

Dispositifs thérapeutiques

1. Externalité de la demande de soins

Une particularité des prises en charges thérapeutiques d'auteurs de violence sexuelle, longtemps considérée comme un écueil, réside dans la source de la demande de soin. Ainsi, les patients auteurs de violence sexuelle sont rarement demandeurs par eux-mêmes mais, en venant consulter un thérapeute, répondent plutôt à une exigence externe émanant du monde judiciaire ou du champ social (Lecocq, 2011).

Cette modalité d'entrée dans le soin engage des réflexions éthiques sur le positionnement du soignant entre santé et contrôle social (Colin, 2003) et un enjeu pour les équipes soignantes conviées à développer des approches thérapeutiques pour des sujets présumés inaccessibles à tout changement (Gravier, Roman, 2016).

En quelques sortes, cette externalité de la demande peut être considérée comme structurelle aux sujets auteurs de violence sexuelle, dans la mesure où, lésés quant à la constitution d'un espace interne suffisamment solide, leur procédé de régulation psychique passe régulièrement par l'entourage. Il n'en est pas autrement dans l'acte violent qui constitue, sous une forme dramatiquement pathologique, un appel à l'autre pour restaurer l'atteinte subie par une image idéale de soi (Balier, 1996).

Il n'est alors pas étonnant que, tout comme la demande, l'acte commis soit également vécu comme extérieur, même si le sujet agresseur sexuel reconnaît pourtant en être l'auteur (Gravier, 2018).

Pour Ciavaldini (2008) un tel dispositif a toute légitimité puisqu'il tient compte de l'inachèvement du développement psycho-affectif du sujet auteur de violence sexuelle.

Ainsi, le sujet ne se trouve pas dans la situation, impossible pour lui, de choisir un soin ou d'en faire la demande, c'est l'environnement qui prend acte de son dysfonctionnement psychique et assume à sa place la position de « demandeur » de soin.

2. La double perspective : défense sociale/intériorité souffrante

Le contexte de soin à la demande d'un tiers place le thérapeute devant un questionnement éthique à propos de la finalité de sa mission.

D'un côté, l'appareil judiciaire qui prononce une obligation de soin, la société civile, les acteurs politiques attendent du traitement une contribution à la défense sociale et à la lutte contre la récidive.

D'un autre côté, la pratique thérapeutique se conçoit avant tout au bénéfice du patient en visant à soulager sa souffrance intérieure.

Cette double perspective induit des modalités d'interventions thérapeutiques différentes. Ainsi, Marshall et al. (2005) relèvent deux grands modèles d'interventions psychothérapeutiques auprès des auteurs de violence sexuelle :

- Le modèle de gestion du risque dans lequel l'objectif est avant tout de protéger la communauté en évitant les risques de récidive violente de la part de l'auteur de violence sexuelle. Ce modèle considère le trouble psychologique présenté par le patient comme incurable, mais estime possible d'apprendre à le gérer. L'amélioration de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles de l'auteur de violence sexuelle sont souhaitables mais ne constituent pas l'objectif principal du traitement.
- Le modèle du changement a pour objectif principal l'amélioration de la qualité de vie de l'auteur de violence sexuelle, notamment au travers d'un travail sur ses compétences sociales, ses valeurs, son estime de soi, etc. Dans ce modèle, c'est par l'amélioration du bien-être de l'auteur de violence sexuelle que le risque de récidive se trouvera réduit.

Un positionnement thérapeutique trop rigidement enclot dans une conception de la prise en charge psychothérapeutique des auteurs de violence sexuelle est susceptible d'aboutir à une double impasse. Soit que le professionnel s'isole avec son patient dans un huis-clôt thérapeutique, s'exposant aux mécanismes de clivage et à la complicité des dénis. Soit qu'il perde sa fonction soignante, se réduisant à un agent du contrôle social.

Aussi, Gravier (2018) préconise de tenir compte de cette double perspective, en développant une approche clinique rigoureuse, et intégrant le risque de répétition d'un acte délictueux, désignant dans le champ judiciaire, un événement que le clinicien peut penser du côté de la compulsion de répétition (Ciavaldini, 2008).

3. Modèles théoriques

En France, la Haute Autorité de Santé (2009) identifie des pratiques de prise en charge inspirées de deux grands courants théoriques :

- Le modèle issu des techniques cognitivo-comportementales (TCC) entend aider l'auteur de violence sexuelle à la gestion de ses dysfonctionnements relationnels et sociaux, en corrigeant certains comportements, dans le but d'éviter le passage à l'acte et de se réadapter à la vie sociale.
- Le modèle fondé sur la pratique psychanalytique, se donnant pour objectif d'accompagner le développement psychique déficitaire de l'auteur de violence sexuelle, de l'aider à se subjectiver pour, au-delà de travailler sur son risque de récurrence, lui permettre de se réinsérer dans la communauté humaine. Ce travail reprend le développement du sujet humain en passant notamment par l'identification des affects et leur mentalisation.

Ciavaldini (2012) propose une prise en charge humaniste, entée sur le courant psychodynamique, mais admettant d'autres approches en appoint, et incluant des évaluations de la situation du patient auteur de violence sexuelle ainsi que de la thérapie elle-même.

Un programme de soin est ainsi construit, avec des objectifs étagés, visant à :

- Réorganiser le système défensif psychique et augmenter la capacité de mentalisation. Il s'agit d'un horizon thérapeutique avec l'idée qu'une réorganisation de la configuration psychique du patient rendra obsolète la conduite délinquante.
- Renforcer le contrôle pulsionnel en aidant le patient auteur de violence sexuelle à acquérir des compétences sociales et affectives conduisant à des relations satisfaisantes avec son environnement, à développer sa capacité de maîtrise de son excitation sexuelle, à corriger les distorsions en matière de sexualité, à identifier les

situations (sociales, affectives) favorisant le passage à l'acte, pour les éviter, s'en échapper ou y mettre fin.

- Augmenter, à terme la qualité de vie du patient auteur de violence sexuelle. 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.

4. Difficultés du thérapeute dans l'entrée en relation

Au-delà des interrogations éthiques précédemment nommées, la clinique des violences sexuelles met le thérapeute à rude épreuve, du fait de la réalité traumatogène de la violence commise, et du fonctionnement psychique particulier des patients.

4.1. La confrontation à la violence

Confronté à l'horreur des actes commis par son patient, parfois à la médisance de ce dernier vis-à-vis de sa victime, ou à son égocentrisme dans l'appréhension de sa situation, le thérapeute se trouve fréquemment pris dans des mouvements contre-transférentiels négatifs intenses. Ces derniers, teintés de frayeur, colère et dégoût s'avèrent éprouvants pour le professionnel et susceptibles d'entraver sa fluidité de pensée.

Malgré l'affliction qu'ils procurent, Prins (1991) met en garde contre une tendance, peut-être protectrice, des professionnels, à édulcorer ces contre-attitudes pénibles et à se focaliser sur ce qui va bien dans le suivi en occultant les indices plus préoccupants.

L'auteur invite les professionnels à lutter contre leur déni, à reconnaître et travailler leurs sentiments de répulsion et d'horreur vis-à-vis des actes commis, et recommande à ceux qui s'engagent dans ce type de suivis, d'être prêts à affronter « l'impensable, l'inquestionnable, l'inimaginable » tout en travaillant leurs propres angoisses et les tâches-aveugles de leur contre-transfert.

4.2. La configuration psychique des auteurs de violence sexuelle

L'histoire précoce des sujets auteurs de violence sexuelle, marquée par une relation cruellement insatisfaisante à la mère, ne leur a pas permis de métaboliser leur propre destructivité, ni de construire un sentiment de continuité d'être, les plongeant dans des vécus agonistiques (Roussillon, 1999).

Ainsi laissés à eux-mêmes dans un environnement insécurisant, contaminés par un processus de passivation, phénomène destructeur dans la mesure où il conduit à l'impuissance devant le sentiment de catastrophe identitaire (Green, 1999), ils ont été amenés à développer une économie psychique de survie dont l'enjeu fondamental relève de stratégies de défense contre l'effondrement et d'efforts pour se sentir réel.

Leur appareil psychique, effracté par des blessures agonistiques, « tend vers une quête de l'inanimé, de la clôtüre et du forclos » (Houssier, 2007). Ce fonctionnement implique des modalités relationnelles particulières qui se révèlent également avec le thérapeute.

4.2.1. *Fusion plutôt que transfert*

Le gel des capacités associatives, caractéristique d'une économie de survie psychique, conduit le sujet vers une indifférenciation, plutôt qu'un échange fondé sur une relation d'altérité (Ciavaldini, 1999). La tentative, plus ou moins heureuse, d'adaptation à l'environnement social par la construction de la personnalité en faux-self (Winnicott, 1954) et l'usage du clivage obscurcit la distinction entre le sujet et l'autre et tend à confondre les propres pensées du patient avec celles de son entourage, et en l'occurrence de son thérapeute. En découle un attachement relevant plus du collage que du transfert (Savin, 2012). L'investissement affectif marqué par l'adhésion massive ou le rejet total, tend à soumettre le thérapeute à des mécanismes d'identification projective avec désir de possession, jalousie, séduction, agressivité...

4.2.2. Relation d'emprise

Le patient agresseur sexuel emploie avec son thérapeute son mode relationnel habituel, fortement incliné par la nécessité de maîtrise et d'emprise.

Dorey (1981) décrit l'emprise comme une action d'appropriation par dépossession de l'autre, exercice d'un pouvoir conduisant à contrôler, subjuguier et manipuler l'autre, volonté de marquer l'autre de l'empreinte de sa propre figure.

L'emprise implique donc la destructivité de la pensée et de l'humanité de l'autre. Les effets sur le thérapeute sont notamment repérables par le malaise diffus qu'il peut éprouver, parfois la fascination, mais surtout le discours implacable et cohérent du patient, de démenti de la violence qu'il a fait subir (Gravier et al., 2000).

4.2.3. Identification projective

Le psychisme du professionnel est soumis à la déliaison et au vide de pensée que le patient, dans son inaptitude à l'éprouver, projette sur lui, comme dans une tentative de l'appréhender en retour.

Il s'agit là d'un mécanisme d'identification projective par lequel la souffrance traumatique, le vécu d'impuissance et les mécanismes de déliaison y-conséquentes sont introduits à son insu chez le thérapeute (Houssier, 2007).

Par substitution, ce dernier se trouve placé dans un état de passivation masochique et le patient, qui s'en est destitué au détriment du thérapeute, « jouit de la position déléguée à un autre par identification » (Green, 1999).

L'effet chez le thérapeute s'apparente à une sidération de la pensée, une incapacité d'élaboration et de liaison des représentations et des affects.

4.3. Une alliance thérapeutique possible ?

Dans ce contexte de grand bouleversement inter et intra subjectif, Balier (2005) ne préconise pas tant la « neutralité bienveillante » par laquelle le thérapeute va au-devant d'un débordement de ses capacités psychiques par les attaques de son patient, mais affirme plutôt la nécessité « d'être indestructible, c'est à dire de continuer à penser malgré la violence des affects déclenchés. »

Ce point est d'autant plus important qu'il semble qu'au-delà des techniques thérapeutiques, la qualité relationnelle et l'alliance thérapeutique entre le patient auteur de violence sexuelle et son (ou ses) thérapeute(s) constituent un facteur prépondérant de l'efficacité du traitement (Drapeau, 2005, Marshall, 2017). Marshall (2011) préconise même de remanier les techniques et objectifs thérapeutiques de sorte à favoriser avant tout, la confiance du patient envers le thérapeute.

Drapeau (2003), dans une étude réalisée avec des patients pédophiles en traitement, repère comme facteurs de promotion de l'alliance thérapeutique, la possibilité de pouvoir prendre certaines initiatives, la possibilité d'avoir des renseignements concernant la pédophilie, qu'ils vivent mais ne comprennent pas, la garantie par le thérapeute de la solidité et de la prévisibilité du traitement et le caractère fort, voire autoritaire du thérapeute.

L'auteur souligne que les patients attaquent et mettent à l'épreuve le thérapeute tout au long du traitement, comme pour vérifier qu'il tient le coup, qu'il ne s'effondre pas, donc qu'il est digne de confiance et prévisible.

Cette « indestructibilité » soulignée par Balier (1996, 2005) revêt une importance toute particulière pour des individus, notamment pédophiles, qui ont construit leur subjectivité sur les aléas de liens familiaux insécurisants et ténus, identifiés à un appendice narcissique dans une relation symbiotique à leur mère (Balier, 1993).

Marqués dans l'enfance par un contexte familial perturbé, les auteurs de violence sexuelle montrent des altérations significatives de la sphère des affects (Ciavaldini, 1999).

L'enjeu thérapeutique est alors de construire un cadre protecteur pour la subjectivité du thérapeute, à même de contenir la destructivité du patient, et garant de la qualité relationnelle.

4.4. Construire un cadre thérapeutique claire

Préalable à toute intervention thérapeutique avec des auteurs de violence sexuelle, l'instauration du cadre thérapeutique requiert une attention particulière et continue.

Ce travail consiste à présenter au patient un espace solide, permanent, « indestructible ». La plupart des patients ne manque pas de relever le caractère frustrant et contraignant de ce cadre, voire d'y trouver une dimension arbitraire ou injuste. Ces protestations sont souvent à entendre comme des « attaques », des défis consistant en autant de vérifications de la capacité du dispositif à persévérer quand il est menacé. Il s'agit de tester si le cadre est suffisamment fiable et permanent pour recevoir et contenir la part non symbolisée et désorganisatrice de sa personnalité.

Le cadre externe solide et permanent vise à pallier à la défaillance de cadre interne des auteurs de violence sexuelle, peu à même de négocier l'excitation, ni de métaboliser les affects pour leur donner une forme symbolique, donc mentalisée. Lecocq (2011) souligne que la confrontation dans le processus thérapeutique aux parts sombres de sa personnalité peut susciter pour le patient auteur de violence sexuelle, des angoisses insupportables appelant habituellement chez lui des mécanismes de clivage, de recours à l'acte, de sidération. Dans ce contexte, trouver des ressources pour se confronter au « monstre en lui » et mobiliser une élaboration nécessite qu'il se sente en confiance et en sécurité dans le cadre thérapeutique proposé.

Ainsi, la mise en place consciencieuse du cadre thérapeutique contribue à ce que Ciavaldini (1999) nomme une « pragmatique de la mentalisation ». Il définit ce terme comme « ce qui sera efficace pour permettre à des sujets délinquants sexuels de parvenir à mentaliser enfin leurs actes dans le registre de l'intersubjectivité. » Une telle entreprise passe par la mobilisation de la sphère des affects, réprimés par les mécanismes de déni et de clivage, afin de les restituer dans leur aptitude à établir des liens, de relancer une narrativité et de s'approprier une histoire subjective.

Avec des patients présentant une incapacité à demander des soins, la loi, avec sa cohorte d'obligations, et notamment d'obligation ou d'injonction à se soigner, intervient comme un « méta-cadre » (Ciavaldini, 2008) sur lequel le cadre thérapeutique peut appuyer sa légitimité. La mise en place du cadre thérapeutique implique donc une connaissance préalable des rapports du sujet auteur de violence sexuelle avec l'autorité judiciaire quant à

sa situation pénale (est-il prévenu ? condamné ? pour quels actes exactement ?), et quant au contexte de la demande de soin (obligation pénale ? demande volontaire ? conseillé par l'avocat ?...)

L'interdisciplinarité est nécessaire dans ces prises en charges et Ciavaldini (2001, 2008, 2018) parle « d'interconenance » des cadres judiciaire, social et soignant. Il s'agit d'une alliance entre les institutions, qui va plus loin qu'un « emboîtement des cadres » mais implique une connaissance des missions et des limites des professionnels des différentes institutions et la co-construction d'une culture de travail commune. Ainsi peut s'instaurer un dispositif d'échanges autour de la situation et de partage des vécus transféro-contre-transférentiels, dans le respect des pratiques professionnelles et de l'intégrité subjective et corporelle du patient.

Gravier (2013) insiste sur le fait que « la prise en charge d'un délinquant sexuel confronte tôt ou tard à des dilemmes éthiques, cliniques, légaux » dans les domaines judiciaire, soignant et social, et qu'il est donc nécessaire de les anticiper. Il s'agit pour cela d'établir entre professionnels, des processus de travail « interconenants », comme indiqué précédemment, mais aussi d'explicitier très clairement au patient ce dispositif interdisciplinaire, au tout début de la prise en charge, dès la mise en place du contrat thérapeutique.

Le thérapeute s'emploie notamment à préciser au patient le contexte, la nature et les modalités des échanges d'informations entre lui et les représentants des autres champs professionnelles, ainsi que l'attitude qu'il adoptera en cas de non-respect par le patient des attentes définies au niveau judiciaire, social ou soignant.

Gravier (2013) précise que si ce procédé semble opposé à la position classique de construction de la démarche de soin à partir du seul discours du patient, « c'est, paradoxalement, ainsi que pourra se préserver un échange thérapeutique authentique. »

En effet, un tel dispositif contribue à protéger le clinicien en soutenant sa capacité de penser et offre au patient auteur de violence sexuelle l'occasion d'expérimenter un cadre solide, à même de le contenir. Aussi, en contribuant à déjouer les effets de clivage et la complicité des dénis (Ciavaldini, 1999), « c'est cette fonction d'interconenance qui se révélera, à terme, véritablement thérapeutique. » (Ciavaldini, 2001)

5. Evaluations préliminaires

Cortoni et Vanderstukken (2017) insistent sur l'importance d'orienter l'action clinique avec les auteurs de violence sexuelle afin d'obtenir une efficacité thérapeutique, à savoir une réduction de la récidive. Pour cela, ils se basent sur des facteurs criminogènes précis à évaluer afin d'établir les besoins de traitement. En effet, ces auteurs considèrent le travail thérapeutique sur des problèmes psychologiques généraux et insuffisamment ciblés, comme contre-productif.

Parmi ces facteurs, on trouve les intérêts sexuels déviants et leur maîtrise, les distorsions cognitives, les influences sociales significatives, les difficultés liées à l'intimité, la maîtrise de sa propre impulsivité, la motivation au traitement.

Dans une perspective plus psychodynamique et sans se détourner de l'intérêt des outils criminologiques et cognitivo-comportementalistes, Gravier (2018) s'associe à la nécessité d'une évaluation clinique préalable à toute prise en charge thérapeutique. Il précise que l'évaluation doit intégrer divers éléments multi-dimensionnels :

« - Place du traitement dans le déroulement de l'action pénale et l'ensemble du dispositif de prise en charge ;

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

La « recherche-action » de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996) propose quelques pistes d'investigations.

5.1. La reconnaissance de l'acte

5.1.1. Classification du niveau de reconnaissance du délit

Ciavaldini (1999) propose une classification en quatre catégories du niveau de reconnaissance du délit :

- OUI, totalement : le sujet reconnaît totalement le délit, il est en outre conscient que celui-ci représente le signe d'un dysfonctionnement lié à un ensemble de facteurs internes et externes ;
- OUI, partiellement, niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et/ou il se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive ;
- OUI, partiellement, niveau 2 : le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux ;
- NON : négation totale du délit.

Selon la recherche de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), plus de 85% des sujets auteurs de violence sexuelle reconnaissent au moins partiellement les actes pour lesquels ils sont inculpés, mais moins de la moitié (41%) les reconnaissent totalement. Des tendances similaires sont retrouvées dans la recherche de Gravier et al. (2001) avec 78% de reconnaissance réparties en 30% de reconnaissance totale et 48% de reconnaissances partielles.

Par ailleurs, Si l'agresseur a lui-même été victime d'actes d'agression dans l'enfance ou à l'adolescence, il semble qu'il reconnaisse plus fréquemment les faits.

5.1.2. Trois aspects génériques des non-reconnaisances

À partir des résultats de la recherche de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), Ciavaldini (2005, 2009, 2014) postule que les non-reconnaisances recensées sont l'effet de difficultés rencontrées par les auteurs de violence sexuelle dans l'identification et la reconnaissance des affects, et de leurs vécus psychiques en général.

L'auteur propose d'affiner son analyse en déclinant les non-reconnaisances selon trois domaines génériques fondateurs de la psyché humaine.

L'identification subjective humaine

Ce premier domaine générique correspond à la différence entre les espèces et se manifeste par divers aspects :

- La désobjectivation de la victime. Celle-ci n'est pratiquement jamais perçue pour ce qu'elle est, mais sous forme fragmentée, générique, prise pour quelqu'un d'autre, ou même privée de sa nature humaine.
- La non-reconnaissance de la violence. Pour un certain nombre d'auteurs de violence sexuelle, si l'acte est reconnu, sa dimension violente, elle, est refusée. La violence constituant « l'affect identitaire par excellence » (Ciavaldini, 1999) puisqu'inhérent à la constitution de l'objet, cette non-reconnaissance de la violence marque l'annulation de l'autre en tant qu'individu séparé.
- La non-reconnaissance des vécus psychiques précédant l'acte. Pour un nombre conséquent d'auteurs de violence sexuelle, l'acte survient comme un apaisement visant à la sauvegarde psychique, dans un contexte inquiétant d'effondrement interne, d'effacement subjectif.

La différence des sexes

Ce deuxième domaine générique est identifié dans l'évitement total de tout conflit :

- La non-reconnaissance de l'acte. Cette réticence pouvant aller du déni de l'acte, particulièrement l'acte de pénétration pour des sujets ayant commis des actes pédophiles (Ciavaldini, 1999), jusqu'à l'énonciation du consentement voire de la séduction de la victime.
- La non-reconnaissance des conséquences de l'acte, tant pour le sujet lui-même que pour la victime, avec des attitudes d'évitement, de banalisation ou de déni des conséquences.
- L'ineffectivité de la honte ou de la culpabilité. Quand de tels affects sont exprimés, ils sont régulièrement accompagnés d'une incompréhension quant à l'interdit et dans une relative difficulté à les discriminer.

La différence des générations

Ce troisième domaine générique est exprimé dans la non-reconnaissance des séductions précoces. Alors qu'un nombre important d'auteurs de violences sexuelles ont eux-mêmes subi des violences sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence (un sujet sur trois dans la recherche de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat, 1996 ; deux sujets sur trois dans l'étude de Gravier et al., 2001), ou décrivent des « séductions » par un adulte alors qu'ils étaient enfants, le traumatisme en découlant n'est pas nommé et ne semble pas reconnu comme tel.

Ces observations concordent avec celles d'Abbiati et al. (2014) qui mettent en évidence dans leur étude l'ampleur des vécus de maltraitements physiques, psychologique et sexuelles subies dans l'enfance par des auteurs de violence sexuelle, et l'absence de reconnaissance de celles-ci malgré l'évocation d'événements particulièrement douloureux.

Ciavaldini (2009) relève la cécité des familles face aux symptômes que présentaient à coup sûr ces sujets victimes et propose « l'hypothèse d'une séduction psychique continue primaire, de type traumatique, qui rendrait assez « naturelle » une manœuvre de séduction d'un aîné sur un plus jeune. »

5.1.3. Un indicateur du travail thérapeutique

Ciavaldini (1999), partant du constat que plus la reconnaissance du délit est totale, plus le sujet est capable de discriminer les éprouvés provoqués par l'acte et de repérer une origine impulsive de l'acte, propose l'hypothèse suivante : « Plus le sujet peut reconnaître totalement le délit, plus il présente une ébauche de différenciation psychique sur laquelle un travail thérapeutique pourra s'appuyer. »

Marshall (2011) apporte une controverse en avançant que le déni des actes par l'auteur de violence sexuelle entretiendrait plutôt une relation inverse avec le risque de récidive. Il s'agirait alors d'un facteur de protection contre la récidive. L'hypothèse explicative de cet auteur se situe dans l'importance pour le patient de maintenir une image de soi positive.

Notons qu'un but similaire est visé dans l'approche psychodynamique pour laquelle un fonctionnement psychique plus harmonieux contribuera à construire ou reconstruire une image de soi positive et une appréhension de l'entourage plus équilibrée. Dans ce contexte, le travail sur la reconnaissance du délit ne vise en rien une recherche des aveux du patient auteur de violence sexuelle, mais plutôt une ébauche de prise en compte de l'altérité.

5.2. La capacité de mentalisation

Les auteurs de violence sexuelle présentant un fonctionnement psychique rigide et marqué par les carences, Gravier (2018) préconise, pour définir les contours du soin, d'évaluer la capacité de mentalisation du patient, ainsi que ses capacités intellectuelles, de compréhension et d'élaboration.

Ciavaldini (1999) suggère qu'une telle évaluation passe notamment par le repérage de la nature et de l'intensité des angoisses, la qualité relationnelle et émotionnelle, les addictions, l'activité onirique.

Gravier (2013) insiste sur l'importance de repérer l'existence ou non d'un soutien social favorisant des modalités relationnelles et des styles de vie différents de ceux qui avaient cours au moment des actes délictueux. Pour cet auteur, cette évaluation soigneuse permet d'établir un accompagnement thérapeutique adapté aux possibilités élaboratives du patient auteur de violence sexuelle. Cette entreprise requiert une certaine modestie du thérapeute,

certains dispositifs ne prétendant pas à plus d'ambition que l'ébauche d'un lien, et l'espoir qu'il puisse s'avérer potentiellement thérapeutique ultérieurement. De telles situations questionnent quant à la limite entre la fonction de contrôle social, inhérent à l'obligation judiciaire et la démarche soignante. Gravier (2013) part du principe qu'« un contrôle social bien conduit et bien pensé peut être souvent plus aidant qu'un soin qui se base sur de mauvaises indications et des prémisses fausses. » Il semble donc primordial de ne pas chercher à « soigner à tout prix » mais bien de considérer finement la situation pour construire des modalités d'accompagnement adéquates et véritablement aidantes, pouvant aller de rencontres ponctuelles imposées par la justice, à la mise en œuvre d'un véritable dispositif de psychothérapie.

5.3. L'engagement dans la thérapie

Issus de la recherche sur les « agresseurs sexuels » de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), Ciavaldini (1999) propose cinq indicateurs d'une réponse favorable à un traitement lors d'une prise en charge de type psychothérapeutique et intersubjective.

Ceux-ci apportent au professionnel des repères différentiels, au-delà de la volonté affichée par le sujet de s'engager dans un traitement.

- **Reconnaissance totale du délit.** Comme indiqué plus haut, Ciavaldini (1999) considère qu'une plus grande reconnaissance du délit va de pair avec une meilleure capacité de discrimination des affects et éprouvés provoqués par l'acte et une ébauche de différenciation psychique, étayage au travail thérapeutique
- **Se sentir « anormal » au moment de l'acte.** Plus le sujet considère l'acte comme anormal, plus il dit en éprouver un sentiment de culpabilité, plus il reconnaît des conséquences pour la victime, plus il désire changer.
- **Reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de l'acte.** La reconnaissance, même à minima, d'éprouvés internes, augure de capacités, si modestes soient-elles, du sujet, à contacter sa vie interne.
- **Arrestation vécue comme un soulagement.** Ce soulagement révèle une certaine reconnaissance d'une souffrance interne vécue comme incontrôlable et dangereuse, une certaine reconnaissance pour la souffrance de la victime, et donc une certaine

prise de distance par rapport à l'acte, à l'objet, marque de l'ébauche d'un processus de tiercéité.

- **Reconnaissance de la contrainte pendant l'acte.** Cette occurrence suppose une reconnaissance de la victime en tant que telle et un sentiment de responsabilité de l'acte délictueux. Ciavaldini (1999) considère qu'elle renseigne sur « un potentiel d'identification d'un objet en tant que tiers externe. »

Ciavaldini (1999) accorde également une certaine importance aux sentiments de culpabilité ou de honte, comme première accroche pour un travail thérapeutique.

L'auteur précise que si ces indicateurs augurent d'une bonne disposition du sujet auteur de violence sexuelle à un traitement, ils ne constituent pas en eux-mêmes des « entités autonomes » et doivent être intégrés dans la relation thérapeutique instaurée avec le professionnel.

En outre, il ne faut pas perdre de vue que les effets délétères du clivage et du déni demeurent actifs et empiètent les progrès thérapeutiques.

5.4. Des questionnaires aménageurs de la relation

L'utilisation d'un questionnaire, dans le cadre d'un entretien semi-structuré s'est avéré un outil efficace pour plusieurs auteurs :

Dans la suite de la recherche menée par Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), il s'est révélé qu'après passation d'un questionnaire d'investigation à des fins de recherche, la moitié des auteurs de violence sexuelle interviewés demandaient à bénéficier d'un suivi psychothérapeutique, alors que cette population est habituellement très peu demandeuse. L'outil initial a alors été remanié pour en faire un questionnaire d'investigation clinique : le Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS) (Ciavaldini et al., 1997).

Ce questionnaire se veut être un « aménageur thérapeutique » (Ciavaldini, 1999) pour le patient mais aussi pour le ou les thérapeutes. Conçu comme un guide d'entretien, il engage,

de façon très structurée, à aborder différents domaines, plus ou moins délicats, comme, par exemple, la description de l'acte d'agression sexuelle.

Par sa qualité d'outil standardisé, il prend également une fonction de tiers dans la relation entre le thérapeute et le patient. La succession des questions impose au patient un tempo dans le déroulement de sa parole, une « retenue » qui est déjà une prémisse à la mentalisation (Ciavaldini, 1999).

Ainsi, par un « forçage » de la parole, à l'image d'une maturation artificielle (Ciavaldini, 1999), le QICPAAS vise à remédier aux carences de mentalisation.

Roman a mené, entre 2005 et 2008, une recherche-action consacrée à une approche clinique et psychopathologique des adolescents auteurs de violence sexuelle et des enjeux de leur prise en charge dans les services de la protection judiciaire de la jeunesse en France (PJJ). Il a basé son recueil de données sur différents dispositifs, et notamment un questionnaire inspiré du QICPAAS (Roman, 2009)

Par la suite, Roman et Ravit (2011) proposent d'utiliser le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (QICAAICS) comme « aménageur » de la relation, objet de médiation pour pallier aux difficultés des professionnels face au retrait relationnel de ces adolescents, mais aussi à leur propre inhibition à aborder les actes transgressifs.

Ainsi, le questionnaire opère un soutien de la subjectivité de l'adolescent et de celle du professionnel : « c'est en effet en appui sur la capacité de ce dernier d'accueillir les mouvements psychiques de l'adolescent, y compris dans leur inhibition, leur pauvreté et/ou leur débordement, que le processus de subjectivation de l'adolescent sera en mesure de se déployer » (Roman, Ravit, 2011).

Les auteurs estiment que la fonction d'objet médiateur du questionnaire préserve le professionnel « des enjeux de séduction traumatique auquel confronte l'agir sexuel violent de l'adolescent » et favorise chez lui une écoute propice à l'advenue subjective.

En Suisse, Gravier et al. (2001) mènent une étude sur la « prise en charge thérapeutique des délinquants sexuels dans le système pénal vaudois ». Celle-ci comporte deux volets : L'un, épidémiologique, visant une analyse fine du parcours judiciaire de ces patients et un recueil anamnestique pour une meilleure compréhension de leur profil psychologique. L'autre, sous forme d'une investigation clinique approfondie afin d'améliorer l'offre de soin.

C'est dans ce deuxième volet que les auteurs, inspirés par le QICPAAS de Ciavaldini et al., (1997) et par le guide d'évaluation des agresseurs sexuels de Aubut et coll. (1993), ont réalisé leur propre questionnaire : L'Entretien Clinique de Lausanne (ECL). Ils insistent eux aussi sur la dimension « d'aménageur » de la relation du questionnaire, chère à Ciavaldini (1999), et visent une meilleure connaissance du fonctionnement mental et des caractéristiques psychiques des auteurs de violence sexuelle, dans le but de dégager des axes de prise en charge et des indicateurs concernant le risque de récurrence.

En plus des données anamnestiques habituelles, ce questionnaire cherche à recueillir des éléments plus subjectifs du patient dans différents domaines tels que son parcours de vie, le vécu entourant l'acte délictueux, le positionnement vis-à-vis de la thérapie, l'expression des émotions.

Comme pour le QICPAAS et le QICAAICS, suite à l'étude, les praticiens ont continué à utiliser l'ECL dans leurs suivis avec les auteurs de violence sexuelle.

Ces derniers temps, un travail de reprise de l'ECL est en cours pour améliorer cet outil dans sa fonction thérapeutique. « L'ECL tente de ré explorer les repères les plus significatifs de l'histoire psychique du sujet, de susciter de la narrativité et de soutenir les moments cliniques d'affaiblissement des mécanismes archaïques.

À travers la relecture par le sujet de données d'anamnèse concernant la vie affective, familiale, sexuelle, professionnelle ainsi que celle de ses actes, il approfondit plusieurs axes : la sensorialité et l'affect, les liens précoces et la qualité du portage, les vécus d'humiliation et de honte, l'incestualité dans les liens, la répétition des violences agies et subies pour essayer de mieux appréhender les potentiels réflexifs et les processus de subjectivation » (Gravier, 2018).

La fonction thérapeutique de l'ECL se décline en trois dimensions :

- Médiateur de la relation ;
- Investigation fine des processus psychiques sous-jacents du patient et des mouvements contre-transférentiels du soignant ;
- Levier thérapeutique favorisant un moindre usage de mécanismes psychiques archaïques et relance d'une dynamique de pensée.

6. Modalités thérapeutiques

Comme indiqué, plus haut, le fonctionnement psychique des auteurs de violence sexuelle est marqué par des mécanismes archaïques de survie visant à évacuer toute conflictualité, un défaut de mentalisation inapte à traiter le surcroît d'excitation ou le sentiment de perte, des modalités relationnelles souvent guidées par le contrôle ou l'annulation de l'autre. Les modèles thérapeutiques classiques demeurent insuffisamment opérants à traiter ces difficultés et peu sécurisants pour les thérapeutes. Aussi, ces derniers ont cherché à développer des dispositifs thérapeutiques singuliers, étayés sur des concepts théoriques précis (Balier, 1996) et transcendants les clivages entre modèles cognitivo-comportementalistes et psychodynamiques (Gravier et al., 2000, Minary et al., 2011).

6.1. Relation d'étayage

Ainsi, Jaffard (2000) propose le modèle de la « relation d'étayage » comme adapté à la problématique des auteurs de violence sexuelle. Cette relation entre le thérapeute et le patient ouvre ce dernier à la subjectivation en permettant à son « Moi interne insatisfait » un appui sur un « Moi externe ».

Pour cet auteur, la relation d'étayage peut être assurée par un thérapeute, mais aussi par plusieurs personnes, et souvent par toute une équipe, et remplit une triple fonction :

- Symbolique, dans la mesure où le thérapeute occupe une position d'objet radicalement autre, séparé du patient. Cette distance est d'une grande

importance pour éviter la répétition de relations « incestuelles » (Racamier, 1995) souvent retrouvées dans l'histoire des sujets auteurs de violence sexuelle.

- Pare-excitante : Balier (1996) indique que l'agir violent est lié à un accroissement de l'excitation et une incapacité à la mentaliser. Aussi, l'étayage des soignants et du cadre thérapeutique proposé, consiste davantage à diminuer l'excitation par un soutien et des paroles apaisantes qu'à chercher à mobiliser des associations de pensées inconscientes par des interprétations.
- Restauratrice du narcissisme : « c'est parce que le thérapeute cherche à comprendre et montre de l'intérêt pour ce qui se passe « dans la tête » du patient que celui-ci passe d'une situation passive à une recherche active qui le restaure dans un mouvement de subjectivation. » (Jaffard, 2000)

Devant le patient, le thérapeute se montre indestructible sans toutefois adopter une position trop rigide ni omnipotente, accordant suffisamment de souplesse pour accompagner des changements chez celui-ci. L'auteur insiste sur les difficultés de cette clinique, avec des risques tels que « mener une relation de complicité inconsciente avec le patient » susceptible d'entraîner une cécité sur sa problématique ou un positionnement flou.

6.2. Thérapies actives

Pour pallier à ces difficultés, les dispositifs thérapeutiques doivent être pensés. À ce propos, Gravier et al. (2000) proposent le concept de « thérapies actives ».

La démarche active consiste à organiser des prises en charge et des interventions thérapeutiques incitant graduellement le patient à s'inscrire dans une démarche de soin et à renoncer à des modalités relationnelles pathologiques. « L'attitude active est ce qui permet d'envisager le changement qui remplacera l'interdit comme organisateur de la vie sociale du sujet. » (Gravier et al., 2000) En effet, l'étude psychopathologique des auteurs de violence sexuelle montre combien la référence à la loi, en tant que tiers structurant, fait défaut chez ces sujets, les laissant régulièrement démunis, en proie à des angoisses catastrophiques face à l'imprévisibilité de l'objet d'attachement ou les aléas émotionnels et pulsionnels. Aussi, la démarche active place le thérapeute en « trait d'union » entre la loi, rappelée par la justice à propos de l'acte délictueux, et le soin. « L'instauration de la place centrale de la loi, à travers l'intervention thérapeutique, vise à mettre en place un processus de

subjectivation et à tenter d'engager le patient dans un regard sur lui-même qui l'autorisera à reconnaître l'altérité. (Gravier et al., 2000) Dans le même mouvement, il s'agit, pour le thérapeute de « rester vivant en face de son patient » (Gravier, 2013), en évitant autant que possible l'installation de l'emprise et du clivage dans l'espace thérapeutique. L'« attitude active » consiste, pour le thérapeute, à se dégager de la passivité dans laquelle le patient tendrait à l'enfermer au travers de mécanismes de maîtrise et de contrôle. En position active, le thérapeute « nomme la réalité, fait le lien entre l'impensable et l'impensé. » (Gravier, 2013). Ainsi, le thérapeute suscite chez le patient la nomination des actes commis « dans la pudeur des mots » (Gravier et al., 2000). Cet exercice délicat pour le thérapeute comme pour le patient, consiste à qualifier avec justesse la réalité de l'acte sans permettre à l'auteur de violence sexuelle de donner cours à une excitation exhibitionniste, ni d'user d'un vocabulaire irrespectueux ou de propos dénigrants. Il s'agit finalement d'un travail de mise en représentation d'une scène impossible à penser. La dimension émotionnelle et affective, difficile à appréhender chez une grande proportion d'auteurs de violence sexuelle, est également activement nommée et travaillée.

Différentes modalités d'intervention psychothérapeutique favorisent une démarche active.

6.2.1. Le travail d'équipe

Par le jeu des transferts croisés, l'équipe soignante prenant en charge l'auteur de violence sexuelle devient réceptacle du clivage et de l'identification projective du patient. Des tensions entre membres de l'équipe, autour d'un patient, ne sont pas rares, prenant parfois le visage de la division et de l'animosité.

Au-delà des différends individuels, ces situations sont souvent à entendre comme une exportation, par le patient, du conflit qu'il méconnaît en lui, sur son entourage, à savoir l'équipe soignante.

Mais une telle situation n'est pas une fatalité. La force d'une équipe réside dans les capacités collectives des professionnels à résister à la destructivité du patient. Balier (1996) a mis en avant l'importance du travail d'équipe dans l'établissement d'un cadre clair et solide, l'étayage par la diversité des intervenants, le rôle de pare-excitations.

L'équipe prend également une fonction de tiers auquel le professionnel est référé en permanence, lui permettant de se dégager d'une relation trop proche avec le patient, susceptible de devenir envahissante, ou d'une tentative du patient de partage de secrets, usage de prédilection des patients présentant une personnalité narcissique ou perverse, et dont le redoutable pouvoir destructeur est connu.

La circulation de parole et de pensée dans l'équipe permet de garder fécondes les capacités individuelles et collectives de représentation, lutte contre le clivage et la destructivité et sécurise le patient dans les occasions qui lui sont offertes de recourir dans une moindre mesure aux mécanismes archaïques de survie.

6.2.2. *La cothérapie*⁶

Gravier et al. (2000) ont proposé la cothérapie, à savoir la « conduite partagée d'un même processus thérapeutique dans un même temps, le même milieu, en face d'un patient » comme setting particulièrement intéressant pour lutter contre l'emprise si souvent déployée par les auteurs d'agressions sexuelles.

Dans la thérapie des auteurs de violence sexuelle, il s'agit de garantir au patient une capacité de contenance minimale qui autrefois lui a fait défaut et de l'accompagner à contenir ses débordements pulsionnels, à affronter l'inéluctable de l'absence, la discontinuité, la solitude sans trop recourir à des procédés de destruction de l'autre, sans trop être envahi par la haine, conséquence de la désintrication pulsionnelle, sans sombrer dans l'effroi d'une catastrophe subjective éprouvée comme imminente. C'est au travers de cette contenance psychique que le patient peut construire des capacités de reconnaissance de ses affects puis de mentalisation.

Accompagner le patient dans cette traversée terrifiante, nécessite, pour le thérapeute, de rester vivant psychiquement, mais implique aussi d'accepter de subir des séries d'effractions psychiques (Ciccone, Ferrant, 2009). Accepter de supporter les attaques pathologiques du patient à son intégrité psychique, d'endurer ses identifications projectives

⁶ Ce chapitre reprend largement les propos énoncés dans : Grüter, D., Lavèze, F., Stiglet-Langer, M. La cothérapie comme dispositif innovant dans les prises en charge thérapeutiques d'auteurs de violences sexuelles. (Article à paraître).

se révèle être une condition pour les détoxiquer ; pour prêter son appareil à penser les pensées, selon le modèle de Bion (1962).

La cothérapie constitue un dispositif thérapeutique particulièrement adapté dans la mesure où elle favorise une fonction de contenance du cadre qui résiste aux attaques et soutient une relative sérénité pour éprouver et penser. Elle apporte une assurance aux thérapeutes par l'appui que chacun peut ressentir sur son collègue qui s'avère être un allié précieux. Cette sécurité ressentie encourage chaque thérapeute à supporter plus tranquillement les velléités destructrices et d'emprise du patient. De même, les moments de confusion sont moins inquiétants dans la mesure où le cothérapeute, comme l'assureur en escalade, pourra jouer le rôle de maintien du lien à la réalité.

Après la séance, le partage des observations et des ressentis contre-transférentiels entre les cothérapeutes est primordial. Ce temps révèle parfois une vision commune du déroulement de la séance mais parfois des sentiments contraires sur ce qui s'est passé (par exemple, un thérapeute estime que le patient a progressé, l'autre qu'il a joué de manipulation), des contre-transferts différents (un thérapeute trouve le patient touchant, l'autre le trouve agaçant), des mouvements transférentiels entre les thérapeutes (un thérapeute trouve que l'autre a été remarquable, ou au contraire énervant, ou encore a le sentiment de ne pas avoir été soutenu par son collègue...)

Tous ces mouvements contre-transférentiels sont à considérer comme émanant du psychisme du patient, éléments bruts qu'il n'est pas en capacité de ressentir, de penser, de conflictualiser et qu'il projette sur l'extérieur, en l'occurrence ses thérapeutes.

À ce titre, ils constituent un matériel clinique important puisqu'ils renseignent sur des fonctionnements et des souffrances du patient auxquelles il n'a lui-même pas accès.

Dans les thérapies d'auteurs d'agression sexuelle, ce matériel n'est pas à interpréter aussi vite que dans une thérapie classique, tant une parole énoncée trop tôt pourrait faire effraction pour le patient.

En revanche, l'analyse de ce matériel aide les thérapeutes à ajuster leurs interventions et positionnements respectifs au cours des séances afin de maintenir une continuité de la fonction contenante du cadre thérapeutique tout en résistant aux attaques du patient.

La richesse et la dynamique soignante de la cothérapie passe aussi par l'attention que les thérapeutes développent l'un pour l'autre dans un « accordage thérapeutique » (Wendland et al., 2015). Ainsi, les deux cothérapeutes, parallèlement à l'activité classique d'écoute du patient, ont à réaliser un travail d'attention portée au collègue thérapeute, à ses réactions, au fil de ses interventions, et à opérer des ajustements avec ses propres pensées et objectifs au cours de la séance. Cette construction à deux se poursuit après la séance et assure aux thérapeutes et au patient la continuité d'un bain de pensée.

6.2.3. *Thérapie de groupe*

La thérapie de groupe est un dispositif privilégié pour les prises en charge d'auteurs de violence sexuelle dans la mesure où elle permet à des sujets souffrant de troubles similaires de trouver une résonance dans l'expérience des autres participants (Cordier, 2002). Comme l'indique Savin (2000), il permet au sujet auteur de violence sexuelle de sortir de son isolement. Soulignons que ce simple effet n'est en soi pas négligeable tant est profonde la solitude exprimée par des patients en proie à des pulsions sexuelles déviantes face auxquelles ils se sentent démunis. Le groupe offre un étayage narcissique et un sentiment d'appartenance liés à « l'illusion groupale » (Anzieu, 1975).

Gravier (2018) remarque qu'au-delà des modèles théoriques auxquels se réfèrent les thérapeutes, certains thèmes semblent incontournables : « analyse du passage à l'acte et du moment de vie dans lequel celui-ci est survenu, reconnaissance de la fantasmatique sexuelle, vécu de la victime, rapport à la loi, difficultés face aux situations d'intimité, difficultés relationnelles et face à l'altérité, éléments d'histoire personnelle de chacun. »

Emeraud (2001), à propos des thérapies de groupe d'orientation psychodynamique destinées à des auteurs de violence sexuelle, insiste sur la permanence et la solidité du cadre mis en place dans cette modalité thérapeutique. Ces qualités apportent des effets structurants et une sécurité pour le patient et lui permettent « de faire l'expérience que penser ne le détruit pas et que parler ne détruit pas les autres. » (Emeraud, 2001). Ainsi, le groupe médiatise les relations dans un espace thérapeutique sécurisé, le transfert s'y trouve diffracté sur l'ensemble des participants, autorisant une meilleure disponibilité psychique aux thérapeutes (Emeraud, 2001). Les effets de miroir entre les membres du groupe

suscitent la reconnaissance de l'autre à la fois semblable et différent, et ouvre des jeux d'identification, y compris à la victime (Savin, 2000).

Emeraud (2001) résume les objectifs de la thérapie de groupe d'orientation psychodynamique : Elle permet d'analyser les dynamiques intersubjectives, de susciter l'émergence de processus inconscients, d'établir des liens associatifs préconscients et de favoriser la subjectivité en incitant le patient, par sa narration devant d'autres, à devenir acteur de son histoire. Par la permanence et l'indestructibilité de son cadre et les étayages multiples qu'il propose, le groupe se pose comme entité à part entière et établit une différenciation entre l'intériorité et l'extériorité. Petit à petit, la thérapie de groupe permet au patient d'introjecter cette différenciation intérieur/extérieur, ces objets d'étayage, les jeux dialectiques et les liens symboliques entre les participants, en une groupalité interne garante de son fonctionnement psychique. Ainsi, le sujet n'est plus seul face à l'irruption pulsionnelle.

Devaud, Stigler-Langer (2016) préconisent l'association systématique de la psychothérapie de groupe et du suivi individuel dans les prises en charge d'auteurs de violence sexuelle pour assurer une continuité et une vitalité du lien entre le patient et le thérapeute, offrir des occasions de travailler et dépasser le clivage, analyser et réorganiser les processus transférentiels.

7. Désistance

Hanson et al. (2018) définissent la désistance comme la diminution significative de toute récidive criminelle ou de toute activité délinquante. Pour les auteurs de violence sexuelle, le sujet est délicat car si, comme le souligne Ciavaldini (2015), cette catégorie de délinquants est celle qui récidive le moins, la réitération d'un délit sexuel est particulièrement insoutenable compte tenu des conséquences à court, moyen, long et même très long terme que ce type d'agression génère pour les victimes.

Hanson et al. (2018) proposent de considérer comme seuil de désistance pour les auteurs de violence sexuelle le moment où le risque qu'ils commettent un nouveau délit sexuel est

équivalent au risque qu'un individu ayant des antécédents de délinquance non sexuel commette un délit sexuel.

Plusieurs auteurs considèrent que le soin contribue à faire diminuer le risque de récurrence des auteurs de violence sexuelle. Ainsi, Marshall et Marshall (2017) citent des méta-analyses impliquant de très nombreuses cohortes, indiquant un taux de récurrence significativement plus faible, sur de longues périodes, pour des auteurs de violence sexuelle bénéficiant de soins (11%) comparativement à d'autres non traités (18%). De même, Beech et al. (2012) ont comparé les taux de récurrence à court terme chez 413 auteurs de violence sexuelle sur enfant ayant suivi des programmes thérapeutiques similaires. Cette étude a mis en évidence un taux de récurrence plus faible (9%) chez les individus évalués comme « collaborant au traitement » que ceux évalués comme « réfractaires au traitement » (15%).

Les leviers de la désistance des auteurs de violence sexuelle demeurent relativement obscurs. Si la plupart des thérapies spécialisées pour ces sujets considèrent généralement comme incontournables, des thèmes telles que la détresse psychologique, le déni du crime sexuel, l'empathie pour la victime, la motivation pour le traitement, Hanson et al. (2005) ont démontré que ces facteurs ont peu ou pas de relation avec la récurrence sexuelle.

Ciavaldini (2015) met l'accent sur l'association du soin avec les champs du social et du judiciaire pour constituer un environnement ferme et sécurisant pour le sujet auteur de violence sexuelle, car intransigeant face au risque de récurrence, mais aussi soutenant dans la prise en considération de ses capacités et de ses limites. Un accompagnement mettant en place des mesures que l'individu puisse s'approprier.

Palermo (2012), aux Etats-Unis, dénonce l'ampleur des mesures coercitives à l'égard des auteurs de violence sexuelle, destinées à rassurer la population, mais qui peuvent à terme s'avérer contre-productives. Ainsi, l'impossibilité d'une réinsertion sociale et professionnelle, le sentiment de honte, d'humiliation et de rejet entraînés par de telles mesures, peuvent placer le sujet auteur de violence sexuelle dans une situation encore plus délétère que celle d'avant son acte délictueux, et finalement augmenter le risque de récurrence.

Hanson et al. (2018) mettent en évidence la diminution progressive du risque de récurrence des auteurs de violence sexuelle avec le temps, quel que soit le niveau de risque présenté

par l'individu au départ. Les auteurs attribuent ces résultats à l'insertion progressive des individus dans une vie plus satisfaisante.

Ainsi, par un accompagnement soignant associé à un environnement social stable et délimité (Ciavaldini, 2015), et dans une certaine bienveillance du thérapeute pour le patient (Marshall et Marshall, 2017), l'enjeu de la thérapie demeure d'aider le patient auteur de violence sexuelle à trouver un fonctionnement plus harmonieux au niveau psychique, social, inter-individuel et de s'installer dans un devenir plus équilibré.

Il va sans dire que les orientations des politiques publiques influencent les possibilités des professionnels de mener de telles missions et facilitent ou au contraire entravent les perspectives de réinsertion des auteurs de violence sexuelle dans la société, mais aussi dans l'humanité des relations intra et inter subjectives apaisées, où chacun prend sa part, dans la mesure de ses possibilités et capacités, pour maintenir le respect et la sécurité de tous.

Synthèse du Chapitre 4

La prise en soin de sujets auteurs de violence sexuelle présente des difficultés spécifiques liées aux conditions d'entrée en soin du patient, à savoir la contrainte ; à la confrontation du thérapeute à la violence ; et aux caractéristiques relationnelles du sujet.

Il est donc nécessaire de construire un cadre clair, assorti d'évaluations rigoureuses du fonctionnement psychique du sujet, avec l'aide, notamment, d'outils appropriés.

Sur cette base, des modalités thérapeutiques adaptées et créatives pourront être mises en place.

La désistance, véritable sortie de l'activité délinquante, ainsi qu'une qualité de vie acceptable pour le patient, demeurent une préoccupation des soignants.