

---

# La Rencontre thérapeutique avec les Auteurs de Violences Sexuelles.

## ou La nécessaire articulation des soins psychologiques avec le suivi socio-judiciaire.

Alain HARRAULT

Claudette HUGON

Psychologues Cliniciens

Unité Fonctionnelle de traitement des Auteurs de Violences Sexuelles

Service du Dr A. RAULT – Secteur III -

C.H.G. de NIORT 40 Av. Ch. de Gaulle 79021 NIORT Cedex

*e-mail : [taags@free.fr](mailto:taags@free.fr) ou [cl-hug17@wanadoo.fr](mailto:cl-hug17@wanadoo.fr).*

---

**Résumé:** L'objectif de cette communication sera de présenter notre mode de travail avec des sujets Auteurs de Violences Sexuelles (AVS) devant se soumettre à une obligation de soin. Nous avons mis en place depuis 10 ans maintenant une consultation ambulatoire spécialisée dans le cadre d'un service de psychiatrie générale avec un dispositif particulier d'articulation santé-justice.

Dans une première partie nous aborderons quelques-uns des aspects particuliers de la rencontre avec ces patients. Plus spécialement nous étudierons la confusion et ses effets tant pour les patients que pour les thérapeutes. En effet lorsque nous rencontrons des AVS ce qui frappe c'est la confusion dans laquelle ils sont et souvent aussi dans laquelle ils peuvent nous entraîner. Cela tant à cause de leur fonctionnement psychique que du contexte dans lequel ils sont. Maintenir cette confusion peut dans certain cas relevé de la complicité contre la loi avec le patient. Mais attendre pour intervenir que cette confusion soit éclaircie et dépassée pour le sujet, c'est supposer le problème résolu. Nous pouvons aussi tenter de cliver à notre tour, mais dans ce cas nous nous contentons de "rejouer" en miroir le fonctionnement du sujet. Ainsi selon nous le thérapeute doit-il mettre en place un cadre et un dispositif qui permettent à cette confusion et aux mécanismes de défense qui l'accompagnent, de se déployer et d'être analysé. Dispositif spécifique articulant plusieurs espaces, permettant le partage et la nomination des affects éprouvés et projetés et qui utilise les éléments de la réalité à notre disposition (nature du délit, condamnation, contrainte).

Dans une 2ème partie nous présenterons le fonctionnement du dispositif de soins que nous avons construit en illustrant de vignettes cliniques. Ce dispositif comprend 3 espaces :

- 1 - lieu de travail psychothérapeutique classique
- 2 - un lieu de rencontre et d'articulation santé-justice.
- 3 - Un lieu pour les soignants uniquement, d'articulation des 2 espaces précédents, et articule deux logiques différentes : la peine et le soin.

**Mots-clés:** Cadre thérapeutique ; Confusion ; Auteurs de Violences Sexuelles ; Subjectivation ; Clivage.

La rencontre avec les AVS confronte les soignants à plusieurs particularités :

En premier lieu une particularité qui concerne le contexte dans lequel se déroule la prise en charge et qui pèse lourdement tant sur les thérapeutes que sur les patients. En effet l'imaginaire collectif assimile souvent les agressions sexuelles (surtout quand elle concerne des enfants) à des monstruosité et leurs auteurs à des monstres. Or un monstre ne se soigne pas. On le châtie souvent cruellement. Alors pourquoi vouloir soigner les AVS. Ainsi la justice se confond –elle souvent avec la vengeance ?

La deuxième particularité que nous voulons souligner tient à l'organisation psychique des patients. Non pas qu'il existe un profil unique d'agresseur sexuel, mais nous avons pu observer des constantes que l'on retrouve à des degrés divers selon les personnalités. Il s'agit de la confusion dans laquelle ces patients sont, et aussi celle dans laquelle ils nous entraînent avec beaucoup de facilité.

Enfin il existe très fréquemment une absence ou pour le moins une difficulté à porter une demande de soins. Dans le contexte social actuel et compte tenu de cette absence de demande le législateur, dans un souci sécuritaire, ordonne très souvent une obligation de soin. Comment s'approprier une demande de soin issue d'un lieu réactivant une blessure narcissique qui confronte à une angoisse d'anéantissement massive. En effet ses patients avaient souvent trouvé, grâce au clivage, un équilibre et une insertion sociale que l'inculpation est venue mettre en cause

## **Comment comprendre ces particularités pour mettre en place un processus thérapeutique ?**

### DU COTE DU PATIENT :

Face à la menace et à l'angoisse d'anéantissement que peut générer les difficultés liées à l'autonomisation, ces patients ont recours à des mécanismes de défense visant :

- soit à rester dans la confusion, à travers le déni et l'emprise. Le sujet est toujours dans le registre de la toute puissance.
- soit à sortir de la confusion, mais par le clivage, l'exclusion, l'affrontement, le passage à l'acte[1].

Ce sont ces mouvements d'oscillation entre le clivage, l'exclusion et la confusion qui permettent d'échapper à l'angoisse. Pour le patient la confusion fait partie de son fonctionnement : tantôt elle le protège, tantôt elle le menace.

### DU COTE DU THERAPEUTE

C'est aussi, un mouvement d'aller retour entre : une position autre, différenciée et la capacité à se laisser entraîner dans la confusion et/ou l'affrontement que pourra s'amorcer une rencontre et peut-être un travail thérapeutique[2].

Avec ces patients nous sommes confrontés à un "déterminisme induit dans l'autre" qui ne pourra être identifié comme tel qu'en croisant les points de vue de plusieurs professionnels sur un même patient. Ensuite seulement, l'équipe pourra "se prêter à servir de support à la reprise des déficiences de l'expérience première propre à chaque cas [3]" afin d'aider le patient dans son travail de subjectivation.

## Quelles sont les caractéristiques de notre dispositif ?

Nous avons souhaité que notre dispositif soit constitué de plusieurs espaces de soins articulés les uns aux autres. Le patient est ainsi amené à rencontrer plusieurs thérapeutes et à mettre en oeuvre ses défenses de manière différente. En particulier il pourra agir le clivage et l'emprise.

Nous avons aussi choisi d'utiliser principalement le groupe comme outil thérapeutique et l'analyse groupale issue de la psychanalyse.

Groupe thérapeutiques pour les patients.

Groupe d'élaboration pour les soignants

Groupes « mixtes » regroupant le patient, un thérapeute et le CIP que nous nommons réunion triangulaire.

A travers ce dispositif, il est question :

- de créer des espaces transitionnels susceptibles de mobiliser, de contenir et de transformer les processus archaïques.
- de permettre que la relation à l'autre soit moins angoissante (diffraction, condensation, déplacements, circulation des éléments transférentiels)
- de créer des espaces paradigmes des groupes internes et externes (familiaux et sociétaux)... Il est question de contenance, d'articulation et de résonance dans et entre les dimensions "intrapsychiques, interpsychiques et transpsychiques" pour reprendre les concepts de R. Kaës [\[4\]](#).

C'est à travers l'analyse des modes d'articulation de ces différents espaces qu'une représentation du patient pourra s'élaborer. La diachronie permet que se crée une histoire qui servira de support pour la transmission de cette représentation. Le patient pourra s'en approprier quelque chose à son rythme et se construire peu à peu sa propre représentation de lui-même. Il s'agit là de la reprise d'un travail de subjectivation souvent resté bloqué à cause des traumatismes précoces auxquels le patient a dû faire face (cf. R. Roussillon[\[5\]](#))

**RESUME DE NOTRE FONCTIONNEMENT** cf. Annexe I

## ILLUSTRATION CLINIQUE

### Description

Mr T est un homme de 51 ans. Il est le 3<sup>ième</sup> d'une fratrie de 10 enfants. Il est commercial. Il vit chez ses parents.

Il demande une consultation à notre service en mars 2003, juste après la garde à vue. Il est accusé d'agression sexuelle sur sa nièce (fille de la compagne de l'un de ses frères). Elle a 8-9 ans au moment des faits. Il était hébergé chez ce frère à cette époque. L'enfant rentrait une demi-heure avant ses parents il s'organisait pour être présent pour ne pas la laisser seule. Au début il urinait devant elle. Puis il s'est masturbé et lui a demandé de le masturber. Il ne « voulait pas lui faire de mal, c'était pour lui ». Il est content qu'elle ait parlé il ne sait pas s'il aurait pu s'arrêter seul.

En sortant de la garde à vue il a souhaité se suicider. Il était très inquiet pour son emploi. Il a pris contact avec nous, il avait une OS pré-sententielle. Lors d'un des entretiens d'accueil Mr T s'effondre émotionnellement. En fait, il pleure abondamment mais parle aussi volontiers de son histoire. Les soignants qui le rencontrent ont la sensation que nous allons devoir beaucoup l'étayer. Il accepte notre proposition de soin: groupe de parole et réunion triangulaire.

### Les soins

#### En groupe :

Mr T s'est vite approprié une place, il se met toujours dans le même fauteuil. Le plus souvent ses ressentis apparaissent à minima, juste ce qu'il faut pour faire partie du groupe sans trop déranger. Quand une situation ou un sujet devient grave, il fait de l'humour, dit une phrase convenue pour dévier la conversation. Les autres patients du groupe savent utiliser les stratégies d'évitement de Mr T. Parfois cependant, certains ont pu lui montrer ou lui dire leur agacement. Mr T ne semble pas particulièrement affecté. Il se met légèrement en retrait ou poursuit sur le même mode. Lorsque nous l'interpellons directement, Mr T se sent facilement agressé.

*On remarque que le système défensif de Mr T est activé dans le groupe et ses différents mécanismes de défense (dénier sa vie interne, évitement...) sont mis en circulation. Les tensions sont agies. Nous sommes face à la réitération d'un défaut de symbolisation primaire.*

J'ai très envie de déloger Mr T, et au sens propre de l'obliger à changer de place en m'installant à la sienne. Ma collègue qui l'a vu en évaluation et donc quand il était effondré, n'est pas d'accord. Je suis agacée et pense qu'elle est complice... mais nous parlons et finalement nous convenons que peut-être il a besoin de conserver cette place.

*Le conflit est agi au niveau du transfert subjectal (ma colère mais aussi l'appréhension de l'effondrement chez ma collègue). Les tensions internes de Mr T sont actualisées dans le psychisme des thérapeutes. Le travail autour de l'inter-transfert permet de les identifier comme telles. La notion de place insiste nous pensons qu'elle est donc significative de quelque chose d'important concernant le problème de Mr T.*

Lors d'une séance un autre patient (Mr M) s'assoie dans « le fauteuil de Mr T ». Celui-ci ne peut rien en dire. Lorsque les autres ou nous l'interpellons il fait des pirouettes. Il nous montre cependant

être mal à l'aise. Peu après, seuls Mr T et Mr M sont présents à la séance de groupe. Mr M nous parle d'un évènement dramatique associé à un autre heureux. Il nous décrit les émotions contradictoires qui ont émergés. Mr T évoque une situation similaire (décès de sa petite sœur le jour de sa communion à lui).

*Le jeu des alliances inconscientes et des identifications a permis à ce qu'un évènement à valeur traumatique de l'histoire de Mr T réapparaisse.*

Je sens beaucoup d'émotion chez Mr T. Je l'incite à évoquer celle-ci. Mr T nie toute émotion liée à ce moment là et me « fusille » du regard, on le sent en colère. Je me sens moi aussi en colère : Mr T n'est même pas encore capable d'accepter d'évoquer en groupe ses émotions, et ma collègue qui le protège toujours... Dans l'après séance ma colère tombe. Je reste, comme ma collègue, sur l'idée qu'il a pu évoquer cet épisode pour la première fois avec nous. En même temps, j'ai le sentiment de conserver en moi l'émotion perçue chez Mr T presque telle que. Mr T reste longtemps sur la défensive lorsque je m'adresse à lui.

*Mr T ne peut pas encore se réapproprier ses émotions, ce jour là elles ne peuvent pas circuler dans le groupe (trop d'échos chez Mr M seul autre patient présent). C'est moi qui en reste porteuse Mr T le ressent et a peur qu'elles lui reviennent. On voit à nouveau l'intérêt du travail sur l'inter-transfert.*

### **Le travail d'articulation entre les différents espaces groupaux du dispositif.**

Intervient le jugement. Mr T n'est plus inquiet par rapport aux conséquences sociales de ses actes (Il a été condamné à ? mois de sursis avec mise à l'épreuve et OS). Il peut continuer à taire sa situation judiciaire à son employeur. Il se met à dire en groupe que ces séances ne servent à rien. n réunion triangulaire, il travaille, il se sent aidé mais avec nous vraiment il perd son temps...

*On perçoit comment la crainte de répercussion sociale de ses actes passée (c'est ce qui avait amené l'effondrement au tout début des soins) Mr T est rassuré. L'implication au niveau du groupe diminue, le travail à ce niveau pourrait le déstabiliser... Par contre il investit davantage cet espace d'articulation avec la justice( anxiogène avant, rassurant maintenant). On observe donc une circulation du lieu d'actualisation de l'angoisse dans notre dispositif.*

En réunion triangulaire, à ce moment là, Mr T évoque le rachat de la maison de sa grand-mère. Il veut à tout prix acheter cette maison qui dans son discours semble lui revenir de droit (c'est sa place). Dans sa famille les autres ne voient pas les choses comme lui. Il pose alors des actes hors la loi (il bloque les fenêtres, entre par effraction...) Le CIP lui rappelle la réalité. Il n'est pas l'héritier direct et il n'a pas le droit d'assiéger la maison. Mr T ne supporte pas et ne prend pas la possibilité de s'interroger sur l'importance qu'il accorde à cette demeure... Au contraire il s'accroche à une vision idéalisée de sa vie passée et actuelle. Il dénie toute solitude. Il s'accroche à la relation à sa grand-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. Rien de sa souffrance ne peut être reconnu même si notre collègue la ressent très fort. Mr T revendique au contraire aller très bien et en veut au juge de l'OS. A ce moment là, notre collègue et le CIP jugent approprié de lui proposer de l'aider à porter devant le juge sa demande d'arrêt des soins. Il est d'accord.

En parallèle, dans le groupe Mr T, va se mettre à revendiquer le bienfait des séances groupales et va exprimer sa colère contre notre collègue de réunion triangulaire qui vraiment fait n'importe quoi, est incompétente au possible. Nous relevons en séance qu'il est en colère contre elle. Il l'accepte.

*On note à nouveau la circulation des lieux d'actualisation de l'angoisse dans le dispositif. Mais on perçoit aussi comment, au passage, Mr T à pu se réapproprier sa colère.*

*Encore une fois le changement de position fait suite à une intervention de la justice (de la réalité sociale).*

*Le changement du lieu d'actualisation des affects (de la colère par exemple) constitue déjà l'introduction d'un jeu, et participe selon nous à la préparation de l'accès de l'irreprésentable au symbolique.*

Lors d'une séance de groupe, plusieurs mois après celle où il avait évoqué le décès de sa sœur, j'ai pu rappeler à Mr T ces événements de son histoire, me souvenir de son émotion, il a pu le recevoir et s'attarder un peu sur la souffrance du petit garçon de l'époque.

*Nous avons pu accepter d'être « passivés » dirait B. Penot. Nous avons pu recevoir ce qui nous était renvoyé de tension, de colère, de souffrance, d'angoisse de façon condensée, le garder vivant en nous tout en y prêtant nos représentations en le reprenant en équipe. Et bien sur en acceptant le déni du patient. Ce travail, la circulation intra-groupe des affects et des problématiques, le jeu des alliances inconscientes (dont on passe ici les détails) ont permis à Mr T de se représenter et de se réapproprier quelque chose de ce qu'il avait vécu lors du tréma initial.*

Un jour Mr T appelle. Il souhaite un rendez-vous avec l'une des soignante du groupe. IL est affolé. Il arrive à l'entretien à la fois tendu et content d'être reçu. Il craint la rencontre avec le juge d'application des peines (il vient de recevoir une convocation). Il voulait bien aller jusqu'au bout de son OS mais c'est la soignante de la réunion triangulaire et le CIP qui l'ont poussé à bout. Ils ne comprennent pas qu'il va bien. Mr T, en fait, nous demande de taire sa fragilité. Je lui en fais part avec humour. Il l'accepte. Je lui rapporte que nous avons parler de lui en équipe, oui, nous constatons qu'il va mieux mais aussi qu'il reste fragile et qu'il nous montre souffrir. Il commence par protester en accusant toujours notre collègue. Il reconnaît sa colère contre elle. Je lui rappelle : il a aussi été en colère contre moi, il y a quelque temps. Il s'en souvient et est étonné. Il avait oublié... Il enchaîne : « là, c'est comme si une partie de moi voulait arrêter et l'autre continuer. » Il poursuit : « C'est que j'ai vraiment été mal, j'avais envie de mourir...c'est fini maintenant je veux vivre... j'ai envie de faire des choses...mais je sais que c'est encore fragile, il faut que je continue... enfin peut-être faire une pause.... »

Je lui dis que c'est une éventualité. S'il arrêtait, il pourrait revenir. On peut comprendre son point de vue. Je compte sur lui pour nous tenir au courant. Nous arrêtons l'entretien. Il me remercie chaleureusement.

*La réalité de l'intervention d'une instance vécue comme toute puissante réactive l'angoisse de Mr T et l'amène à questionner son fonctionnement. Avant la convocation son souhait d'interpeller le juge n'était qu'une manière d'échapper au danger de la reconnaissance de son angoisse d'anéantissement liée à la solitude. Face à la réalité de la confrontation avec le juge c'est à nouveau l'angoisse d'anéantissement qui réapparaît. Mr T sait alors se saisir du jeu qu'il a expérimenté dans notre dispositif et fait appel à une des thérapeutes du groupe de parole. Et c'est avec étonnement que je perçois qu'il peut alors (en quelque sorte se saisir du sens de son symptôme, lorsqu'il peut) se réapproprier son conflit interne.*

*Nous remarquons que c'est l'élaboration en groupe de soignants de ce que Mr T a amené de sa problématique dans les différents espaces qui lui a permis de réamorcer un processus de subjectivation.*

## CONCLUSION

Accepter de soigner des Auteurs de Violences Sexuelles ne consiste pas à lutter contre leurs défenses ou contre la répétition de leurs actes mais, dans un premier temps, de permettre à la compulsion de répétition d'apparaître, à la confusion d'exister, aux traumatismes infantiles d'être réactivés sans que ni le patient, ni les soignants ni le cadre des soins ne soient détruits. Ensuite, un travail de subjectivation à partir de ce qui sera actualisé deviendra possible.

Pour construire et préserver cet espace de subjectivation dans ce contexte difficile, il faudra:

- accepter qu'ils viennent nous rencontrer presque toujours « parce qu'on leur demande » et que c'est à nous de créer les conditions pour que l'émergence d'une demande de soin soit possible.
- Accepter de travailler avec des personnes présentées comme des monstres par les médias et en tenir compte.
- accepter de travailler avec la confusion et parfois d'être entraîné dans celle-ci puisqu'elle est un élément central de la problématique de ces patients et aussi de la rencontre.
- Accepter que les assises narcissiques soient interrogées chez le patient et chez le thérapeute, souvent avec des mécanismes archaïques et infra-verbaux.
- La nécessité de construire un dispositif groupal spécifique comprenant plusieurs espaces différents et articulés.

Il faudra aussi qu'à travers cet espace les représentants de la justice et de la santé considère ce patient comme un sujet et un citoyen afin qu'il puisse s'identifier à cette image et non à celle du monstre à exterminer.

Nous sommes ainsi confrontés, au delà du déni d'altérité ou de l'emprise, aux paradoxes. Or le traitement des paradoxes suppose de la créativité. Face à l'agir de la "**praxis**" il s'agit d'opposer la "**poïesis**", l'art de la création ([6]).

En un mot chercher à faire advenir quelque chose de l'être.

## NOTES:

[1] ce que R. Roussillon définit comme un "type de solutions par lesquelles la psyché tente de lier de manière non symbolique ou non complètement symbolique, les excitations potentiellement désorganisatrices". in

[2] Pour parler de ces mouvements auxquels le thérapeute est soumis B. Penot [2] parle : « d'un déterminisme induit dans l'autre » qui « commence par court-circuiter le préconscient du thérapeute le plus expérimenté ». Pour lui contrairement à ce qui se passe dans le transfert objectal, ici « l'induction subjective de l'autre-soignant va se révéler d'autant plus imparable qu'aura pu faire défaut chez le patient au moins dans ce secteur de sa psyché, une construction fantasmatique.» Il parle alors de « transfert subjectal », terme qu'il reprend à X.Jacquey[2]. in La passion du sujet freudien ,1999, Ed. Erès.

[3] B. Penot idem

[4] in le sujet et le groupe, Ed dunod, 199 ,

[5] Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique, in La santé mentale e actes ss/dir. J. Furtos et Ch. Laval Ed. Eres 2005,pp

[6] X.Lameyre :Pour une poïétique des soins pénalement ordonnés, in Forensic, 13: 13-23

## BIBLIOGRAPHIE :

- **Balier C.** *Psychanalyse des comportements violents*, Presses Universitaires de France, Paris, 1988
  - **Balier C.** *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Presses Universitaires de France, Paris, 1996.
  - **Balier C.** *La violence en abyme*. P.U.F. Le Fil Rouge, 2005.
  - **Bayle G.** *Epître aux insensés*. P.U.F, Paris, 1998.
  - **Ciavaldini A.** *Psychopathologie des Agresseurs Sexuels*, Masson, Paris, 1999.
  - **Ciavaldini A, Balier C (Eds).** *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadres judiciaire*, Masson, Paris, 2000.
  - **Conférence de consensus.** *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Fédération Française de Psychiatrie et John Libbey Eurotext, Paris, 2001.
  - **Harrault A, Hugon Cl.** L'obligation de soin: vers une clinique du sujet contraint. *Journal des Psychol.* Dec-janv2005, n° 233, pp 66-71.
  - **Lameyre X.** *Une poétique des soins pénalement ordonnés*. *Forensic*, 13, 2003, 13-23.
  - **Du Mesnil du Buisson G.** *Entre le juge et le thérapeute, quelle place pour le condamné agresseur sexuel ?* *L'Evolution Psychiatrique*, 1996,61 : 1,159-169.
  - **Penot B.** *Figure du déni. En deçà du négatif*. Dunod, Paris, 1989
  - **Penot B.** *La passion du sujet freudien*. Eres, Toulouse, 1999
  - **Penot B.** Pour un travail psychanalytique à plusieurs en institution. *Rev. franç. Psychanal.* 4/2006, pp1079-1091
  - **Roussillon R.** Pluralité de l'appropriation subjective, *in* Fr. Richard et S. Wainrib (sous la dir.) *La Subjectivation*, ed. Dunod, Paris, 2006, pp59-80.
  - **Savin B.** Abord analytique groupal dans le traitement des délinquants sexuels. *In* : Gabel M, Lebovici S, Mazet P. *Le traumatisme de l'inceste*. P.U.F, Paris, 1995 :223-238.
- Savin B. Prise en charge et traitement des abuseurs sexuels :L'expérience du S.M.P.R. de la maison d'arrêt de Varcès, In : Govindama Y, Rosenblat Ch, Sanson M . Itinéraires des abuseurs sexuels L'Harmattan, Paris, 1999.**

## ANNEXE I: RESUME DE NOTRE FONCTIONNEMENT

### I – Evaluation

**a) Evaluation par deux soignants :**

Un psychologue et un infirmier

**b) Elaboration en groupe d'un projet de soin :**

Si possible

**c) Proposition de ce projet lors d'une réunion regroupant :**

le psy, le C.I.P. et le patient

### II – La prise en charge comporte toujours DEUX PARTIES

**A - Travail psychothérapeutique**

**Classique :** selon projet

- **Groupe de Parole avec ou sans médiateur**
- **ou Entretiens individuels**
- **ou Entretiens Familiaux**

**En moyenne une fois tous les 15 jours.**

**B – Réunions Triangulaires**

Regroupant

- **un des deux soignants de l'évaluation,**
- **le C.I.P. chargé du suivi de la Mise à l' Epreuve et**
- **le patient**

**En moyenne une fois toutes 4-5 semaines.**

### III- Et pour les soignants un troisième espace:

**C - Réunion Hebdomadaire du Groupe T.A.AG.S.**

- **Analyse des cas suivis : En particulier le transfert subjectal**
- **Réajustement du projet de soin.**