiciaire ou implicite dans les recommandations de ceux qui conduisent la procédure - pour que se déploie une authentique relation thérapeutique ? Un patient travail de clarification est nécessaire, pour construire une place tierce permettant au soignant d'être dans une posture radicalement distincte de celle de l'expert mais qui n'éluide pas la nécessité d'un travail en inter-institution (Gravier, 2011).

Une telle articulation impose souvent un travail en réseau et des moments interdisciplinaires où les attentes des uns et des autres et la position du thérapeute vont être clairement explicités. Dans des pays, comme en Suisse, en Allemagne ou les pays scandinaves, où la législation impose au thérapeute de rendre compte de l'évolution du suivi¹, il est nécessaire de délimiter ce qui va être transmis à l'autorité de ce qui va rester dans le colloque singulier. Un tel travail effectué dans la consultation permet de sortir de l'inconfort de l'emprise ou du sentiment diffus d'une complicité malsaine.

Ces situations mettent le soignant au défi de résoudre une série de dilemmes éthiques majeurs. Parmi ceux –ci, la manière dont sera inclus l'environnement pénitentiaire et pénal dans les échanges, réflexions et informations qui vont circuler à propos de ces patients est une question centrale. Conserver l'intimité de la relation thérapeutique et la confidentialité qui en découle, sans que celle-ci ne soit vécue comme une entrave au bon fonctionnement du monde pénitentiaire ou un refus d'accepter le mandat social qui est confié à travers la mesure, impose de penser cet échange et d'en faire une partie intégrante du travail thérapeutique.

¹ Dans le canton de Vaud en Suisse, même s'il existe une obligation de rendre compte à l'autorité, le thérapeute doit toutefois y être autorisé par son patient et être délié par celui-ci du secret professionnel.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Les réponses ne sont jamais simples à élaborer et l'attentisme peut être aussi préjudiciable autant au devenir psychique d'un patient qui ne reçoit pas le traitement dont il serait redevable qu'à son devenir pénal si on ne peut rendre compte de son évolution dans le cadre d'un soin qui lui est imposé. L'indépendance du soignant demeure néanmoins au centre de la construction de l'alliance même si elle n'exclut pas les échanges et la construction conjointe d'un parcours du sujet incarcéré ou soumis à une obligation de soin.

Le premier entretien

Le premier entretien, après avoir posé le cadre de la rencontre et clarifié les préalables mentionnés ci-dessus, devra situer le registre de l'intervention du thérapeute et bien préciser le niveau de confidentialité dans lequel se situe la rencontre. Il devra permettre d'établir une relation suffisamment paisible et non menaçante pour le patient de manière à ce que les investigations indispensables à l'établissement du cadre thérapeutique puissent être expliquées, bien être différenciées d'une expertise psychiatrique et faciliter tant la passation du questionnaire initial que l'exploration initiale des aspects cruciaux du fonctionnement psychique du patient et de sa position vis à vis de ce qui l'a conduit devant la justice.

Un aménageur de la relation pour une évaluation globale

Un questionnaire, guide d'investigation ou entretien structuré est apparu à beaucoup comme un « aménageur » indispensable de la relation thérapeutique permettant de dérouler le fil rouge de ce qui peut conduire à l'agression, d'identifier ce qui peut faire surgir de l'émotion et permettre de nommer ce qui ne l'avait jamais été auparavant.

Plusieurs questionnaires ont ainsi été développés en fonction des objectifs définis pour les premières rencontres (notamment le Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles, QICPAAS, Ciavaldini 1999).

L'aménageur de la relation permet d'approfondir les caractéristiques de la vie psychique qui apparaissent comme les axes principaux de la prise en charge. Il permet à l'investigateur de développer une relation d'accueil et d'évaluation en suivant un double axe évaluatif et thérapeutique. « L'amplitude du spectre des questions abordées devait permettre au sujet agresseur sexuel qui y répondait de placer des mots sur des pans entiers de sa propre histoire et ainsi de la percevoir » (Ciavaldini, 1999). La mise en mots à travers un tel questionnaire oblige à un travail de perception psychique des éprouvés extérieurs. Nommer la perception permet de la reconnaître comme sienne.

Face à des actes banalisés, minimisés, irreprésentables, il s'agit de mettre en mouvement un processus, un « forçage nécessaire de la parole pour parvenir au toucher psychique de l'acte d'agression ».

Inspiré du QICPAAS, Roman (2012) a développé le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (QICAAICS) qui repose sur trois constats : les adolescents engagés dans les agirs sexuels violents se présentent dans une forme de retrait dans la relation, l'accès à une parole sur l'acte transgressif se présente comme problématique, les adolescents engagés dans des agirs sexuels violents mobilisent chez les professionnels des motifs contre-transférentiels spécifiques liés à la rencontre de l'intime du sexuel et de la sexualité. Le questionnaire permet un partage d'affect avec l'adolescent et contribue pour les professionnels à un changement de

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

regard sur les adolescent en autorisant la rencontre avec un sujet singulier, suffisamment dégagée de l'imaginaire du monstre ou du pervers.

La reconnaissance des actes

Celle de sa responsabilité dans ceux-ci, de la violence avec laquelle ils ont été commis et des conséquences pour la victime est un indicateur important de la capacité du sujet de s'engager dans une démarche. La plupart du temps la reconnaissance est partielle (48% des sujets dans notre recherche (Gravier 2001) mais n'interdit pas une prise en charge. Au contraire, un travail sur ce qui est en jeu dans la reconnaissance de l'acte et donc de l'altérité peut être un puissant inducteur (Stigler).

Ciavaldini identifie 4 niveaux de reconnaissance des actes :

- Au premier niveau le sujet reconnaît son délit et il a conscience que celui-ci est le signe d'un dysfonctionnement qu'il peut traiter.
- À un second niveau, Le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et/ou il se dit "guéri" et affirme qu'il n'y aura pas de récurrence.
- À un troisième niveau, Le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux.
- La négation totale du délit pose la question d'une approche thérapeutique.

La possibilité de développer une capacité de mentalisation

8

La possibilité de s'inscrire dans une démarche de prise de conscience du fonctionnement psychique et ainsi de développer une capacité de mentalisation doit être soigneusement évaluée. Celle-ci se trouve carencée chez les AICS, notamment en raison d'un environnement primaire défaillant qui n'a pas permis que se déploient les processus de symbolisation ni les opérateurs de la différenciation psychique. Aussi son évaluation est nécessaire avant d'engager un soin et d'en définir les contours.

Le QICPAAS permet d'accéder à une forme « pragmatique de la mentalisation » (Ciavaldini). La mentalisation étant définie comme une élaboration participant aux processus secondaires de pensée qui atténue l'impact des excitations en leur conférant un sens (Doron). Ciavaldini (2007), la qualifie de « fabrique psychique » qui « permet de donner une forme intégrable (digérable) par la psyché à la dimension pulsionnelle. Une forme qui pourra être pensée et rêvée » est fortement altérée chez ces sujets et laisse la porte ouverte au clivage et à l'impossibilité d'accéder à la représentation et à l'affect qui lui est relié.

Moulin (2010) souligne que la mentalisation permet de rendre compte des processus de transformation des excitations pulsionnelles et des affects en contenus mentaux symbolisés, c'est-à-dire en représentations et pensées. Elle s'appuie sur la définition proposée par Debray (1991) qui accorde de l'importance aux événements de la réalité sociale et indique que la mentalisation est « la capacité qu'a le sujet de tolérer voire de traiter ou même de négocier l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intra-psychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. » Pour Moulin la place des conflits à réguler n'est plus seulement intra psychique, mais également externe, ce qui revient à tenir compte de l'espace relationnel et de l'extériorité du sujet, et de leur impact sur la dynamique psychique.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

L'évaluation de la mentalisation passe pour Ciavaldini (1999) aussi par l'évaluation de la qualité des angoisses, les positions émotionnelles et relationnelles, la capacité à être contenu psychiquement par l'environnement, la capacité dépressive et l'activité onirique.

Roy propose d'évaluer la mentalisation en explorant 4 domaines :

- La relation aux pensées et sentiments des autres (prise de perspective, intérêt pour les pensées d'autrui.)
- La perception de son propre fonctionnement mental (position d'introspection, conscience de l'impact de l'affect, etc.)
- L'autoreprésentation (capacité à se souvenir de soi aux différentes étapes de la vie)
- Les valeurs et attitudes générales (incertitude.)

Evaluer la place du fonctionnement pervers, analyse psychopathologique

C. Balier (2001) propose une modalité d'analyse psychopathologique qui permet de décliner les différents types de comportements d'agression sexuelle en fonction de la manière dont celle-ci s'inscrit ou non dans le contexte d'une pathologie qui occupe le devant de la scène.

- Dans le premier cas, l'agression sexuelle est dite alors contingente. L'acte est alors occasionnel symptôme parmi d'autres symptômes.
- Dans le second cas l'agression sexuelle est dite « prévalente » et constitue le moyen de défense essentiel par rapport à l'angoisse. La perversion est alors conçue comme une organisation et non comme une structure. Cette organisation se manifeste alors par des manifestations défensives variées

9

Dans les cas où l'agression sexuelle est dite prévalente l'organisation perverse peut se déployer suivant deux axes :

- Le scénario pervers qui se manifeste par des fantasmes (ou fantaisies) particuliers et où la violence est au service d'une forme d'érotisation
- La perversité sexuelle comme recours à l'acte, sans représentations sous-jacente et qui trouve sa dynamique dans l'opposition entre anéantissement et toute puissance

Cette conception permet de mieux appréhender la diversité des fonctionnements désignés comme pervers et de mieux appréhender leur place dans l'économie psychique des sujets.

Dans le même ordre d'idées, Roman (2016) souligne « la diversité d'engagements dans les agirs transgressifs » commis par les adolescents auteurs de violences sexuelles. A partir de l'étude des protocoles de tests projectifs, il identifie trois formes d'aménagements psychiques, échos de vécus traumatiques infantiles :

- Aménagement dépressif marqué par un retrait massif de l'investissement libidinal.
- Aménagement pervers marqué par une torsion rigide à l'endroit de la loi qui représente une forme de suture à l'égard des risques d'effondrement.
- Aménagement en forme de « mésorganisation » marqué par une lutte contre le risque de la rencontre de la désorganisation. Nous nous trouvons là aux confins de la psychose.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Cette évaluation oblige à procéder en premier lieu à une analyse diagnostique et psychopathologique rigoureuse permettant de distinguer les sujets présentant une pathologie psychiatrique manifeste (troubles de la personnalité de type état limite ou antisocial, psychose) de ceux pour lesquels aucun diagnostic ne s'impose derrière l'acte d'agression, hormis des diagnostics souvent mal définis de pédophilie ou de trouble de la préférence sexuelle.

En second lieu devra être évaluée la place du scénario sexuel déviant, l'intensité de l'attirance sexuelle pathologique et des stratégies utilisées pour contenir, apaiser ou décharger l'excitation qui s'ensuit doivent faire l'objet d'une appréciation qui ne peut se résumer au seul constat d'une perversion tant les situations sont variées. Balier cite à ce propos Mac Dougall qui parle de « solutions addictives ».

En corollaire de l'appréciation de la place de l'excitation sexuelle dans l'économie psychique des sujets et leurs comportements devra être appréhendée la manière dont les mécanismes relationnels soutenant la relation perverse teintent la vie relationnelle de ces sujets et en premier lieu la manière dont ces sujets déploient leur emprise et recourent au clivage pour endiguer l'angoisse.

C'est le contre-transfert ou plus sûrement l'éprouvé du thérapeute en présence de ces sujets qui constitue un des meilleurs indicateurs cliniques. En effet, quiconque se trouve face au discours pervers se sent envahi par le malaise. Pourtant, le discours est cohérent, compréhensible; les arguments présentés sont dans la norme. Un vécu désagréable indique que ce patient n'est pas dans le même échange que nous, que son insistance à nous convaincre ou à nous faire adhérer à son discours ne relève pas de l'intérêt dans lequel il tient notre opinion, mais de l'absolue certitude que nous n'existons que comme spectateur passif et consentant (Gravier 1995). Ce malaise tient à la fois du vécu d'intrusion, du ressenti d'irrespect et de l'absence de pudeur dont il témoigne à notre égard.

10

L'environnement social

Les sujets AICS témoignent d'importants déficits dans le développement de leurs compétences sociales autant que dans leur capacité à établir des relations intimes ce qui rejaillit sur l'ensemble des relations interpersonnelles. Il est donc essentiel pour le thérapeute de pouvoir évaluer la manière dont l'environnement familial, social, interpersonnel va rejaillir sur le fonctionnement social du patient. Il n'est pas rare que leurs partenaires intimes aient eux-mêmes des difficultés à construire et maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes. La confrontation à la justice et à l'incarcération va aussi souvent impacter des relations déjà difficiles (Brankley et al 2017)

Un accent particulier doit être porté sur l'existence d'un soutien social permettant au patient d'accepter d'autres modalités relationnelles et d'autres styles de vie que ceux qui prévalaient au moment du passage à l'acte.

Définir les objectifs thérapeutiques : s'intéresser au fonctionnement psychique et/ou prévenir le risque de récurrence

S'il existe maintenant un certain consensus pour souligner l'utilité des traitements des AICS, les données sont moins claires concernant la manière dont les différents programmes thérapeutiques existants fonctionnent pour traiter et arriver à une réduction effective du risque de récurrence. Une synthèse des revues systématiques publiées dans la littérature concernant l'efficacité de la psychothérapie et de la pharmacologie dans ce domaine souligne l'absence de détails pertinents

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

concernant la conduite de ces programmes thérapeutiques et permettant de se faire une idée réelle de la structure de ces programmes (concept thérapeutique, durées, critères de sélection etc.). Il ne semble donc pas possible d'identifier les éléments qui contribuent au succès ou à l'échec d'un programme, ni quels délinquants bénéficient le plus de ces traitements. (Corabian, 2011).

Malgré les débats qui opposent approches psychodynamiques et approches cognitivistes, il ne nous semble pas pertinent dans le cadre d'une définition des indicateurs et des éléments à considérer dans une évaluation, de poser une indication pour l'une ou l'autre approche. L'expérience clinique avec ces patients particuliers montre bien qu'il existe un certain nombre de facteurs transversaux indispensables à évaluer qui ressortissent du fonctionnement psychique spécifique de ces patients et des caractéristiques de leur recours à l'agir, qui seront plus ou moins travaillés en fonction de la formation du thérapeute et des axes qu'il souhaite privilégier ou intégrer dans une démarche plus globale

Quelle mobilisation psychique ?

C'est l'évaluation de ce qui est mobilisable chez le patient qui définira un accompagnement thérapeutique possible. Dans certains cas, seules des rencontres espacées autoriseront l'ébauche d'un lien. De telles rencontres, peu productives dans l'immédiat sur le plan thérapeutique, posent clairement la question de la limite entre la fonction de contrôle social, imposée par l'injonction thérapeutique et une démarche « pré-thérapeutique » qui permet au sujet d'éprouver ce qu'implique une rencontre avec un soignant.

Un contrôle social bien conduit et bien pensé peut-être souvent plus aidant qu'un soin qui se base sur de mauvaises indications et des promesses fausses. Il est donc nécessaire de ne pas vouloir soigner à tout prix, malgré la pression.

La clarté de l'indication évite la confusion quant à ce qui peut être attendu du soin autant par le sujet que par la justice. Les approches thérapeutiques reposent sur une évaluation appropriée de la capacité du sujet à s'engager dans le soin et vont de la rencontre ponctuelle imposée par la justice jusqu'à une véritable psychothérapie

Penser des objectifs qui intègrent compréhension du fonctionnement psychique et prévention de la récurrence

C'est là un des aspects les plus délicats et difficiles du positionnement du thérapeute dans ce qu'il va définir avec son patient. Un thérapeute ne peut pas faire abstraction du risque de récurrence de son patient et des attentes sociales à cet égard. A plus forte raison s'il est mandaté à cet effet par la justice. Peut-on engager ces patients dans cette perspective sans l'inscrire dans un travail thérapeutique plus global ? A l'inverse un travail thérapeutique qui n'aborde que marginalement voire incidemment les faits commis a-t-il une chance d'entamer le clivage qui marque la vie psychique de ces sujets ?

« Le modèle de prévention de la récurrence (...) part du postulat que le comportement sexuel déviant résulte d'une succession non aléatoire d'événements comportementaux, cognitifs et affectifs » (Cornet, 2003). Cette approche facilite une élaboration de la prévention de la récurrence en aidant le patient à inscrire le passage à l'acte comme résultante d'une « chaîne d'événements, de pensées, d'affects et de fantasmes » (Aubut 1993). Les pratiques thérapeutiques qui se réfèrent à ce modèle

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

insistent sur deux volets : l'identification des problèmes présents à chacune des étapes de la chaîne et l'élaboration d'alternatives au processus du délit.(Pithers, 1996) .

Sans en faire un objectif exclusif intégrer cette préoccupation et cette manière de concevoir le risque de réitération permet, dans notre pratique, d'appréhender les éléments de cette « chaîne » comme autant d'indicateurs nous orientant vers une conflictualité impossible à évacuer autrement que dans l'acte.

Aubut met ainsi en parallèle cette chaîne dans sa réalité associant conflit, malaise, recrudescence des fantasmes déviantes, situations à risque et acte sexuel déviant, avec la conscience qu'en a le délinquant à travers ses distorsions cognitives (la « provocation de la victime », la recherche de « l'affection de l'enfant », etc.), ses rationalisations (choix apparemment anodin qui le place dans une situation où le passage à l'acte déviant est facilité) et la diminution de la tension consécutive à l'acte. Il établit enfin un parallèle avec les significations inconscientes d'une telle chaîne qui mettent en jeu la vulnérabilité narcissique et les angoisses d'abandon ou de fusion qui vont conduire aux tentatives de maîtrise de l'objet à travers l'acte.

Indépendamment des références initiales théoriques de cette conceptualisation qui s'inspirent des théories cognitives, tout travail thérapeutique de soutien se réfère à un moment où l'autre à cette préoccupation. C'est souvent un conflit non élaboré qui, lors de sa résurgence, va remettre en mouvement pensées, affects et attirance pathologiques et placer le patient dans une situation de tension.

Il s'agit, en aidant le patient à affronter sa réalité, d'identifier les zones à risque à repérer ou les interdits qu'il doit s'imposer pour éviter de se mettre en situation de possible transgression. Le patient peut ainsi s'interroger sur ce qu'il peut mettre en place pour demander de l'aide ou se mettre à l'écart de situations à risque dont l'occurrence ne doit jamais être banalisée.

Définir les indications

Certains sujets qui présentent un fonctionnement psychique marqué par la pensée opératoire et une grande faiblesse du Moi seront amenés à travailler de façon "concrète et active" tandis que ceux pouvant s'impliquer dans un processus d'introspection seront plus à même de travailler les processus de symbolisation et de mentalisation.

Les indications thérapeutiques sont fonction, bien sûr, de l'engagement du patient et de sa capacité à affronter ses actes mais aussi de ses attitudes qui vont orienter le thérapeute entre confrontation active et recherche d'une alliance.

Lorsque le déni, la victimisation, la banalisation, la tentative de prise de contrôle de l'autre sont au-devant de la scène, il est illusoire de vouloir instaurer une thérapie découverte. Poser le cadre d'une rencontre qui permettra au sujet de se raconter et de se découvrir porteur d'une histoire est le premier défi thérapeutique. Etre dans l'accompagnement du sujet face à la sanction à faire sans être dans l'apitoiement ou la complaisance est un autre défi.

Découlant du modèle de prévention de la récidive, les techniques thérapeutiques d'inspiration cognitivo-comportementales se sont organisés autour de plusieurs axes et notamment l'identification de la source des fantasmes sexuelles déviantes, l'entraînement aux habiletés sociales, et la gestion de

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

la colère. (Drapeau, 2005). Cet auteur relève toutefois l'importante variabilité effective des approches utilisées d'une institution à l'autre et qui s'éloignent considérablement des procédures formelles décrites dans les manuels. Ce qui a conduit certains à suggérer d'abandonner les tentatives de formulation de procédures thérapeutiques standardisées pour mieux coller à la réalité et aux besoins des patients

Au-delà des écoles thérapeutiques, l'expérience clinique nous indique que les axes mentionnés plus haut devront être abordés ou émergeront à un moment ou l'autre dans le cours du suivi comme manifestation symptomatique, indicateur clinique, des difficultés du sujet et du risque corollaire dont il devra rendre compte. Mais la manière dont ils seront abordés dépendra avant tout de la manière dont ils pourront s'intégrer dans le cours du suivi et de la construction de l'alliance thérapeutique.

Un accompagnement thérapeutique visera donc à permettre une maturation de la personnalité, une clarification des représentations mentales liées à la fantasmagorie et à la sexualité, et à repérer les situations à risque (Coutanceau 2010).

Approche groupale

L'approche groupale s'est imposée comme une des voies thérapeutiques privilégiées dans la prise en charge des AICS. La dimension thérapeutique est soulignée par le fait que le groupe est, pour les patients, une source d'information sur leur problème. Il comporte aussi une dimension de restauration du narcissisme de ses membres par le biais du sentiment d'identité du groupe, du sentiment d'appartenance et l'illusion groupale. Il permet aussi un phénomène « d'universalisation » particulièrement important chez les AICS : ils constatent qu'un problème qu'ils croyaient être seuls à ressentir, souvent dans la honte et la solitude, est partagé par d'autres (Yalom 2005, Smith 2010). Quel que soit le modèle théorique, nous observons que dans les groupes les mêmes thèmes sont le plus souvent abordés : analyse du passage à l'acte et du moment de vie dans lequel celui-ci est survenu, reconnaissance de la fantasmagorie sexuelle, vécu de la victime, rapport à la loi, difficultés face aux situations d'intimité, difficultés relationnelles et face à l'altérité, éléments d'histoire personnelle de chacun.

Le groupe constitue un tiers entre l'individu et l'autre, il est en soi une médiation de la relation. Il offre un espace d'étagage multiple sur des objets externes solides et permanents et permet à chacun de sortir de son isolement. Le transfert se trouve diffracté sur l'ensemble des participants et non sur le seul thérapeute, ce qui le rend supportable « non submergeant » (Emeraud, 2001, Savin, 2000) Souvent combiné au suivi individuel, le groupe renforce la fonction de contenance en favorisant le processus de mentalisation au travers d'un travail de remodelage du transfert (Devaud, 2011). Les indications sont très larges. Pour certains, les indications concerneront surtout les patients ambivalents face au suivi, présentant une inhibition sociale et un égocentrisme prévalent (Coutanceau, 2010). Pour d'autres (Tardif, 1993- 2), il conviendra d'éviter d'intégrer dans un groupe des patients psychotiques, déficients mentaux ou ayant des troubles organiques et être attentif à ne pas réunir trop de patients présentant des personnalités narcissiques, passives-dépendantes ou trop fragiles (borderline) ou traversant une crise aiguë (Smith, 2010).

Approche individuelle

Balier (2000-1) différencie plusieurs niveaux d'intervention. Dans de nombreux cas, il préconise une approche relevant d'une relation d'étagage. Pour viser un objectif de « réparation du fonctionnement

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

des processus qui sous-tendent la pensée et les activités de représentation » il propose, par contre, des pratiques psychanalytiques adaptées en fonction de l'environnement, ouvert ou fermé.

Pour toutes ces pratiques thérapeutiques, il définit un dénominateur commun : « la médiation symbolisante », la capacité de se voir soi-même dans le regard de l'autre. Par son regard, le thérapeute remplit un rôle symbolique qui réveille la trace autrefois inscrite par un objet parental.

La relation d'étayage (Jaffard, 2000) assure diverses fonctions : pare-excitation, symbolisation, restauration du narcissisme. En se situant en position symbolique, objet externe, le thérapeute fait référence au cadre dans lequel il travaille. L'étayage par sa fonction de soutien et d'apaisement permet d'absorber les attaques fantasmatiques du patient, lui offre une restauration narcissique en s'intéressant à ce qui se passe dans la tête du patient. Elle autorise une attitude active et directive, voire éducative, qui fonde un certain nombre d'approches cognitives basées sur la réponse aux besoins (par exemple l'approche Risque Besoin Réceptivité)

Pour Balier(2000-2) une ouverture vers une thérapie plus ambitieuse nécessite de s'affronter à la destructivité et de tenter une mobilisation de l'angoisse. Ceci nécessite une certaine qualité de relation avec le thérapeute qui va s'intéresser aux conditions de vie de son patient, à ses parents, à tout ce qui va constituer ses objets externes. Dans cette démarche où le thérapeute par son regard va témoigner d'un intérêt intense, la relation thérapeutique va se traduire par un partage affectif de vécus identiques. Les progrès passeront par un réveil de l'angoisse qui se traduit par des cauchemars terrifiants, prémisses des processus de subjectivation rendus possibles par l'importance du face à face dans la relation thérapeutique, ce qui permet une rencontre avec le « père primordial ». Appuyé sur l'objet externe que constitue le thérapeute, « le chevauchement de l'espace externe et de l'espace interne est rendu possible ; des liaisons s'établissent entre les associations que (la présence du thérapeute) fait naître au niveau du préconscient » (Balier, 1996) « L'effet thérapeutique n'est obtenu que dans la mesure où de cette rencontre se dégage un processus mental de l'ordre de la représentation »

Pour Tardif (1993) l'approche individuelle concerne en premier lieu les patients qui présentent une reconnaissance minimale de leurs symptômes sexuels et sont capables d'identifier certaines zones de souffrances dans leur vie. Cet auteur souligne que les thérapeutes qui s'engagent dans ces suivis doivent être conscients du potentiel d'hostilité de ces patients, de la confusion qui peut s'installer au cours des échanges et de la négation de l'autre qui va se focaliser sur le thérapeute.

Définir la nécessité d'un dispositif spécifique

Balier et Ciavaldini ont montré « qu'écouter un auteur de violence sexuelle, c'est activement questionner la part comportementale de son acte, celle où sa sensori-motricité est engagée ». Ils rejoignent la proposition de Winnicott à propos du traitement de la tendance antisociale. L'activité du thérapeute permet le travail nécessaire à l'élaboration de la destructivité primaire. (Ciavaldini, 2006)

Nous avons théorisé la notion de thérapie active (Gravier 2000) pour définir un ensemble de dispositifs qui permettront de résister aux mécanismes actifs de destruction du psychisme qui se déploient dans la relation thérapeutique. L'utilité des éléments constitutifs de ces dispositifs doit être évaluée à chaque étape du parcours de soin.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

La co-thérapie pour se défaire de la relation d'emprise

L'emprise vise aussi à la destructivité, processus qui cherche à détruire, presque au sens propre les pensées de l'autre, sa capacité à penser et à exister dans son humanité.

La seule thérapie individuelle dans le face à face et le huis-clos est souvent insuffisante et surtout dangereuse car elle laisse ces mécanismes d'emprise se déployer sans que le thérapeute réussisse à prendre la distance qui s'impose pour les analyser et les désamorcer.

Lorsque ces processus atteignent une certaine densité, il nous semble primordial de recourir à la cothérapie, conduite partagée d'un même processus thérapeutique, dans le même temps, le même lieu, en face d'un patient. Hurni et Stoll (1996) dans leur travail avec des couples à relation perverse soulignent la nécessité du « travail en binôme » qui « autorise, s'il est efficace, une dynamique plus dense : l'un des thérapeutes pourra s'engager dans un dialogue intense s'il se sait soutenu par l'autre qui, s'il en vient à perdre le fil de ses associations ou se fait manipuler, peut venir à la rescousse ».

Imposer un tel dispositif, qui en soi devient une étape thérapeutique si elle est réussie, confronte à des blessures jamais surmontées dans l'histoire de ces patients et réveille des résistances variées s'étendant du registre de l'agir à celui du lien symbolique associant les thérapeutes.

Les réactions sont vives. Tel patient refuse tout entretien en présence de deux thérapeutes, tel autre demeure complètement silencieux, d'autres enfin expliquent qu'il leur est impossible dans ce contexte de faire part de leur intimité. L'acceptation du dispositif, par contre, rassure le patient qui perçoit très rapidement que sa destructivité en sera moins menaçante autant pour lui que pour ses thérapeutes. Il peut aussi se rendre compte de l'interaction vivante qui existe entre ses thérapeutes et ainsi se trouver apaisé de constater qu'une telle triangulation n'est pas, comme dans son histoire, mortifère.

Travail d'équipe pour lutter contre les effets du clivage, et refuser les transgressions.

Avec de tels patients, les effets du clivage jouent à plein. Si les soignants n'y prennent garde, les interlocuteurs de ces patients se retrouvent souvent divisés en deux groupes : « les bons qui les comprennent et satisfont le désir immédiat ; les mauvais qui les frustrant et réintroduisent le principe de réalité (...) ces patients s'attaquent alors directement à la capacité de penser de soignants en tant qu'individu et en tant que groupe » (Lavoie, 1998,). Les soignants vivent tous les jours les oppositions que suscitent les projections agressives de ces patients. Ces situations, faute d'être décryptées peuvent conduire à des conflits violents et durables.

Un autre effet du clivage se repère à travers le sentiment de néant qui s'empare à un moment ou l'autre du thérapeute et lui fait ressentir que tout ce qui a pu être dit ou élaboré avec ce patient n'a peut-être servi à rien tant le discours du patient reste désaffectivé, sans lien signifiant et surtout sans qu'il donne l'impression d'y être impliqué.

En réponse au clivage, la nécessité du travail en équipe a été particulièrement bien décrite par C. Balier (1988, 1996) qui insiste sur le rôle de pare-excitation, d'enveloppe, que constitue l'équipe en permettant que les investissements se répartissent entre plusieurs intervenants, en garantissant un cadre rigoureux proscrivant le recours au secret pathologique qu'affectionnent ces patients.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Permettre que se formulent les « que faire ? Comment faire ? Qui est qui ? et qui fait quoi ? » dans, et autour des équipes thérapeutiques est une des règles essentielles. Les intervenants d'une équipe présentent des caractères différents, renvoyant au patient la diversité des réactions humaines. La référence à l'équipe favorise aussi la capacité à se représenter une instance surmoïque qui, si elle sait répondre adéquatement à la destructivité du patient, ne l'accusera pas à des réactions persécutoires ou à une escalade en symétrie. L'exercice est difficile, cependant, car il expose à des vacillements et des bascules redoutables lorsque les équipes se déchirent sur l'attitude à adopter face à la violence ou face au sentiment de danger que fait naître le patient ; mais il est fécond quand il permet de répondre dans la cohérence aux transgressions qui jalonnent le quotidien : disqualifications, prises de pouvoir, tentatives de séduction, etc.

Développer une alliance thérapeutique

Les thérapeutes, tout particulièrement dans ce domaine et en raison des failles psychiques de ces patients, doivent être attentifs à leur fonction de contenant et de holding au sens Winnicottien. Il apparaît à de plus en plus d'auteurs que les aspects interpersonnels et la qualité propre du thérapeute dans sa capacité à affirmer un leadership tout en évitant d'être dans le jugement contribuent de manière beaucoup plus significative que sa technique à l'effet bénéfique du traitement (Drapeau 2005).

Marshall (2011) reprend ce constat en soulignant que même dans la confrontation aux actes et aux distorsions cognitives, l'attitude thérapeutique doit permettre un échange « calme et soutenant ». Selon cet auteur qui développe ce point de vue dans de nombreux travaux largement repris, la dimension de bienveillance, d'empathie de respect et de soutien envers leur patient est fondamentale et devrait faire partie des pratiques de base. L'aptitude du thérapeute à établir un contact avec son patient délinquant et à l'aider dans le respect de son identité de thérapeute (Cornet, 2003) est donc un élément d'évaluation clinique primordial.

Cette position ne va pas de soi devant ce qui se joue dans la relation avec ces sujets qui confrontent le thérapeute à des éprouvés de sidération psychique, de reviviscence traumatique de ce qui a été déposé en entretien conduisant à une « réticence dans l'écoute » face à du matériel souvent impossible à figurer (Ciavaldini, 2000,). La colère ressentie par le thérapeute face à des actes insupportables peut être masquée par le désir d'une confrontation agressive aux actes commis qui a pendant longtemps été considérée comme un préalable à l'entreprise thérapeutique. Il est maintenant reconnu que les attitudes des thérapeutes auront un impact direct sur la motivation des patients. La confrontation pouvant conduire à la rupture thérapeutique (Cortoni, 2017).

L'alliance thérapeutique est indispensable et possible même avec des sujets que l'on pourrait penser peu accessibles à un tel engagement. Walton (2018) à contre-courant de travaux qui estiment que sujets présentant des scores élevés de psychopathie constituent une contre-indication à un traitement, conclut à partir de son étude de l'alliance thérapeutique et des niveaux de psychopathie de sujets AICS incarcérés en traitement, que de hauts niveaux de psychopathie n'affectent pas négativement la possibilité d'une alliance thérapeutique.

La construction de l'alliance, outre la bienveillance et la contenance, met au défi le thérapeute d'exister dans le vide de la pensée et la disqualification des affects. Le traitement pendant longtemps consiste à faire face à la lutte contre la pensée déployée par le patient, lutte qui se traduit pour le thérapeute

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

par des vécus d'inanité, d'inutilité et de fatigue qui doivent conduire parfois à réévaluer le dispositif thérapeutique pour conserver une capacité soignante.

Les mots tout comme le regard ont une importance capitale. Ainsi la capacité du sujet à nommer ce qui s'est passé dans la pudeur des mots participe à sa réhumanisation et à sa réinclusion dans une vie relationnelle représentable dans laquelle la question du respect de l'autre prend une place centrale.

Évaluer l'engagement dans le travail thérapeutique

Il est aussi nécessaire de disposer de points de repères pour évaluer si l'adhésion au soin souvent alléguée par les sujets peut aller au-delà d'une volonté de conformisme ou d'évitement de la sanction. Ainsi certains indicateurs peuvent être régulièrement réinterrogés et signent l'engagement du patient dans la thérapie et son authenticité. Les notations suivantes sont issues du rapport de recherche sur les agresseurs sexuels (Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat) repris dans l'ouvrage de Ciavaldini, (1999)

Reconnaissance totale du délit

Plus celle-ci s'approfondit meilleure est la capacité du sujet de discriminer les éprouvés provoqués par l'acte. Ciavaldini (1999) estime que cette reconnaissance signe « une ébauche de différenciation psychique sur laquelle un travail thérapeutique pourra s'appuyer »

Se sentir « anormal » au moment de l'acte

Cette perception d'une anormalité associée au sentiment d'une responsabilité personnelle source d'un souhait de changement traduit l'effraction psychique que cet acte constitue aussi pour l'agresseur.

Reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de l'acte

C'est, selon les auteurs de cette recherche, le signe d'une « capacité d'attention » à des éprouvés internes, indiquant à minima que le sujet peut se décoller de son vécu et reconnaître l'origine endogène (pas encore intrapsychique) de son acte.

Arrestation vécue comme un soulagement

Celui-ci signe la « prémisses d'une reconnaissance d'une souffrance interne face à un incontrôlable. Elle signe l'impuissance du sujet à faire face seul à un univers intérieur (...) vécu comme dangereux.

Reconnaissance de la contrainte pendant l'acte

La reconnaissance des conséquences pour la victime et d'une contrainte exercée à l'encontre de celle-ci donne une indication sur le « potentiel d'identification d'un objet en tant que tiers externe ».

Évaluation fine du fonctionnement intra psychique et de l'histoire psychique

Une fois le cadre posé, l'alliance établie, le fil rouge du travail thérapeutique est toujours à renouer, perdu dans la passivité et la paralysie psychique qui envahit les rencontres thérapeutiques ou la

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

persistance des clivages qui rendent difficile le jeu associatif et un travail de subjectivation qu'il faut toujours relancer.

C'est en s'intéressant à l'histoire de la construction psychique de ces sujets que l'on peut entrevoir, voire percevoir, leur fonctionnement. Là encore pour se repérer, faire lien dans cette histoire difficile à retracer car souvent dépourvue de l'affect permettant les associations nécessaires à son affleurement et marquée par une déhiscence fondamentale du sentiment de continuité, un aménageur de la relation reste nécessaire au-delà de la prise de contact et du premier entretien.

L'Entretien Clinique de Lausanne(ECL) s'inscrit dans une réflexion qui prolonge celle du QICPAAS. En s'appuyant sur les qualités de contenance psychique, de médiatisation, de mise en mots progressive de la vie psychique, il vise à retracer plus précisément certains éléments qui inscrivent l'histoire du sujet dans l'isolement, la confusion générationnelle et le traumatisme. Il constitue un fil rouge tissé dans un discours souvent sans aspérités et une histoire qui semble hors sens. L'ECL tout comme le QICPAAS permet au thérapeute de faire face à l'absence ou l'inadéquation de l'expression émotionnelle, de retrouver une certaine continuité psychique et d'ébaucher une mentalisation conjointe. Il sera utilisé comme une forme de levier thérapeutique lorsque le vide s'installe dans les séances et que l'entreprise thérapeutique apparaît vidée de toute substance.

L'ECL tente de ré explorer les repères les plus significatifs de l'histoire psychique du sujet, de susciter de la narrativité et de soutenir les moments cliniques d'affaiblissement des mécanismes archaïques. A travers la relecture par le sujet de données d'anamnèse concernant la vie affective, familiale, sexuelle, professionnelle ainsi que celle de ses actes, il approfondit plusieurs axes : la sensorialité et l'affect, les liens précoces et la qualité du portage, les vécus d'humiliation et de honte, l'incestualité dans les liens, la répétition des violences agies et subies pour essayer de mieux appréhender les potentiels réflexifs et les processus de subjectivation

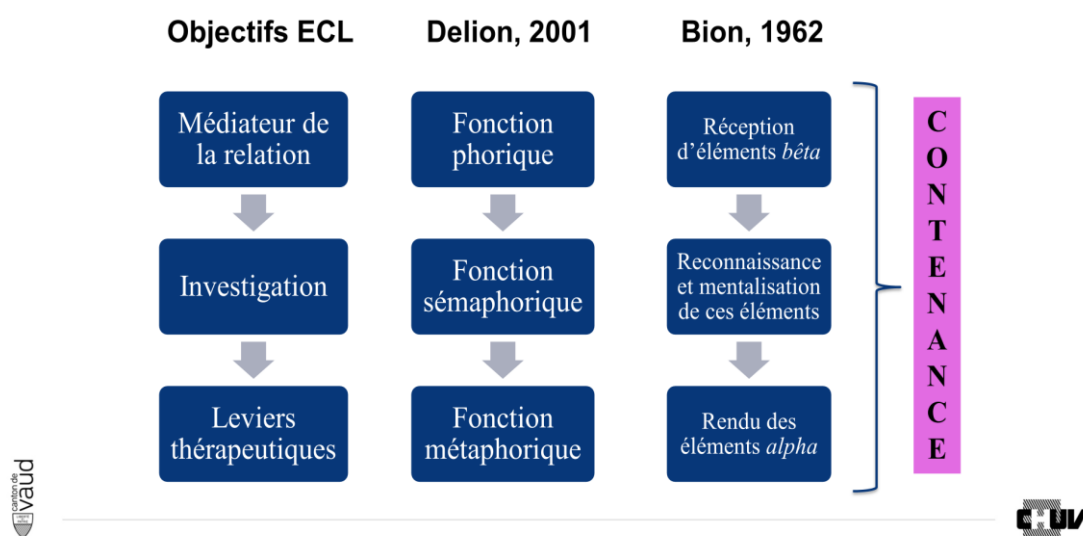
L'ECL se décline en trois dimensions qui permettent au questionnaire d'assurer une triple fonction qui reprend les fonctions de la psychothérapie institutionnelle définies par Delion (2001.) :

- Médiateur de de la relation qui permet de recueillir les signes de souffrance psychique et les éléments source de désorganisation par sa qualité de portage. Il assure une fonction phorique. Celle-ci propose un espace psychique où « ce qui est non-lieu va devenir événement », et recueille ce que Bion a nommé les éléments bêta
- Investigateur et observateur des fantasmes sous-jacents, des attitudes irrationnelles, des distorsions cognitives, etc. Il assure une fonction sémaphorique qui va apparaître dans un mouvement transfert-contre transfert et permet à l'appareil psychique des soignants de recueillir les « signes-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse ».
- Levier thérapeutique qui peut initier des processus de transformation psychique, relancer une dynamique de pensée et identifier des zones non élaborées. Il s'agit alors d'une fonction métaphorique permettant à des éléments bruts non subjectivés de prendre sens dans le cadre d'un travail d'élaboration et de perlaboration du contre transfert en liant les hypothèses structurales sur les angoisses identitaires avec « la dynamique historique familiale » et de convertir ces éléments bruts en éléments alpha.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Entretien Clinique de Lausanne: Synthèse



Ce questionnaire permettra d'explorer en les mettant au travail des éléments d'évaluation clinique du fonctionnement psychique du sujet.

Affects, liens précoces, déficit d'intimité

En premier lieu, l'affect. Celui-ci est difficile voire impossible à représenter pour l'AICS. Il constitue une étrangeté menaçant le psychisme qui se défend par une non-reconnaissance des affects en soi et chez l'autre. Ce sera la dimension clé d'une intervention thérapeutique. Il est « vecteur et mémoire » du lien familial et fonctionne comme un indicateur de la relation.

Le repérage des altérations significatives de la sphère des affects, leur répression, (Ciavaldini 1999- '2 est ainsi fondamental pour repérer l'effet de vécus d'humiliation, de ruptures familiales. « Plus la répression est grande, plus augmente de risque de déni et de clivage, et plus la voie de l'agir est grande »

En second lieu, le questionnement permettra l'exploration des liens précoces. L'environnement primaire des AICS est décrit comme défaillant, carençant, altérant la construction de la subjectivité. L'absence d'investissement narcissique suffisant de la part du père, la non reconnaissance émotionnelle de la mère (Balier, 1996), toutes ces défaillances conduisent à des troubles identitaires majeurs par l'impossibilité pour ces sujets de trouver en eux –même une « zone de sécurité », ou à des vécus agonistiques (Roussillon, 1999)

Les relations d'attachement perturbées conduisant à des représentation parentales complexes (Marshall, 1993, Cornet 2012), la solitude émotionnelle, la peur de l'intimité et l'incapacité qui en résulte à développer des relations interpersonnelles permettant le partage émotionnel ou la capacité à véritablement communiquer, constituent autant d'indicateurs cliniques particulièrement pertinents. Ceux -ci se manifestent dans la pauvreté de l'expression affective, la difficulté d'apporter ou de recevoir un soutien d'autrui, les déficits d'empathie, etc. (Brankley, 2017, Marshall, 1994.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Incestualité, abus sexuels subis, vécus d'humiliation et éprouvés de honte, répétition des violences

Ces sujets ont connu une initiation précoce et inadéquate à la sexualité, parfois dans un contexte familial où la sexualité est vécue dans l'excès et l'absence de limites entre les membres de la famille. Le climat familial peut souvent être qualifié d'incestuel (Racamier, 1995). Il est marqué par l'absence de limites protectrices de l'espace privé de chacun des membres de la famille ou des intrusions répétées dans la sphère intime du sujet.

Souvent, ce cadre familial incestuel se dévoile au fur et à mesure des investigations et avant d'être vécu pour ce qu'il est par le sujet, il est considéré par lui comme la norme. « Il réside comme on l'a vu dans une confusion des places au sein de la famille : père qui occupe la position de la mère, mère qui occupe la position du père, gendre qui occupe la position du fils, enfant qui occupe une position parentale : ces confusions de places conduisent à d'autres confusions, celles qui portent sur la différence des sexes, sur la différence des générations ou sur les deux à la fois (...) L'incestualité désigne un climat familial dans lequel l'enfant est amené contre son gré, mais par une violence encore plus pernicieuse que dans l'inceste, à accueillir les désirs sexuels d'un ou des deux parents abuseurs et à les satisfaire au prix de sa propre sexualité » (Defontaine, 2002)

L'incidence des abus sexuels subis par des auteurs d'agression à caractère sexuel sur des enfants pendant leur propre enfance varie entre 28.6% et 93%. Les antécédents d'abus sexuels sont aussi plus fréquents chez les sujets ayant abusé d'enfants que chez les auteurs d'agressions sexuelles sur adultes (Stirpe et Stermac, 2003, Cohen et coll., 2002).

Ces sujets ont souvent été confrontés à des vécus d'humiliation et de honte dans l'enfance, de la part des parents ou de la famille mais également à un niveau extra-familial, dans le contexte scolaire, militaire, religieux ou social.

Ils entretiennent un rapport particulier aux traumatismes vécus et aux émotions qui en découlent en se trouvant le plus souvent dans l'incapacité de mettre en lien les unes avec les autres.

Dans une recherche publiée en 2014, nous avons essayé de cerner la manière dont les auteurs d'infractions à caractère sexuel évoquent les événements difficiles vécus dans l'enfance ainsi que les punitions auxquelles ils ont été exposés (Abbiati, 2014). Les événements difficiles évoqués par nos sujets, corroborent les données de la littérature (Ainsworth, 1983 ; Balier, 1993 ; Ciavaldini, 1999 ; Starzyk & Marshall, 2003) et une précédente étude épidémiologique (Gravier & al., 2001): décès d'un ou de plusieurs proches, suicide d'un proche, séparation au sein de la famille ou divorce, placement, faits de violence, abus sexuels, alcoolisme parental ou abandon.

Pourtant les sujets que nous avons rencontrés à l'occasion de cette recherche ne se présentent pas comme ayant été victimes de mauvais traitement. Nous relevons au contraire des vécus d'assentiment, de soumission. Les violences subies ne sont pas reconnues comme des événements difficiles. Seuls quelques sujets mentionnent les coups, les punitions, les abus sexuels ou les humiliations lors d'événements personnels difficiles. De plus, les punitions que ces sujets ont vécues dans leur enfance relèvent souvent de la maltraitance sans pouvoir être identifiées comme telles ce qui contribue à la confusion et aux difficultés de repérage alors qu'ils prennent toute leur valeur d'indicateur permettant d'évaluer autant la confusion que la victimisation.

Evaluation et évolution du rapport du sujet à ses délits et à ses fonctionnements et préoccupations pathologiques

Si l'évaluation fine de l'histoire psychique constitue un fil rouge incontournable dans le soin, la persistance de fonctionnements pathologiques et le travail sur les actes commis ainsi que sur les facteurs considérés comme criminogènes peuvent être évacués, parfois pendant longtemps, de la scène thérapeutique.

Le clivage reste un mécanisme psychique prévalent chez ces sujets et teinte l'ensemble de leur vie relationnelle et donc leur relation avec leur thérapeute. La routine relationnelle, la lassitude, l'accent mis sur la réinsertion, les facteurs pouvant conduire à occulter du champ de pensée l'activité des mécanismes pouvant conduire à la répétition sont nombreux.

Les principaux facteurs qui entrent en jeu dans la commission d'actes d'agression sexuelle et doivent être pris en considération dans notre évaluation ont principalement été étudiés par des chercheurs travaillant sur des modèles d'intervention cognitivo-comportementale. Les travaux les plus récents (Cortoni, 2017) les regroupent en trois domaines :

- Problèmes d'auto-régulation sexuelle : intérêts sexuels déviants, préoccupations sexuelles et recours à la sexualité pour faire face au stress et aux difficultés.
- Difficultés interpersonnelles : distorsions cognitives, difficultés liées à l'intimité, solitude émotionnelle, identification émotive aux enfants.
- Composantes antisociales : impulsivité, hostilité généralisée, instabilité.

Tous ces facteurs seront un moment ou l'autre abordés ou pris en charge dans un parcours de soin quel que soit le modèle thérapeutique auquel on se réfère. Ils sont souvent plus facilement évoqués dans des prises en charge groupales car plus aisément partagés par les participants au groupe thérapeutique alors qu'ils seront souvent chargés de honte ou passé sous silence dans une relation duelle avec le thérapeute. Celui-ci étant à la fois perçu comme instance surmoïque ou jugeante si ce n'est susceptible de faire intervenir l'autorité devant l'évocation de mécanismes dont le patient perçoit parfaitement qu'ils ont directement à voir avec leur acte. Au-delà du clivage, du déni et de la dénégation, il faudra bien pourtant les aborder si on ne veut pas se retrouver aux prises avec des patients fonctionnant en faux self dans une alliance thérapeutique biaisée. C'est dire l'importance du développement d'une relation de confiance qui pourra survivre à la violence des processus qui se déploient inmanquablement dès que surgit ce qui fait effraction autant dans la psyché du patient que dans celle du thérapeute, que ce soient les souvenirs traumatiques, la prise de conscience de la gravité de l'acte, souvent banalisé au fur et à mesure du suivi ou l'insupportable des scénarios sexuels déviants qui hantent le patient.

Trois points, parmi ces facteurs reviennent souvent au premier plan dans notre pratique autant dans les suivis groupaux qu'individuels, que ce soit lors de l'évocation du parcours pénal, ou lors de l'élaboration de difficultés relationnelles ou comportementales qui interrogent le thérapeute quant à l'émergence de vécus problématiques qu'ils soient ou non historicisés.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Rapport aux délits et à la victime

L'étude des éléments subjectifs avant, pendant et après le délit sont des indicateurs privilégiés permettant d'apprécier d'évolution du sujet.

Ciavaldini (1999) relève que 40% des agresseurs sexuels ont commis un acte délictueux de nature sexuelle à un moment particulier de leur vie, la plupart du temps en rapport avec la perte (ou des indices de celle-ci) qui va entraîner un changement plus ou moins important dans leur vie.

Questionnés sur l'état émotionnel ressenti au moment du déclenchement de l'acte, les sujets ont évoqué soit une "pseudo-normalité", soit une sorte de "pression intérieure". Un nombre restreint de sujets a décrit un état de "gêne" ou de "peur".

Cet auteur met également en évidence la présence, chez 22% des sujets de son étude, des "pensées" ou "images" survenues avant le déclenchement de l'acte. A part ces images qui viennent occulter les pensées, la moitié des sujets dit que l'agression sexuelle est déclenchée par une impulsion. Quand le sujet est capable de reconnaître cette impulsion, cela signifie qu'il admet être à l'origine de cet acte.

Le travail thérapeutique peut se baser sur cette reconnaissance afin de fournir un espace de représentation et ainsi aider le sujet à élaborer le vécu intrapsychique de son acte. La prise de conscience de l'état d'excitation précédant le passage à l'acte ainsi l'envahissement par des pensées obsédantes à caractère sexuel constitue aussi un élément clinique important de même que le recours

Les distorsions cognitives concernant la victime (adultification, consentement, provocation, vengeance, quête sexuelle) ou un contexte allégué (réaction vis-à-vis d'une humiliation antérieure, circonstances d'abandon ou de solitude), des rationalisations qui permettent de se dégager de la culpabilité (Roman, 2014) viennent brouiller cette capacité mais sont susceptibles d'évoluer en fonction de la réceptivité du patient au traitement.

Les verbalisations de culpabilité et plus souvent de honte qui peuvent s'accompagner du soulagement lors de l'arrestation sont aussi des indicateurs permettant d'appréhender le désir de changement. Plus difficile est la perception des conséquences de l'agression pour leurs victimes. Seuls 44 % dans l'étude de Ciavaldini parviennent à en évaluer la gravité et le retentissement à court, moyen ou long terme. La perception de la gravité et du retentissement pour la victime changera peu ou difficilement, ou s'exprimera souvent de manière intellectuelle, plus par souci de répondre aux attentes du maillage social qui enserme le patient que par une véritable relation émotionnelle. Elle pourra survenir parfois à l'issue d'un long travail, témoignant de l'accès à un processus de sujet à sujet.

Difficultés d'auto-régulation sexuelle et scénarios sexuels déviants

Le rapport pathologique à la sexualité se manifeste à travers la consommation abusive de matériel pornographique, notamment la fréquentation souvent insistante de sites pornographiques, le type de productions fantasmatiques associées ou non à la masturbation, ainsi qu'avec le degré de satisfaction procuré par la vie sexuelle avec la/le partenaire adulte consentant(e) etc. (Ciavaldini, 1999). Ces aspects posent la question complexe des liens existants entre la délinquance sexuelle et la perversion ainsi que ceux entre la violence et le plaisir.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

On oublie souvent aussi à quel point l'auteur d'agressions sexuelles est envahi par une compulsivité sexuelle qui l'occupe parfois de manière très précoce depuis longtemps (Cortoni 2017). La sexualité, en dehors du passage à l'acte agressif, est aussi une voie d'évacuation des conflits, des sentiments d'humiliation, ou de gestion des événements difficiles de la vie.

Nombre d'auteurs, depuis longtemps, ont souligné le rôle des intérêts sexuels déviants et l'excitation qui y est reliée dans le développement et dans la persistance des comportements sexuellement déviants (Groth, Birnbaum, 1979; Knight, 1989; cités par McKibben, 1993, Harris et al. 2015). Ces auteurs insistent sur la valeur diagnostique de cet élément. Tandis que Quinsey (1984, 1986, cité par McKibben, 1993), comme nombre d'auteurs par la suite, établit un lien entre les contenus fantasmatiques déviants et le risque de récurrence.

Il faut donc s'intéresser à la manière dont la sexualité envahit la vie psychique de ces patients pour en comprendre la fonction dans leur économie psychique. McDougall (1978) insiste pour souligner que le même symptôme ou le même acte sexuel peut avoir des fonctions et des significations diverses, étant donné que : "l'expression sexuelle du pervers est un acte déterminé par les conflits infantiles non résolus ». Ainsi le "scénario du fantasme" (Tardif, 1993) est issu d'un conflit psychique sous-jacent et tout symptôme pervers masque un fantasme inconscient (tel que l'omnipotence, la bisexualité, ...).

Comme tout scénario pervers, le scénario fantasmatique qui sous-tend l'agir sexuel violent revient toujours, presque à l'identique (Legoff, 1999). « Si nous voulons découvrir la forme précise que prend l'excitation érotique de quelqu'un, nous devons commencer par les scripts (scénarios) : ce que la personne éprouve subjectivement » écrit Stoller (1993) qui souligne que la perversion qualifie un rituel « construit, bien systématisé (...), un script compliqué pleinement réalisé dans une rêverie privée, dans la pornographie ou dans un comportement mis en scène dans le monde réel ». Rappelons que « la perversion est un monde d'image où la parole est absente » (Bertrand, 1998).

Il faut aussi s'intéresser à la manière dont le scénario sexuel vient assaillir le patient, occuper de nouveau son psychisme alors qu'il le pensait éteint par la réaction pénale, le pousser à se livrer à la recherche d'activités sexuelles visant à éviter la décharge violente.

La production « fantasmatique », son lien avec les actes, leur réalité crue, est au cœur du vécu quotidien du patient et de son traitement. C'est aussi là que le thérapeute peut réellement rencontrer le patient, c'est dans l'acceptation de cette rencontre que se situe la dynamique thérapeutique.

Nous reprendrons ici l'interrogation de C. Balier à ce sujet: « Y aurait-il dans les cas de perversité sexuelle des fantasmes inconscients, non par refoulement mais repoussés par un mécanisme de clivage grâce à des contre investissements sous formes d'émotions primaires sur lesquelles le patient ne pouvait pas mettre des représentations de mots ? ». Le scénario pervers chez de tels délinquants apparaît « plus rudimentaire et ancré dans le réel et l'agir » (Balier 1996) que la « nouvelle scène primitive » décrite par J. MacDougall (1980) à propos de perversions n'ayant pas pour issue des passages à l'acte aussi dramatiques et redoutables.

Distorsions cognitives et attitudes susceptibles de mener à l'agression sexuelle

La notion de distorsion cognitive décrit un ensemble de pensées, perceptions, croyances qui sont habituellement considérées comme faisant obstacle à la prise de responsabilités de ses actes par le

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

sujet AICS, alors que celle-ci est perçue comme étant essentielle pour que le traitement prenne effet (Marshall, 2011).

Parmi les distorsions cognitives les plus fréquentes on retrouve celles qui visent à excuser le comportement sexuel déviant ou l'écart entre la description du délit par l'agresseur et celle de la victime. Pour beaucoup d'auteurs les distorsions cognitives qui justifient ou minimisent l'agression sont au cœur des délits (Cortoni 2017). Certains avancent que ces distorsions sont en relation avec une « vision stéréotypée, hostile ou déformée des femmes, des enfants et du sexe » (Mann et Beech, 2003).

Parmi les attitudes susceptibles de conduire à l'agression figurent la négation du délit, le déni, le manque d'empathie pour les victimes et le déni des intérêts sexuels déviants. Ces aspects sont très souvent décrits comme des objectifs principaux de la prise en charge pénale et thérapeutique. Ils constituent dans les appréciations pénales et pénitentiaires des éléments centraux influant la prise de décision quant à un éventuel élargissement. Il n'est donc pas étonnant que les programmes thérapeutiques qui ciblent ces aspects et en donnent une quantification aient la faveur des autorités. De ce fait, et aussi parce que ces attitudes suscitent irritation et désespérance chez les thérapeutes elles s'invitent dans les parcours de soin et en ponctuent les élaborations et ce d'autant plus qu'elles se renforcent de l'hostilité des patients.

Pourtant si leur importance dans le psychisme des sujets ne fait pas de doute, le lien entre ces distorsions et attitudes avec le risque de récidive aussi surprenant que cela puisse paraître est loin d'être prouvé de même que la valeur prédictive du déficit d'empathie (Hanson 2005). La seule donnée que les études très documentées de Hanson ont pu clairement corrélérer de manière significative avec le risque de récidive est décrite comme « attitude tolérante envers le crime sexuel ».

En outre, d'autres études montrent que plusieurs cibles habituelles des traitements cognitifs (notamment le déni de l'acte et le déni de la souffrance de la victime) seraient corrélées négativement avec le risque de récidive (Kingston cité par Marshall 2010). Dans le même travail, Marshall signale que la focalisation des traitements sur les facteurs considérés comme criminogènes a conduit à accorder à attacher moins d'importance à des facteurs comme la honte ou la faible estime de soi qui, pourtant vont constituer des obstacles majeurs à un engagement effectif dans une démarche thérapeutique.

Définir des étapes ? Thérapie terminée, thérapie interminable ?

Les parcours thérapeutiques des AICS sont balisés, voire scandés par les temps pénaux et pénitentiaires, les injonctions judiciaires et les obligations de soin.

Le travail thérapeutique sera sensiblement différent entre la détention préventive, l'exécution de peine ou le suivi en milieu ouvert. Pendant le temps carcéral, les rencontres thérapeutiques sont marquées par les attentes vis-vis des ouvertures de régimes ou la colère et l'hostilité envers les autorités pénitentiaires ou judiciaires.

En Suisse, comme en Allemagne ou aux Pays-Bas les AICS sont de plus en plus soumis à des mesures de traitement institutionnel qui peuvent s'exécuter en milieu pénitentiaire d'exécution de peine ou spécialisé, en établissement hospitalier voire dans des Etablissement Médico-Psycho-Sociaux et qui peuvent se prolonger de longues années, souvent beaucoup plus longtemps que la détention que pourrait leur imposer la peine maximale encourue. Dans un tel contexte, les indicateurs

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

thérapeutiques permettant une évaluation du risque de récurrence sont scrutés avec une attention particulière par les autorités d'exécution des peines et les commissions spécialisées qui recourent systématiquement à des évaluations criminologiques ou des expertises pour décider de la prolongation ou de l'évolution de la mesure. L'appréciation n'est pas du ressort du thérapeute, et c'est heureux, qui est toutefois largement sollicité. Dans un tel contexte, ce sont, bien sûr les facteurs criminogènes et, éventuellement, les facteurs de protections qui pèseront dans les décisions prises.

L'appréciation de l'évolution de son patient par le thérapeute s'en trouve considérablement brouillée. Et il est bien difficile d'identifier des parcours spécifiques et les indicateurs qui permettent au patient de passer des attentes magiques et irréalistes vis-à-vis des thérapeutes à une acceptation des limites imposées par la réalité. Certains se vivent longtemps comme les victimes du système et de ceux qui ont à se prononcer sur leur sort tandis que d'autres investiront timidement l'espace offert pour commencer à se questionner tout en continuant à tenter de conserver la maîtrise et l'emprise sur l'autre et en premier lieu le thérapeute ou en déployant leur clivage sur les différents protagonistes de l'institution. Dans ces paysages complexes la co-thérapie prend toute sa valeur en apportant « une assurance aux thérapeutes par l'appui que chacun peut ressentir sur son collègue qui s'avère un allié précieux. Cette sécurité ressentie encourage chaque thérapeute à supporter plus tranquillement les velléités destructrices et l'emprise du patient » (Grüter). Certains cheminements autorisent une meilleure acceptation des affects, de la complexité des relations avec autrui pour mieux percevoir leur propre complexité et faciliter le développement de stratégies adaptatives.

Beaucoup de programmes thérapeutiques dans des perspectives plus cognitives fondées sur l'abord des facteurs criminogènes débutaient leur prise en charge par une phase de confrontation aux actes commis. S'il est essentiel de réussir à nommer les actes dans le respect de la victime et la pudeur des mots, la confrontation systématique est maintenant remise en question car susceptible de renforcer les distorsions cognitives et de bloquer les progrès thérapeutiques (Marshall, 2011)

Marshall (2009) à partir de ce constat a défini un traitement en 3 phases au cours desquelles les fonctionnements psychiques pathologiques cèdent la place dans un premier temps à l'établissement d'une alliance thérapeutique:

- La première phase vise à renforcer la confiance thérapeutique et à améliorer l'estime de soi, réduire les sentiments de honte et identifier les forces du patient pour l'aider à entendre qu'un changement est possible.
- La seconde phase visera plus les facteurs criminogènes mais ne sera engagée que lorsqu'une relation de confiance sera véritablement établie avec les thérapeutes. Les objectifs consisteront en un renforcement de l'intimité, de la capacité d'être seul, de la gestion des émotions, du développement d'une bonne santé sexuelle et en une reconnaissance des intérêts sexuels déviants
- La troisième phase s'enracine dans le modèle des « vies saines » (good lives model, Marshall, 2017) et vise à développer des plans de vie, tout en incluant des stratégies de prévention de la récurrence

On le voit, les modèles ne s'opposent pas forcément comme une vision clivée des approches thérapeutiques voudrait trop souvent le souligner. L'établissement d'une alliance et d'une relation de confiance souvent malmenée par l'insécurité relationnelle essentielle de ces patients reste un fil conducteur pour aborder les problématiques cruciales que ce soit par étayage ou par des voies plus introspectives. Pour C. Balier, comme le rappelle F. Neau (2007), « chaque thérapeute, et l'infirmier au

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

même titre que l'analyste, se propose à ces sujets à l'espace interne si mal délimité comme un objet externe, susceptible d'être investi comme objet d'étayage ». Balier rappelle ainsi que « soigner n'est pas guérir, ni réparer, ni rendre normal (...) Il espère mobiliser leurs processus de subjectivation pour « les mettre sur la voie de la reconnaissance de l'autre, sans pour autant qu'ils se sentent menacés dans leur propre existence »

Bien souvent les parcours thérapeutiques oscillent entre tentatives de restauration narcissique, renforcement d'un environnement pare-excitant et essais de s'affronter aux processus de destructivité en suivant des fils rouge tels que ceux proposés par l'ECL (cf. plus haut, §8). L'intérêt de la médiation par des objets tiers comme des questionnaires ou d'autres approches comme le photolangage est de pouvoir explorer certains thèmes tout en gardant à l'écart le désir du clinicien de savoir et de comprendre, désir qui peut effrayer, exciter voire effracter le patient.

Il est aussi possible de percevoir d'autres temporalités dans les parcours de soin à l'image de ces temps subjectifs théorisés dans le traitement d'enfants victimes d'inceste où la thérapeute tente d'approcher le champ de la honte : le premier temps est le temps de « la honte de la honte », où c'est la honte qui interdit sa propre expression et qu'il faut apprivoiser dans un cadre approprié; le second temps est celui de la mise en mot et celui du regard qui autorise le dévoilement ; le troisième temps est celui de l'accès à l'expérience subjective par l'expression et la reconnaissance de la honte (Scotto Di Vettino, 2006).

Plus de vingt années de suivis dans une consultation ambulatoire accueillant des patients AICS astreints à des obligations de soin limitées dans le temps ou de durées indéterminées nous ont appris que dans l'immense majorité des cas le patient mettait fin au traitement dès que l'obligation qui lui en était faite s'achevait et ce quel que soit le lien existant avec son thérapeute ou l'intensité du travail thérapeutique effectué. On le sait, le cadre pénal participe de l'étayage par sa fonction d'intercontenance. Lorsque l'obligation se poursuit, parfois de manière indéfinie, les rencontres se poursuivent dans une forme d'apaisement procurée par le constat de la solidité du lien thérapeutique inscrit dans une continuité rassurante.

Dans ce contexte, hors du cadre physiquement contenant du monde carcéral, les fragilités demeurent et se rappellent au bon souvenir du thérapeute, tant l'occurrence d'un passage à l'acte se présente parfois malgré la qualité du lien thérapeutique. A en oublier les facteurs criminogènes et la persistance des intérêts sexuels déviants qui accompagnent nos patients parfois toute leur vie, on peut laisser le clivage se réinstaller dans toute sa vigueur et découvrir la résurgence de conduites transgressives recouvertes par une nouvelle chape de honte et l'incapacité à s'en ouvrir au thérapeute. Il nous faut être attentifs à ces périodes où l'élaboration, ou ce qui semblait comme tel, se tarit, où le patient se fait distant, méfiant, parfois disqualifiant et interroger ce que nous pensons être un transfert négatif alors que nous apprenons incidemment des changements dans sa vie, un choix professionnel qui le rapproche de ses objets d'excitation, ou une vie affective qui le met au risque de la réactivation des angoisses et de la proximité de la décharge pulsionnelles. On sait aussi que l'isolement, l'absence de soutien social, voire la mauvaise tolérance au stress et à la colère peuvent laisser ces patients seuls avec ce qui les hante mais aussi calme momentanément l'excitation.

A l'inverse ceux qui quittent le traitement sont loin de tous se signaler par de nouvelles récidives. Ils quittent la consultation en sachant que si le thérapeutique et le légal peuvent s'articuler, il y a des choses dont on peut parler dans cet espace sans être dans la crainte du contrôle et de la rétorsion. Le cheminement thérapeutique et l'écho du groupe leur ont indiqué la possibilité du « partage affectif »

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

et de la « résonnance en commun » (Balier) qui permettent la rencontre et autorisent à faire émerger des affects méconnus, parfois irreprésentables, à interroger des fonctionnements familiaux pathologiques et à identifier leurs vulnérabilités. Ces fins de parcours de soins suscitent bien des inquiétudes car si ces patients ont cheminé et ont appris à mieux vivre avec leur histoire, leurs thérapeutes se demandent souvent comment ces patients pourront vivre hors de la contenance qui leur a été imposée au point de s'interroger sur la nécessité d'un suivi ad libitum.

Conclusion : de l'efficacité ou de la désistance ?

Il y a maintenant une certaine convergence entre les études pour indiquer que le soin contribue à sensiblement réduire le risque de récidive (Corabian, 2011, Marshall 2017). Les méta-analyses les plus récentes à partir de plus de 3000 documents, publiés ou non, et permettant de comparer 4939 délinquants sexuels traités et 5448 non traités soulignent cette efficacité en constatant une diminution de 26.3% du taux de récidive (Schmucker et Lösel, 2015). Cette même méta analyse souligne la diversité des traitements rapportés mais aussi le chevauchement entre les approches sur des thèmes centraux mentionnés plus haut.

Hanson et al (2018) estiment que le seuil de désistance – c'est-à-dire la cessation de toute activité délinquante ou antisociale- est atteint pour les délinquants sexuels, lors que le risque qu'il commettent un nouveau délit sexuel n'est pas différent du niveau de risque d'un délit sexuel chez des individus qui n'ont aucun antécédent de délit sexuel mais des antécédents de délinquance d'autre nature. A partir de l'analyse d'un échantillon de plus de 7000 délinquants sexuels vivant dans la communauté et suivis pour certains pendant 25 ans et évalués au moyen de la STATIC -99 , ils observent qu'après une période de 10 à 15 ans dans la communauté, la plupart des délinquants sexuels n'étaient pas plus à risque de commettre un nouveau délit sexuel que des délinquants sans passé de délit sexuel (entre 1à 2%). Il existe donc selon Hanson et son équipe qui constituent la référence mondiale en la matière une réduction considérable du taux de récidive avec le temps. Le changement de ces délinquants est attribué au développement des programmes de réhabilitation mais aussi au processus de vieillissement, à la réponse individuelle aux traitements mais probablement et plus sûrement, selon ces auteurs, dans leur engagement dans une vie plus satisfaisante.

Ces résultats autorisent un certain optimisme quant aux effets à long terme des différentes approches thérapeutiques associées à une meilleure compréhension du fonctionnement psychique et à un accompagnement adéquat du retour dans la cité. Ces études plaident aussi pour un réajustement des politiques publiques qui s'orientent de plus en plus dans des processus de mise à l'écart et de stigmatisation entravant les processus de désistance qui commencent à être mieux connus. La connaissance fine des indicateurs cliniques que nous avons présentés tout au long de ce travail n'en est que plus nécessaire pour accompagner au mieux ces sujets.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Bibliographie

1. Abbiati M., Mezzo B., Waeny-Desponds J., Minervini J., Mormont C., Gravier B., (2014). Victimization in Childhood of Male Sex Offenders: Relationship between Violence Experienced and Subsequent Offenses through Discourse Analysis. *Victims and Offenders*, 9, 234-254.
2. Aubut J, (1993), Les agresseurs sexuels La Cheneliere, Montréal 1vol 328 pp
3. Balier C. (1988) : Psychanalyse des comportements violents, Paris, éd. PUF, 279p
4. Balier C. (1996) Psychanalyse des comportements sexuels violents, PUF, Paris 253pp Balier C. (1996): Entre perversion et psychose : le pays de tous les dangers. *L'Evolution Psychiatrique* 61 : 27-43.
5. Balier C.(2000) Introduction à la thérapie, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 85-86
6. Balier C. (2000) Eléments pour la mise en forme des processus thérapeutiques, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, (95-103)
7. Balier C. (2001) Psychothérapie psychodynamique des auteurs d'agression sexuelle in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, conférence de consensus, 22-23 novembre 2001, John Libbey Eurotext, Paris et Fédération Française de Psychiatrie 233-242
8. Bertrand C., Glatigny P.,(1998) Le discours pervers, *Synapse* ;47 : 52-60
9. Brankley A. E., Monson C. M-, Seto M. C., (2017) Involving concerned others in the treatment of individuals convicted of sexual offences – rationale and critical review of current strategies, *Sexual Offender treatment*, 12, 1 (<http://www.sexual-offender-treatment.org/159.html>)
10. Ciavaldini A., (1999) *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris ;Masson
11. Ciavaldini A., (1999), Passivation et mobilisation des affects dans la pratique analytique avec le délinquant sexuel, *Rev. Franç. Psychanal.*, 5, p. 1775-1784
12. Ciavaldini A., (2000) attitudes psychiques du soignant dans la pratique thérapeutique avec le délinquant sexuel, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp.105-115). Paris : Masson
13. Ciavaldini A., (2001) La famille de l'agresseur sexuel. Conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins, *Le Divan Familial*, n°6, 25-34.
14. Ciavaldini A., (2006) L'agir violent sexuel, in Chabert C., Ciavaldini A., Jeammet P., Schenkry S. (eds) *Actes et dépendances*, Dunod, Paris, 2006, 111-170.
15. Ciavaldini A., (2007) « Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle », *L'information psychiatrique* 2007/1 (Volume 83), p. 13-21.DOI 10.3917/inpsy.8301.0013
16. Ciavaldini A. (2012) *Prise en charge des délinquants sexuels*. Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique, Bruxelles, 60 pages
17. Cohen, L.J., McGeoch, P.G., Gans, S.W., Nikiforov, K., Cullen, K. & Galynker, I.I. (2002). Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs 24 male healthy control subjects. *The journal of nervous and mental disease*, 190, 757-766.
18. Corabian P., Dennett L., Harstall C, *Treatment for convicted adult male sex offenders: an overview of systematic reviews*; *Sexual Offender Treatment*, vol 6; 1 (<http://www.sexual-offender-treatment.org/93.html>)
19. Cornet J. P., Giovannangeli D., Mormont C., (2003) *Les délinquants sexuels, théories, évaluations et traitements*, Frison- Roche, Paris, 210pp.
20. Cornet j. P., (2012) *Représentations parentales et délinquance sexuelle*, De Boeck, Bruxelles, 237pp.
21. Cortoni F., Vanderstukken O., (2017) L'évaluation des besoins en matière de traitement in Cortoni F., Pham T. (eds) *Traité de l'Aggression Sexuelle*, Mardaga, Bruxelles, 399pp
22. Cortoni F., Vanderstukken O., L'évaluation des besoins en matière de traitement in Cortoni F. Pham T (Edts) *Traité de l'agression sexuelle, théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*, Mardaga, Bruxelles, 165-178.
23. Coutanceau R., Smith J (eds) *La violence sexuelle, approche psycho-criminologique*, Dunod, Paris 2010, 386 pages
24. Debray R. (1991)Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue du psychanalyste, *Revue Française de psychosomatique*, 1, 41-57
25. Defontaine J.(2002) , L'incestuel dans les familles, *Revue française de psychanalyse* ; 66, 1 : 179 à 196
26. Delion P. (2001) « Thérapeutiques institutionnelles » in *EM-Consulte, EMC-Psychiatrie*, 37-930-G-10
27. Devaud-Cornaz C., Guraïb G., (2011), *Psychothérapies de groupe d'auteurs de violence sexuelle, Intérêt d'un traitement de groupe combiné avec un suivi individuel*, *Psychothérapies*. 31 ; 1 : 27-37.
28. Doron, R. *Mentalisation*, in Doron, R., Parot, F. (1991). *Dictionnaire de Psychologie*. Paris: PUF.
29. Drapeau M., Korner A., Granger L., Brunet L. (2005) *What Sex Abusers Say About Their Treatment: Results From a Qualitative Study on Pedophiles in treatment at a Canadian Penitentiary Clinic*. *Journal of child sexual Abuse*, 14:1, 91-115.
30. Emeraud P.-Y, (2001) *Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites*, in *Conférence de consensus « Psychopathologie et traitement des auteurs d'agression sexuelle*, John Libbey Eurotext, Paris, 257-262
31. Gravier, B., Devaud, C. (1995). *Délinquance sexuelle, état des lieux*. *Nervure*, 7 (7), 10-22.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

32. Gravier, B., Legoff, V., Devaud, C. (2000). Les thérapies actives. In A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp.219-228). Paris : Masson
33. Gravier B., Mezzo B., Stankovic M., Boichat F., Spagnoli J. (2001, février). Etude épidémiologique des délinquants sexuels poursuivis par le système pénal vaudois. Premier congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Québec & Fond National de la Recherche Scientifique, Berne (PNR 40 4040-04525)
34. Gravier B., Mezzo B., Devaud C., Waeny J., (2003) L'approche clinique des délinquants sexuels : développement d'une trame d'entretien. Clinical approach to sexual offenders : Developing an interview framework, 28th International Congress on Law and Mental Health, Sydney, 28/09-03/10/2003.
35. Gravier B., (2007), De l'usage et du mésusage de l'injonction thérapeutique et des aménageurs de la relation, 4ème Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle, Paris 13-15/ 09/2007
36. Gravier B. Delessert D., Hasler C, (2011) Peut-on construire une alliance thérapeutique avec un patient incarcéré, Rhizome, Bulletin national santé et précarité, 42, 11-12.
37. Gravier, B., Grüter, D., Ibnolahcen, R., Stigler, M., Saudan, M., Lacroix, C. & Roman, P. (2017). L'entretien Clinique de Lausanne, un questionnaire semi-structuré support à la mobilisation thérapeutique. In 9ème Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS). https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_1D713E46A89A.P001/REF
38. Groth, A. N. (1979), *Men who rape : the Psychology of the Offender*, New York, Plenum Press.
39. Grüter D., Lavèze F., Stigler-Langer M. , La cothérapie comme dispositif innovant dans les prises en charge thérapeutiques d'auteurs de violences sexuelles.
40. Hachouf S., Benezech M., (2001), Eléments pour une approche thérapeutique des agresseurs sexuels, *Ann. Med. Psychologiques*, 159 ; 3 ; 182-189.
41. Hanson R. K, Morton-Bourgon K. E. (2005) . The characteristics of persistent sexual offenders : A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
42. Hanson R. K. , Harris A. J. R., Letourneau E. ; Helmus L. M. , Thornton D. (2018) Reductions in risk based on time offense-free in the community : once a sexual offender, not always a sexual offender. *Psychology, Public Policy, and Law*. 24:1; 48-63.
43. Hardy G., (2012) S'il te plait ne m'aides pas, L'aide sous injonction administrative ou judiciaire, Erès, Ramonville Saint Agne, 192pp
44. Harris G.T., Rice M.E., Quinsey V. L. , Cormier C., (2015) *Violent offenders : appraising and managing risk*, 3rd ed. American Psychological Association, 470pp.
45. Hurni M., Stoll G. (1996) : *La Haine de l'Amour, la perversion du lien*, Paris, éd. L'Harmattan 386p
46. Jaffard C., relation d'étayage, in A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris : Masson, 87-94
47. Kaul A., (1993) *Sex offenders - Cure or Management?* *Med. Sci. Law*, 33, N°3, 207-212
48. Knight, R.A., Carter, D.L. et Prentky, R.A. (1989), « A system for the classification of child molesters », *Journal of Interpersonal Violence*, vol.1, n°4, pp.3-23
49. Lavoie J.-G., (1998) *Violence et Transfert*, in Millaud F.. *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*. Masson, Paris, 1998 : 41-56.
50. Legoff, V., Gravier, B. (1999). Les délinquants sexuels en détention préventive : aspects thérapeutiques. *Médecine & Hygiène*, 57 (2248), 648-653
51. Mac Dougall J. (1980) *Essai sur la perversion*. In *Les perversions, les chemins de traverse*, ouvrage collectif. Tchou, Paris ; 269-287
52. Mann, R. E. & Beech, A.R. (2003). Cognitive distortions, schemas and implicit theories. In T. Ward, D.R. Laws & S. M. Hudson (Edts) *Sexual Deviance: Issues and controversies*. Sage publications Inc. Thousand Oaks, pp 135-153.
53. Marshall, W.L. (1993). The role of attachment, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital Therapy*. 8 (2), 109-121.
54. Marshall W. L. ; Pithers W. D. (1994) A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*; 21 ; 1: 10-27.
55. Marshall W. L., Marshall L. E., Serran G. A., O'Brien M. D (2009) Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment implications, *Psychology, Crime and Law*, 15:2, 217-234.
56. Marshall W. L., Marshall, L. E. Kingston D. A. (2011) Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment? *Journal of Sexual Agression*, 17: 2; 118-119.
57. Marshall W. L. ; Marshall L. E. (2017), *Le traitement des agresseurs sexuels adultes*, in Cortoni F. Pham T (Edts) *Traité de l'agression sexuelle, théories explicatives, évaluation et traitement des agresseurs sexuels*, Mardaga, Bruxelles, 165-178.
58. McKibben, A., « L'évaluation des fantasmes sexuelles », in Aubut, J. et Coll. (1993 b), *Les agresseurs sexuels*, Montréal, Maloine et Chenelière, pp.89-97.
59. Monahan et al. (1995) *Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission*, *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 249-263.
60. Moulin V., « Evaluation des dysrégulations narcissiques et objectales et potentialités d'élaboration mentale chez les auteurs d'infractions sexuelles et violentes », *Psychologie clinique et projective* 2010/1 (n° 16), p. 51-76. DOI 10.3917/pcp.016.0051
61. Neau F. (2007), *Bibliographie raisonnée*, in Lemaitre V. , *La violence de vivre, rencontre avec Clade Balier* Erès, Ramonville Ste Agne, 127-168.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

62. Pithers W. D., Gray A. S., (1996) Utility of Relapse Prevention in Treatment of Sexual Abusers. *Sexual Abuse*; 8: 3; 223-230.
63. Prins H., (1991) Dangerous people or dangerous situations? *Med. Sci. Law*, 31, 25-36.
64. Racamier P.-C. (1995), *L'inceste et l'incestuel*, les Éditions du collège.
65. Roman P., (2012), *Les violences sexuelles à l'adolescence, comprendre, accueillir, prévenir*, Elsevier –Masson, Issy les Moulineaux, 195pp.
66. Roman P., (2014) Violence et psychopathologie : l'agir sexuel violent et la butée de la perversion, contribution des épreuves projectives, (2014) in Gaillard B. (eds.) *La psychologie criminologique*, In Press. pp. 99-124
67. Roman P., (2016) Traumatisme et destin du sexuel infantile dans les agirs sexuels violents à l'adolescence, *Psychologie clinique et projective*, 22, 159-180
68. Roussillon, (1999) *Agonie Clivage et Symbolisation*, PUF, Paris, 245 pp.
69. Roy S., *Les processus de mentalisation intérêt clinique*, http://www.aftcc.org/sites/default/files/documents/mentalisation_aftcc.pdf
70. Savin B, (2000) Utilisation du groupe dans le traitement psychothérapeutique des auteurs d'agression sexuelle, In A. Ciavaldini et C. Balier (Eds), *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire* (pp.171-180). Paris : Masson
71. Scotto Di Vettimo D. (2006). *Vivre et survivre dans la honte, aspects cliniques, psychopathologiques et théoriques*, Presses Universitaires de Grenoble.
72. Schmucker M., Lösel F. (2015) The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations. *J Exp. Criminol* 11: 597-630.
73. Smith J. (2010) Des stratégies thérapeutiques de groupe dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, in Coutanceau R., Smith J (eds) *La violence sexuelle, approche psychocriminologique*, Dunod, Paris, 55-66.
74. Starzyk, K. B. & Marshall, W. L. (2003). Childhood family and personological risk factors for sexual offending. *Agression and Violent Behavior*, 8, 93-105.
75. Stigler M., Reconnaissance de l'acte commis: ouverture à la thérapie ou clôture de la relation thérapeutique? *Communication CIFAS*, Bruxelles, 2003
76. Stirpe, T.S. & Stermac, L. E. (2003). An exploration of childhood victimization and family-of-origin characteristics of sexual offenders against children. *International Journal of Offender therapy and Comparative Criminology*, 47(5), 542-555.
77. Stoller R.J., (1993) dynamique des troubles érotiques, In Fine A., Leguen A., Oppenheimer A., *Les troubles de la sexualité*, Monographies de la « Revue Française de Psychanalyse », Paris :PUF, 119-139
78. Tardif, M. (1993), « Les thérapies psycho-dynamiques : la psychothérapie individuelle », in J. Aubut et coll., *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation, traitement*, Montréal, Maloine et Chenelière, pp. 155-175.
79. Tardif M. (1993) *La psychothérapie de groupe in Aubut J, Les agresseurs sexuels La Cheneliere, Montréal, 176-205.*
80. Walton A., Jeglic E. L. ; Blasko B. L (2018) *Sexual Abuse*. 30 (3) 211-229.
81. Yalom I. D., Leszcz (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York, Basic Books, 5é éd.