



PROPOSITION D'UNE GRILLE D'ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES POUR LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'AGRESSION SEXUELLE

[Olivier Vanderstukken](#), [Massil Benbouriche](#), [Anne-Clémence Petit](#)

John Libbey Eurotext | « [L'information psychiatrique](#) »

2015/4 Volume 91 | pages 305 à 312

ISSN 0020-0204

DOI 10.3917/inpsy.9104.0305

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-4-page-305.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Proposition d'une grille d'analyse des représentations sociales pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle

Olivier Vanderstukken¹, Massil Benbouriche², Anne-Clémence Petit³

RÉSUMÉ

Les auteurs d'agression sexuelle font émerger de nombreux a priori ou représentations sociales dans le grand public, mais aussi chez les soignants. Pour ces derniers, amenés à les prendre en charge, il est donc nécessaire de pouvoir analyser ces représentations sociales, mais aussi les puissantes émotions associées pouvant mener à des attitudes spontanées ne relevant pas de positions cliniques et thérapeutiques. La Grille d'Analyse des Représentations Sociales relatives aux Auteurs d'Aggression Sexuelle (GARS AAS) est présentée dans ce cadre.

Mots clés : auteur de violence sexuelle, criminel, représentation sociale, émotion, prise en charge, échelle d'évaluation

ABSTRACT

Proposed stereotype analysis tool for the management of sexual offenders. The stereotypes or reaction to sex offenders that basically emerges for the general public is the same as that for health care providers. Health care providers have to treat sex offenders, therefore it is necessary to not only analyze their social image, but also the powerful emotions associated with them. These emotions may lead to spontaneous attitudes which are not within a clinical and therapeutic perspective. The analysis tool for analytical stereotypes relating to sexual offenders (GARS AAS) is presented within this framework.

Key words: sex offender, stereotype, emotion, care, analysis tool

RESUMEN

Una proposición de parrilla de análisis de las representaciones sociales para la atención de los autores de agresión sexual. Los autores de agresión sexual hacen emerger numerosos prejuicios o representaciones sociales en la gente del montón, pero también entre los cuidadores. Para los últimos, que han de atenderlos, es necesario por lo tanto poder analizar estas representaciones sociales, pero también las poderosas emociones asociadas que pueden llevar a actitudes espontáneas que no se enmarcan en posturas clínicas y terapéuticas. La parrilla de análisis de las representaciones sociales relacionadas a los autores de agresión sexual (GARS AAS) está presentada en este marco.

Palabras claves : delincuente sexual, representación social, emoción, atención, estereotipo

¹ Unité régionale de soins aux auteurs de violence sexuelle. Centre de ressources pour le suivi des auteurs de violence sexuelle, Nord-Pas-de-Calais, CHRU Lille, 57, boulevard de Metz, 59037 Lille, France

<oliviervanderstukken@yahoo.fr>

² CRPCC-LAUREPS (EA 1285), Université européenne de Bretagne-Rennes 2, Rennes. Laboratoire applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale, Institut Philippe-Pinel de Montréal, École de criminologie, Université de Montréal, Montréal, Canada

³ CHRU de Lille, Lille, France

Introduction

De l'image du « grand méchant loup » du Petit Chaperon rouge à celle de ces « monstres » contemporains, les auteurs d'agression sexuelle (AAS)¹ concentrent et conservent un potentiel d'attraction-répulsion, et ce d'autant plus que ces affaires font l'objet d'une grande médiatisation. Au même titre que l'ensemble du corps social, les professionnels de la santé et de la justice amenés à travailler auprès des AAS doivent alors composer avec un élément qui, bien qu'il précède le moment de la rencontre, constitue une caractéristique importante de la relation et donc de l'intervention proposée : il n'est, en effet, pas simple d'approcher cette nouvelle population sans certains « a priori ». Qu'on les nomme : préjugés, stéréotypes, préconceptions, cognitions sociales ou représentations sociales (terme que nous privilégions), celles-ci parasitent toutes nos interactions avec les AAS. Elles sont alors susceptibles de constituer des freins à la rencontre des AAS et donc à leur prise en charge.

Cet article a pour objectif de poser les prémisses d'un travail sur l'acquisition de nouvelles connaissances et de proposer un outil de formation pour tout soignant (voire autres professionnels du sanitaire et de la justice) amené à travailler auprès d'AAS.

Dans ce cadre, les représentations sociales des soignants sur cette population doivent être travaillées et nous proposons de réaliser ce travail par le biais de la grille d'analyse des représentations sociales relative aux auteurs d'agression sexuelle (GARS AAS). Ainsi, nous nous intéresserons moins aux connaissances « répertoriées » sur cette population, mais davantage à ce qu'elle génère comme croyances, images et émotions spontanées associées, base de la rencontre et d'un possible travail clinique. Si toute intervention repose sur notre compréhension d'une problématique, comment accueillir et mettre du sens dans la prise en charge des AAS si notre prisme de compréhension de cette réalité si particulière n'a pas lui-même été questionné ? Pour ce faire, un retour à la psychologie sociale nous semble pertinent et nécessaire pour une meilleure compréhension, et ce dans l'intérêt de la prise en charge de la personne placée sous main de justice.

La psychologie sociale rappelle ainsi que le processus de connaissance d'un « objet » est, pour une très large part, un processus représentationnel. Le monde n'apparaît pas aux individus de façon immédiate ; il est existant parce qu'on lui attribue des significations [9]. Valence [17, p. 10] énonce que « pour le comprendre, pour pouvoir agir et prendre

position dans ce monde social qui nous entoure, nous construisons un savoir sur les objets qui le constituent ». Les discours partageant des informations, des opinions et des sentiments sont dans ce cadre des constructions à travers lesquelles le sujet se représente un objet, un acte, un événement et le retranscrit (l'explique, le précise, le décrit) en discours [2]. Les représentations sociales sont donc partout, dès lors que l'on se situe dans une interaction sociale. Il est en de même pour les AAS, compris comme « objets sociaux ».

Représentations sociales : éléments théoriques

À tout moment, tout individu est confronté à un véritable « raz-de-marée » d'informations. Toutefois, notre capacité de gestion de celles-ci est très limitée. Pour autant, nous n'avons ni l'impression d'être submergés par celles-ci, ni celle de devoir nous priver d'informations. L'explication réside dans un arsenal de stratégies naturelles, dont la plus fondamentale est la catégorisation. La catégorisation a plusieurs fonctions : simplification, maintien des apprentissages, direction dans l'action, ordre et signification.

Lorsqu'un individu rencontre ou entend parler d'une personne, sa première réaction serait de catégoriser. Il n'en serait pas nécessairement conscient ; la réaction serait spontanée, quasi automatique. En effet, cette catégorisation se fait dans la première minute. Elle est relativement difficile à modifier et possède donc une certaine prégnance dans le temps, que celle-ci soit positive ou négative. De plus, et afin d'éviter toute contradiction interne induisant un état de tension désagréable, le sujet aura tendance de manière automatique à tout faire pour confirmer cette première impression. Cette catégorisation initiale va former et créer une représentation sociale. Le fait que ces processus soient en grande partie inconscients et spontanés, ne nécessitant aucun effort de la part du sujet, contribue à un sentiment d'évidence. Ce sentiment est conforté du fait que les autres personnes issues du même groupe ont bien vu la même chose et ont la même impression [14]. Toutefois, il n'y a pas une vérité unique dans la perception d'autrui, mais simplement des consensus plus ou moins partagés. Toutes les représentations se valent, il faut donc accepter un certain relativisme et les respecter dans leurs différences sans les hiérarchiser et écouter toutes les voix, parce que rien ne semble pouvoir les départager en termes de valeur de vérité [15].

Les représentations sociales sont donc utilisées par monsieur tout le monde pour classer les individus. Elles sont une forme de connaissance courante, dite « de sens commun ». Les idées justes en relèvent tout autant que les idées fausses [12]. Gaffié [3, p.7] l'a définie comme telle : « une représentation sociale se présente comme un ensemble de connaissances, croyances, schèmes d'appréhension et d'action à propos d'un objet socialement important. Elle constitue une forme particulière de connaissance de sens

¹ S'il n'existe pas de terminologie parfaite pour définir une population aussi hétérogène [18], la terminologie choisie pour définir cette population (auteurs d'agression sexuelle) est importante car elle traduit bien une vision, un choix de représentation qui s'inscrit dans une politique de soins et une perspective thérapeutique spécifiques à la culture française, telles qu'énoncées dans les recommandations de la Haute Autorité de la santé [4].

commun qui définit la réalité pour l'ensemble social qui l'a élaborée dans une visée d'action et de communication ».

La représentation sociale est un instrument, socialement élaboré et partagé, pour comprendre l'autre, nous conduire vis-à-vis de lui, voire lui assigner une place sociale [7]. Bonardi et Roussiau [2] parlent d'un champ de représentation, c'est-à-dire une structure qui organise, articule et hiérarchise entre elles les unités élémentaires d'information. Selon Rouquette [15], elles nous proviennent d'un héritage culturel (fondamentalement) et de l'expérience de vie (secondairement). C'est donc à l'interface du psychologique et du social que nous place la notion de représentation sociale. Les représentations sociales composent les mécanismes d'échange et de communication (dans tous les domaines de la pensée sociale), et proposent des mécanismes qui régissent l'assimilation des connaissances et les interactions sociales [12]. Il est donc fondamental de prendre celles-ci en considération dans tout type de processus pédagogique et didactique.

Représentations sociales, affects, attitudes et jugement social

L'homme ne peut donc pas ne pas porter de jugement social. Sans jugement, il n'y aurait pas de compréhension des autres. L'action s'arrêterait sans jugement. L'impact des représentations sociales sur le jugement est, dans ce cadre, une question de toute première importance. Selon Jodelet [7, p. 41], les représentations sociales « articulent éléments affectifs, mentaux et sociaux, et en intégrant, à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur laquelle elles ont à intervenir ». De même, Bonardi et Roussiau [2] articulent le système représentationnel avec une attitude générale qui marque les dispositions favorables ou défavorables de l'individu et du groupe envers l'objet de la représentation. Dans ce cadre, les représentations sociales orientent les pratiques sociales. Elles prescrivent des pratiques, dans la mesure où elles précèdent et déterminent le déroulement d'une action. Ces processus individuels se matérialisent dans la prise de position (type d'attitudes, opinions, jugements) des individus. En lien avec ces pratiques, il nous semble donc important d'introduire en plus du concept de représentation sociale, celui d'« attitude » qui l'accompagne.

On définit l'attitude comme une disposition plus ou moins permanente qui est à la source d'un grand nombre de comportements et d'opinions sur un sujet [13]. Les attitudes sont généralement polarisées, chargées d'affectivité sur un sujet donné, car elles sont en relation avec des croyances et des valeurs. Les attitudes sont relativement stables, mais elles peuvent se modifier, toutefois relativement lentement. Face à une situation nouvelle, certaines personnes adaptent simplement leurs attitudes superficielles tandis

que d'autres, au contraire, recomposent toute la structure d'attitudes [13]. Enfin, notons encore qu'une information trop volumineuse, une distraction, des contraintes temporelles, une diminution des ressources générales, bref, des conditions difficiles² favorisent le recours aux représentations sociales et stéréotypes.

Autrement dit, il est possible de synthétiser cette dynamique comme suit : l'observation mène à la catégorisation, créant des représentations sociales associées à des affects polarisés menant à des attitudes, un jugement social.

Représentations sociales des soignants relatives aux auteurs d'agression sexuelle

L'idée d'une attitude neutre, objective -qui se traduit chez les soignants par le concept de neutralité bienveillante- est alors une position idéale difficile à atteindre et à maintenir. Cette position reste tout de même un garant de la qualité de la relation clinique pour laquelle un travail constant sur ces représentations sociales apparaît indispensable. En effet, cette neutralité *de facto* ne serait possible que s'il n'existait pas de représentation. Toutes prémices à la relation est donc « teintée » et aura pour conséquence des attitudes particulières. La prise de conscience de l'influence de nos représentations sociales est une solution possible à la gestion de leur impact. C'est parce que nous considérons nos représentations sociales comme des faits, des réalités, qu'elles affectent notre jugement. À ce titre, il semble nécessaire de mieux connaître les représentations sociales relatives aux AAS, et ce qu'elles induisent naturellement chez le soignant. L'analyse des représentations sociales relatives aux AAS chez les soignants questionne et met en lumière les freins à la rencontre, ainsi que les différentes « positions » soignantes possibles face à cette population.

Méthodologie du recueil des représentations sociales

Dans le cadre de cette analyse, les méthodes de recueil des représentations sociales se sont basées sur des *focus groups* (en petits groupes ayant choisi chacun son rapporteur, afin de déterminer les réponses et les attitudes de ce groupe) permettant des discussions ouvertes et organisées entre les participants, sur la base de l'association libre autour du terme « auteur d'agression sexuelle ».

Au travers du discours des participants interrogés à propos de ce terme, cette méthode permet d'aborder leurs conceptions et interprétations individuelles, mais également collectives. Lors de la verbalisation des termes rapportés, un effort a été demandé dans les précisions à amener

² À l'instar de bon nombre d'équipes soignantes contraintes d'inscrire leurs pratiques dans une « clinique de l'urgence ».

ou la définition de ceux-ci. Une même idée, une même thématique, une même expression peuvent recouvrir, pour deux individus, des réalités différentes, des enchaînements de raisonnements différents. De plus, il a été demandé que pour chaque terme rapporté, l'affect associé soit verbalisé et écrit. Selon Isen *et al* [5, 6], les matériaux cognitifs sont organisés sur la base de deux affects ou valences affectives : positif et négatif. Ce modèle de réseau associatif postule également un effet de congruence émotionnelle lors de l'élaboration de jugements sociaux et de la formation d'impressions.

Recueil et analyse des représentations sociales

Afin d'obtenir le positionnement des participants sur chacun des éléments représentationnels énoncés, une analyse de l'associativité entre celles-ci est proposée. Cette analyse cherche à connaître les positions et raisons qui ont amené à procéder à telle ou telle association dans le champ représentationnel ciblé [17]. Ces premières informations mettent en lumière différentes catégories, associées à différents types d'affects (*figure 1*).

Représentations sociales : catégorisation et affects associés

Nous retrouvons ainsi une première catégorie (ou cadran 1) de représentations comprenant : des noms d'auteurs d'agression sexuelle médiatisés (Dutroux, etc.) ; les « pseudo-diagnostics » psychologiques et psychiatriques tombés dans le langage commun tels : pervers, psychopathe, pédophile ; les injures (nombreuses) ; les personnalités rapportées aux comportements : sadique (avec actes de barbarie), manipulateur, égoïste, tout puissant, prédateur, obsédé, déviant, violeur, tueur ; des personnalités rapportées à la sphère émotionnelle : froideur, insensible, sans cœur et sans pitié, associées à une bonne intelligence ; et enfin des termes mettant en avant l'immoralité, la laideur ou confinant à l'inhumain : monstre et autres catégories animales.

Dans la seconde catégorie (ou cadran 2), nous retrouvons : les professions avec un lien d'autorité et de responsabilité tels professeurs, policiers, éducateurs, psychologues, infirmiers ; mais aussi les hommes d'Église, les voisins sympathiques, les membres de la famille : parents, fratrie, conjoint ; des personnes présentant une image insérée socialement.

Dans la troisième catégorie (ou cadran 3) se retrouvent : les enfants et adolescents à la découverte de la sexualité ou ayant commis les faits en groupe, les femmes, les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle ou d'autres maltraitements, les personnes présentant ou ayant présenté des problèmes de vie (divorce, deuil, problèmes

somatiques, dépression, problème de prise de substances : alcool ou drogue), mal dans leur peau, avec un trop-plein d'émotions, immatures, ayant vécu un manque affectif, victimes d'exclusion ou de stigmatisation, etc.

Dans la quatrième et dernière catégorie (ou cadran 4) se retrouvent : les personnes souffrant de maladies mentales identifiées telles la schizophrénie, Alzheimer ou autres démences, mais aussi les « fous du village », les déficients intellectuels, etc.

La catégorisation³ se forme à partir de peu d'éléments. De cette catégorisation, le sujet va inférer d'autres caractéristiques complémentaires propres au sujet, et ainsi dresser un portrait cohérent de celui-ci. Ce portrait n'est pas le reflet de la réalité et de sa complexité. Les éléments vont donc dans une catégorie parce qu'ils partagent un nombre appréciable de caractéristiques, sans forcément les posséder toutes.

Ces représentations possèdent une valence positive ou négative et sont donc associées à des émotions qui vont infiltrer notre jugement et nos comportements. Concernant les émotions et affects associés à ces représentations, qui peuvent être à valence positive ou négative, les deux cadrans supérieurs (1 et 2) sont plus associés à des affects « négatifs » de type antipathie. Les deux cadrans inférieurs (3 et 4) quant à eux renvoient davantage à des affects « positifs » de type sympathie⁴. Le premier cadran est associé à des affects « négatifs » tels que l'horreur, l'effroi, puis aussi la colère/la haine. Le second cadran fait référence à des affects « négatifs », tels que le malaise, la peur, l'inquiétude, la trahison, puis aussi le mépris, le dégoût, la colère et la révolte. Le troisième cadran est associé à des affects « positifs » : la compassion notamment. Le quatrième cadran, enfin, met en exergue des affects « positifs » comme la pitié.

Principes organisateurs des représentations sociales

Sur la base du panel des représentations sociales obtenues, la seconde étape consiste à la mise en évidence des principes organisateurs, ce qui revient à rechercher si celles-

³ La catégorisation permet de structurer l'information en la simplifiant. Un tel processus mène évidemment à considérer que les membres d'un même groupe ont des qualités, des opinions, des traits semblables et que le groupe peut donc être perçu comme homogène, ce qui est évidemment bien loin de la réalité. La récurrence et la fréquence d'utilisation d'une catégorie (induite par les médias) contribuent à augmenter son influence (non nécessairement consciente) dans l'interprétation des informations nouvelles [10]. L'impact des médias et du discours social expliquent que la première catégorie rencontre davantage de représentations que les suivantes.

⁴ Pour donner une vision synthétique, nous pourrions penser ces trois concepts sur un continuum, allant de la contagion ou fusion avec les affects d'autrui (sympathie) au rejet total de ceux-ci (antipathie), avec un point central qui met à distance tout en se mettant à la place de l'autre (empathie) [8]. Cette vision synthétique, forcément simpliste, reste susceptible d'aider le soignant à mieux s'y retrouver dans cette sphère affective difficile à interpréter.

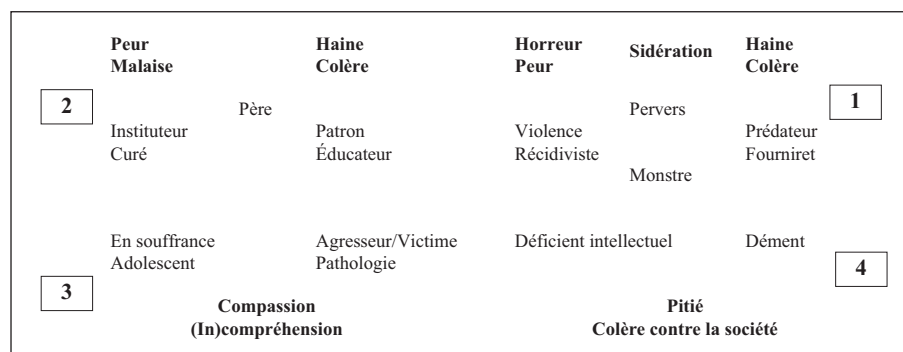


Figure 1. Exemple de répartition de réponses et des émotions associées (en gras).

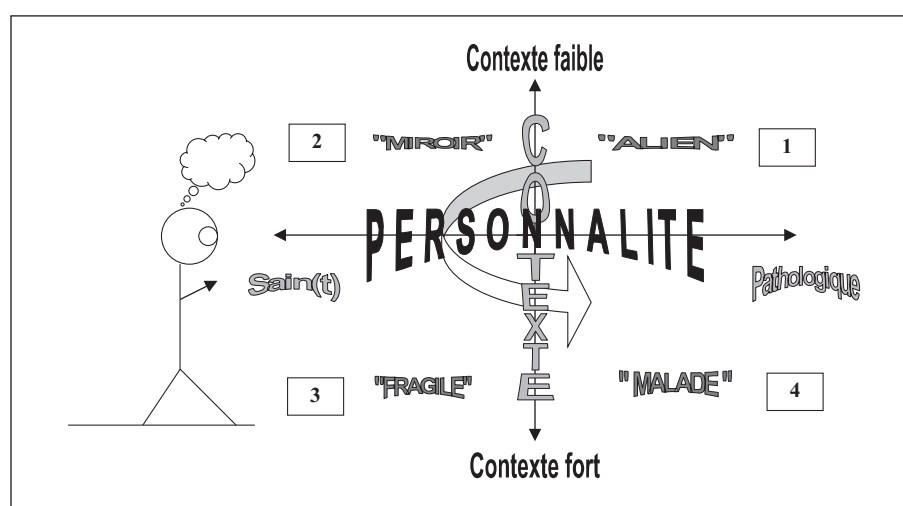


Figure 2. Grille d'analyse des représentations sociales relatives aux auteurs d'agression sexuelle Axes d'analyse, les quatre cadrans et leurs prototypes de représentations.

ci, se regroupent en « facteurs » ou blocs cohérents par le sens, par la thématique, ou par un aspect donné d'un phénomène social, et, corrélativement, si ces blocs sont distincts les uns des autres, voire s'opposent entre eux. Les affects ou dispositions (favorables ou défavorables) du participant et du groupe permettent d'organiser les catégories représentationnelles.

Il est important de souligner qu'on ne peut présumer du fait que tout soignant placera ses représentations dans ces cadrans spécifiques, associées à ces affects spécifiques. Les représentations sociales sont partagées, mais aussi différenciées [17]. L'approche des principes organisateurs ne postule pas d'emblée l'existence d'un consensus, mais s'attache à démontrer les points communs à des groupes d'individus, c'est-à-dire les éléments qui lient ensemble leurs conceptions [2].

Pour mieux comprendre les résultats, une grille d'analyse des représentations sociales relatives aux auteurs d'agression sexuelle (GARS AAS) a été élaborée (figure 2). Elle présente la répartition de ces représentations

sociales en quatre grandes catégories de représentations ; chaque catégorie dispose d'une représentation prototypique (cadrans 1 et « Alien », cadrans 3 et « Fragile » par exemple), choisie pour « incarner » ces ensembles de représentations, et s'accompagne d'émotions et d'affects spécifiquement associés.

La GARS AAS est ainsi constituée de deux axes. Ces deux axes ont été repris à partir du modèle scientifique d'explication des comportements violents et de la dangerosité, selon lequel « la dangerosité de l'individu suppose la rencontre de dispositions intrinsèques et de situations extérieures » [1, p. 52]. Selon cette approche positiviste, l'individu est déterminé par des facteurs individuels et environnementaux. L'axe horizontal représente l'aspect structurel ou de la personnalité, sous la forme d'un continuum allant de « Pathologique ou l'Autre » (à droite) à « Sain(t) ou le Même » (à gauche). L'axe vertical représente l'aspect contextuel, en lien avec la dangerosité, allant d'une « dangerosité à causalité interne où le contexte influence peu » (en haut, Contexte faible) à une « dangerosité à cau-

salité externe où le contexte prend davantage de place » (en bas, Contexte fort).

Ces deux axes répartissent les représentations en quatre cadrans (nos quatre catégories de départ). Pour chaque catégorie, nous disposons alors d'une représentation prototypique. En ce qui concerne les catégories de nos représentations sociales et leurs prototypes :

– **Le cadran 1 : Alien ou Inhumain.** Le terme « alien » a été choisi pour deux raisons : son étymologie latine (*alienus*) qui signifie « qui appartient à un autre, étranger » et pour sa référence cinématographique de l'incarnation du monstre et de l'horreur. Ici, il est fait clairement appel à une différence radicale, essentielle entre l'observateur (le soignant) et l'AAS. L'auteur d'agression sexuelle incarne l'impensable, l'étranger, l'inhumain, le monstre dans toute sa différence. Ici, la laideur physique et morale rend plus nette la figure du monstre.

– **Le cadran 2 : Miroir.** Cette catégorie plonge l'observateur face à un miroir déformé et déformant où l'AAS pourrait avoir ses traits, ses compétences, ses responsabilités. Il est « le même » oppressant.

Ces deux premières catégories font davantage référence au prototype du « Monstre » (qu'il soit impensable ou trop proche de nous) et renvoient inéluctablement au vécu de sa victime.

– **Le cadran 3 : Fragile.** Nous retrouvons ici la catégorie des personnes blessées par la vie ou des personnes en évolution dont le discernement semble altéré.

– **Le cadran 4 : Malade.** Dans cette dernière catégorie, les personnes sont perçues comme souffrant d'une abolition du discernement due à des maladies mentales visibles et stigmatisantes. Catégorie dans laquelle les représentations sont les moins nombreuses.

Ces deux dernières catégories font plus référence à « l'Humain dans sa capacité à souffrir ».

Représentations sociales et attitudes : implications

Mettre en évidence les attitudes qui vont découler de ces représentations et émotions est donc fondamental pour comprendre nos réactions naturelles, spontanées ou automatisées. Ces représentations mènent à des prises de position opposées, bipolaires ou clivées, difficiles à articuler. Ces représentations sont associées à des émotions puissantes qui émergent rapidement, qu'il faut pouvoir critiquer afin de trouver le juste milieu entre « sympathie » et « antipathie ». Trouver un équilibre dans les freins à la rencontre, entre centration sur les faits (dans le cas de l'antipathie) et centration sur la personne (dans le cas de la sympathie) n'est pas chose aisée : l'attitude neutre et bienveillante envers ces patients est un travail de tous les instants (*figure 3*).

Ainsi, les premiers cadrans font émerger des représentations plus rapides, viscérales. D'autant que

« l'intentionnalité présumée de l'acte » est un critère d'aggravation du jugement social. Une différence entre les cadrans 1 et 2 (liés à la représentation du monstre et du mal, contexte faible) et les cadrans 3 et 4 (liés à la représentation de personnes susceptibles de souffrir de troubles du discernement, contexte fort) apparaît très nettement et va donc engager des attitudes différenciées. Le jugement sera plus extrême et sévère concernant les premiers cadrans.

Face aux « monstres » (cadrans 1 et 2), et suite à un possible moment de sidération (cadran 1) ou de stupeur (cadran 2), deux choix d'attitudes se posent : la « fuite », que le soignant peut penser impossible et discréditante en tant que professionnel, ou « la confrontation ou l'affrontement » avec un rejet massif de la personne. Ce rejet risque très probablement de s'accompagner d'agressivité, avec une centration sur les faits (déshumanisation, dont le cadran 1 est le prototype) et une maximalisation de sa responsabilité face aux faits, avec un plus grand risque de le sur-sanctionner négativement. Toujours concernant ces deux premiers cadrans, la représentation du criminel doit coller à son crime pour éviter toute contradiction interne et simplifier la réalité (cadran 1). Cette représentation « identifiable » (fou, petit, gros et laid, vieux vicelard, etc.) a pourtant évolué, avec l'aide des médias, vers une figure plus floue, commune (cadran 2) et donc anxiogène ; et ce au risque de pousser le percevant à prendre des attitudes plus tranchées pour bien le différencier du reste de la population (*cf.* longueur des peines et stigmatisation). Il reste toutefois la seconde option (valable pour ces deux cadrans) : « fuite ou évitement » qui, dans ce cadre, peut s'avérer la réaction la plus professionnelle si le soignant ne peut dépasser cette représentation (celui-ci reconnaissant ses limites et passant le relais à un collègue).

Si, au contraire, le sujet renvoie à des éléments de fragilité, de difficulté que le groupe d'appartenance du soignant peut potentiellement aussi rencontrer (cadran 3), alors la réaction du percevant va vers une minimisation des différences entre le sujet et lui, et donc vers une minimisation des faits. Les deux derniers cadrans font ainsi émerger des représentations plus intellectualisées (et moins nombreuses), en lien avec la fragilité humaine, avec le risque de centration unique sur la personne : une attitude de « compréhension » allant de la minimisation (cadran 3) au déni des faits commis (cadran 4), voire jusqu'à l'irresponsabilisation de l'AAS et une attitude de protection (dont le cadran 4 est le prototype). Ces deux cadrans sont davantage associés à une vision « traitable/soignable » du sujet. Notons que, dans le cadran 3, « l'abuseur abusé » induit la représentation de la victime et présente donc une valence positive. L'âge de l'auteur d'agression sexuelle induira, lui aussi, des représentations et des valences différentes. L'adulte sera plus sanctionné que le mineur ou la personne âgée (cadrans 3 et 4), qui sont associés à une plus grande présomption d'irresponsabilité. Ces deux derniers cadrans, où

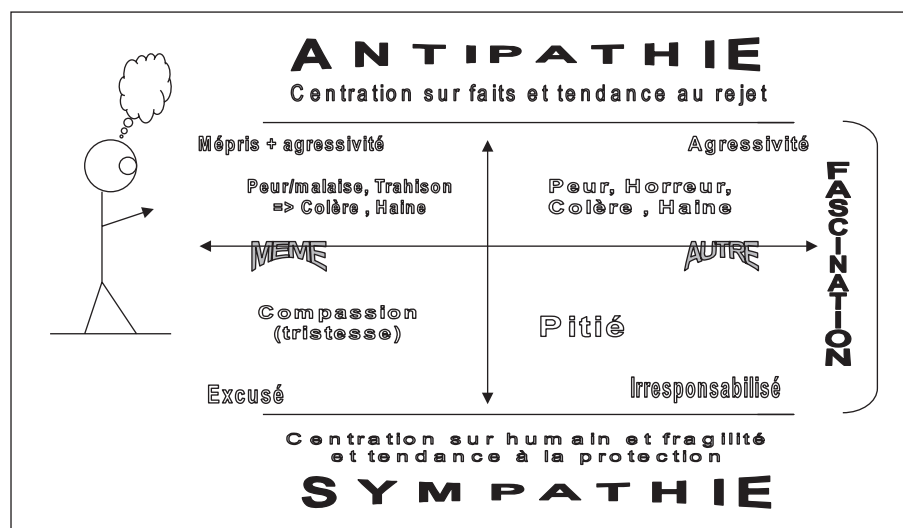


Figure 3. Grille d'analyse des représentations sociales relatives aux auteurs d'agression sexuelle. Attitudes et émotions liées aux cadrans.

la centration sur la souffrance et la pathologie du sujet prédominant, rencontrent certaines représentations du soignant envers sa propre fonction et ses missions. Dans ce cadre, le soignant pense être dans l'empathie et le soin, alors qu'il est en réalité dans la sympathie et dans des « attitudes positives » moins critiquées, pourtant tout aussi délétères pour le soin.

De même, sont associées à ces cadrans et représentations des caractéristiques psychologiques. Le cadran 1 correspond davantage au déni (interprété comme du mensonge) et au manque de culpabilité ; à l'inverse, le cadran 3 serait plus associé à « beaucoup de culpabilité et à un risque suicidaire plus élevé ». L'interprétation de la demande de soin du sujet (libre ou sous injonction de soin) pourra alors être perçue comme un acte de manipulation et de recherche de bénéfices secondaires pour les cadrans 1 et 2. Toujours concernant le soin ou son accès, si la représentation est issue du premier cadran, il y a impossibilité de le penser dans le cadre du soin. Comment penser le « non-humain », le monstre ? Le soignant n'est pas formé à cela et risque donc avec cette représentation de rejeter cette patientèle. Le sentiment d'impuissance exprimé face à ces « monstres » se mue souvent en sentiment d'injustice et fait appel à ce que la société possède de plus répressif (prison, castration, peine de mort, etc.) afin de mettre ces « monstres » hors d'état de nuire. Certains soignants, à l'inverse, s'interdisent cette perception, la trouvant trop dangereuse de par le rejet qu'elle suscite. Ne pas vivre en pleine conscience l'ensemble du panel émotionnel et ainsi le « refouler » pose question et risque de conduire à des dérapages ou des difficultés lors des prises en charge.

Si l'émotion peut être un moteur, elle peut également s'avérer être un piège, elle peut paralyser, engluier. Par sa capacité à penser à lui-même et au monde qui l'entoure,

l'homme évite d'être emporté par ses émotions et gagne ainsi en humanité. Travailler sur l'acquisition d'une position empathique est une nécessité pour les soignants. Il s'agit de se laisser à la fois toucher par la souffrance de l'autre et, plutôt que d'en être sidéré, fasciné, devenir capable de penser et parler cette souffrance et éventuellement, d'agir [11]. De plus, le poids de notre première impression et la tendance à une recherche de confirmation sont tels qu'il paraît nécessaire de toujours trouver une représentation alternative afin de la contre-balancer et ne pas rester fixé sur celle-ci (passer des cadrans du haut à ceux du bas, ou inversement). Ainsi, le soignant se doit d'osciller entre ces deux positions spontanées (antipathie et sympathie), sans jamais tomber (et rester figé) dans l'une ou l'autre, et donc dans une vision partielle et partielle de la personne sous main de justice. Avoir un partenaire soignant permet alors de mettre en lumière des représentations et stéréotypes automatiques, pas toujours conscients. Il semble donc important de travailler avec d'autres personnes pour contre-balancer nos tendances confirmatoires personnelles induites par les représentations sociales.

On retrouve clairement les mêmes processus en lien avec l'antipathie pour certains autres patients sous main de justice (pour trafic de stupéfiants, vol, escroquerie, ou autre) qui peuvent eux aussi éveiller des « représentations sociales antipathiques » chez le soignant. Il n'est pas rare d'entendre parler de certains patients comme des « psychopathes, pervers, manipulateurs », et ce sans aucune argumentation clinique (ou très limitée). La grille d'analyse ainsi présentée pourrait s'appliquer, s'adapter à d'autres populations sous main de justice. Peut-être pourrait-elle aussi apporter un éclairage complémentaire dans l'analyse des dynamiques de groupes (entre soignants d'une même équipe ou avec des professionnels d'autres équipes) relatives à ces patientèles ?

Conclusion

À l'heure du tout économique, qui infiltre même le champ du soin (par exemple : tarification à l'acte), les soignants n'ont que peu de temps pour « penser ». Or, dans le soin, il semble nécessaire de réfléchir ces positions soignantes face aux patientèles qui réveillent des réponses rapides, trop rapides parfois. Réflexion d'autant plus nécessaire que la santé publique enjoint ses agents à prendre en charge toujours plus de patients et de nouvelles « pathologies ». Dans un contexte sociétal qui tend à faire de la « Psychiatrie [...] un outil sécuritaire supplémentaire, confondue avec la Criminologie » [16, p.259], les soignants pris dans ce tourbillon ont peu de temps de formation⁵ à ces nouvelles problématiques et peu de temps pour prendre en compte leur vécu (cognitions, émotions et conations) face à celles-ci.

Les personnes placées sous main de justice, à l'instar des AAS, constituent des « objets sociaux polémiques » qui demandent à ce que puissent être interrogés le vécu et les représentations sociales des soignants. La prise de conscience de l'influence des représentations sociales est un prérequis pour la gestion de leur impact. Dans ce cadre, tout professionnel se doit de faire un travail sur les représentations sociales inhérentes à cette population. En effet, nos croyances, images et émotions spontanées associées sont susceptibles de constituer des freins à la rencontre que le soignant se doit de réfléchir dans l'intérêt de la personne placée sous main de justice et de la qualité du travail dont il devrait pouvoir bénéficier. La grille d'analyse des représentations sociales (GARS AAS), mettant en lumière représentations sociales, affects et attitudes spontanées, semble être un outil utile pour expliciter les mouvements naturels qui pourraient « guider » le soignant dans sa prise en charge (attitudes antipathiques ou sympathiques), et ce en fonction de la représentation sociale activée. La GARS AAS, déjà utilisée depuis une dizaine d'années dans le cadre de formations, doit maintenant être validée au travers d'une recherche empirique nécessaire afin de tester ce nouveau modèle et ses possibles implications.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

- Bernard G. « Approche historique et philosophique de la dangerosité ». In : Senon JL, Lopez G, Cario R, eds. *Psycho-criminologie : Clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod, 2008, p. 45-9.
- Bonardi C, Roussiau N. *Les représentations sociales*. Paris : Dunod, 1999, Coll. « Les Topos ».
- Gaffié B. Confrontations des représentations sociales et construction de la réalité. *Journal International sur les représentations sociales* 2004 ; 2 : 6-19.
- Haute Autorité de la Santé. Recommandations de bonne pratique : Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans. Paris : HAS, 2009. www.has.fr
- Isen AM, Daubman KA. The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984 ; 47 : 1206-17.
- Isen AM, Daubman KA, Gorgoglione JM. « The influence of positive affect on cognitive organization: Implications for education ». In : Snow RE, Farr JM, eds. *Aptitude, learning, and instruction*. Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1987, p. 143-64.
- Jodelet D. « Représentation sociale. Un domaine en expansion ». In : Jodelet D, éd. *Les représentations sociales*. Paris : PUF, 1989, p. 31-61.
- Jorland G. « L'empathie, histoire d'un concept ». In : Berthoz A, Jorland G, eds. *L'Empathie*. Paris : Odile Jacob, 2004, p. 19-49.
- Jovchelovitch S. « Repenser la diversité de la connaissance : polyphasie cognitive, croyances et représentations ». In : Haas V, éd. *Les savoirs du quotidien*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2006, p. 213-24.
- Leyens J-P, Yzerbit V. *Psychologie Sociale*. Bruxelles : Mardaga, 1997.
- Magos V. « Penser l'émotion ». In : Magos V, éd. *Processus Dutroux, penser l'émotion*. Bruxelles : Temps d'Arrêt, Ministère de la Communauté française, 2004, p. 13-4.
- Mannoni P. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998. Coll. « Que sais-je ».
- Mendras H. *Éléments de Sociologie*. Paris : Armand Colin, 1996.
- Paicheler H. « L'épistémologie du sens commun : de la perception à la connaissance de l'autre ». In : Moscovici S, éd. *Psychologie Sociale*. Paris : PUF Fondamental, 1984, p. 277-307.
- Rouquette M-L. Contrainte et spécification en psychologie : 3. La représentation de la représentation. *Bulletin de psychologie* 2008 ; 61 : 521-30.
- Sechter D, Senon J-L. « Modèles d'intervention sanitaire en milieu pénitentiaire ». In : Senon J-L, Lopez G, Cario R, eds. *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise*, 2^e éd.. Paris : Dunod, 2012, p. 247-60.
- Valence A. *Les représentations sociales*. Bruxelles : De Boeck, 2010.
- Vanderstukken O, Pham HT, Benbouriche M. « Le discours de l'auteur d'agression sexuelle : analyse psychologique au travers des représentations sociales et du déni ». In : Darsonville A, Léonard J, eds. *La loi pénale et le sexe*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 2015, p. 83-97.

⁵ En France, depuis juin 2006, les centres de ressources (régionaux) sont missionnés par le ministère de la Santé pour, entre autres, dispenser des formations destinées prioritairement aux soignants et les aider dans les prises en charge de cas difficiles.