

## Rapport d'expert [29]

### Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ?

#### Odile VERSCHOOT

*Psychologue clinicienne SMPR de Nantes, présidente de l'ARTAAS (2011- 2017), co-présidente du comité scientifique du CIFAS 2019, présidente du comité international permanent du CIFAS.*

*Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Verschoot, O. (2018). Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Approche psychodynamique. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.*

#### Sommaire

Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? .....	1
Sommaire .....	1
Résumé .....	3
Intoduction : Des soins centrés sur la personne .....	4
1 <sup>ère</sup> partie : De la problématique psychique des AVS.....	5
Les violences dans l'enfance .....	5
La relation victime-agresseur .....	7
Les troubles sexuels.....	7
2 <sup>ème</sup> partie : Des mécanismes psychiques à l'œuvre .....	8
Le Clivage du Moi .....	8
Le déni psychique .....	8
L'emprise .....	9
3 <sup>ème</sup> partie : De l'approche psycho dynamique .....	9
L'Inconscient.....	10
La Vérité historique du Sujet .....	10
Les pulsions .....	11
Le cadre de soin.....	12
La relation thérapeutique.....	12

# AUDITION PUBLIQUE

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

4 <sup>ème</sup> partie : De l'intérêt de l'approche psycho dynamique dans la prise en charge thérapeutique des AVS.....	13
Assouplir les modalités défensives.....	14
Expérimenter l'altérité .....	15
Transformer les décharges pulsionnelles.....	15
5 <sup>ème</sup> partie : Des limites des soins psycho dynamiques aux AVS.....	16
La durée.....	16
L'évaluation .....	16
Conclusion : De l'articulation Santé/Justice .....	17
Bibliographie.....	20

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Résumé

---

La loi du 17 juin 1998 a instauré une articulation santé-justice dans la prise en charge des AVS. La différenciation et la complémentarité des professionnels qui y sont impliqués sont la pierre angulaire du maillage et la gageure de son efficacité. La psychopathologie mise en exergue par la recherche menée sous l'égide de C.BALIER en 1994-95 est à l'origine de la création de ce dispositif où condamnation pénale et soin doivent œuvrer conjointement.

L'approche psychodynamique propose des soins psychiques centrés sur la personne dans ses ressorts conscients et inconscients. Dans la continuité des conceptualisations cliniques depuis S.FREUD, la psychothérapie analytique consiste à accompagner un travail réflexif sur soi-même à partir de la mise en mot des éprouvés sur le parcours de vie. Au-delà des subjectivités de chaque individu AVS, des mécanismes psychiques, notamment de défense, apparaissent avec récurrence et s'avèrent à l'origine du déni d'altérité qui a engendré le/les recours à l'agir sexuel violent sur des personnes de l'entourage. Cette pathologie du lien est l'objet substantiel du soin psychodynamique et en détermine les modalités. Ainsi, l'espace thérapeutique cadré va permettre une expérimentation sécurisée de l'altérité et la relation thérapeutique investie de part et d'autre va favoriser l'élaboration psychique.

Tisser un lien de confiance mutuelle en vue de générer une altérité suffisamment opérante nécessite d'en prendre le temps. Il est complexe d'en mesurer précisément la progression et de quantifier objectivement le mieux-être existentiel et relationnel.

Par différenciation et complémentarité d'avec l'action socio-judiciaire, les soins psychodynamiques n'ont pas vocation première à prévenir la récidive légale. Néanmoins, en explorant avec le patient-criminel/délinquant sa vérité historique et les ressentis associés aux événements qui la ponctuent, ils permettent de remonter aux origines des mécanismes de violences à caractère sexuel commises et contribuent à prévenir la répétition de situations relationnelles à risque.

3

# AUDITION PUBLIQUE

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

*« Rien n'est plus proche de la vérité du crime que l'écoute sans a priori des acteurs eux-mêmes, quand la relation instaurée avec eux leur permet de se révéler »  
Truman Capote*

## Introduction : Des soins centrés sur la personne

---

La loi du 17 juin 1998 a créé pour les AVS<sup>1</sup> un dispositif juridique spécifique. Il repose sur une articulation santé-justice qui tend à répondre à un fonctionnement psychique récurrent mis en évidence par la recherche menée, en 1994-95, par A. CIAVALDINI et M. GIRARD-KHAYAT sous l'égide de C. BALIER. Pourtant dans le champ sanitaire aucun traitement thérapeutique spécifique n'a été inventé pour soigner ces AVS, force est de constater qu'aucune panacée n'a été trouvée.

En effet, quelles que soient les obédiences et les modalités (individuelles, familiales, groupales, médicamenteuses) le soin œuvre avec les outils et les références théoriques qui fondent ses stratégies et objectifs thérapeutiques « habituels ». Le contexte judiciaire du patient sous main de Justice est bien sûr pris en compte mais il ne modifie pas fondamentalement son essence. La nouveauté la plus notoire pour les soignants fut et est toujours la confrontation à une psychopathologie, peu répandue en psychiatrie générale et peu enseignée dans les universités. Le défaut d'altérité ne s'inscrit effectivement que rarement dans le champ de la maladie mentale psychiatrique (les psychoses) et n'engendre pas de souffrance psychique repérable ou identifiée par l'individu lui-même (les névroses). Précisons d'ailleurs que d'une part il n'y a pas corrélation entre la typologie criminologique d'une infraction pénale et la psychopathologie de son auteur et que d'autre part il n'existe pas un profil d'AVS mais une diversité et une hétérogénéité des personnalités et des histoires de vie.

Néanmoins des fonctionnements psychiques apparaissent avec récurrence. La plupart se retrouve toutefois tout aussi prégnant chez bien des auteurs de violences aux personnes sans qualification « sexuelle » : les violences caractérisées de sexuelles ne sont donc pas le fruit d'un mécanisme psychique complètement différent ou à part. Il convient toutefois de prendre en considération dans le traitement psychothérapique cette particularité criminologique que constitue le recours au sexe comme « arme de destruction ».

Dans le champ judiciaire, le Code Pénal classe les violences qualifiées de sexuelles, en deux incriminations : viol ou agression sexuelle. Dans le champ psychopathologique, les tableaux cliniques sont infiniment plus nombreux et plus contrastés car les agresseur(e)s sont des individus uniques et différents les uns des autres ; l'objectif de l'approche psycho-dynamique est de se consacrer à chacun d'eux dans ses particularités individuelles et dans sa subjectivité, c'est pourquoi nous parlons de « **soins centrés sur la personne** ».

Il nous apparaît primordial de commencer cet exposé par une explicitation de notre compréhension clinique et psychopathologique de la problématique psychique consciente et inconsciente des AVS avant d'exposer les modalités de soins, ses intérêts et ses limites. En effet, à l'instar de la médecine somatique qui soigne ce qu'elle a diagnostiquée, le soin psychique psychanalytique œuvre à traiter les difficultés existentielles du patient qui produisent les troubles repérés comme étant à l'origine du

---

<sup>1</sup> AVS : Auteurs de Violences Sexuelles

# AUDITION PUBLIQUE

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

« problème », en l'occurrence des recours à l'agir sexuel violent. Chaque obédience s'attèle ainsi à ce qu'elle saisit subjectivement de la problématique en cause : la diversité des courants théorico-cliniques permet sans nul doute de répondre à la diversité des personnalités des AVS. Leur mise en concurrence dans l'adversité ou leur hiérarchisation arbitraire nuit tout autant au partage d'expérience des professionnels qu'aux patients dans leur choix de traitement.

La loi de 1998 est issue du constat que, pour la prise en charge des AVS, punir ne suffit pas et soigner ne suffit pas. Pari avait alors été fait à l'époque que l'alliance balisée de ces deux champs aux objectifs et missions parfois antagonistes, pouvait et devait être efficiente. Cette logique de différenciation et de complémentarité s'applique tout autant aux diverses approches thérapeutiques : aucune ne peut affirmer se suffire à elle-même. Les violences sexuelles et leurs conséquences dévastatrices sont trop graves pour s'attarder sur des querelles idéologiques.

## 1<sup>ère</sup> partie : De la problématique psychique des AVS

---

Ma formation initiale en clinique psychanalytique, mon expérience de psychologue au SMPR<sup>2</sup> depuis plus de deux décennies, mes connaissances théoriques et empiriques mais aussi la confrontation incessante aux expériences et aux pratiques de mes confrères & consœurs au sein de l'ARTAAS<sup>3</sup> alimentent en permanence ma réflexion sur la psychopathologie des AVS. Le point de départ de ma quête de compréhension et d'analyse, tant dans la pratique du quotidien avec le patient que dans les essais de théorisations qui en découlent, repose sur une question centrale : « **comment** ces violences à caractère sexuelle sont-elles advenues ? ». Il s'agit de rechercher les motivations conscientes et inconscientes des multiples choix qui ont jalonné le parcours de vie de l'auteur, qu'ils aient un rapport direct ou non avec le crime commis : impossible en effet d'affirmer d'entrée des déterminants criminogènes généraux tant la subjectivité individuelle prévaut.

Deux principales recherches (BALIER- 1996, GAUTRON- 2017), dirigées sous deux prismes, ont investigué la personnalité des AVS et notamment leurs antécédents familiaux, professionnels ou judiciaires. Nous en avons retenu quelques points pour tenter une sorte « d'autopsie clinique » de l'auteur de violences sexuelles.

### Les violences dans l'enfance

Ces recherches constatent qu'environ un tiers des AVS déclare avoir été victimes de viol ou d'agression sexuelle durant l'enfance. Cette statistique souligne l'absence de déterminisme ou de causalité au passage à l'acte à l'âge adulte : clairement avoir été victime n'implique heureusement pas systématiquement de devenir auteur !

La clinique nous montre que, si effroyable soit l'agression subie, c'est surtout son traitement au moment des faits qui est psychologiquement déterminant pour la suite de l'existence et est susceptible d'engendrer un effet traumatique. Ce trauma peut prendre une dimension « chaude » c'est-à-dire être omnipotent dans la vie psychique en produisant de nombreux symptômes visibles. Il peut aussi être absorbé par l'inconscient, rester « froid » et muet mais n'en reste pas moins actif. Ainsi, en thérapie, maints patients racontent le silence dans lequel ils se sont enfermés ou encore comment la personne

---

<sup>2</sup> Service Médico Psychologique Régional en milieu carcéral

<sup>3</sup> Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles

# AUDITION PUBLIQUE

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

secourable à laquelle ils se sont confiés les a enjoint à l'oubli ou les a traités de menteurs. La révélation de ce passé douloureux, parfois « oublié » de la mémoire consciente, surgit avec les poursuites pénales en cours et/ou au décours de la thérapie analytique. Aucune recherche n'a, à ce jour et à ma connaissance, tenté de repérer l'impact des poursuites judiciaires et la condamnation de l'agresseur de l'enfant sur son devenir d'adulte. Sans doute, n'avons-nous pas actuellement suffisamment de recul pour confirmer l'espérance que la prise en considération familiale, sociale, judiciaire et sanitaire de la parole de l'enfant agressé court-circuite effectivement le risque délinquant et/ou la souffrance psychique.

Par ailleurs, les autres formes de violence ou maltraitance subies, non caractérisées de sexuelles, sont peu mises en exergue dans ces recherches alors qu'elles sont omniprésentes dans la vérité psychique historique de ceux/celles qui un jour sont devenus agresseurs sexuels. Pourtant dans ces violences, souvent répétées, faites au corps, la frontière entre le sexuel et le non-sexuel est indubitablement floue (par exemple la fessée déculottée ou les mises à nu punitives). La caractérisation « objectivement sexuelle » telle que définit par la Justice exclut de fait du passé des AVS ces violences que nous affirmons « sexuées ». Leurs effets destructeurs à long terme sont tout aussi remarquables que les agressions sexuelles subies. En effet, en plus de la terreur qu'inspirent la Toute puissance de l'adulte « éduquant » et son lot d'excitations, la punition douloureuse et/ou humiliante infligée « pour ton bien » ou la sanction non reliée (disproportionnée, différée) à la « bêtise » envoie un message indéchiffrable. Inclues parmi les « maltraitements » ou dissimulés sous couvert d'éducation, ces violences « sexuées » sont récurrentes dans les parcours de vie de la plupart des AVS rencontrés et constituent nombre « traumatismes froids ». La confusion psychique suscite des motions irreprésentables donc indicibles : le geste violent n'est pas explicitement sexuel alors que l'éprouvé en est empreint. Ajoutons à la liste de ces messages incompréhensibles car paradoxaux, le spectacle sidérant que constituent la violence et les « retrouvailles », parfois tout aussi bruyantes, au sein du couple parental. Dès lors, comment distinguer à la fois les contours de la sexualité de ceux de la violence ?

De même, sans que des violences physiques - sexuelles ou non - n'aient été subies ou observés, tant la littérature psychanalytique que l'expérience clinique constatent l'effet destructeur, ou plutôt « l'empêchement de structuration psychique », que constitue le climat « incestuel » au sein d'une famille où règnent la porosité entre l'intime et le social, l'indifférenciation générationnelle ou la promiscuité physique. Le corps y est soit nié dans un tabou rigide, soit exposé voire imposé sans retenu et il n'est pas rare que ces deux extrêmes œuvrent en alternance. Cette dynamique incestuelle réduit les possibilités de construction d'une identité différenciée et l'instauration d'une assise narcissique stable sous forme d'une estime subjective de soi.

En plus d'une profonde incompréhension dévalorisante, toutes ces expériences suscitent de profonds sentiments d'injustice à l'origine d'une haine farouche. Excitation, perplexité et haine se trouvent ainsi indistinctement emmêlées. Ce paradoxe se rejouera dans les agir sexuels violents qui seront ultérieurement commis : la personne estimée subira des assauts sous couvert d'affection.

Quelle que soit leur forme ou leur réalité objective, ces violences subies ou ressenties durant l'enfance sont constitutives de l'histoire de l'individu et impactent les relations à soi-même et à autrui, notamment dans le champ de la sexualité et de l'intimité. Elles génèrent un sentiment d'insécurité intense qui se manifeste à la fois par un cruel manque de confiance en soi et par une méfiance, voire une défiance, à l'égard d'autrui. Cet éprouvé pérenne détermine les modalités défensives inconscientes mobilisées pour grandir malgré tout : la protection de soi y prévaut pour pallier le

# AUDITION PUBLIQUE

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

sentiment d'être objet des pleins pouvoirs de l'autre et son lot d'humiliation récurrente. L'hyperconformité aux normes sociales y apparaît comme un gage d'invisibilité protectrice : les perturbations douloureuses internes sont masquées, voire déniées, en faveur de l'intégration sociale. Souffrance interne et conformité sociale coexistent alors dans un **clivage** sans jamais cohabiter, ni s'interagir. Il ne s'agit point là d'une duplicité stratégique délibérée mais bien d'un fonctionnement psychique inconscient (c'est-à-dire dont la personne n'a pas elle-même une lucide conscience) qui vise à juguler l'insécurité interne.

Ainsi, si l'énoncé du factuel et le repérage d'événement considéré socialement comme traumatique sont des informations importantes, le vécu subjectif et les éprouvés qui y sont rattachés pèsent tout autant sur les choix de vie ultérieurs. Noyés dans une indicible ambiguïté, ces « traumatismes froids » n'adviennent pas comme représentation et ne constituent pas une expérience qui fait sens. Le soin psycho-dynamique va œuvrer pour en favoriser le repérage et la mise en mot.

## La relation victime-agresseur

Les recherches et les statistiques judiciaires mettent en évidence de façon constante au fil des décennies, que dans environ 90% des affaires de violences à caractère sexuel, l'auteur et la victime se connaissent peu ou prou avant le surgissement d'un passage à l'acte. En matière de violences sexuelles sur mineur notamment, il est objectivement constaté que l'agresseur fait partie de l'entourage de l'enfant. Il serait erroné d'en conclure aussitôt qu'il s'agit de stratégies prédatrices pour se rapprocher intentionnellement d'un enfant en vue de lui infliger des actes sexuels. La pratique clinique démontre plutôt que c'est au décours de cette relation, souvent très investie affectivement, que se met en acte une dimension sexuelle inadéquate. Ce même mécanisme de confusion et d'ambiguïté relationnelle se retrouve tout aussi fréquemment dans les agressions envers un adulte. De part sa structuration psychique, sur laquelle nous reviendrons plus bas, l'auteur est pris dans une indifférenciation entre son désir et celui de l'autre qu'il n'identifie pas comme différent du sien. Le défaut d'altérité, voire le déni d'altérité, est cœur du processus qui conduit à la commission de violences à caractère sexuel.

## Les troubles sexuels

Les recherches auxquelles nous nous référons ici n'ont pas non plus révélé de « troubles sexuels » médicalement diagnostiqués qui préfigureraient avec récurrence dans les antécédents des auteurs. Si les violences sexuelles commises constituent indiscutablement une atteinte à l'intime sexuel de la victime et risquent d'impacter durablement sa sexualité, l'agresseur n'est pas pour autant « un obsédé ou un détraqué sexuel ». En effet, ces recherches montrent que bien souvent il a par ailleurs une vie sexuelle active. Même si elle est fréquemment qualifiée de « peu satisfaisante » ou encore de « peu épanouissante », il n'est pas « en manque » sur le plan sexuel. L'absence ou la pauvreté de vie sexuelle adulte n'explique en rien le recours à un acte sexuel imposé à autrui qui relève essentiellement d'une immaturité psycho-affective. En effet, sexuel et sexualité sont deux dynamiques distinctes qui classiquement découlent l'une de l'autre. Chez les AVS, on observe avec récurrence une fixation au sexuel archaïque sans évolution vers une sexualité relationnelle partagée.

Rappelons par ailleurs que conjuguer violence et sexualité peut relever d'un choix sadomasochiste et que les « addictions sexuelles » qui empoisonnent indubitablement la vie quotidienne de la personne dépendante et peuvent se révéler peu plaisantes pour le ou les partenaire(s), ne relèvent pas du champ qui est le nôtre aujourd'hui. Ajoutons enfin que la clientèle des travailleurs/travailleuses du sexe n'est

# AUDITION PUBLIQUE

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

pas non plus à considérer comme agresseurs sexuels hormis si le/la prostitué(e) est un enfant. Quelle que soit la réprobation sociale ou morale qui entoure ces pratiques sexuelles dont on ne peut exclure totalement une tonalité perverse, le consentement mutuel les rend légales et les exclut du champ des violences sexuelles. Cette clarification à la fois clinique et légale souligne combien la problématique des violences sexuelles n'est point une question de sexualité mais bien celle de la violence. Il serait donc plus exact de parler de **violences à caractère sexuel** pour éviter confusion et amalgame.

## 2<sup>ème</sup> partie : Des mécanismes psychiques à l'œuvre

---

Aborder les auteurs de violences à caractère sexuel sous le prisme de la violence faite à autrui plutôt que sous celui d'un dysfonctionnement de la sexualité, est étayé à la fois par les résultats de la recherche d'envergure menée en 1994-95, par les travaux de C. BALIER et par ma pratique clinique au quotidien au SMPR. L'observation au long cours et la réflexion théorico-clinique qui en découle, mettent en évidence des mécanismes psychiques récurrents au-delà des parcours de vie et des vécus subjectifs individuels : la pathologie du lien d'altérité y apparaît première et les distorsions narcissiques (sentiment d'exister, estime de soi) y jouent un rôle déterminant : les carences identitaires et l'indifférenciation Moi-Non Moi sont le terreau des effractions destructrices de l'intime que sont les violences sexuelles.

Comme nous l'avons précédemment constaté, l'environnement éducatif a été bien souvent le berceau de violences physiques et/ou psychiques. Les souvenirs d'une enfance fréquemment d'abord annoncée comme étant « sans histoire » du point de vue factuel, révèlent toutefois un climat insécure à l'origine d'une angoisse existentielle qui mobilise des modalités défensives intenses.

### Le Clivage du Moi

Pour survivre face à ce climat plus perçu qu'identifié, le psychisme va en effet déployer des stratégies de protection que nous retrouvons en l'état initial, à l'âge adulte, chez bien des AVS. Le Moi s'est construit en clivage : une partie reste immature, archaïque sans possibilité de liaison pulsionnelle alors qu'une autre se soumet docilement aux normes sociales sans état d'âme. De ce Moi clivé, la question du désir et de la subjectivité est forclosée au profit d'un effacement protecteur. Ainsi, par exemple, voit-on des AVS, décrit socialement comme des monstres prédateurs et calculateurs, être dans l'incapacité de prendre position sur des choses banales de la vie quotidienne tel que choisir entre deux horaires de rendez-vous : faire un choix les met profondément mal à l'aise aussi tendent-ils à s'en remettre à l'interlocuteur ou à se mouler dans une préférence qu'il suppose. Ce contournement de l'épreuve du choix ou du risque de la décision souligne l'intensité et l'efficacité de l'effacement de soi mais aussi l'évitement de tout ce qui pourrait engendrer un conflit redouté tant avec soi-même qu'avec autrui.

### Le déni psychique

Le déni de toute motion hostile est à la fois l'origine et le corolaire du clivage du Moi. Le déni est un mécanisme protecteur inconscient qui exclut systématiquement du champ conscient tout ce qui est susceptible d'être source de turbulences pour le Moi fragile. Il procure l'illusion de percevoir l'entière réalité de la réalité objective alors qu'il n'en reçoit qu'une partie. Métaphoriquement, nous pourrions dire que celui/celle qui fonctionne dans le déni est borgne sans le savoir ! Ainsi, la conflictualisation est exclue du champ de pensée comme des éprouvés, qu'elle concerne le vécu interne ou le rapport à



# AUDITION PUBLIQUE

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

l'environnement. La notion de conflit est en effet assimilée à la violence guerrière destructrice et à la mort. La conflictualisation n'y est point vécue comme une des facettes des relations humaines mais uniquement comme ce qui déchire et sépare.

Insistons ici pour préciser que ce déni psychique est bien un mécanisme de défense inconscient qui peut être sans lien avec le « déni des faits » si souvent reprochés aux AVS. Ils ont néanmoins en commun le refus partiel d'une réalité objective : ainsi, hormis les revendications d'une totale innocence, nombre AVS reconnaissent des « relations sexuelles » mais en dénie la dimension criminelle c'est-à-dire la violence imposée à autrui. L'affirmation « c'est moi et c'est pas moi », mainte fois entendue en psychothérapie, est la signature du clivage et du déni de la partie haineuse et violente du Moi. Cette dualité interne qui s'exprime crûment dans le discours est toujours troublante pour l'interlocuteur qui peine à y repérer une cohérence.

## L'emprise

Eviter le surgissement de tout conflit impose une maîtrise absolue de soi, de toute émotion et de l'environnement : puisque les différences (de sexe, de génération, de goût, d'opinion, etc.) sont susceptibles d'être source de tension alors mieux vaut les abolir et dénier l'idée-même d'une subjectivité-altérité. **L'emprise** consiste à déposséder l'autre de sa subjectivité intime perçue comme menaçante. Elle vise l'absolue sécurité interne et éradique les risques-dangers du doute ou des hésitations ressentis comme déstabilisants et affaiblissants. Dans une indifférenciation probante Moïnon Moi, cette emprise s'étend et s'impose aussi au « hors soi ». La certitude que « tout le monde est pareil » est rassurante. Nous comprenons là combien une telle logique psychique, substantiellement inconsciente, engendre une personnalité rigide et une tyrannie relationnelle qui font violences à autrui.

Clivage, déni et emprise dominent le fonctionnement psychique de la plupart des auteurs de violences, en particulier celles à caractère sexuel. De telles modalités de défense constituent le plus souvent un stade transitoire dans l'évolution psychique du petit humain. Généralement, elles s'abrasent ensuite progressivement dans une structuration névrotique. Chez nos patients AVS, le vécu insécuritaire ne permet pas cette maturation ; le fonctionnement reste donc figé à l'état « brut » inachevé dans cette phase précoce et archaïque. L'immaturité psycho affective domine alors leur rapport à eux-mêmes, à la réalité et à autrui : leur corps grandit mais le fonctionnement psychique reste infantile, dans un clivage probant entre soma et psyché. Cette fixation défensive définit la perversion au sens psychanalytique du terme. Le jugement moral et social porté sur le « pervers » et son incurabilité est bien loin de ce tableau psychopathologique où règne essentiellement une immaturité psychique toujours susceptible de mûrir. Ainsi, la clinique nous incite à nous référer à ces « mécanismes de défense du champ pervers » plutôt que d'affirmer un diagnostic de perversion empreint de déterminisme et dénué d'espoir thérapeutique.

## 3<sup>ème</sup> partie : De l'approche psychodynamique

La psychanalyse est un soin psychique que S. FREUD a théorisé à partir de sa formation médicale de neurologue et de sa pratique clinique thérapeutique il y a maintenant plus de 120 ans. Elle a fait école et s'est depuis enrichie et déclinée au fil des travaux et expériences des praticiens. En effet, la psychanalyse n'est point une théorie issue de la recherche fondamentale, elle découle essentiellement

# AUDITION PUBLIQUE

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

d'une praxis qui est inlassablement interrogée, pensée, mise au travail et dénuée de certitude puisque chaque rencontre avec un patient est inédite.

Il serait fastidieux et inadéquat de relater ici l'ensemble des théorisations freudiennes aussi ne citerons-nous que celles qui principalement nous éclairent sur la problématique des AVS.

## L'Inconscient

Une des grandes révélations des travaux de S. FREUD qui a exploré le psychisme tel un archéologue, fut de mettre en lumière l'existence de l'inconscient qui opère tel le disque dur d'un ordinateur : invisible, souvent imperceptible mais ô combien omniprésent et indispensable au fonctionnement humain. L'inconscient est le réceptacle des percepts et des affects : il est le noyau intime de nos personnalités et interagit à notre insu en permanence avec le conscient « malgré nous ». A l'instar donc du disque dur qui enregistre, sauvegarde et restitue (l'humain n'a-t-il point construit l'ordinateur à son image ?), il absorbe, nourrit et impacte sans cesse nos émotions et nos pensées et détermine ainsi nos choix. L'inconscient règne sur nos rêves et nos rêveries, faisant surgir dans notre sommeil des images ou sensations à peine perçues dans la journée ou corrélant des événements apparemment et consciemment sans lien.

Envisager un soin psychique en excluant l'inconscient nous apparaît renier une part essentielle de ce qui constitue un individu et nous semble aussi vain que de vouloir réparer un ordinateur en se contentant de changer l'écran !

## La Vérité historique du Sujet

Pour poursuivre avec cette métaphore informatique : si nous avons tous quasiment le même ordinateur, nous ne disposons pas tous des mêmes logiciels et les données que nous enregistrons et sauvegardons sont très variables d'un utilisateur à l'autre.

L'approche thérapeutique psycho dynamique s'attèle à la « mémoire » individuelle subjective. Elle vise à ouvrir progressivement les « fichiers des éprouvés ». Selon le principe de « libre association », elle invite à explorer les « fichiers cachés en abyme » : une émotion ou une pensée en appelle et en rappelle une autre. Elle « fait avec » la Vérité historique subjective. Elle accompagne le patient dans cette enquête sur sa réalité interne qui peut sembler parfois en décalage ou en contradiction avec une réalité externe : le « paraître » ne définit pas entièrement « l'être ». Il s'agit avant tout de travailler avec ce vécu subjectif qui de fil en aiguille a amené le patient dans son actualité présente c'est-à-dire à bâtir ce qu'il est, ce qu'il pense, ce qu'il fait et en l'occurrence l'a conduit à commettre des violences à caractère sexuel.

Le vécu singulier est la matière première des soins psycho dynamiques en ce sens qu'il détermine l'ici et maintenant de l'individu et de ses actes. A l'instar des préférences de goûts et des couleurs, les éprouvés ou les pensées ne sont pas raisonnables ; ils sont, au contraire, un creuset où se mêlent souvenirs, fantasmes, percepts et affects en toute partialité subjective et cela les rend bien complexes à expliquer, à argumenter ou à justifier. La thérapie d'approche psycho dynamique exclut la vérification des informations car elle n'est pas une enquête objective ou la quête d'un savoir *sur* la personne mais un cheminement *avec* elle.

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Les pulsions

En étudiant le psychisme, S. FREUD a révélé l'activité et l'objet des « pulsions ». Définies comme l'effet somatique d'un déclencheur psychique, souvent inconscient, ces pulsions constituent la mise en acte de pensées et la mise en scène d'éprouvés dans le champ de la réalité concrète et sociale. Au fil de sa pratique et de ses théorisations cliniques, S. FREUD a observé que certaines visent à préserver la vie (pulsions de vie/pulsions sexuelles) là où d'autres œuvrent pour détruire (pulsions de mort).

Il est parfois complexe de distinguer clairement les intentions pulsionnelles notamment lorsqu'elles produisent un crime et en particulier quand celui-ci revêt un caractère sexuel. Les violences sexuelles apparaissent en effet comme une conjugaison pulsionnelle ou plutôt une déliaison inorganisée de l'ensemble des pulsions. Leur surgissement brutal et soudain est souvent synonyme « d'impulsion » tant pour l'agresseur que pour la victime mais l'on se permettra d'affirmer ici qu'il n'en est rien ! Si l'acte commis ne repose sur aucune pensée perceptible et dicible, la mise en action de la pulsion n'en a pas moins une longue histoire et des origines. Une certaine confusion de sentiments, source d'insécurité, ou encore l'absence ou l'effondrement des repères tel que la confrontation à la conflictuelle différence au décours d'une situation relationnelle, nécessite une réaction (action en réponse à) urgente pour rétablir une sécurité suffisante. La destruction de l'objet perçu comme source du chaos s'impose dans une logique de survie. Les violences à caractère sexuel reposent sur une double action pulsionnelle qui conjointement et paradoxalement détruit et sauve.

La pratique clinique nous incite à retenir que ce mécanisme constitue un « recours à l'acte » qui a été conceptualisé par C. BALIER pour souligner la dimension de sauvegarde psychique que comporte l'agir pulsionnel destructeur. L'immaturité psycho affective de la plupart des AVS leur confère le sentiment d'être plus objet que sujet de leur existence : leur enfance les a rendu spectateur et/ou objet de relations humaines basées sur un rapport de force manichéen dominant-dominé. Pour s'en protéger, ils se sont écrasés dans un évitement du conflit. Les violences constituent une bascule radicale, fulgurante et transitoire, de cette position passive vers une position active dominante et toute puissante. Elle apparaît inversement proportionnelle aux ressentis d'humiliation « encaissés » jusqu'alors. G. BONNET considère ce retournement comme une forme de « vengeance » alors que nous y voyons surtout le surgissement des motions hostiles et haineuses censurées et emprises de longue date dans une partie déniée du Moi. De façon archaïque, sur un mode infantile, le corps est utilisé comme arme de destruction. Sa dimension adulte et sexuée en est l'instrument. Le clivage entre l'immaturité psychique et la maturité physique est provisoirement levé au profit d'une récupération narcissique.

Bien des agresseurs sexuels relatent leur impression d'avoir été agi et d'être davantage acteur qu'auteur. Néanmoins, leur fonctionnement psychique dans l'évitement de l'altérité (l'autre générant une conflictualisation pour laquelle ils ne sont pas outillés) contribue substantiellement à déclencher ce recours pulsionnel lorsque le déni et l'évitement ne sont plus des protections suffisamment efficaces.

La décharge pulsionnelle que constitue l'agir sexuel violent procure un apaisement éphémère qui ne règle en rien la problématique originelle. Ainsi que l'a observé D. ZAGURY dans son travail expertal sur la sérialité criminelle, les mêmes causes produisent les mêmes effets : la pulsion qui œuvre pour le maintien à un niveau bas de tension interne, répète son action chaque fois que nécessaire. La répétition de ce mouvement pulsionnel en quête d'homéostasie explique la répétition des recours à l'acte violent : une même victime est l'objet de maintes agressions durant plusieurs années et/ou de

# AUDITION PUBLIQUE

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

nombreuses victimes sont à déplorer au moment de l'arrestation de l'auteur. Cette décharge pulsionnelle destructrice comme « solution » d'évacuation de la pression interne est bien loin du plaisir sexuel. C'est l'apaisement qui est visé et non l'orgasme.

Il est souvent affirmé que les auteurs de violences sexuelles n'éprouvent pas de sentiment de culpabilité. Comme toute généralité, celle-ci est réductrice mais pas fautive ; fréquemment l'éprouvé de culpabilité porte sur la décharge pulsionnelle qui a échappé à leur emprise plutôt que sur le sentiment d'avoir nuï à autrui. Le déni d'altérité ne permet pas cette empathie voire impute à la victime la responsabilité d'avoir provoqué cette décharge pulsionnelle. A défaut de sentiment de culpabilité, un sentiment plus archaïque de honte est en revanche souvent présent. Chez ces individus qui ont œuvré pour se cacher dans une hyper conformité sociale, se retrouver en faute sous les projecteurs de la Justice, voire des médias, est ardu mais augure d'un possible travail thérapeutique.

## Le cadre de soin

L'un des apports de S. FREUD et de ses adeptes est d'avoir repéré l'impact substantiel d'un cadre de soin rigoureux, précis et immuable dans le processus thérapeutique. Pour favoriser l'élaboration psychique, la permanence du cadre « matériel » s'avère primordial : lieu, durée, fréquence des entretiens, positionnement dans l'espace y sont tout aussi nécessaires que la « solidité » du thérapeute. Seule une relation soignant/soigné balisée et délimitée favorise l'émergence d'une confiance mutuelle et du sentiment de sécurité respectif sans lesquels un soin psychique ne peut advenir. La fiabilité repose sur la permanence et sur la continuité. L'improvisation en fonction de « l'humeur du jour » tant du patient que du thérapeute sont « hors cadre » ! En plus d'être définies, les règles qui régissent le cadre de soin se doivent d'être énoncées, explicitées et rappelées autant de fois que nécessaire. Ces dispositions et leur respect bon gré mal gré font partie intégrante du soin. La contention qu'elles imposent tant au patient qu'au thérapeute est particulièrement essentielle dans le traitement des « transgresseurs » de la loi et de l'altérité et des débordements pulsionnels qui les agitent.

Le cadre de soin originel pratiqué et prôné par S. FREUD perdure dans le contexte de la « cure type » sur le divan. Il s'avère toutefois inadéquat en l'état avec la patientèle qui nous occupe. Il convient de n'en retenir que la substance c'est-à-dire un cadre thérapeutique rigoureux et solide, source de sécurité psychique et propice à l'expression sur soi qui favorise une réelle Rencontre humaine dans un partage d'affects (et non d'affection) telle que C. BALIER l'a conceptualisée.

## La relation thérapeutique

Au sein de ce dispositif psycho dynamique, S. FREUD a mis en évidence la nécessité d'une écoute active du thérapeute ainsi que son indispensable bienveillance envers le patient et ce qu'il exprime. Précisons, s'il en est besoin, que cette attention n'est en rien une caution ou une banalisation des actes criminels violents qu'il a commis. Les éprouvés qui émergent dans cette relation particulière entre un thérapeute et un patient s'inscrivent dans un mouvement de transfert et de contretransfert. Seul cet investissement mutuel, en résonance, permet de parler de soi, de nommer ses ressentis pour les élaborer.

L'approche psycho dynamique invite donc à une mise en mots du vécu subjectif en vue de la mise en perspective d'une historicité individuelle. Il s'agit de favoriser l'expression sur soi par libre association :

# AUDITION PUBLIQUE

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

une idée, un souvenir, une émotion en rappelle une autre et se donne sens les uns les autres. Ce qui semblait « oublié » émerge peu à peu dans le conscient et permet au patient, accompagné par le thérapeute, de repérer d'éventuelles répétitions mais aussi de saisir combien ce qui semble relever du hasard ou de l'impulsion a en fait des racines dans son historique. La psychanalyse donne la parole à l'individu dans ses dimensions conscientes et inconscientes, dans son présent comme sur son vécu infantile. Elle explore, avec le patient, le mal-être et ses racines en-deçà et au-delà des actes violents à caractère sexuel.

## 4<sup>ème</sup> partie : De l'intérêt de l'approche psycho dynamique dans la prise en charge thérapeutique des AVS

La diversité des AVS est désormais autant admise que la pertinence de ne jamais réduire un individu à ce qu'il paraît, fait ou commet. Notre expérience nous permet d'affirmer que tout crime ou délit, quelles que soient leur gravité et leur réitération, est toujours le produit d'une histoire subjective. La mission de la Justice est d'enquêter et de condamner alors que celle du thérapeute est de soigner ! Il n'a pas compétence à juger et le cadre légal français lui enjoint de respecter le secret professionnel<sup>4</sup>, y compris en milieu carcéral<sup>5</sup>. Le code de la Santé publique qui régit son activité lui impose d'entreprendre des soins opportuns, de ne point nuire mais n'exige pas une « guérison » somatique ou psychique qu'il est toujours complexe de mesurer.

Au vu de la psychopathologie des AVS, le soin psycho dynamique vise à traiter les causes pour prévenir les effets. Il ne s'agit point là de prévenir la récidive légale stricto sensu mais bien de prévenir la répétition des situations problématiques en les identifiant et de pallier les solutions pulsionnelles qu'elles engendrent. C'est donc tout le « mal vécu » qui va être mis au travail.

L'approche thérapeutique psycho dynamique s'attèle aux « racines du mal » c'est-à-dire au fonctionnement psychique. Elle tend à en démonter, avec le patient, les mécanismes conscients et inconscients pour les analyser dans une quête de sens et surtout à mettre en perspective la continuité existentielle qui a mené aux actes sexuels violents.

Cette thérapie psychanalytique propose un travail réflexif pour prendre soin de soi et par inférence des autres. D'emblée les habitudes modales défensives vont œuvrer pour éviter une « mise à nu » psychique. La première étape va donc consister à un « **apprivoisement** » ; la permanence du cadre de soin, la bienveillance et la neutralité du thérapeute non-jugeant vont créer un « espace sécurisé » propice à la liberté d'expression. A distance de la procédure judiciaire en cours, la parole déposée dans le cadre du soin, telle une version personnelle des faits par exemple, ne pourra se « retourner » contre le patient-justiciable. Cela n'implique pas un cautionnement aveugle du thérapeute, ni une adhésion au point de vue défendu par le patient, cela signifie juste qu'il ne le juge pas de penser ainsi : le patient va plutôt être guidé pour expliciter son raisonnement et ce qui l'y amène.

<sup>4</sup>L'obligation de signaler un mineur en danger est la seule dérogation légale au secret professionnel : **Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007**

<sup>5</sup> **Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale**  
Chapitre II : Soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus. Cette loi, portée par Simone Veil, instaure l'indépendance des logiques sanitaire et judiciaire en milieu pénitentiaire

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Assouplir les modalités défensives

Nous avons mis en exergue combien le vécu infantile avait conditionné le fonctionnement psychique et mobilisé de longue date des mécanismes de défense pour se protéger de toute souffrance. La thérapie psycho dynamique donne la parole à cette part infantile qui perdure, envahit l'adulte et détermine nombre de ses choix ou de ses actes souvent en toute « inconscience ».

Il n'y a point là l'illusion de modifier le passé mais uniquement d'en comprendre les méandres pour vivre avec sans qu'ils influent avec une récurrence toxique sur le présent. Il est frappant de constater combien nombre d'AVS ne se sont jamais intéressés à eux-mêmes et se sont fort peu penchés sur leur histoire de vie, tant leur énergie psychique semble avoir été principalement mobilisée sur la gestion factuelle de l'ici et maintenant. Plus objet que Sujet d'un parcours de vie, se raconter à un tiers et s'écouter narrer ne va pas de soi.

Ainsi les protections qu'offrent le clivage et le déni entretiennent le refus de se positionner sur une histoire en la « saucissonnant » sous forme d'anecdotes isolées alors que la « commande » thérapeutique vise à (re)constituer une trame cohérente : les vieux réflexes ne lâchent pas prise sur simple commande ! Il revient au thérapeute de faire avec, tout en provoquant une douce conflictualisation par des interventions et questionnements critiques pour aller au-delà de l'énoncé souvent froid. L'agressivité ne manquera pas de surgir mais ne détruira toutefois pas le cadre de soin, ni le thérapeute qui sont le réceptacle indestructible de ces éprouvés et de leur expression. Patience et persévérance tant pour le patient que pour le thérapeute seront indispensables. Les mécanismes de défense grandement actifs dans les premiers temps du soin tendent à proposer un discours peu incarné : il serait inadéquat de les bousculer d'emblée au risque sinon de les voir se renforcer alors que le travail vise à les assouplir pour les rendre plus adéquats à la relation d'altérité.

La vérification de la solidité, tant du soignant que du cadre, permet d'en acquérir la certitude. Dès lors, les modalités défensives et protectrices s'imposent de moins en moins. Nul doute qu'elles ressurgiront chaque fois que l'adversité et son lot d'insécurité seront à nouveau perçus.

La relation d'emprise maintient aussi sa Toute puissance dans les débuts du processus thérapeutique : le soignant se sent mis à mal, a la sensation d'être manipulé, attaqué dans son intimité et empêché dans ses « bonnes » intentions thérapeutiques. Si se soumettre est anti-thérapeutique, lutter contre en renvoyant de l'agressivité est tout à fait vain et contre-productif. S'appuyer sur le cadre et sur les ressources humaines d'une équipe de soin aide à tenir face aux tentatives de laminage. Il faut savoir parfois se contenter provisoirement de maintenir solidement le cadre sans attendre trop de contenu ou d'élaboration pour juguler des mécanismes d'emprise tendant à annihiler toute subjectivité ! L'utilisation d'une médiation, tel le QICPAAS<sup>6</sup>, l'historiogramme ou le génogramme ou encore des soins en groupe, peut contribuer à aménager cette relation inédite et provoquer un décalage suffisant pour parvenir à parler de soi. En effet, quelles qu'elles soient, les médiations opèrent tel un tiers protecteur, éloignent le sentiment de danger, libèrent l'émergence de pensées et d'émotions et en facilitent l'expression.

---

<sup>6</sup> Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Expérimenter l'altérité

Si le soin psycho dynamique constitue un espace « à part » de la vie quotidienne, à distance de ses tumultes pour penser sereinement et tranquillement, la rencontre thérapeute-patient n'en constitue pas moins une expérience d'altérité. Le réflexe protecteur d'emprise cherchera indubitablement à annuler ce rendez-vous avec un autrui différent de soi tant redouté.

Les modalités de soin de l'approche psycho dynamique reposent sur la Rencontre entre deux individus : chacun y a une place différente, clairement définie et non négociable. Leur investissement respectif et réciproque engendre une relation de confiance mutuelle puis tisse un lien qui va exister au-delà du strict instant de l'entretien. L'émergence du transfert et du contre-transfert - qui vont de pair - ne peut survenir sans réelle implication dans la relation de soin. Les entretiens vont ainsi constituer une expérimentation protégée de l'altérité.

Nous avons précédemment souligné que les violences à caractère sexuel s'inscrivaient dans une pathologie du lien inhérente à un défaut, voire un déni, de l'altérité. C'est pourquoi les soins psycho dynamiques axent principalement le traitement sur cette dimension relationnelle. La position soignante à la fois rigoureuse et bienveillante en est la pierre angulaire : pour accompagner le dépassement de la peur de l'altérité, le « savoir-être » relationnel prévaut sur le strict savoir-faire technique.

## Transformer les décharges pulsionnelles

La mise en mot vise à amener une forme d'expression aussi apaisante que celle de la mise en acte car parler est un acte. Identifier, nommer les émotions en les distinguant les unes des autres, verbaliser sur le vécu passé et présent constituent des mouvements psychiques dont le corps n'est pas exclu puisque maintes émotions se traduisent par une gestuelle corporelle (pleurer quand on est triste, rire quand on est joyeux, se tortiller ou suer quand on est mal à l'aise, etc.). Nombre patients découvrent et expriment après seulement quelques entretiens combien « ça fait du bien de parler quand on est écouté ».

La parole oblige à se représenter, elle nourrit et se nourrit de l'imaginaire qui souvent fait défaut chez les AVS. Leurs capacités idéatives et créatives ont en effet jusqu'alors été bridées par leur mécanisme de défense et leur souci de conformité à une norme sociale ambiante. Inviter à parler de soi par le biais de ce qui les anime (par exemple un loisir), à expliquer à l'interlocuteur-soignant oblige à trouver les mots pour traduire une pensée et des maux. Cette adresse à un autre favorise à la fois une représentation de soi et une représentation de l'autre. En plus de l'ouverture vers l'altérité qu'elle constitue, elle suscite une curiosité pour soi-même via la curiosité de l'autre pour soi dans une intersubjectivité.

Donner la parole à quelqu'un qui ne l'a pas eu ou ne se l'est jamais accordé, revêt une dimension narcissiquement valorisante. Parler revient à exister comme sujet. L'espace thérapeutique protégé notamment par le secret professionnel permet l'expérimentation sans danger du dévoilement de soi ; dénué de jugement ou de censure tant sur la forme que sur le contenu (seul l'agir violent y est comme partout interdit), « tout » peut y être dit. La colère ou la frustration doivent s'y exprimer verbalement : cogiter pour trouver les mots ou se remémorer des souvenirs met les pulsions au service de cet exercice créatif et en permet la liaison.

# AUDITION PUBLIQUE

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

La régularité des entretiens et leur continuité malgré des « loupés » créent progressivement « l'habitude de parler » et éloignent les risques d'une décharge pulsionnelle : la goutte d'eau ne fait plus déborder le vase lorsque l'on prend soin de le « vider » régulièrement !

## 5<sup>ème</sup> partie : Des limites des soins psycho dynamiques aux AVS

Chaque modalité de soin présente ses avantages et ses inconvénients et aucune ne peut s'affirmer entièrement efficiente et efficace pour tous. Ainsi, ce qui convient bien à un patient pourra être insupportable pour un autre. De plus, le « courant » peut passer avec un soignant et pas du tout avec un autre, même si les deux travaillent avec la même obédience clinique : la rencontre humaine n'est pas qu'affaire de théorie. Si l'approche psycho dynamique vise à accompagner et à guider un patient dans son cheminement, elle ne détermine pas d'emblée la destination à sa place, aussi est-il complexe de considérer l'avoir atteinte. L'ambition thérapeutique est d'abord de s'adapter aux capacités et aux possibilités de chacun. Néanmoins, il est légitime de sans cesse s'interroger sur la pertinence des soins en cours et de les évaluer pour repérer leur adéquation.

### La durée

Il est sans cesse reproché à la psychanalyse la durée des « cures » qu'elle propose ; il est vrai que l'on ne « détricote » pas toute une vie et des effets destructeurs d'un claquement de doigts. De plus, nouer une relation pour tisser un lien fiable avec un patient qui arrive avec réticence, défiance et un déni d'altérité, est un cheminement chaotique de longue haleine. L'amener au changement sans l'y contraindre, c'est à dire faire avec ce qu'il est/peut/veut, nécessite de laisser du temps à l'appropriation, à la Rencontre, à la décantation et à la maturation. En l'occurrence pour les AVS, tant la longueur des peines d'incarcération que celle des IS, en accorde à foison.

Le « travail de fond » psychanalytique peut aisément être complété, si besoin, par des traitements symptomatiques qui ont des effets plus immédiats. Soulager la souffrance aiguë liée par exemple au sevrage, à la dépression ou à une fantasmagorie envahissante avec une médication ou encore acquérir quelques habiletés sociales grâce à une approche comportementale, contribuent à apaiser et à dégager l'espace psychique requis pour réfléchir sur soi-même.

### L'évaluation

La limite principale à laquelle se heurte l'approche psycho dynamique est sa difficulté à rendre compte de son travail et à en évaluer quantitativement la progression et l'efficacité. La récidive légale ne peut constituer un indicateur d'échec ou de réussite d'un processus de soin sauf si la prise en charge est axée sur cette dimension criminologique. Or, sans jamais faire abstraction des infractions pénales, ni de la Loi, la psychothérapie analytique est centrée sur un patient et non sur un criminel-délinquant.

Affirmons-le, il est peu réalisable, voire impossible, de mesurer statistiquement une pathologie du lien d'altérité et son abrasion. Dans le champ de la maladie mentale psychiatrique, il est relativement aisé de diagnostiquer par exemple l'activité délirante/hallucinoïde d'un schizophrène ou la terreur phobique d'un névrosé puis d'en observer l'atténuation suite à un traitement. En revanche, le défaut d'altérité et plus largement les mécanismes pervers inhérents aux modalités défensives tels que le clivage du Moi, le déni d'altérité et l'emprise, s'identifient au travers des ressentis de l'interlocuteur. Son sentiment de malaise et son réflexe de protection lui indiquent les distorsions du contact



# AUDITION PUBLIQUE

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

relationnel déployé par le patient. Le diagnostic s'élabore donc sur le vécu subjectif du professionnel. Il est alors complexe de mesurer objectivement l'évolution de cette relation transférentielle/contre transférentielle. Néanmoins, le chantier est en cours puisque nous cogitons actuellement sur l'élaboration d'un « questionnaire d'évaluation de la relation thérapeutique ». Sa gestation est toutefois insuffisamment aboutie pour s'y attarder ici.

L'évaluation des soins psycho dynamiques ne peut se référer à des items d'observation externe à partir d'un paraître qui peut être éloigné, voire en contradiction, avec la réalité interne avec/sur laquelle nous travaillons. Ainsi, par exemple, le manque d'assiduité aux rendez-vous fixés pourrait constituer un indicateur mais le lien maintenu par une reprise de contact systématique le contredit : rater un ou des rendez-vous peut tout autant être signe d'une absence d'investissement dans les soins que celui d'une mise à l'épreuve/ vérification de la fiabilité du cadre de soin et de la relation thérapeutique. Il peut aussi être l'esquisse de l'affirmation d'une position subjective (s'autoriser à ne pas venir plutôt que de s'y soumettre passivement). S'en tenir strictement au registre factuel reposerait donc sur une interprétation projective qui est source d'erreur.

Par ailleurs, puisque le soin psycho dynamique est centré sur les éprouvés vécus, comment juger d'un ressenti ? Il n'est pas imaginable, ni acceptable de les noter comme bons ou mauvais, acceptables ou inadéquats, au risque sinon de se référer à des valeurs morales, certes « bien pensantes » mais non scientifiques et surtout mal venues dans une psychothérapie.

L'évaluation de la thérapie psycho dynamique ne peut être que qualitative et subjective. Elle impose une immense prudence éthique tant les contre-attitudes peuvent la biaiser. Bien que souvent empirique et intuitive (et non hasardeuse), cette évaluation est constante. Elle est toutefois complexe à restituer surtout quand un langage suffisamment commun n'est pas acquis. Cette difficulté de formalisation sur l'efficacité du soin psycho dynamique ne peut néanmoins remettre en cause tant la scientificité que la qualité et l'intensité du travail thérapeutique réalisé avec un patient.

17

## Conclusion : De l'articulation Santé/Justice

---

L'articulation Santé/Justice voulue par la loi du 17 juin 1998 repose sur la nécessité d'un maillage étroit pour traiter la problématique spécifique des AVS. On ne peut que regretter l'extension arbitraire de son champ d'application. Le suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soin s'avère en effet inadéquat quand les crimes ou délits commis ne résultent pas d'une pathologie du lien d'altérité. Par ailleurs, l'inflation de leur prononcé alourdit la charge de travail des professionnels concernés pour un résultat qui risque fort de ne pas être à la hauteur des espérances politiques. Elle empêche surtout de se consacrer pleinement au champ initialement visé.

Dans une logique de « défense sociale » et de prévention de la récidive, cette loi de 1998 a été cogitée pour associer plusieurs champs professionnels (social, judiciaire, sanitaire) dans un objectif sociétal commun. Le dispositif repose sur une complémentarité des compétences dans le respect des différences et définit clairement le rôle et les missions de chacun, sans hiérarchie puisque chaque professionnel y a la même importance.

Rappelons que le dispositif du suivi socio judiciaire assorti d'une injonction de soin a été construit au regard des résultats de la recherche menée sous l'égide de C. BALIER sur la psychopathologie des AVS. Il vise à répondre point par point à la problématique identifiée : la différenciation des missions

# AUDITION PUBLIQUE

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

de chaque champ professionnel répond à l'indifférenciation- confusion Moi-Non Moi ; il convient donc que chaque professionnel s'en tienne strictement à sa mission. L'articulation médecin ou psychologue traitant/MC<sup>7</sup>, MC/JAP<sup>8</sup>, JAP/ CPIP<sup>9</sup> constitue un maillage réel et symbolique qui répond au clivage et aux tentatives d'emprise.

Ce cadre légal et l'idéologie qui le sous tend définissent l'intervention psycho dynamique qui s'en tient strictement à sa mission et à ses compétences soignantes : son unique objet est le patient et le traitement de sa psychopathologie. Si l'obligation ou l'injonction de se soigner revient uniquement au patient-justiciable, la nécessité de proposer un soin adapté à la problématique s'impose éthiquement aux thérapeutes. L'intervention de la Loi (poursuites judiciaires, incarcération, condamnations) et le rappel des interdits sont la porte d'entrée vers les soins. Il est donc vain d'attendre une « demande de soin » : d'une part le patient n'en a pas les compétences d'altérité (sinon, il n'aurait sans doute pas commis de violences : il aurait demandé et non pris) et d'autre part, même s'il a consenti à ces soins, il n'en éprouve pas toujours réellement le besoin (ses mécanismes de défense le protège de toute souffrance). Le prononcé pénal lui offre l'opportunité de prendre enfin soin de lui-même.

Dans la prise en charge des AVS, l'approche psycho dynamique et l'action pénale découlent l'une de l'autre et constituent un « double cadre ». Cette fonction « d'inter contenance » soulignée et théorisée par A.CIAVALDINI, est profitable au patient-justiciable, aux professionnels impliqués et à la paix sociale. Quand les divers acteurs du dispositif font leur part et seulement leur part, dans une réelle confiance mutuelle, alors leur articulation constitue un lien d'altérité exemplaire pour le patient sous main de justice. A l'inverse, le moindre manquement ou égarement hors limite engendre aussitôt une confusion empreinte de rivalité destructrice qui alimente voire aggrave la problématique psychique du patient. Elle va surtout à l'encontre de la feuille de route tracée par la loi du 17 juin 1998 qui impose le respect de la différence dans la complémentarité.

Ainsi en confiant aux professionnels judiciaires la mission de prévenir la récidive, la législation française permet aux soignants de rester dans leur strict champ de compétence psychothérapeutique même si le patient est aussi par ailleurs un criminel/délinquant. En effet, les violences sexuelles constituent en premier lieu une infraction pénale qu'il convient que la Loi condamne et prévienne. Le soin psychique aux auteurs, qu'il soit libre, incité, enjoint ou obligé, vise à traiter une autre dimension que celle de la transgression de la loi : son objectif manifestement différent, est complémentaire et contribue substantiellement avec ses propres outils théoriques et cliniques à la prévention de la répétition des situations propices à la récidive légale.

Axer les psychothérapies sur la prévention de la récidive relève d'un choix théorique que nous percevons comme une possible source de confusion. D'une part, les statistiques publiées par le Ministère de la Justice montrent que le taux de récidive en matière de violences sexuelles reste durablement inférieur à 15%, ce qui ne justifie pas que leur risque et la légitime crainte qu'elle suscite, détermine les stratégies thérapeutiques. D'autre part, concentrer la totalité de la prise en charge sociale, sanitaire et judiciaire sur le comportement criminologique prend le risque de renforcer les mécanismes de soumission et d'hyper conformité aux « normes » sociales qui dominent le fonctionnement psychique de nombreux AVS. L'approche psycho dynamique privilégie le travail sur la

---

<sup>7</sup> Médecin Coordonnateur

<sup>8</sup> Juge de l'Application des Peines

<sup>9</sup> Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

# AUDITION PUBLIQUE

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

pathologie et ses origines pour en prévenir les effets destructeurs tant pour l'auteur que pour les victimes avérées et potentielles.

# AUDITION PUBLIQUE

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

## Bibliographie

### OUVRAGES

- BALIER, C. (1988). Psychanalyse des comportements violents. Paris : P.U.F.
- BALIER, C. (1996). Psychanalyse des comportements sexuels violents. Paris : P.U.F.
- BALIER, C. (Sous la direction de) (2005). La violence en abyme. Paris : P.U.F.
- BONNET, G. (2008). La perversion. Se venger pour survivre. Paris : P.U.F.
- CIAVALDINI, A., BALIER, C. (Sous la direction de) (2000). Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris : Masson, collection Pratiques en psychothérapie.
- CIAVALDINI, A. (1999). Psychopathologie des agresseurs sexuels. Paris : Masson, collection Médecine et psychothérapie.
- FREUD, S. (1915). Pulsions et destins des pulsions. In Métapsychologie. Paris : Gallimard. (1987)
- FREUD, S. (1915). L'inconscient. In Métapsychologie. Paris : Gallimard. (1987)
- GAUTRON, V. (2017). (Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin
- LEMAITRE, V. (2007). Rencontre avec Claude BALIER - La violence de vivre. Paris : Erès.

- RACAMIER, P-C. (1995). L'inceste et l'incestuel. Paris: Les éditions du collège.
- VERSCHOOT, O. (2014). Du déni au crime - Des origines psychologiques de la violence Paris: IMAGO
- ZAGURY, D. avec ASSOULINE, F. (2008). L'énigme des tueurs en série. Paris : Plon

### SITES INTERNET

- Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS) : [www.artaas.org](http://www.artaas.org)
- BALIER, C. Les bases d'une relation thérapeutique
- CIAVALDINI, A. Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur de violence sexuelle
- Société Psychanalytique de Paris (SPP) : Conférence Vulpian - Mai 2002
- BALIER, C. La psychanalyse et les « agirs »
- BALIER, C. La psychanalyse confrontée à la violence criminelle
- Ministère de la Justice : [www.justice.gouv.fr](http://www.justice.gouv.fr)