

Depuis les décennies 1980-90, les recherches cliniques sur les auteurs de violences sexuelles permirent de sortir les délinquants sexuels de l'ornière de la *perversion*. Ce livret rend compte des résultats de ces recherches et du travail clinique qui en découle depuis 20 ans. Un nouveau paradigme émerge où s'articulent les dimensions de la justice, du soin psychique et de l'accompagnement social.

Les procédures et dispositifs de prises en charge qui sont présentés ont été développés dans une culture du soin humaniste où domine l'approche psychodynamique, permettant de rendre ces sujets accessibles à des soins psychiques dans l'espace carcéral ou en ambulatoire dans le milieu libre. Les questions éthiques posées par cette nouvelle alliance entre dimension judiciaire et thérapeutique sont mises ici en perspective.

André Ciavaldini est Docteur en psychologie clinique et en psychopathologie et psychanalyste (IPA). Directeur de recherches au Laboratoire PCPP – Psychologie Clinique, Psychopathologie, Psychanalyse – à l'Institut de Psychologie, Université Paris Descartes, il est membre fondateur du PARI – Psychothérapies, Applications et Recherches Intersectorielles – du Centre hospitalier Alpes-Isère ainsi que le fondateur et l'ancien directeur de programme du CRIAVS Rhône-Alpes – Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles.

**yapaka.be**

Coordination de l'aide  
aux victimes de maltraitance  
Secrétariat général  
Fédération Wallonie-Bruxelles  
de Belgique  
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles  
yapaka@yapaka.be



PRISE EN CHARGE DES DÉLINQUANTS SEXUELS

ANDRÉ CIAVALDINI

yapaka.be

61

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

## PRISE EN CHARGE DES DÉLINQUANTS SEXUELS

*André Ciavaldini*

yapaka.be

# Prise en charge des délinquants sexuels

*André Ciavaldini*

## Temps d'Arrêt / Lectures

*Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.*

**Directeur de collection :** Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Delphine Cordier, Philippe Dufromont, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

## Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt/Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

**Comité de pilotage :** Nicole Bruhwylter, Deborah Dewulf, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Marie Thonon, Christelle Trifaux et Juliette Vilet.

*Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.*

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.  
Novembre 2012

## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| <b>Violences sexuelles, entre hier et aujourd'hui.</b> . . . . .                               | 7  |
| <b>Penser une prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles</b> . . . . .                 | 10 |
| Du pervers inamendable à l'élaboration d'une politique de soins . . . . .                      | 10 |
| Le cadre du soin s'étaye sur le cadre pénal . . . . .  | 11 |
| Comprendre les résistances éthiques . . . . .  | 12 |
| Qui sont les auteurs d'infractions à caractère sexuel? . . . . .                               | 14 |
| <b>Place de la justice dans la prise en charge.</b> . . . . .                                  | 22 |
| La loi comme « méta-cadre » . . . . .  | 22 |
| La fonction « thérapeutique » de la sanction . . . . .   | 23 |
| Démarrer les prises en charge thérapeutiques le plus tôt possible . . . . .                    | 26 |
| <b>Prises en charge de l'auteur d'infraction à caractère sexuel</b> . . . . .                  | 27 |
| La question de la <i>demande</i> est une fausse question . . . . .                             | 27 |
| Espaces et temporalités judiciaires : supports de la prise en charge . . . . .                 | 29 |
| Stratégies de prises en charge . . . . .   | 32 |
| Outils thérapeutiques. . . . .   | 36 |
| Dangerosité et récidive . . . . .  | 39 |
| Un exemple de prise en charge ambulatoire d'auteurs d'agressions sexuelles : le PARI . . . . . | 41 |
| <b>Éthique thérapeutique dans la prise en charge</b> . . . . .                                 | 52 |
| Un « environnement favorable » aux soins : le maillage « santé-justice ». . . . .              | 52 |
| Stratégies thérapeutiques psychodynamiques : le travail en réseau. . . . .                     | 55 |
| <b>Pour conclure</b> . . . . .   | 56 |
| <b>Bibliographie.</b> . . . . .  | 59 |

Ce livret est rédigé sur la base d'une expérience des soins psychiques qui se déroule en France auprès des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Il y est donc fait référence à des éléments de droit qui sont différents entre la Belgique et la France quant à la prise en charge de ces sujets et plus généralement quant au fonctionnement du système de santé en prison.

Pour éclairer le lecteur, en Belgique, la prise en charge thérapeutique n'intervient qu'à la libération sous conditions. Il arrive toutefois qu'un juge ordonne une prise en charge thérapeutique mais celle-ci ne se fera jamais en prison. Elle se substitue alors à la peine ou à une partie de celle-ci. Il arrive donc qu'un auteur ne rencontre aucun intervenant thérapeutique entre le moment de son incarcération et le moment de son admissibilité aux soins.

Le modèle français est différent, il s'inspire des travaux faits à la fin des années 1980 montrant tout l'intérêt à commencer une prise en charge thérapeutique pour les AICS le plus rapidement possible dès leur arrivée en incarcération après le jugement. Cela est rendu possible par le fonctionnement pénitentiaire français où la santé mentale en prison ne relève pas du Ministère de la Justice mais est sous la juridiction du Ministère de la Santé. Cela assure aux équipes de santé exerçant en prison une autonomie et une confidentialité des soins qu'ils procurent.

« Ce qui est familier n'est pas pour cela connu. »  
Hegel

## Violences sexuelles, entre hier et aujourd'hui

Les violences sexuelles font partie du lot des violences inhérentes à l'Humain. Elles ont toujours accompagné le développement de la civilisation, elles lui sont en quelque sorte consubstantielles. Ces violences constituent un vaste ensemble dont toutes les facettes ne concernent pas directement le clinicien. En effet, certaines d'entre elles sont exercées dans des cadres rituels ou encore de guerre. Dans ces situations, l'acte de violence sexuelle est commandé par une dimension externe à son auteur. Aussi, pour le propos de cet ouvrage, est-il nécessaire de ne retenir que ce qui intéresse l'aspect médico-légal dans son exercice violent auprès d'un tiers et que l'on peut nommer « acte d'agression sexuelle » (ou de manière contemporaine : délinquance sexuelle). Contrairement aux premières situations évoquées, cet acte présente la particularité de se trouver principalement sous une commande (ou une défaillance) interne à son auteur<sup>1</sup>. Pour autant,

1. Classiquement, en France, les actes d'agressions sexuelles recouvrent les situations d'agressions et d'atteintes sexuelles, qu'elles soient simples ou aggravées définies par le Code Pénal. Il s'agit des exhibitionnistes, des auteurs d'atteintes sexuelles de toutes sortes, dont le viol, contre des adultes ou des enfants (dont la pédophilie), mais aussi des auteurs de violences sexuelles intra-familiales (inceste), de viols conjugaux, de viols en série, de viols collectifs, et encore de harcèlement sexuel. Une définition clinique en a été proposée par l'auteur en 2001 pour la première conférence de consensus sur Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle : « L'agression sexuelle peut être considérée comme une situation de mise sous contrainte non justifiée d'un tiers, par un sujet, ou un groupe de sujets, portant atteinte à l'intégrité physique et psychique de la personne, dans un but évident d'en tirer un bénéfice de type sexuel au seul profit du ou des agresseurs » (Ciavaldini, 2001).

chaque civilisation confère à ces violences sexuelles un sens différent, même si les actions qui les accompagnent sont limitées dans leurs expressions par la physiologie du corps. Le viol en est un exemple parmi d'autres. De tous temps, il fut sévèrement condamné dans les textes mais, pendant longtemps, rarement puni par les hommes chargés d'appliquer la loi (Vigarello, 1998<sup>2</sup>). C'est ainsi que l'agression sexuelle, même dans une culture donnée, n'est pas identique partout et de tout temps.

Jusque dans la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, les auteurs de ces actes furent considérés qu'ils soient principalement masculins mais aussi féminins — dans une moindre mesure de par la méconnaissance du phénomène — comme se situant dans le hors champ d'une humanité communément partageable. En effet, les auteurs d'agressions sexuelles forment encore aujourd'hui une population psychologiquement mal connue, même si les actes qu'ils commettent font grand bruit. Mal connue de nos contemporains, qu'ils soient hommes politiques, professionnels de la santé ou hommes de la rue, cette population fut laissée le plus souvent dans l'ombre de nos connaissances. La presse, et plus largement les médias, participent grandement à ce phénomène et l'entretiennent en générant, parfois jusqu'à la nausée des images et des identités de meurtriers sexuels. En effet, depuis Jack l'éventreur au xix<sup>e</sup> siècle qui inaugura l'âge du crime sexuel médiatisé, le criminel sexuel se trouve souvent stigmatisé par une figuration univoque, celle du monstre, c'est-à-dire de l'étranger radical, du hors-humain. Ce sont alors des évocations de loup-garou, de vampire, de cannibale, de fou. Pour une actualité plus récente, citons simplement « l'ogre des Ardennes » pour Michel Fourniret ; ou encore « Pierrot le fou » pour Pierre Bodein. Or, ces représentations culturelles ne prennent pas en compte la réalité clinique, sociale et humaine de ces auteurs.

---

2. Vigarello G., *Histoire du viol*, éd. du Seuil, Paris, 1998, 357 p.

Ainsi, longtemps pensés psychiatriquement comme pervers, les auteurs d'agressions sexuelles furent relégués dans les marges de tous soins. Pensés comme jouissant de leurs actions délétères, ils furent jusque dans les années 1980 considérés comme inéducables et inamendables. En effet, ceux qui jouissent de leurs crimes ne sont en aucun cas des malades, alors pourquoi leur proposer des soins ? Cela d'autant plus qu'eux-mêmes, tout en reconnaissant leurs crimes, n'en réclamaient aucun. Il restait donc la sanction pénale avec, pour nombre de ces sujets, une relative inefficacité sécuritaire. La récidive était souvent présente. Que fallait-il faire ? Et comment le penser ? Comment comprendre que, même chez ceux reconnaissant la criminalité de leurs actes, la sanction n'entame aucunement leur potentialité criminelle ? Cela venait alimenter la conception du temps : ils étaient des pervers, la preuve était là. Belle tautologie.

La réalité clinique qui émergera dans les années 1990 à la suite de recherches faites auprès de ces populations délinquantes et criminelles sexuelles, incarcérées ou pas, nous fournira un tableau permettant de rendre dignité humaine à ces hommes et ces femmes et contribuera à leur éviter une forme de relégation sociale. Ce petit livret participe de ce mouvement en montrant le chemin parcouru en un quart de siècle, chemin qui a conduit à organiser des dispositifs d'accueil, des procédures de recherches cliniques permettant d'élaborer puis de développer pour ces sujets des prises en charge, tant thérapeutiques que d'accompagnement social. Un tel mouvement n'a été rendu possible que par une nouvelle alliance qui s'est fait jour à la fin du siècle dernier entre le champ de la justice et celui du soin. Cette nouvelle alliance, qui fut au début vécue comme celle de la carpe et du lapin, souleva de nombreuses résistances éthiques que nous aurons à envisager, tant le traitement de ces résistances fait lui-même partie intégrante de ces prises en charge. Quand la loi ordonne le soin, la clinique doit prendre en compte ce nouvel ordonnancement pour en faire un outil thérapeutique. C'est

ce parcours historique, permettant d'approcher et de décrire la complexité de la prise en charge de ces auteurs d'infractions à caractère sexuel, que cet ouvrage se propose d'entreprendre.

## Penser une prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles

### Du pervers inamendable à l'élaboration d'une politique de soins

Sortir de la tautologie que je viens de dénoncer n'était pas chose facile et le changement ne vint pas vraiment de la justice ou de la psychiatrie, il vint des victimes elles-mêmes et de leurs associations dans le milieu des années 1970. Que l'on songe à la dénonciation, en 1986 du crime d'inceste et de son camouflage social par la voix d'Éva Thomas, qui fondera SOS Inceste. C'est sous l'impact de telles associations d'aide aux victimes mais aussi des mouvements féministes que l'on commença par écouter et prendre réellement en considération leur parole et que l'on comprit l'ampleur de ce qui allait devenir en quelques années un véritable phénomène de santé publique, à savoir la dimension traumatique que ces auteurs faisaient subir à celles et ceux qui étaient attaqués par leurs actions délabrantes. À court, moyen, et long terme, on découvrirait l'ampleur du coût des séquelles que de tels traumatismes engendraient pour l'économie de la Santé.

On forma donc les équipes de police et de gendarmerie à recueillir la parole de ces victimes. Dès lors, les condamnations et les incarcérations des auteurs augmentèrent de manière très conséquente (en

France, entre 1975 et 1995, multiplication par six des condamnés pour viol et attentats aux mœurs). Face à une telle occurrence, la responsabilité des pouvoirs publics se trouva engagée tant sur le plan politique qu'éthique. Aux victimes, il convint d'assurer une aide thérapeutique. Aux agresseurs, il était nécessaire de les prendre en charge pénalement et thérapeutiquement afin de protéger d'une éventuelle récurrence les citoyens, enfants et adultes, victimes potentielles. À cette dimension s'en ajoutait une autre, moins visible, mais tout aussi importante, il fallait que la justice se donne les moyens de mener à terme, avec de tels sujets, le troisième axe de sa mission qui était, après la sanction et la sécurisation, la réadaptation. C'était permettre à la justice de recouvrer une forme de dignité en sortant ces sujets d'un statut qui était proche symboliquement de la relégation avec sa dimension de « présomption irréfragable d'incorrigibilité »<sup>3</sup>.

Ainsi, en France, au début des années 1990, en lien avec le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé programma une étude sur l'ensemble des sites de santé en milieu pénitentiaire. Son but était de mieux apprécier le fonctionnement psychique des auteurs d'infractions à caractère sexuel afin de permettre des mises en place de traitements appropriés visant à éviter la récurrence. Cette recherche a amené des conclusions profondément différentes qui ouvrirent la voie à des prises en charge possibles dans des conditions que je définirais plus loin<sup>4</sup>.

### Le cadre du soin s'étaye sur le cadre pénal

Fort des résultats de cette recherche en lien avec le travail des commissions interministérielles Santé-Justice, le législateur français rédige la loi du 17

3. Selon le texte même de la loi de 1825 sur la relégation.

4. Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Direction Générale de la Santé, Paris, 1996, 269 p.

juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, qui lie, pour la première fois dans son intention, victimes et auteurs. Elle instaurait également pour la première fois dans le champ pénal, une peine de suivi socio-judiciaire pouvant inclure éventuellement une injonction de soins. Le fait qu'un tel suivi puisse être une peine pénale permet de préciser que, en tant que peine, elle peut être prononcée à titre principal, sans peine à temps (réclusion). Mais, si l'injonction de soins comprise dans le suivi socio-judiciaire ne connaît pas d'effet, elle conduit à l'incarcération ou à la réincarcération du sujet pénalisé. Ainsi, la prise en charge de ces sujets devenait possible, un cadre légal lui étant destiné. C'est précisément la mise en place de ce cadre qui souleva d'emblée de fortes résistances éthiques.

## Comprendre les résistances éthiques

Le suivi socio-judiciaire avec son éventuelle injonction de soins pose la question du sens de cette dernière. Ne perdons pas de vue que, pour le législateur français, la loi du 17 juin 1998, dans sa part destinée aux auteurs d'actes violents sexuels, est une loi sécuritaire qui répond aux maîtres mots de nos idéaux sociaux actuels que sont « le risque zéro » et le « principe de précaution » qui recomposent le champ social en « société de défiance ». Cette loi vise à réduire la dangerosité de tels sujets. Mieux que maîtriser la récidive, il s'agit de l'éviter. Dans un tel contexte comment échapper à la pensée d'un projet sécuritaire asservissant le soin, pour le transformer en « peine » ? La clinique entrerait-elle dans le champ pénal avec le risque d'une instrumentalisation pénale du soignant ? La bivalence du terme de sanction<sup>5</sup>, notamment l'idée d'un travail de passage, permet de procéder à une autre lecture du projet d'un soin sous surveillance, il s'agirait alors de comprendre le texte législatif comme

5. Rey A., *Dictionnaire historique de la langue française*, éd. Le Robert, Paris, 1992.

une injonction à penser la complémentarité des deux champs, celui de la justice et celui du soin<sup>6</sup>.

Que signifie, pour le judiciaire le fait d'ériger le soin en obligation dans le cadre d'une sanction pénale si ce n'est la reconnaissance par celui-ci d'avoir atteint une limite ? Cette limite est celle qui consiste à pouvoir remplir totalement sa mission de régénération morale du condamné par le prix de la peine infligée, ce qui constitue le troisième axe de la justice pénale. Le législateur a formé l'hypothèse que la capacité des AICS à partager les règles est altérée. Il lui faudra donc se doter de moyens pour rendre la sentence « efficace » et remettre le sujet dans le chemin du droit commun. Le soin est ce moyen que se donne la loi. Il est ici important de rappeler que la loi représente une dimension de progression civilisatrice en ce sens que le terme « loi » suppose plus qu'une soumission, ce qui est par exemple le cas de la coutume, ou encore de la base du juridique : le jus en tant que formule — éventuellement religieuse ou magique — à laquelle il fallait se soumettre. Le mot loi contient l'idée d'une convention, d'un contrat entre deux parties, donc d'une acceptation bilatérale sur la base d'un compromis, qui se devra d'être écrit et promulgué et qui alors fera autorité.

Aussi, l'intelligence des juges à percevoir les limites de l'efficacité de la peine les a conduits à s'adjoindre le nécessaire de son efficace: le soin. L'injonction de soins est paradoxalement le signe reconnu d'une limite du pouvoir légal mais par ce fait même elle place l'agresseur sexuel du côté des humains et l'extirpe de son statut de « monstre ». Par ailleurs, par cette sanction obligeant le condamné aux soins, la loi se réinstalle comme ordonnatrice et donc comme identique à elle-même dans son projet.

6. Rappelons qu'en France, le domaine de la Santé psychique dans l'intra-carcéral relève de la compétence du Ministère de la Santé et non de la Justice comme en Belgique. Donnée institutionnelle qui signe en soi la possibilité d'une volonté latente de sortie de l'asservissement.



La compréhension de ces résistances est nécessaire car elle s'articule avec ce que révèlent les diverses recherches sur l'organisation psychique des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

## **Qui sont les auteurs d'infractions à caractère sexuel ?**

Malgré le fait qu'aucune organisation psychopathologique particulière ne puisse revendiquer le monopole des conduites violentes sexuelles et donc que la notion de structure perverse est particulièrement inadaptée pour en rendre compte, il est remarquable qu'un certain nombre de traits de fonctionnement psychique sont partagés par ces sujets.

### **Un Moi mal limité**

Le fonctionnement psychique de l'auteur d'infractions à caractère sexuel se caractérise par une mauvaise définition de ses limites psychiques qui confine parfois avec une dimension psychotique. Cette altération entraîne une difficile reconnaissance de l'altérité. L'autre n'est, le plus souvent, pas véritablement constitué dans sa différence subjective. Autant d'éléments qui permettent de comprendre que ces sujets sont peu sensibles à la culpabilité. Le registre surmoïque, quand il est présent, est cruel ce qui signe non pas un surmoi œdipien, mais un moi-idéal. Par ailleurs, et cela constitue une difficulté importante dans leur prise en charge, leur Moi est, pour la plus grande part d'entre eux, archipellisé indiquant la puissance des clivages, entraînant en quelque sorte que ce que fait la main droite est ignoré par la main gauche et vice-versa. Cela signifie que coexistent chez le même sujet des zones psychiques paraissant organisées sur un mode secondarisé et d'autres pouvant relever de fonctionnements archaïques. Ces diverses zones fonctionnant de manière étanche. Ainsi un pédophile pourra à certains moments dire qu'il faut châtier tous les pédophiles, que ce sont « des

salauds » et à d'autres pourra expliquer comment il aime séduire de telle et telle manière les enfants. Les clivages internes ne permettant pas que ces deux assertions, appartenant à deux zones distinctes de son psychisme, puissent entrer en communication, voire en conflit. C'est une telle modalité de fonctionnement qui est souvent déroutante pour les équipes de soins qui utiliseront alors, le terme de pervers pour qualifier un tel sujet, avec toute la connotation négative que l'emploi d'un tel qualificatif signifie pour lui. Par ce terme il devient inéducable et inamendable, alors pourquoi mettre en place un soin ? L'emploi de ce vocable (pervers) vient gommer l'effet des clivages internes au sujet AICS qui ne sont que l'expression d'une souffrance psychique installée de longue date et s'enracinant dans l'enfance du sujet.

### **L'acte de décharge permet la survie psychique**

Les sujets ayant des « agir » pathologiques investissent peu le registre verbal. En effet, ils présentent une modalité particulière de régulation psychique qui passe d'abord par la décharge motrice (l'agir) et non par la mise en représentation des excitations qu'ils ressentent permettant de mettre en place une action adéquate ou de la retenir. Le passage à l'acte sexuel est l'action libératrice qui va évacuer la surcharge et ramener le calme à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet. Cliniquement du reste, c'est plus des trois quart des AICS qui disent rechercher un apaisement dans leurs actions violentes. Pour un certain nombre d'entre eux la régulation par l'acte de décharge s'enregistre aussi par la présence d'une délinquance autre que sexuelle. On comprend, dès lors qu'existe une telle défense par l'action qui les sauve d'angoisses confinant parfois à la psychose, qu'il n'est pas question pour eux de poser « spontanément » une demande de soins psychiques puisque leur acte les sauve d'une souffrance psychique, donnée nécessaire à toute demande de soins.

## **Utilisation de mécanismes de défenses archaïques**

Possédant peu de capacités à se représenter les charges d'excitations auxquelles ils sont confrontés, ces sujets utilisent de manière privilégiée des défenses archaïques à modalité expulsante, visant à décharger leur Moi de l'excès qu'il ne peut traiter. Ces modalités primaires sont issues des conditions procurées par leur environnement familial primaire qui seront évoquées plus avant. Ils conservent, inscrite en creux, la marque des traumatismes générationnels auxquels ils ont été confrontés et dont l'organisation de leur psychisme est aussi le produit. Ces mécanismes défensifs sont la répression des affects, la projection et le clivage. Quant au déni des actes que l'on enregistre souvent, il est la conséquence visant à protéger, en la masquant, leur incapacité de gestion psychique. Pour autant, il convient ici, puisqu'il est question de prise en charge, de ne pas confondre déni et dénégation. En effet, trop souvent on peut lire à propos de ces auteurs qu'un accès aux soins suppose une reconnaissance des actes, ce qui laisserait de nouveau, sur les marges du soin, ceux que l'on nomme « dénégateurs » alors qu'il est important de leur proposer des prises en charge suffisamment aménagées. Une dénégation suppose une connaissance consciente de ce qui n'est pas reconnu et indique une perception raisonnée de l'action, ce qui n'est pas le cas du déni qui porte sur le réel de l'action. Dans la dénégation, il y a un refus d'admettre, non pas tant l'action en elle-même, même si c'est elle qui se trouve refusée, mais in fine ce à quoi elle renvoie. Ce qui indique que nous sommes encore dans un champ dont l'activité représentative peut encore être productrice de sens. La reconnaissance étant empêchée par des processus qu'il convient alors d'investiguer, qui peuvent aller d'un mécanisme proche d'une culpabilité à une honte. Il en va bien autrement du déni franc qui peut être proche d'un processus d'abrasion psychique pouvant confiner au délire, voire à une hallucination négative.

## **Carences affectives précoces et perturbations multiples**

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel présentent de nombreuses carences affectives précoces, particulièrement des violences dans l'enfance dont, pour une bonne moitié d'entre eux, des violences sexuelles. Ils se sont développés dans un environnement premier de type « insécure » qui leur rend spontanément difficile, voire pour les plus démunis psychiquement, quasi impossible, l'investissement d'un cadre de soin ou d'institutions supports du soin psychique. Cet ensemble conduit à des perturbations multiples tant aux plans cognitifs qu'affectifs, que ce soit dans le champ de la sexualité et de ses représentations, que dans le registre de l'émotion et de l'affect et de leur verbalisation ou encore des habiletés sociales.

### **Perturbations dans le répertoire des affects**

Une constatation faite par l'ensemble des cliniciens impliqués dans des prises en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel est que la grande majorité d'entre eux présente une reconnaissance ainsi qu'une identification difficile de leurs éprouvés affectifs qui en imposent parfois pour une alexithymie. Cette dimension indique l'accent qui devra être mis, dans la prise en charge de ces sujets, sur le développement de leur capacité à identifier et à nommer leurs éprouvés affectifs. Voyons donc ce qui n'est spécifiquement pas reconnu par l'auteur de violences sexuelles.

Pour comprendre les conséquences de cette perturbation dans l'établissement du répertoire des affects qui fera l'un des axes principaux de leurs prises en charge thérapeutique, il me faut rappeler la fonction psychique de l'affect dans le cadre d'un modèle psychodynamique. L'affect qui est une construction psychique historique est, avec la représentation, l'un des deux représentants de la pulsion. Il est le média qui permet l'advenue à la mentalisation des actions d'un sujet. Il est à la fois l'expression subjective d'un

comportement mais aussi la voie de la transmission de l'histoire de la construction d'une subjectivité. L'affect en tant que vecteur de l'information généalogique est donc l'élément primordial de la subjectivation en même temps qu'il est notre code du lien à l'autre. L'affect que l'autre provoque en nous, nous permet de régler notre comportement par apport à autrui.

D'entrée de vie, tout enfant verra son corps investi d'une manière particulière qui tient à l'histoire même de la personne qui lui procure les soins premiers (en général la mère). La manière dont la mère s'occupe de son bébé est le fruit d'une histoire transgénérationnelle où chaque geste maternel, ou absence de gestes quand ceux-ci sont nécessaires (négligence), vient dire à l'enfant, au travers de l'affect qu'il en éprouve, la place qu'il a pour elle dans son histoire. Ainsi, ces éprouvés inscrivent sur le corps de l'enfant son histoire affective et donc lui désigne la place qu'il occupe dans son environnement familial premier. Il se trouve ainsi placé, par la voie de ces éprouvés, à une place tridimensionnelle : c'est un petit humain, il est donc identifié comme membre d'une espèce ; il est l'enfant d'un homme et d'une femme, il est donc lié à un double lignage, paternel et maternel ; enfin il est fils ou fille de, petit-fils ou petite-fille de, ... et se trouve donc situé dans une filiation. Cette tridimensionnalité constitue la base des différences structurant le psychisme : différence entre les espèces, différence des sexes et différence des générations. Ce sont là les coordonnées principales de la subjectivation. Elles forment la trame sur laquelle se déploiera toute la symbolisation à venir. Or, c'est précisément dans ces trois domaines qu'ont été repérées des non-reconnaissances.

### **Perturbation dans la transmission intergénérationnelle**

L'étude des familles d'auteurs de violences sexuelles permet de comprendre la source, mais aussi d'envisager les conséquences de ces perturbations, particulièrement dans l'établissement du répertoire des

affects. Ces familles ont à leur programme, et selon des dimensions variables mais qui semblent proportionnelles à la violence engagée dans l'acte d'agression, tous les ingrédients pour décrire le champ de la confusion incestueuse : la violence, l'humiliation, la séduction et l'emprise. Ainsi, le dérèglement de la construction des répertoires d'affects apparaît comme le résultat d'une histoire familiale traumatique. Lorsque l'histoire généalogique est trop chargée d'impensés, les éléments structurant le psychisme qui viennent d'être évoqués ci-dessus ne sont plus transmis. C'est ce processus qui, à terme, ne permet pas au sujet de reconnaître ce par quoi il est affecté et a fortiori ce que ses actions engendrent chez l'autre : dès lors l'autre n'est plus reconnu dans son statut d'humanité et peut être ramené à celui d'objet-ustensile (pour reprendre le terme de P. Cl. Racamier). C'est ce que l'on nomme une désobjectalisation qui répond à l'effet désobjectivant que connaît l'agresseur face à une excitation non négociable par une mise en représentation psychique. Ce qui prévaut alors est la dimension excitative avec sa régulation primaire qu'est la décharge explosive : la voie de l'agir pathologique est alors ouverte.

### **Défaillances dans la construction de leur identité de base**

Face à de telles occurrences, et quelle que soit leur configuration psychique, il est possible d'avancer que ces sujets présentent tous une défaillance dans la construction de leur identité de base, c'est-à-dire de leur narcissisme. Au mieux, nous avons affaire à des faux-selves localisés, au pire à des organisations franchement psychotiques et particulièrement des psychoses « blanches » (Balier, 1996).

### **L'environnement : élément régulateur psychique**

L'ensemble de ces éléments permet de comprendre l'importance de l'environnement en tant qu'élément régulateur externe de leur psyché. Pour illustrer mon

propos, nous pourrions écrire qu'à défaut d'un surmoi constitué qui fonctionnerait comme une structure interne donnant du sens à leurs actions, ces sujets ont besoin d'un contenant externe sur lequel s'appuyer. Ce contenant, ce sera l'environnement affectif dans lequel ils évoluent. Tant que celui-ci ne présente pas ou peu de variations, ce sont des sujets qui peuvent apparaître bien intégrés, mais que celui-ci vienne à être défaillant, même pour une raison minime, le sujet s'en trouvera menacé. C'est alors que surgit le risque de surcharge excitative avec son mode expulsif de régulation et le risque de passage à l'acte.

Ce qui est complexe à comprendre, est que la victime doit être comprise comme étant pour l'agresseur, un élément environnemental qu'il utilise pour éviter de sombrer dans un effondrement identitaire face à la surcharge excitative qu'il n'arrive pas à gérer psychiquement.

### **La souffrance cachée de l'auteur de violences sexuelles**

Nous venons d'envisager l'agression sexuelle de ces sujets comme étant une stratégie de survie psychique, pour certains même un ultime recours avant l'effondrement dans des angoisses psychotiques. Or, plus un sujet est dans une stratégie de survie, moins il a conscience de sa souffrance (Bettelheim, 1979). L'auteur de violences sexuelles va donc défendre ce qui lui permet de survivre. C'est la raison principale qui entraîne un tel « attachement », une telle protection de ses conduites délinquantes ou criminelles. Sans identification d'une souffrance, ces sujets ne sont pas demandeurs d'aide qui, de surcroît, correspond pour eux à une impensable blessure de leur narcissisme.

Il est cependant une souffrance qui est largement identifiée par les AICS, souvent toujours la même, quel que soit le quota de violence engagé dans l'agir pathologique et sa modalité : il s'agit de la perte de contrôle. Le sujet utilisera l'agir pathologique comme une reprise de contrôle qui fait de celui-ci

une conduite antidépressive passant par une emprise sur la victime. Ces « agir » constituent donc, d'une certaine manière, ses seuls « outils » pour lutter contre l'émergence de cette souffrance liée à la perte de contrôle. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, ce n'est pas le résultat des actions qui est investi, par exemple la recherche du plaisir, mais majoritairement c'est le schéma sensori-moteur de l'action qui l'est, en tant que c'est par lui que la décharge s'effectue. Nous avons donc affaire à une forme d'activité auto-calmante (Ciavaldini, 1999, 2006).

Pendant longtemps, on a cru que ce qui était recherché par ces sujets était le plaisir. On en a donc déduit que ces sujets étaient des pervers. Comme j'en ai fait état plus haut, il a été démontré depuis que, pour plus de trois sujets sur quatre, le plaisir n'est pas présent et n'est même pas recherché. Ce qui l'est, c'est l'apaisement (Ciavaldini, 1999). Et cette dimension change considérablement le problème.

### **Donner une forme à la perte de contrôle : le scénario-acte**

Nous retrouvons cette dimension d'apaisement dans le soulagement d'être arrêté : « Enfin, ça s'arrête » ; « Si on ne m'avait pas arrêté, jusqu'où serais-je allé ? ». Ainsi, face à la perte de contrôle, le sujet va développer un scénario qui n'a pas la dimension secondarisée du scénario fantasmatique : le scénario-acte. En cas de détresse identitaire, ce scénario est constitué d'un assemblage de traces, dont particulièrement les traces d'anciens traumatismes vécus par le sujet, qui seront, hors psychisation, réinvesties quasi automatiquement. C'est le circuit du contrôle qui est réinvesti dont on peut faire l'hypothèse qu'il se lie avec le circuit neurologique de la récompense et ainsi parvient secondairement à s'auto-renforcer. Le sujet se trouve ainsi prémuni contre les risques d'effondrement à venir. Le recours à l'acte appartient à ce registre. Sans représentation mentalisée, il n'en constitue pas moins une véritable réminiscence sensori-motrice.

Dans ce cas la mémoire des traumatismes n'est pas mentalisée mais inscrite dans le corps et l'agir violent vient la mettre en action et en révéler l'existence. C'est en tenant compte de cette voie qu'une approche thérapeutique est rendue possible. S'ouvre alors la nécessité de faire verbaliser le plus « finement » possible ce qui a été mis en acte afin de permettre au sujet d'en construire un sens dans la relation de transfert qu'il engagera avec son accompagnant thérapeutique.

## Place de la justice dans la prise en charge

### La loi comme « méta-cadre »

Le parcours historique et clinique que je viens de décliner permet de concevoir une prise en charge thérapeutique psychodynamique adaptée à ces sujets. Pour cela, il est nécessaire de se souvenir que les conduites déviantes sont les stigmates de processus adaptatifs à un environnement primaire défaillant. La source première de toute action thérapeutique auprès de ces sujets sera donc de constituer un environnement favorable à la psychisation. Un environnement qui permette au soignant d'échapper aux diverses manœuvres d'emprise dans lesquelles, et parfois à leur psyché défendante, ces sujets sont passés experts, mais surtout un environnement qui autorise la régulation des excitations pour lesquelles ils n'ont encore acquis aucun moyen interne de négociation.

Souvenons-nous, ces sujets sont sous le régime psychique non pas du retenir pour représenter mais du décharger pour survivre, or l'« injonction de soin » par

voie pénale va les placer dans une nouvelle configuration : elle va les forcer à retenir et donc à se retenir. En cela la loi pénale se constitue comme cadre de développement d'un environnement favorable. Détaillons brièvement la première partie de ce processus où s'enracine la source première d'un soin (la seconde partie sera abordée au dernier chapitre).

J'ai montré ailleurs que le soin et la surveillance sont cousins germains (Ciavaldini, 2003<sup>7</sup>, 2004<sup>8</sup>). On conçoit mal un soin sans surveillance et une surveillance qui ne prenne pas soin, sous une forme ou sous une autre de l'objet du soin. En matière de judiciarisation d'agression sexuelle, le soin et la surveillance sont des partenaires indissociables. La loi se constitue donc comme un cadre externe, un méta-cadre, sur lequel l'action thérapeutique pourra venir s'appuyer pour, à son tour, déployer son propre cadre.

### La fonction « thérapeutique » de la sanction

#### **Rompre le temps circulaire**

Nous venons de montrer que la psyché de ces sujets, « mal limitée », ne possède pas un cadre interne suffisant pour métaboliser leurs affects et leur donner une représentation mentalisée. Ils sont donc mal équipés pour faire face aux surcharges excitatives. Lorsque celles-ci surviennent, le risque de la perte de contrôle surgit et, avec elle, la brèche de l'expulsion par l'agir. L'impossibilité de se protéger d'une pulsionnalité menaçante car les passivant et, par la voie de la projection ne leur apparaissant le plus souvent que sous la forme d'un environnement, toujours plus ou moins excitant, les entraîne vers des évacuations itératives

7. Ciavaldini A., dir., « Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire », in *éd. Press*, Paris, 2003, 148 p.
8. Ciavaldini A., « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur » in *La lettre de l'enfance et l'adolescence*, éd. Éres, n° 57, 2004 ; pp. 23-30.

sous forme d'agressions sexuelles qui forment in fine leurs seules possibilités de survie psychique.

Lorsque ces « agir » pathologiques franchissent un seuil légal, la sanction judiciaire qui viserait, après les avoir sanctionnés, à supprimer ces « agir », n'est le plus souvent suivie d'aucun effet pour les plus menacés d'entre eux. En effet, ces sujets se trouveraient démunis face à leurs angoisses annihilantes. Sans aucun moyen de faire face à leurs pertes de contrôle interne, et souvent quelle que soit la sanction pénale prononcée, la répétition de l'agir pathologique est au bout du chemin de l'inévitable passivation que leur pulsionnalité leur fait vivre. Lorsqu'une judiciarisation les arrête de nouveau, c'est de récidive dont il est question. La question qui s'ouvre est alors : « Quel moyen fournir ou développer avec ces sujets pour leur permettre de rompre le temps circulaire de la répétition ? ». Cette répétition n'étant que la révélation du déni de la temporalité qui est la caractéristique des vécus traumatiques qui furent les leurs : le temps ne passe pas. C'est ce potentiel de répétition qui, pendant longtemps a fait ranger ces individus dans la catégorie : « dangereux ». La sanction crée un temps d'arrêt dans le cycle des répétitions : arrêt dans une chaîne infernale, celle de la victimisation-criminalisation, tant on sait que plus d'un auteur sur deux fut lui-même une victime.

### **Bornage du transgénérationnel : la demande est dans l'adresse échouée**

Le temps d'arrêt que provoque la sanction l'est aussi sur la chaîne des transmissions générationnelles des traumas. En effet, le climat insécure, évoqué plus haut, est le résultat d'une transmission intergénérationnelle de traumatismes qui n'ont jamais trouvé de voies de reconnaissance. Souvent, la procédure judiciaire vient précisément mettre à jour ces divers traumatismes et leur donner une forme de « droit de cité ». Cette transmission est donc constituée par la succession d'échecs de mise en représentation d'une probléma-

tique œdipienne qui va de la victime au criminel et où, à chaque tour, l'échec donne lieu à un crime et engendre une nouvelle victime qui n'est autre qu'une adresse échouée. Par ce terme, adresse échouée, il faut entendre une demande impossible : l'auteur de violence sexuelle utilise toujours un autre, celui à qui il fait précisément violence, pour traiter ce qui en lui est non traitable par lui. C'est toujours de cela dont il s'agit dans tout acte d'agressions sexuelles. La victime est celle à qui est assignée cette tâche, par essence impossible : faire face à la méduse qui sidère le sujet agresseur. Seulement, la victime n'y est pas préparée et donc échoue dans ce traitement, elle est ramenée au statut d'ustensile, sidérée qu'elle est par l'agresseur devenu lui-même gorgone médusante. Dans ce circuit, la sanction vient faire scansion, elle fait section. C'est cette dernière qui permettra que de l'ordre apparaisse par l'instauration d'une borne, qui interrompt l'infini des répétitions à l'œuvre dans le champ du transgénérationnel. La sanction reconstitue ainsi un espace et un temps régis par la loi de la communauté des humains.

### **La sanction pénale, partenaire du soin**

Il convient maintenant de s'interroger sur le sens de cette disposition légale qu'est le soin pénalement ordonné. En général, le législateur ne conçoit pas la sanction comme une réparation. La sanction dit même, d'une certaine façon, que la réparation est peut-être impossible. En rendant officielle l'altération, par l'effet d'imputation qu'opère la sanction, elle donne à l'action mutilante (l'agression) une fonction par l'action symbolique qu'elle possède. Elle inscrit cette action mutilante non dans un mal infini, qui se constituerait alors comme un traumatisme sans fin (selon le terme de Cl. Janin, 1996), puisque non-réparable et non véritablement repérable car trop souvent tu, mais dans une finitude pensable car rédimable devant les hommes. Ainsi, la sanction participe de la rétribution d'un mal commis par un mal subi (Abel, 1997). La sanction, dans le cadre d'une judiciarisation

des agressions sexuelles participe donc pleinement, dans le cadre du droit français, à la prise en charge thérapeutique de ces sujets.

## Démarrer les prises en charge thérapeutiques le plus tôt possible

---

Ce temps d'arrêt, en France, l'institution judiciaire sanctionnante crée des lieux pour l'accueillir : « les Maisons d'Arrêts ». Il convient donc que, dans ces lieux, le soin psychique puisse commencer à être dispensé, pour que le lieu d'exercice de la sanction pénale puisse être pensé autrement que comme lieu de retranchement de la liberté dans un but sécuritaire. Cependant, si l'injonction de soin pénalement ordonnée permet à l'auteur d'infractions à caractère sexuel pénalisé de rencontrer (enfin) un cadre d'accompagnement thérapeutique, pour éviter la « double peine », l'injonction de soin ne vaut pas pendant le temps de réclusion. Elle ne commence à être effective qu'au terme de l'incarcération. Pendant celle-ci, la même loi précise que le sujet sera incité à engager des soins psychiques auprès des équipes compétentes. Cette incitation est puissante puisqu'elle permet au condamné, si elle est respectée, d'avoir accès aux réductions de peines supplémentaires. L'incitation prend en compte le fait que l'incarcération, sous l'impact du choc incarcératif, nécessite un réaménagement des défenses psychiques. Une fois passé le premier impact du choc, il se constitue une forme d'ouverture fragile, favorable à un accès aux soins. Plus la prise en charge est précoce, plus s'ouvrira la voie à la mobilisation éventuelle d'une demande ultérieure de soins (Balier, Ciavaldini, Khayat, 1996).

# Prises en charge de l'auteur d'infraction à caractère sexuel

## La question de la *demande* est une fausse question

---

Les entretiens cliniques que nous avons réalisés dans les espaces carcéraux entre 1993 et 1996, nous ont fait faire l'expérience suivante : placés dans un cadre éprouvé comme fiable, c'est-à-dire non intrusif et respectant leurs tonalités affectives potentielles, les auteurs d'infractions à caractère sexuel sont capables de devenir demandeur d'aide. Certes la réalisation de ces conditions modifie les présupposés de base de l'entretien classique fondé sur un modèle psychodynamique. Ce type de modèle thérapeutique repose, entre autres données, sur la notion d'un volontariat paradoxal du sujet : la demande. Toute demande suppose de la part de celui qui l'émet de supporter a minima une passivation, dont la souffrance engendrée dans le Moi, par la conflictualité, est le signe et le moteur de la demande. Toute demande étant « demande d'amour », elle permet l'instauration du transfert et par conséquent du travail thérapeutique. Par ailleurs, la situation thérapeutique classique instaure un espace réactivant régressivement l'environnement psychique premier du sujet, participant à la dynamique transférentielle. Or, l'ensemble des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont connu des environnements premiers (familiaux) qui, à défaut d'être traumatiques, étaient tous traumatogènes et qui ont confronté ces sujets trop tôt à des conditions de développement qui n'étaient pas adéquats à leurs potentialités du moment. Pour une majorité des enfants que furent ces auteurs, ces situations familiales ont généré

des troubles de l'attention et une hyperactivité et, pour d'autres, à plus long terme, une configuration psychique, plus ou moins localisée, en « faux self ». Ainsi, la question de la demande est une fausse question. En effet, attendre qu'une demande se formule consiste à replacer ces sujets dans un environnement effractant qui exige d'eux ce qu'ils n'ont pas (ou pas encore) les moyens de mettre en forme. Cela a comme effet « pervers » de leur faire produire de faux discours qui ne sont que l'effet de leur tentative d'adaptation à un environnement trop exigeant qu'ils tenteront comme ils en ont l'habitude, de manipuler et de mettre sous emprise. Il s'agit de l'environnement de nos propres demandes dont le but est de nous rassurer et de ne pas nous confronter à l'étrange familiarité que ces auteurs suscitent en nous, tant la violence sexuelle fait partie de notre patrimoine humain. Enfin, il est une demande que chacun a devant lui et que tous oublient, c'est le cri, le plus souvent muet, de la victime. L'adresse échouée que constitue la victime représente la véritable demande d'aide des sujets auteurs. C'est la victime en tant que fragment environnemental qui, en plus de sa souffrance propre, porte le poids de celle de l'auteur qui ne sait autrement l'exprimer que par cet acte violent. Cette dimension fut pendant longtemps difficile à comprendre de la part même des cliniciens qui trop souvent opposèrent l'impossibilité d'un soin puisqu'ils ne savaient pas entendre la demande. Il y a dans l'acte d'agression sexuelle un « cri social » qu'il convient d'entendre.

Ainsi, il ne s'agit plus d'attendre une demande mais de permettre au sujet d'en constituer une. Le travail thérapeutique se situe dès lors dans le temps de l'avant demande. Voilà le chemin thérapeutique qu'il faut parcourir.

Aussi, dans les dispositifs cliniques que nous avons élaborés, nous substituons à la passivation, qui n'est supportée que parce qu'une demande d'aide existe s'appuyant sur la perception d'une souffrance interne, une possibilité pour le sujet de contrôler la situation

de rencontre par l'utilisation de techniques actives, questionnantes et l'utilisation de média<sup>9</sup> soumettant les uns et les autres à une règle partagée.

## Espaces et temporalités judiciaires : supports de la prise en charge

Une fois acceptée cette loi imposant pénalement le soin comme un garant du déploiement d'un cadre thérapeutique adapté à la configuration psychique de ces sujets, il est possible de développer des stratégies thérapeutiques qui sont différentes selon la temporalité judiciaire et les espaces de prise en charge.

### Les espaces de la prise en charge

En France, la loi définit deux lieux de prise en charge. En détention c'est l'espace de soins intra-carcéral dédié à la santé mentale qui est assuré par les services de santé<sup>10</sup>. Dans cet espace il n'y a aucune obligation à une prise en charge thérapeutique, le sujet y est simplement *incité*. Le second espace est le milieu libre ou ouvert. C'est dans ce second espace que l'injonction devient active. Elle s'effectue avec le « praticien traitant » (médecin ou psychologue qualifié) après rencontre du Juge de l'application des peines, puis du médecin-coordonnateur, qui précisent et portent, chacun dans son domaine spécifique, l'ensemble de la procédure à suivre par le sujet.

9. Dont particulièrement l'utilisation du QICPAAS : Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles. Directement issu de la recherche effectuée entre 1993 et 1996, ce média est loin d'être le seul utilisable, on trouve actuellement bien d'autres outils, tant pour adultes que pour adolescents, dont le Qu'en dira-t-on ?

10. En France, depuis 1986, la santé mentale en prison relève du Ministère de la Santé et est sous sa juridiction (même si le premier décret évoquant la création de CMPR date de 1977). Dans l'espace carcéral les principales structures accueillant des patients psychiatriques sont les SMPR (service médico-psychologique régional), les UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires) et les Antennes de Santé. Cette particularité du système français permet l'exercice d'un soin psychique en prison avec une réelle garantie de confidentialité.



Le médecin coordonnateur constitue le pivot de la loi du 17 juin 1998. Il est l'interface entre le monde de la justice et celui de la santé. Médecin spécialisé dans la prise en charge de ces sujets, le plus souvent psychiatre, c'est un auxiliaire administrativo-judiciaire, délié du secret professionnel pour l'exercice de sa fonction de coordination. Cela lui permet de communiquer librement avec le Juge de l'application des peines sur le probationnaire qu'il reçoit entre deux et quatre fois par an pour évaluer l'avancée de son travail thérapeutique dont il rend compte au Juge de l'application des peines au moins une fois par an. Il peut aussi avoir une fonction de conseil tant pour le praticien traitant que dans le choix de celui-ci pour le probationnaire. Cependant, sa fonction essentielle dans le cadre de la prise en charge thérapeutique réside dans la protection directe du soin exercé par le praticien traitant, même si pour le législateur et le juge, son statut d'auxiliaire de justice le place du côté d'un appoint sécuritaire.

### La temporalité judiciaire

La loi définit aussi *de facto* quatre temps judiciaires qui deviendront des temps thérapeutiques vectorisés, présentant chacun leur spécificité.

**Temps 1** : Instruction et jugement.

**Temps 2** : Incarcération : c'est le temps de l'incitation aux soins. Elle permet le plus souvent pour la plus grande part de ces sujets de faire l'expérience de la rencontre thérapeutique.

**Temps 3** : Libération : c'est une temporalité très importante, non seulement parce qu'elle est anticipée de longue date et qu'elle fait partie de tout un jeu institutionnel, celui des remises de peines, mais surtout elle présente un impact très fort dans le temps thérapeutique. Le sujet quitte l'équipe de soins qui l'a pris en charge et qu'il a investie. Il revient à celle-ci d'assurer les meilleures conditions possibles d'un *transfert*

*du transfert* qui aura été développé sur l'équipe de soins. C'est toute l'importance du *travail de liaison* que d'assurer la continuité des investissements thérapeutiques du patient.

**Temps 4** : Le suivi en milieu ouvert : le temps de la thérapie sous contrôle judiciaire. À l'excarcération, l'injonction de soins est activée selon les modalités évoquées ci-dessous. Le médecin coordonnateur valide (ou pas) le choix du praticien traitant (médecin ou psychologue), ou aide le sujet à en trouver un. Ce dernier peut être un praticien privé ou public, une personne ou une équipe de soin (type CMP de secteur psychiatrique ou PFR<sup>11</sup>). Quel que soit le choix du patient, le praticien est volontaire pour suivre ce type de patient et spécialisé dans son traitement. La part obligatoire de l'injonction ne lui est pas destinée. Il est libre de la mise en œuvre du traitement. Cependant, dans le respect des règles de sa déontologie professionnelles, le praticien accepte les règles imposées par les prises en charge sous contrainte pénale (par exemple *a minima*, délivrer un certificat à espace régulier justifiant de la venue du patient au traitement). Le médecin coordonnateur voit le probationnaire patient à espace régulier et apprécie l'évolution du traitement. C'est lui qui est l'interlocuteur de la justice. Il peut aussi être une ressource en cas de difficulté dans le traitement pour le praticien traitant, notamment en cas de risque de récurrence ou de récurrence avérée. Une fois parvenu au terme de l'injonction légale, le médecin coordonnateur informe le probationnaire patient de la possibilité de poursuivre le soin. Si le praticien traitant juge à un moment donné que le traitement n'est plus nécessaire, il en réfère au médecin coordonnateur qui peut à son tour en référer au Juge de l'application des peines. Une expertise peut alors être ordonnée par ce dernier et valider la demande de levée de l'injonction.

11. PFR : Plate-forme régionale de prises en charge thérapeutiques dédiées spécifiquement à l'accueil et au traitement des AICS. Dans l'Isère, le PARI est l'une des deux PFR existantes.

On comprend, par cet ensemble de mesures, combien la loi vient se proposer comme un méta-cadre perceptif. L'aspect contraignant ne doit pas masquer ce qu'il recèle de sécurité pour ces sujets. Loin d'être une persécution, ce méta-cadre vient en permanence faire enveloppe contenante. Aux murs de l'enceinte carcérale qui évitent la récidive, se substitue au-dehors le dispositif du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins. Pour autant ces deux registres perceptifs ne sont pas dans la même dimension : le premier est dans celui d'une matérialité, le second s'appuie sur des règles contractuelles quoiqu'imposées qui supposent que le sujet puisse en traiter la dimension symbolique. La question qu'il nous revient de penser est : « Comment la fonction 'contenante' peut-elle devenir une fonction 'conteneur' » (Kaës, 1976), permettant à ces sujets de faire une expérience fondatrice : celle de mettre en représentation les charges affectives qui y circulent ?

Ainsi, dans ces espaces, et selon les temporalités, se déploient les diverses procédures de prises en charge de ces auteurs. Ce sont elles que nous allons maintenant cursivement présenter.

## Stratégies de prises en charge

Lorsqu'il est question de prise en charge d'auteurs judiciairisés d'agressions sexuelles, il convient de différencier les sujets qui relèvent de soins psychiques de ceux qui, dans un premier temps au moins, ne sont pas directement accessibles à une thérapeutique psychique, soit parce qu'ils n'en ont pas les moyens psychiques, soit parce qu'ils la refusent au prétexte qu'ils ne sont pas les auteurs des actes que la loi leur impute (qu'il s'agisse de dénégateurs ou, il ne faut jamais l'exclure — particulièrement en présentiel — de victimes d'une erreur judiciaire). Cependant, dans ce second cas, cela ne signifie nullement qu'une prise en charge n'est pas possible. Elle doit alors être

conçue comme un *accompagnement* à la réinsertion qui, à terme, peut déboucher sur une demande de soins si le sujet s'ouvre à sa propre souffrance.

Une stratégie de soins quelle qu'elle soit, pour avoir une efficacité, doit être congruente avec la culture du soin en vigueur dans le champ de l'exercice thérapeutique.

### **Cultures du soin, devoir de cohérence et nécessaire ouverture épistémique**

En règle générale, on a tendance à opposer deux cultures du soin qui sont régies par deux conceptions de l'homme : l'une repose sur un versant humaniste où la notion de sujet organise la réflexion éthique et l'approche psychopathologique ; l'autre se nourrit d'une approche pragmatique, elle-même dérivée de l'utilitarisme Benthamien qui veut que ce qui est utile est vrai c'est-à-dire donne satisfaction aux questions posées. Si la première approche concerne une vérité de l'être individuel centrée sur la relation intersubjective, la seconde intéresse une vérité de l'action et favorise une culture du résultat.

Certes, en France, notre culture du soin relève majoritairement d'une approche humaniste. Toutefois il serait fâcheux de penser que ces deux cultures s'affrontent dans une opposition rédhitoire, particulièrement en matière d'accompagnement psychique. L'important est de garder à l'esprit que, pour le soin psychique comme pour toute action thérapeutique, l'action évaluative doit être congruente avec les moyens thérapeutiques existants et se situer dans un même champ épistémique. Ce devoir de cohérence épistémique participe de la première règle hippocratique en matière de soins : *primum non nocere*.

Cette position éthique de cohérence vaut tant pour le soin que pour l'accompagnement. Cependant, dans le respect de l'identité des personnes, et selon l'accord

qui est mis en place avec le sujet, accord qui conduit à l'élaboration d'un programme de soins comme cela est défini plus avant, il est utile d'avoir recours à une vaste palette d'outils thérapeutiques. L'important est d'en avoir une lecture et une pratique qui s'intègrent à la culture du soin dominante dans l'équipe qui l'applique.

### **Temps contraint et programme de soins**

La prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel place les équipes, du fait de l'alliance avec le judiciaire comme méta-cadre, dans la situation de travailler dans un temps contraint. L'injonction (ou l'obligation) de soins est prononcée pour un temps donné qui constitue le temps de la prise en charge judiciaire. Ce suivi peut aller de dix ans pour un délit, à vingt ans pour un crime, à trente ans si le sujet a été condamné à trente ans de réclusion criminelle; et, s'il a été condamné à perpétuité, la mesure s'applique sans limitation de durée. En cas d'inobservation de ces mesures de surveillance, le condamné encoure une peine de trois ans de réclusion s'il s'agit d'un délit et de sept ans si c'est un crime. Cela ne signifie pas qu'il y aura arrêt de la prise en charge au terme donné mais, bien qu'informé par le médecin-coordonnateur de sa possibilité de la continuer, rien n'y oblige le sujet redevenu libre de toute peine. Toutefois la poursuite de cette prise en charge engage alors une nouvelle temporalité qui est alors régie sous des auspices mieux connus puisque valant pour un équivalent de demande subjective.

Par ailleurs, les multiples déficits de ces sujets, tant aux plans cognitifs qu'affectifs, nécessitent le plus souvent la mise en œuvre de techniques à objectif ciblé. Enfin, leurs difficultés dans le champ de la représentation psychique requièrent des dispositifs médians (utilisation d'un média complémentaire à la parole). Face à ces deux ordres de contraintes (temporalité contrainte et déficits), l'important est d'organiser le plus souvent, quand cela est possible, un

programme de soins psychiques qui servira de cadre au long cours de la prise en charge et permettra de rythmer de manière cohérente la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques.

Par le terme de « programme de soins psychiques » il faut comprendre « l'utilisation de diverses techniques qui seront jugées complémentaires et adaptées à chaque cas, en fonction de l'objectif défini avec le patient et évaluées par l'équipe comme nécessaires pour parvenir à ce but, dans le cadre légal ordonné par le jugement ».

Enfin, il convient de ne pas oublier que la stratégie de soins doit surtout tenir compte de l'environnement dans lequel se trouve le patient, et de sa faisabilité. Le « bon » programme thérapeutique n'est pas forcément le meilleur techniquement parlant, mais celui qui peut se faire et que peut s'approprier le patient.

### **La prise en charge des familles comme environnement**

Au-delà des cas d'inceste pour lesquels la question ne devrait pas se poser, on oublie souvent que le premier environnement des auteurs qui sont pris en charge, d'une manière ou d'une autre, avec un investissement plus ou moins grand, est leur famille. Famille dans laquelle ils vivent, qu'elle soit celle d'origine ou celle qu'ils ont fondées. J'ai suffisamment insisté sur l'importance de l'environnement pour ne pas poursuivre sur celle qu'il y a à prendre en charge les membres de la famille qui seront en interaction directe avec le sujet et plus largement ceux de la famille qui se sont trouvés confrontés aux actions délinquantes ou criminelles de l'auteur (parents, fratrie, compagne ou compagnon, enfants). En effet, un sujet justiciable, en attente de jugement ou au sortir de son incarcération, vit ou retournera vivre dans l'espace familial. C'est dans cet espace qu'aura à se penser la violence non seulement des actes d'agres-

sions qui lui sont imputés mais aussi la violence que représente toute sanction judiciaire dans la réalité de son application.

Je rappelle que la famille, qui constitue l'environnement premier de tout humain, fonctionne psychiquement comme un appareil psychique groupal, avec ses modalités spécifiques de fonctionnement. C'est de la qualité de ce fonctionnement que dépendra la transmission intergénérationnelle des réquisits inconscients sur lesquels s'appuiera le développement des règles partageables fondant une civilisation et plus particulièrement une société donnée dans celle-ci (Ruffiot, 1981).

## Outils thérapeutiques

On peut distinguer quatre grandes modalités de traitements des AICS.

### Les traitements psychothérapeutiques

Dans le cadre de notre culture des soins, il s'agit principalement des thérapies d'approche psychodynamique. L'accent est plutôt mis plus sur le processus psychique que sur une modification corrective des conduites. Le but du travail est de permettre, à terme, un réaménagement des systèmes défensifs autorisant un abandon des conduites de décharges violentes. Dans ce type de thérapie, la capacité du thérapeute à contenir les effets désorganisateur de la rencontre est mise au premier plan. Aussi, il est recommandé de toujours référer le travail entrepris à d'autres, que ce soit une équipe soignante, un groupe de collègues, une supervision<sup>12</sup>.

Les prises en charge individuelles peuvent être largement proposées. Il convient souvent, au moins en début de traitement, de soutenir le patient dans son élaboration. Le silence est proscrit au profit d'inter-

ventions actives « aidantes » guidant le patient dans son élaboration.

Un abord groupal est conseillé lorsque le sujet présente une piètre maîtrise de la verbalisation, peu de tolérance à l'angoisse, peu de culpabilité, une notion d'altérité mal limitée ainsi qu'une faible motivation au traitement. Le but d'une telle approche (particulièrement le psychodrame) est de stimuler l'alliance thérapeutique. On enregistre une amélioration rapide de la tolérance à la critique, de l'expression et de la gestion des émotions, ainsi qu'un abaissement, pour les dénégateurs, du taux de déni.

Avec des sujets présentant un fonctionnement de type *opérateur*, l'abord corporel (relaxation, en individuel ou en groupe) est un complément thérapeutique intéressant.

La thérapie familiale est un appoint important en cas d'inceste quand on peut réunir au moins deux générations.

### Les techniques cognitivo-comportementales

Elles vont viser des objectifs précis. Les principaux sont : le fait de se sentir plus concerné, d'apprendre à refuser certaines évidences ou croyances concernant la victime, la prise de conscience de son excitation sexuelle, l'amélioration de la reconnaissance d'autrui, la prise de conscience des distorsions affectives en matière de sexualité, l'identification des situations affectives favorisant le passage à l'acte. Ces objectifs correspondent tous à des protocoles de soins évalués. Compte tenu de leur spécificité et de leur ciblage adaptatif, ces techniques peuvent être utilisées en appoint d'un travail thérapeutique comme celui évoqué dans le paragraphe précédent.

12. Les Centres Ressources sont ici des appuis importants. Voir *infra*.

## Les appuis pédagogiques et insertifs

Le but de ces appuis est de permettre la découverte, l'amélioration, le développement et/ou l'expression de certaines données absentes et/ou déficitaires que ce soit dans le champ de l'information sexuelle (sexologie), du développement sensoriel, de l'expression émotionnelle.

L'ensemble de ces appuis a l'avantage d'utiliser les médias tels le photolangage (art-thérapies, jeux, ...), les groupes pédagogiques ciblés, les ateliers divers.

Non directement psychothérapeutiques, ces techniques sont d'importants appuis dans une stratégie de soins psychodynamiques.

## Les traitements chimiothérapeutiques

Ils font pleinement partie de la prise en charge de ces sujets. Un programme de soins incluant des traitements par psychotropes suppose que leurs effets soient pris en compte et analysés dans le cadre de la prise en charge psychothérapeutique elle-même.

Principalement le traitement chimiothérapeutique des auteurs d'infractions à caractère sexuel aura recours à deux types de substances spécifiques :

- Les *antiandrogènes*. D'action spécifiquement symptomatique, ces prescriptions ne doivent être faites qu'associées à un accompagnement psychologique ou une psychothérapie. L'apaisement biologique qu'elles induisent constitue un climat favorable à l'engagement de celle-ci. Cependant, ces traitements ne sont pas sans effets secondaires qui doivent être appréciés avant la prescription et entraîner une surveillance médicale au long cours.
- Les *psychotropes*. Seuls les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) semblent avoir un effet favorable, dans l'exhibitionnisme et dans certaines pédophilies.

## Dangerosité et récidive

Toute prise en charge sous contrainte, particulièrement pour les auteurs d'infractions à caractère sexuel, suppose pour le clinicien de connaître les risques potentiels de reprise d'une activité criminelle. Certaines études nord-américaines mais aussi certaines études françaises permettent de tracer un tableau indicatif du risque. Encore convient-il de bien différencier dans l'évaluation de la dangerosité d'un sujet, la part qui revient à la pathologie proprement dite de celle qui serait liée à l'aspect criminologique. Ces deux dimensions ont un sens et des visées fort différentes.

### Évaluation de la dangerosité psychiatrique

Elle fait partie du travail thérapeutique et permet essentiellement de percevoir si le patient n'est pas en train d'attaquer le cadre du soin, ce qui est *in fine* la fonction d'une reprise pathologique. Cette dangerosité découle du caractère habituel des pathologies psychotiques délirantes ou dépressives. Une telle évaluation doit prendre en compte l'observance thérapeutique que l'on est en droit d'attendre du sujet.

### Évaluation de la dangerosité criminologique

La dangerosité criminologique, différente de celle psychiatrique, est représentée par le potentiel de récidive des actes délictueux. Un certain nombre de facteurs interviennent dans l'appréciation de cette potentialité. Des facteurs appartenant à l'histoire personnelle et criminologique du sujet (qui ont été appréciés sur des bases actuarielles) et qui ne sont pas modifiables par quelques traitements que ce soit (Hanson, Bussière, 1998) et des facteurs modifiables de type *stables*, ou plus immédiats, conjoncturels de type *aigus* qui peuvent potentialiser le déclenchement rapide de l'acte violent (Hanson et al., 2000).

Parmi les premiers, nommés *facteurs statiques*, on trouve :

- les autres transgressions, judiciairisées ou pas ;
- l'âge du sujet à la première infraction : plus le sujet est jeune, plus le risque est élevé ;
- une victimisation infantile morale, physique ou sexuelle ;
- l'apparition de pratiques sexuelles violentes ou déviantes dans le jeune âge ou à l'adolescence ;
- la qualité de la victime ; lorsque la victime est un/une inconnue et masculine, quand l'agresseur est un homme, plus le risque de répétition est grand ;
- la préférence sexuelle déviante ;
- une problématique alcoolique antérieure.

Les seconds, nommés *facteurs dynamiques stables*, prennent en compte :

- la capacité du sujet à développer des relations interpersonnelles : plus l'isolement social est grand, plus le potentiel augmente ;
- l'appartenance à un réseau criminogène ; il vient en général valider les choix délinquants ;
- la présence de critères de jugement inadapté ;
- une mauvaise capacité à négocier la conflictualité ; elle conduit en général le sujet à une gestion agressive de celle-ci.

Enfin, les facteurs *aigus*, qui peuvent précipiter l'acte dans l'instant, sont le recours à une alcoolisation, une humeur dépressive, colérique ou agressive et un accès facilité aux victimes (Ciavaldini, 2005).

Précisons combien, sous le coup d'affaires d'agressions sexuelles fortement médiatisées et sous le coup de la compassionnalité sociale, une demande sécuritaire s'est vue portée par les responsables politiques. Il s'agit de prédire si tel ou tel agresseur peut récidiver. Certes la prédictivité de la dangerosité peut protéger le citoyen si elle s'avère fondée mais elle peut aussi constituer une atteinte fondamentale aux droits les plus élémentaires d'un sujet si elle s'avère infondée. Aussi, convient-il de ne pas confondre efficacité théra-

peutique et recherche sécuritaire consistant à prévenir la récidive : c'est-à-dire ni de rabattre ni de lier la seconde et la première. Pour autant, et en qualité de citoyen, tout thérapeute est sensible et vigilant dans sa prise en charge à ce qu'il n'y ait aucune reprise d'activité délinquante.

## **Un exemple de prise en charge ambulatoire d'auteurs d'agressions sexuelles : le PARI**

Unité psychothérapique du centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI, ex Saint-Égrève), le PARI a été fondé en 1981. Dans cet espace est croisée une triple approche : système public de soins, recherche clinique et approche psychanalytique. Depuis la fin des années 1980, notre centre dédie une partie de son activité de psychiatrie générale adulte à la prise en charge ambulatoire des auteurs de violences sexuelles (judiciairisés ou non). Actuellement, sur une file active généraliste d'environ 350 patients, notre centre assure un suivi au long cours d'une cinquantaine de patients AICS judiciairisés. Le PARI est l'une des deux plates formes référentielles (PFR) de l'Isère, spécialisé dans la prise en charge de ces sujets

Pour les sujets qui nous sont adressés par voie pénale, nous organisons et assurons l'ensemble du travail de suivi thérapeutique ainsi que les articulations avec les divers praticiens qu'ils nécessitent, dont les services sociaux et d'appui insertif auxquels ils ont affaire.

Dans notre centre, nos actions thérapeutiques s'inscrivent dans une culture humaniste du soin avec une approche psychodynamique. Ce qui n'exclut nullement, et cela assez souvent, le recours à des outils d'appuis qui ne relèvent pas de notre culture mais que nous pouvons utiliser, en fonction de ce qui nous apparaît comme nécessaire au développement d'un environnement fiable pour le patient. Nous avons alors recours aux possibilités existantes dans le réseau de

professionnels (publics ou privés) avec lesquels nous collaborons régulièrement. Enfin, il faut préciser que l'évaluation n'est pas, et de loin comme on s'en rendra compte plus loin, le seul apanage des approches pragmatiques (cognitivo-comportementales). En effet, avec ces sujets où clivage, déni et emprise sont sur le devant de la scène relationnelle, il est nécessaire que toute procédure de prise en charge thérapeutique soit codifiée clairement, reproductible et évaluable quant à son effet dans le temps.

Je présente ci-après la procédure de construction d'un programme de soins avec les auteurs d'infractions à caractère sexuel. Cette procédure vaut pour tout auteur qui se présente qu'il soit sous injonction pénale de soins ou plus simplement en obligation de soins.

### **La prise de contact**

Sujets en fin de détention : la prise de rendez-vous est faite par courrier auprès de notre secrétariat par le sujet, ou éventuellement par l'équipe de soins de références dans le cadre de la préparation à la sortie. Nous organisons alors, quand cela est possible, avec l'équipe de soins du service de santé assurant le suivi du sujet (SMPR, UCSA), une ou plusieurs prises de contact avant la sortie. Cette démarche permet un premier repérage de notre centre et une anticipation du soin à venir en milieu libre. Cette démarche de liaison nous apparaît fondatrice du devenir du soin. Elle pose les bases d'un « transfert du transfert » que fait tout patient sur son équipe de soins et suppose une mise en familiarité des espaces de soins qui, si cette précaution n'est pas prise, peuvent apparaître — en milieu libre — comme à la solde du judiciaire et entraîner alors des vécus persécutoires défavorables au devenir de la prise en charge.

Sujets libres : la prise de rendez-vous est faite par le sujet lui-même auprès de notre secrétariat, par courrier ou par téléphone.

### **Les premiers entretiens**

Le sujet rencontre systématiquement un psychologue et un médecin.

Lors du premier entretien, il est demandé au sujet de se munir des documents judiciaires dont il dispose. Si nous n'avons pas de documents judiciaires, nous informons le sujet que nous les demanderons, par l'intermédiaire du médecin-coordonnateur (si SSJ + IS) en charge de son dossier.

S'il s'agit d'une obligation de soins dans le cadre d'une mesure de sursis mise à l'épreuve (SME) nous informons le sujet que nous en ferons la requête auprès du CPIP (qui transmet au JAP), cela avec son accord. Le CPIP (Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation) est un personnage très important de l'environnement social de ces sujets. C'est un personnel de l'administration pénitentiaire accompagnant le probationnaire dans son suivi d'insertion et s'assurant de l'effectivité des diverses mesures de surveillance dont ils relèvent. Ces personnels exercent leurs activités dans le cadre des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP).

### **Les évaluations**

Avant toute acceptation de la prise en charge, et cela quelles que soient les préconisations des expertises psychiatriques, nous évaluons les diverses potentialités du sujet qui en feront, ou pas, un bon répondeur aux possibilités de traitements que nous sommes capables de mettre en œuvre.

Les évaluations mises en œuvre sont polyaxiales : psychiatrique, psychodynamique de l'organisation psychique, des préférences sexuelles.

À ces évaluations s'ajoutent l'apport d'épreuves psychologiques : test de performance, épreuves projectives, échelles spécifiques.

Au décours de ces premiers entretiens d'évaluation, sont systématiquement explorés : la qualité de la reconnaissance des faits, la position du sujet à l'égard de la loi, de la sentence, de la peine effectuée, des mesures de probation, de la ou des victimes, des soins déjà engagés et ce que le sujet peut attendre d'une telle mesure.

Pendant ces premiers entretiens, nous proposons, si le sujet le souhaite, une lecture commune des expertises, de prendre son avis sur l'évaluation et si nécessaire, de lui fournir des explications quant aux termes rencontrés. Souvent une telle procédure est très éclairante sur la position du sujet au regard de son fonctionnement psychique.

À l'issue des entretiens, nous confrontons les éléments en notre possession avec les cinq critères de « bon répondeur » à un traitement psychothérapeutique de type psychodynamique tels qu'ils ont été identifiés dans l'étude de 1996 sur la base de l'utilisation du QICPAAS :

- reconnaissance du délit;
- se sentir *anormal* au moment du délit;
- reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte;
- arrestation = soulagement;
- reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Ces critères ne fonctionnent pas comme des limites rédhitoires de la prise en charge, mais comme des indicateurs. Nombre de nos sujets n'émargent pas à tous les items, ce qui n'empêche nullement une action thérapeutique pertinente avec eux.

Par ailleurs, il faut préciser que des sujets ayant une faible reconnaissance des faits, voire pouvant en récuser la véracité, peuvent, cela sous certaines conditions de cadre, être accessibles à une action thérapeutique qui, en ce cas, sera adaptée sur le plan du cadre et du contenu.

## **Synthèse diagnostique et construction du programme thérapeutique**

Au terme de ce parcours évaluatif, le dossier est présenté en staff d'équipe.

Je rappelle que nos propositions thérapeutiques ne se font que sur des éléments cliniques et cela quelles qu'aient pu être les conclusions ou préconisations expertales.

Les éléments judiciaires sont évoqués comme faisant partie de la réalité du patient, particulièrement de sa venue dans notre centre. Nous les traitons comme un élément qu'il a à négocier psychiquement et non comme une quelconque obligation qui nous serait faite de l'extérieur de devoir mettre en place une thérapeutique quelconque avec lui.

Grille de présentation du cas en staff d'équipe :

- rappel de la situation judiciaire du sujet et des faits;
- présentation du dossier clinique;
- confrontation des diverses informations issues : des conclusions et éprouvés des deux premiers intervenants, de celles des différents bilans;
- évaluation en équipe des capacités présentées par le patient : d'alliance thérapeutique et d'observance quant à la régularité d'un traitement (quel rythme nous semble t-il pouvoir supporter?);
- une première indication est alors posée. Elle nous permet d'envisager si les moyens dont nous disposons sont suffisants à la mise en œuvre de notre indication;
- pronostic en fonction des moyens possiblement mis en œuvre;
- si l'accord dans notre équipe est positif, alors est ébauché un premier programme de prise en charge qui est proposé au patient.



## Rencontre du sujet et proposition thérapeutique

Cette phase correspond à une présentation du programme de soins et à la négociation de sa faisabilité en fonction des diverses contraintes auxquelles est confronté le sujet — probationnaire ou justiciable — (éloignement de notre centre, conditions de mise en liberté, horaire professionnel, ...).

### Présentation des contraintes et des règles de fonctionnement

Il s'agit dans cette phase de définir le cadre d'exercice du travail thérapeutique.

Le thérapeute qui s'engage avec le patient dans le programme de soins verbalise et définit :

- Ce que signifie thérapeutiquement l'injonction ou l'obligation : l'obligation de venir, en tracer les exigences, la rédaction et la remise d'un certificat de présence (et non de participation) à espace régulier (en général mensuel).

Informé le sujet de son obligation, c'est en tracer les limites judiciaires et garantir la non-intrusion dans le cadre thérapeutique.

- Ce qu'elle n'est pas : l'espace du soin n'est pas l'espace judiciaire, garantie de confidentialité dans le respect des règles de droit en vigueur.

Instaure le thérapeute comme garant de son cadre aux yeux du probationnaire.

- Les diverses articulations où sera évoqué le cas du sujet dans le respect des règles de confidentialité évoquées ci-dessus.

Chaque sujet est informé des échanges que notre centre peut avoir avec le médecin coordonnateur et éventuellement avec les CIP, les JAP et l'ensemble des travailleurs sociaux auxquels nous pouvons être amenés à collaborer dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique. Il est précisé que cela fait partie intégrante de notre action thérapeutique.

## Demande formelle d'engagement dans le soin et d'acceptation des règles

### Évaluation de l'impact thérapeutique du programme

Nous avons mis en place trois systèmes d'évaluations graduées qui prennent en compte les dimensions :

- thérapeutique *stricto sensu* dont la première règle est de ne point nuire au patient ;

**évaluation trimestrielle** : entretien trimestriel de perlaboration à deux (avec un tiers — de l'équipe — non engagé dans la thérapie) ;

**évaluation annuelle** : de manière systématique, et dans la limite de nos moyens, nous proposons un bilan évaluatif annuel (avec si nécessaire épreuves psychologiques de contrôle) dont est rendu compte au sujet par un tiers de l'équipe non engagé dans la thérapie. Cela nous permet de réévaluer, si nécessaire, le programme de soin en cours.

- sociale : qui participe pleinement aux soins avec ces sujets. Une prise en charge thérapeutique ne saurait aller sans sécurité dans le domaine social. Pour permettre une efficacité du soin psychique, il est nécessaire que le sujet ait accès à un minimum de sécurisation sociale sur le plan du logement et de la nourriture. Aussi, nous travaillons régulièrement avec les diverses instances d'aide sociale, d'insertion (associatif ou public) pour que les conditions d'exercice de nos propositions thérapeutiques puissent être supportables par le patient. Par ailleurs, une telle évaluation régulière évite bien des clivages toujours à redouter et défavorables aux soins psychiques (par exemple, le sujet dit au thérapeute que tout va bien, alors que, socialement ou professionnellement, sa situation se dégrade).
- judiciaire : avec l'adéquation entre mesure de justice, règles thérapeutiques et sécurité citoyenne<sup>13</sup>, nous en sommes venus à comprendre, je l'ai déjà formulé, le risque de reprise d'une activité délin-

---

13. Cela au sens où la sécurité est mère de la liberté.

quante comme une attaque de notre cadre de soin, montrant que ce dernier n'est plus suffisamment contenant et appelant, pour le moins, à une modification des stratégies thérapeutiques en cours.

**évaluation semestrielle (sociale et judiciaire) :** bilan semestriel avec les diverses instances (dont SPIP et médecin coordonnateur). En dehors de ces repères temporels nous sommes tout le temps joignables par les CPIP et les acteurs sociaux en cas de questionnement.

La validité des stratégies évaluatives :

À l'intérieur même de l'espace thérapeutique, notre évaluation fonctionne comme un accord inter-juges, comme une comparaison entre des épreuves « objectives » (bilan psychologique) qui fonctionnent comme une construction de repères dans le temps.

Ce qui est recherché :

- Réorganiser le système défensif psychique et augmenter la capacité de mentalisation  
Il s'agit ici de l'horizon thérapeutique dans lequel nous travaillons avec une réorganisation de la configuration psychique du patient. Autant de réaménagements qui rendent obsolète la conduite délinquante. Pour autant, il est souvent nécessaire de construire un programme avec des objectifs étagés qui vont progressivement amender la configuration psychique du sujet pris en charge.
- Renforcement du contrôle pulsionnel  
Utilisation des moyens disponibles pour permettre à l'AICS d'acquérir des compétences sociales et affectives conduisant à des relations satisfaisantes avec son environnement, de développer sa capacité de maîtrise de son excitation sexuelle, de corriger les distorsions en matière de sexualité, d'identifier les situations (sociales, affectives) favorisant le passage à l'acte, pour les éviter, s'en échapper ou y mettre fin.
- Augmentation (à terme) de la qualité de vie  
Cette amélioration a pour indice une meilleure insertion sociale, professionnelle et affective, autant d'éléments qui sont connus pour minimiser les

risques immédiats de passage à l'acte et qui font partie d'un risque moindre de dangerosité criminologique.

### **Les alliances dans le réseau**

Pour mettre en œuvre les moyens nécessaires à la construction des programmes individualisés de soins, nous avons constitué depuis une dizaine d'années des alliances dans l'environnement socio-thérapeutique régional. Ainsi, nous avons mis en place un maillage départemental entre différents professionnels qui nous permettent, quand nous ne disposons pas des outils nécessaires, d'aller les chercher et ainsi de multiplier nos potentiels thérapeutiques. Cela est valable dans des domaines aussi variés que la sexologie, l'endocrinologie, les appuis insertifs tel le développement des habiletés sociales.

### **Les techniques mises en œuvre dans notre centre**

Notre centre développe depuis plusieurs années une expertise en matière de techniques individuelles et groupales à destination spécifique des auteurs de violences sexuelles. Nous disposons actuellement des outils suivants :

- individuel : entretien, psychodrame, relaxation ;
- groupal : aide à la mentalisation, groupe de parole, psychodrame ;
- familial : thérapie de couple, thérapie familiale.

### **Exemple d'un programme de soins**

Monsieur D.

Pédophile (côté F 65.4 à la CIM X), récidiviste, M. D. est sortant d'incarcération et arrive avec un suivi socio-judiciaire assorti d'une injonction de soins de 3 ans (jugement antérieur à 2007). Au décours du travail thérapeutique qui durera plusieurs années, une nouvelle affaire très ancienne reviendra sur le devant de la scène qui le conduira devant la Cour d'Assises.

Par le médecin coordonnateur nous disposons des documents judiciaires qui nous permettent de prendre l'ampleur des récidives. Les expertises sont contradictoires et l'une le catégorise schizophrène. M. D. est un sujet socialement dangereux qui maîtrise très mal sa relation aux jeunes enfants qu'il utilise dans des actions de manipulations sexuelles comme des actions antidépressives ou des régulateurs d'une tension sexuelle qui confine parfois à l'excitation maniaque.

La rencontre de cet homme convainc les deux intervenants, malgré une forte banalisation des faits et une rationalisation indiquant une défense perverse bien installée, qu'un travail est possible, particulièrement au regard de la dimension dépressive affleurante dont le sujet se dit par ailleurs souffrir. La contention dépressive semblant alors une voie d'accès thérapeutique devant permettre, avec un accompagnement socialement référencé ferme, une sédation des pensées sexuelles envahissantes.

Les différents bilans nous indiquent une organisation très limite de type border line, avec des mécanismes de clivage, de déni et une recherche d'emprise sur l'entourage. L'ensemble de sa configuration psychique semble organisée défensivement autour d'une angoisse de type d'effondrement interne qui conduit cet homme à poser une « presque » demande d'aide. La dimension perverse est, à l'entretien, moins érotisée que les intervenants pouvaient le craindre, ce qui rend le sujet plutôt accessible à un soin.

Décision est donc prise d'assurer la prise en charge. Cependant, compte tenu de l'envahissement dont se plaint le sujet, nous évoquons une prescription d'anti-androgène. Après avis endocrinologique (à ce moment-là pas encore d'AMM<sup>14</sup>) et reprise du cas, il apparaît qu'un étayage social fort pourrait permettre d'éviter cette prescription non souhaitée par ailleurs par le sujet.

---

14. AMM : autorisation de mise sur le marché.

La position de l'équipe est de proposer une double action :

- l'une directement thérapeutique visant à réduire l'impact de la tension sexuelle, à réorganiser les stratégies défensives de ce patient et à minimiser les éprouvés dépressifs et les risques d'effondrement ;
- une autre plus immédiate qui est la contention sociale de son angoisse. Nous proposons de mettre en place des pôles d'étayage répartis dans la semaine et dans l'espace géographique du patient. Il s'agit pour nous de baliser l'espace réel (investi psychiquement) de repères qui soient autant de rappel que d'autres pensent à lui en son absence. Il nous semble par ailleurs nécessaire que ces espaces communiquent entre eux afin d'éviter les clivages que risque d'engendrer M. D., aussi nous prévoyons des modalités de rencontres rapprochées.

### **Programme de soins négocié :**

Prise en charge pluri-hebdomadaire dans le cadre d'un groupe de psychodrame (assorti d'un entretien quinzomadaire portant sur les vécus dans le groupe), et d'une séance de relaxation.

Mise en place, par une association spécialisée, d'une aide pour un accompagnement social bimensuel jusqu'à une reprise professionnelle.

Assez rapidement devant les difficultés de cet homme nous développerons une alliance avec un centre de jour de l'agglomération qui le recevra deux demi-journées par semaine et dont le praticien, en accord avec notre centre et le patient, proposera une prescription d'un antipsychotique qui, face aux effets secondaires sera rapidement arrêté.

Nous organisons des synthèses bimestrielles qui se lient à nos diverses évaluations.

Cet ensemble concourt à mettre en place un maillage thérapeutique à l'effet particulièrement contenant.

M. D. a suivi sans écueil ce programme sans aucune reprise délinquante, jusqu'à son dernier procès en assises. Condamné à une lourde peine, dans le lieu de détention où il vient d'être incarcéré, il demande à poursuivre les soins. Nous avons alors fait le lien avec l'équipe thérapeutique intracarcérale l'accueillant.

## Éthique thérapeutique dans la prise en charge

### Un « environnement favorable » aux soins : le maillage « santé-justice »

La dimension d'inscription dans le milieu est actuellement reconnue comme étant une nécessité dans la prise en charge thérapeutique des sujets agresseurs sexuels. Elle appelle un fonctionnement interdisciplinaire (Balier, 1988 et 96; Aubut, 1993; Hayez, de Becker, 1997; Archer, 1998; Ciavaldini, Balier, 2000) qui nécessite, pour qu'un travail thérapeutique s'avère efficace, que les différentes institutions auxquelles ont affaire ces sujets travaillent en alliance. Cela est d'autant plus nécessaire qu'un sujet ayant connu une judiciarisation d'une agression sexuelle se voit progressivement coupé de son milieu d'origine, d'autant plus qu'il a connu une incarcération longue. Ainsi, progressivement ce qui devient l'environnement de ces sujets sont les sphères de la justice, du soin et de l'accompagnement social. Ce sont elles qui sont au plus près de lui et qui, d'une certaine manière, « veillent » sur son devenir.

Une telle alliance va plus loin qu'un simple emboîtement des cadres. Ce travail interinstitutionnel en alliance est « réglé » par les professionnels qui ont à en gérer le poids. En effet, c'est dans le travail en inter-institution que se révèle *in fine* le poids des inter-contre-transferts que génère la prise en charge de tels sujets, particulièrement les effets de déni et de clivage. Ces effets sont encore sensibles entre la sphère judiciaire et celle du soin psychique. Comme je viens de l'indiquer, il est impératif que le cadre judiciaire puisse servir d'étayage au cadre du soin et que le cadre de soin puisse être reconnu et validé par le cadre judiciaire lors de la rencontre avec l'auteur d'infractions à caractère sexuel. À ces deux cadres, il faut en ajouter un troisième, celui des travailleurs sociaux de l'insertion et de la probation (les CPIP<sup>15</sup>). Ces trois cadres sont intimement interdépendants. Ils doivent devenir « *intercontenants* » (Ciavaldini, 2001). C'est cette fonction d'*intercontenance* qui se révèle, à terme, véritablement thérapeutique.

L'intercontenance implique que puisse apparaître une « porosité » entre les enveloppes de ces cadres. La « porosité » participe d'un moment de travail figuratif transitionnel (Kaës, 1993). Elle suppose que les travailleurs des diverses institutions intervenantes soient informés du fonctionnement des autres institutions et des missions de leurs membres. Cela passe par des rencontres inter-institutionnelles préalables entre les différents partenaires de la justice, du soin et de l'insertion. Ces réunions permettent à chacun de prendre la mesure, et donc la limite, de l'identité professionnelle de l'autre. Une fois les modalités de fonctionnements établies, pour chaque prise en charge, le sujet délinquant en bénéficiant peut être inscrit dans ces échanges. Pour autant, porosité ne signifie nullement « fuite », c'est-à-dire que les informations qui filtrent de ces réunions doivent respecter le seuil informatif tolérable par chaque intervenant. C'est la connaissance

15. CPIP = conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation. Ces professionnels du champ pénitentiaire assurent le suivi de ces sujets (aide à l'insertion et vérification de la bonne mise en place).

des autres modes de fonctionnements institutionnels qui permet de faire ce travail de filtrage qui correspond à une forme de « capacité de rêverie » inter-institutionnelle. On comprend dès lors, au plan des règles de confidentialité, qu'il ne saurait être question dans cet espace d'échange de « secret partagé ». Il s'agit plutôt que s'instaure une « confiance partagée », qui passe par l'élaboration, non d'un discours commun, mais d'un « langage commun » permettant l'échange. Un échange aux règles connues de tous et élaborées en commun dans le respect des missions et des règles de déontologie de chaque champ professionnel.

Produit d'un processus maturatif institutionnel, la rencontre de ces espaces institutionnels définit un maillage Santé-Justice qui n'est pas la simple juxtaposition de divers professionnels aux missions divergentes : à la sphère judiciaire reviendrait la probation et le contrôle et à la sphère de la santé, le soin. La construction de cet espace particulier qu'est le maillage présente un fondement identitaire signifié par ce langage commun autorisant l'échange interdisciplinaire dans le respect d'identités différentes mais où chacune d'entre elles est nécessaire à l'existence de l'autre. Le maillage se constitue comme le développement d'un environnement « favorable » où peuvent pleinement se déployer les potentialités du soin. En quelque sorte, le maillage Santé-Justice, en tant qu'environnement favorable aux soins, se constitue comme une « psyché d'appoint » pour ces sujets. Cet environnement est une forme de psyché externe, à charge aux soignants de leur permettre de l'introjecter. Le sujet probationnaire fait, dans cet espace « attentif » et fiable, deux expériences : la première, en sa présence, qu'une rencontre peut être un lieu d'échange dont il est l'objet et qui respecte son intégrité corporelle et subjective; la seconde en son absence, celle d'être pensé ailleurs et par d'autres dans le souci de « baliser » un terrain d'avenir potentiel pour qu'il puisse poursuivre son chemin vers l'intersubjectivité humaine.

## **Stratégies thérapeutiques psychodynamiques : le travail en réseau**

---

L'équipe de soins, elle-même incluse dans le réseau maillé des partenaires, a donc à se constituer comme élément de cet environnement thérapeutique favorable. Lors de prises en charge en équipes de ces sujets, la prise en compte du déni et du clivage nécessite de ne jamais travailler seul avec eux pour éviter l'emprise et la complicité des dénis qui risque de l'accompagner. Travailler en équipe permet de supporter les diverses manœuvres d'emprise et de clivage, à condition de rester avec les autres membres de l'équipe dans une stratégie psychique d'échange, particulièrement autour de l'ensemble des affects que, contre transférentiellement ces sujets font vivre aux soignants. Il s'agit coûte que coûte d'échapper à la vampirisation de nos psychés. Non que ces sujets soient des monstres affamés de sang frais, ce qu'assez longtemps inconsciemment on a cru, mais leurs stratégies de défenses particulièrement archaïques confrontent nos psychés à des mécanismes qui, le plus souvent, les sidèrent. Cette sidération participe de l'emprise dont le but est de contrôler l'autre afin d'éviter la perception de ce qui n'est pas encore pour eux mentalisable : l'écart signe de l'altérité et l'altérité n'est pas toujours encore pensable dans sa totalité.

## Pour conclure

Comme on le voit, la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, avec sa part de soins contraints, modifie le paysage classique du soin psychique. L'exercice d'un soin sous contrôle judiciaire soulève, un véritable débat éthique.

Dans ce nouvel espace, ce sont les concessions faites par le champ thérapeutique au champ judiciaire qui rendront la thérapeutique possible, en tant que ces concessions fonctionneront tout au long du travail comme un rappel du tiers. C'est l'expression formelle de ce tiers, au travers des contraintes auxquelles accepte de se soumettre le thérapeute et auxquelles est astreint le sujet infractant sexuel, qui permet que s'instaure entre deux sujets un temps transitionnel favorable à une mentalisation. C'est bien en effet le but de la « pragmatique de la mentalisation » (Ciavaldini, 1999) que de mettre en place des réquisits minimaux pour qu'un espace intermédiaire se déploie où la parole, rien que la parole mais potentiellement toute la parole, vienne s'inscrire.

Enfin, il est important de concevoir l'auteur d'infractions à caractère sexuel comme portant atteinte à l'une des dimensions fondatrices de l'humain, la sexualité, lieu de la transmission de l'Humanité. L'attaque consiste, au-delà des actions délabrantes pour la victime mais quand même à travers elles, à réduire la sphère du sexuel d'un autre humain (un semblable) dans sa dimension signifiante psychique à un fragment de chair au service de la jouissance de l'un : ce « un » qu'est l'agresseur. Toute agression sexuelle constitue une forme de meurtre en puissance. Pour autant, et j'insiste, il y a dans cette omnipotence une dimension maniaque qui ne doit pas échapper au clinicien et qui fait de toute agression sexuelle la marque

d'un désespoir qui ne dit pas son nom. De tous temps l'agresseur sexuel est ainsi l'un des porteurs du désespoir de la société dans laquelle il évolue. Il représente la part exclue constitutive de tout humain, celle de sa blessure intestine qui réside dans l'inextinguibilité de la pulsion et qui forme le ressort de ce désespoir. Leur prise en charge, selon les dispositifs que vient de décliner ce livret, permet de désenclaver ces hommes et ces femmes, de leur statut d'inhumanité. C'est à ce prix d'aménagement de leur rencontre, du setting et plus largement de l'environnement dans lesquels sont incluses leurs prises en charge que, pour reprendre les mots d'André Green, la passion du sujet pourra être mise en souffrance, et « c'est par la souffrance que s'atteint la vérité du sujet » (Green, 1971) permettant de le restaurer dans sa dignité d'humain potentiellement accessible à une sanction faisant sens pour lui.

## Bibliographie

- Abel O., « Justice et mal », in ss. dir. Garapon A., Salas D., *La justice et le mal*, éd. O. Jacob, coll. Opus, 214 p., pp. 114-144. Paris, 1997.
- Archer E. (ss dir), *Agressions sexuelles : victimes et auteurs*, éd. L'Harmattan, Paris, 1998, 407 p.
- Aubut J. et coll., *Les agresseurs sexuels*, éd. Les Éditions de la Chenelière, Montréal, 1993, 328 p.
- Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, éd. PUF, Paris, 1988, 287 p.
- Balier C., *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, éd. PUF, Paris, 1996, 253 p.
- Balier C., *De la délinquance sexuelle à la psychopathologie. L'Information Psychiatrique*, 1998; 74, 5, 451-454.
- Balier C., Ciavaldini A., Girard-Khayat M., *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Direction Générale de la Santé, Paris, 1996, 269 p.
- Bettelheim B., *Survivre*, éd. Robert Laffont, Paris, 1979.
- Ciavaldini A., « Psychanalyse et système de soins publics : une transition, le PARI », *Synapse*, n° 110, nov. 94, pp. 56-62.
- Ciavaldini A., (1997) : Résultats généraux de l'étude française sur les « agresseurs sexuels », *Psychiatrie Française*, 4,97, décembre, pp. 7-21.
- Ciavaldini A., *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, éd. Masson, coll. Médecine et psychothérapie, nouvelle éd. revue, Paris, 2001, 255 p.
- Ciavaldini A., « Les agressions sexuelles, données épidémiologiques générales », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus*, éd. John Libbey eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, nov 2001, 581 p., pp. 57-88.
- Ciavaldini A., « La famille de l'agresseur sexuel : conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », in *Le divan familial*, n° 6, Printemps 2001, pp. 25-34.
- Ciavaldini A., dir., « Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire », in *éd. Press*, Paris, 2003, 148 p.
- Ciavaldini A., « Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles » in *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n° 42, 2004, pp. 69-78.
- Ciavaldini A., « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur » in *La lettre de l'enfance et l'adolescence*, éd. Érès, n° 57, 2004; pp. 23-30.

- Ciavaldini A., L'auteur de violences sexuelles : réitération, risques et modèles de compréhension, in *Le délinquant sexuel. Enjeux cliniques et sociétaux*, Bruxelles, éd. Henry Ingberg — Ministère de la Communauté Française, Belgique, 2005, pp. 37-58.
- Ciavaldini A., « L'agir : un affect inachevé » in *L'affect*, ss dir J. Boushira et H. Parat, Monographie de psychanalyse, éd. PUF, Paris, 2005, pp.137-162.
- Ciavaldini A., L'agir violent sexuel, in Chabert C., Ciavaldini A., Jeamment Ph., Schenckery S., *Actes et dépendances*, éd. Dunod, Paris, 2006, pp. 111-169.
- Ciavaldini A., « De la violence sexuelle et de sa cruauté, intervention », colloque CERF, *Cruauté et sexualité*, Paris, le 5 décembre 2009. À paraître, éd. PUF, 2013.
- Ciavaldini A., Balier Cl., eds : *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, éd. Masson, Paris, 2000, 250 p.
- Ciavaldini A., Bouchard M., « Évaluation psychodynamique de l'impact du psychodrame en groupe sur des sujets pédophiles judiciarisés » in *Forensic*, n° 18, 2004, pp. 32-35.
- Ciavaldini A., Cohen S., « Un PARI thérapeutique : la création d'un espace psychothérapique intermédiaire » in *Synapse*, n° 48, nov. 1988, pp. 65-72.
- Conférence de consensus, *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, éd. John Libbey eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, Paris, nov. 2001, 581 p.
- Fotorino É., art. « Nausée en série » in *Journal Le Monde*, mardi 6 juillet 2004.
- Freud S., « Remémoration, répétition et perlaboration », in *La technique psychanalytique*, éd. PUF, Paris, 1981, pp. 104-115.
- Garapon A., Salas D., *La justice et le mal*, éd. Odile Jacob, Paris, 1997, 214 p.
- Gravier B, Legoff V, Devaud C., Les thérapies actives. in ss dir. Ciavaldini A. et Balier C., *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris, éd. Masson, 2000, pp. 219-28.
- Gravier B., « Psychothérapie et psychiatrie forensique » in *Rev. Med. Suisse*, n° 6, 2010, pp.1774-1778.
- Green A., *Le discours vivant*, éd. PUF, Paris, 1970.
- Green A., (1971), « La déliaison », in *La déliaison : psychanalyse, anthropologie et littérature*, éd. Les belles lettres, Paris, 1992.
- Hanson R. K., Bussière M. T., « Predicting relapse : a meta-analysis of sexual offender recidivism studies » in *Journal of consulting and clinical psychology*, n° 66, 1998, pp. 348-62.
- Hanson R. K., Thornton D., « Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales », in *Law and Human Behavior*, n° 24, 2000, pp.119-36.
- Hayez J.-Y., De Becker E., *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, éd. PUF, Paris, 2000, 301 p.
- Janin Cl., *Figures et destins du traumatisme*, éd. PUF, Paris, 1996, 132 p.
- Kaës R., *Le groupe et le sujet du groupe*, éd. Dunod, Paris, 1993, 352 p.
- Magos V. (dir) , *Procès Dutroux, penser l'émotion*, Ministère de la Communauté française, Bruxelles, 2004, 254 p.
- Prat R., « La naissance psychique », in *Revue française de psychanalyse*, n° 1, 2007.
- Racamier P C., *Le génie des origines*, éd. Payot, Paris, 1992, 420 p
- Rey A., *Dictionnaire historique de la langue française*, éd. Le Robert, Paris, 1992.
- Roussillon R., *Agonie, clivage et symbolisation*, éd. PUF, Paris, 1999, 245 p.
- Ruffiot A., *L'appareil psychique familial*, éd. Dunod, Paris, 1981.
- Stigler-Langer M., Reconnaissance de l'acte commis : ouverture à la thérapie ou clôture de la relation thérapeutique?, *2<sup>e</sup> Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle*, Bruxelles, 7-9 mai 2003.
- Thomas É., *Le viol du silence*, éd. Aubier, Paris, 1986.
- Vigarello G., *Histoire du viol*, éd. du Seuil, Paris, 1998, 357 p.



# Temps d'Arrêt / Lectures

## Déjà parus

- **L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.**  
Collectif.\*
- **Avatars et désarrois de l'enfant-roi.**  
Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.\*
- **Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.**  
Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.
- **Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.**  
Reine Vander Linden et Luc Røegiers.\*
- **Procès Dutroux ; Penser l'émotion.**  
Vincent Magos (dir).
- **Handicap et maltraitance.**  
Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.\*
- **Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.**  
Catherine Marneffe.
- **Maltraitance et cultures.**  
Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- **Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.**  
Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- **Ces désirs qui nous font honte.**  
Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion.  
Serge Tisseron.
- **Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.**  
Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- **Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.**  
Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault.
- **L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?**  
Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.\*
- **Voyage à travers la honte.**  
Serge Tisseron.
- **L'avenir de la haine.**  
Jean-Pierre Lebrun.
- **Des dinosaures au pays du Net.**  
Pascale Gustin.
- **L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?**  
Pierre Delion.
- **Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants ?**  
Martine Gayda, Monique Meyfrøet, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.
- **Le traumatisme psychique.**  
François Lebigot.
- **Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.**  
Danièle Epstein.
- **À l'écoute des fantômes.**  
Claude Nachin.
- **La protection de l'enfance.**  
Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- **Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.**  
Jean-Marie Forget.
- **Le déni de grossesse.**  
Sophie Marinopoulos.
- **La fonction parentale.**  
Pierre Delion.
- **L'impossible entrée dans la vie.**  
Marcel Gauchet.
- **L'enfant n'est pas une « personne ».**  
Jean-Claude Quentel.
- **L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?**  
Marie-Claude Blais.
- **Les dangers de la télé pour les bébés.**  
Serge Tisseron.
- **La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition infantine actuelle.**  
Michèle Brian.
- **Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.**  
Dominique Ottavi.
- **Points de repère pour prévenir la maltraitance.**  
Collectif.
- **Traiter les agresseurs sexuels ?**  
Amal Hachet.
- **Adolescence et insécurité.**  
Didier Robin.
- **Le deuil périnatal.**  
Marie-José Soubieux.
- **Loyautés et familles.**  
L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.
- **Paradoxes et dépendance à l'adolescence.**  
Philippe Jeammet.
- **L'enfant et la séparation parentale.**  
Diane Drory.
- **L'expérience quotidienne de l'enfant.**  
Dominique Ottavi.
- **Adolescence et risques.**  
Pascal Hachet.
- **La souffrance des marâtres.**  
Susann Heenen-Wolff.
- **Grandir en situation transculturelle.**  
Marie-Rose Moro.\*
- **Qu'est-ce que la distinction de sexe ?**  
Irène Théry.
- **L'observation du bébé.**  
Annette Watillon.
- **Parents défaillants, professionnels en souffrance.**  
Martine Lamour.\*
- **Infanticides et néonaticides.**  
Sophie Marinopoulos.
- **Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.**  
Serge Tisseron.
- **Cyberdépendance et autres croquemitaines.**  
Pascal Minotte.
- **L'attachement, un lien vital.**  
Nicole Guedeney.
- **L'adolescence en marge du social.**  
Jean Claude Quentel.
- **Homoparentalités.**  
Susann Heenen-Wolff.
- **Les premiers liens.**  
Marie Couvert.
- **Fonction maternelle, fonction paternelle.**  
Jean-Pierre Lebrun.
- **Ces familles qui ne demandent rien.**  
Jean-Paul Mugnier.
- **Événement traumatique en institution.**  
Delphine Pennewaert et Thibaut Lorent.
- **La grossesse psychique: l'aube des liens.**  
Geneviève Bruwier.
- **Qui a peur du grand méchant Web ?**  
Pascal Minotte.
- **Accompagnement et alliance en cours de grossesse.**  
Françoise Molénat
- **Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».**  
David Puaud.
- **Protection de l'enfance et paniques morales.**  
Christine Machiels et David Niget.
- **Jouer pour grandir.**  
Sophie Marinopoulos

Retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en lignes, ...

\* Ouvrage épuisé.

# En Belgique uniquement Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement  
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite à chaque  
élève de 4<sup>ème</sup> primaire



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via  
les associations fréquentées  
par les adolescents



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via les  
crèches, écoles, associations  
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages  
60.000 ex./an  
Diffusion gratuite via les  
écoles, associations fréquentées  
par les parents