pratique soignante

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle

Gabrielle Arena[a,*,b]
Psychiatre, responsable CRIAVS d'Île-de-France Nord-Est et de la consultation spécifique de Noisy-le-Sec

[a]EPS Ville-Évrard, 202, avenue Jean-Jaurès, 93332 Neuilly-sur-Marne, France

[b]CMP, 57, rue Jean-Jaurès, 93130 Noisy-le-Sec, France

Les violences et les crimes sexuels suscitent dans notre société rejet et haine ▮ Les auteurs de violence sexuelle doivent se conformer à une prise en charge psychiatrique, sans être forcément demandeurs ▮ Les soignants éprouvent de réelles difficultés à s'engager dans ces prises en charge ▮ Ce contexte a favorisé la mise en place de consultations spécifiques ▮ Le dispositif établi augure un possible espace de soins.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – accompagnement psychoéducatif ; crime ; expertise ; injonction de soins ; pervers ; violence sexuelle

The management of perpetrators of sexual violence. Sexual violence and crimes arouse rejection and hatred in our society. Perpetrators of sexual violence must comply with psychiatric treatment, without necessarily having requested it. Caregivers find it extremely difficult to engage themselves in the management of these patients. This context has favoured the setting up of specific consultations, signalling a potential new area of care.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – court-ordered treatment; crime; expertise; pervert; psychoeducational support; sexual violence

Aujourd'hui, les médias évoquent largement les violences et les crimes sexuels infligés aux femmes et aux enfants, soulevant indignation et horreur. La peur ancestrale n'est plus seulement celle du fou, surtout du fou criminel, mais celle du pervers sexuel, du violeur, du pédophile, classée au même rang, celle de l'inimaginable, de l'insupportable. Le pervers n'en finit plus de nous révolter, de signifier le mal absolu.

Les peines de prisons ne peuvent avoir aucune fin. En témoigne récemment la sortie de prison de Michèle Martin, femme de Marc Dutroux, et le tollé que cela a provoqué dans la société. La haine et l'abjection demeurent intactes pour les victimes et l'opinion publique en général, même lorsque le sujet a purgé plusieurs années de prison. Aucune rédemption n'est possible.

Avec les auteurs de violence sexuelle, nous sommes dans le "punir", le "surveiller" et le "soigner"

« Surveiller et punir » avait dit Michel Foucault [1] ; notre époque croise ces deux verbes à l'infini. *« Punir ou soigner ? »* est la question posée par le juge à l'expert. Avec les auteurs de violence sexuelle (AVS), nous sommes dans le "punir", le "surveiller" et le "soigner" (injonction de soins) : le soigner malgré lui ou le soin comme mode de surveillance et comme peine principale[1].

Le cadre législatif

▮ **La loi du 17 juin 1998** [2] oblige les AVS à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins. Sa généralisation et son extension à toutes les violences posent le suivi socio-judiciaire, parfois comme peine principale ou, le plus souvent, complémentaire à celle de la prison. Le condamné a l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance, destinées à prévenir la récidive sous le contrôle d'un juge d'application des peines. Cette loi comprend la nécessité d'une expertise médicale en fin de peine pour ajouter une injonction de soins. La durée du suivi socio-judiciaire dépend de l'infraction commise. Il peut s'étendre jusqu'à 20 ans pour des crimes avec tortures et actes de barbarie.

▮ **La loi du 10 août 2007** [3] renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs a rendu quasiment systématique la mesure d'injonction de soins, qui s'étend à tous les délits et

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail : g.arena@epsve.fr (G. Arena).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
http://dx.doi.org/10.1016/j.spsy.2014.04.007

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 19/02/2025 par CHR Tours - (594633). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

crimes les plus graves. Nous, soignants, n'avons pas été conviés à la table de concertation sur ces nouveaux élargissements (violences, destructions de biens, actes de barbarie, etc.). Le modèle suggéré a fait en quelque sorte "tache d'huile".

L'arrivée des auteurs de violence sexuelle en psychiatrie

L'arrivée des AVS s'est faite de façon totalement non préparée, avant même l'installation en 2007 des centres ressources régionaux pour intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle (CRIAVS).

Les soins pénalement ordonnés

Obligation ou injonction de soins, le sujet doit s'y soumettre. Il est dirigé dans les structures relevant de la psychiatrie générale (les centres médico-psychologiques – CMP). Les psychiatres et des équipes soignantes ont ainsi vu leur pratique se complexifier, devoir aborder un domaine méconnu avec une nouvelle clinique, celle de l'agir et de la transgression.

Pour les AVS, à l'inverse de la prison, rien n'a été prévu en milieu ouvert. Comment organiser les soins hors des murs de la prison ? Quelles sont les structures déjà existantes ? Les psychiatres des secteurs ont reçu tant bien que mal les AVS, intégrés dans la file active habituelle de leur consultation, avec un sentiment très fort de ne pas répondre correctement à la demande [4]. La situation était la suivante : d'un côté des personnes pénalement obligées sans demande de soins, de l'autre des psychiatres, des soignants, sans aucune envie de les recevoir.

Comment engager des soins avec un individu qui n'est pas demandeur ? Ces sujets ne se plaignent de rien et sont dans le refus d'un questionnement. Que dire des traitements ? Du côté du sujet : le déni, la minimisation, la banalisation des actes transgressifs commis. Du côté des soignants : des difficultés pour engager des soins avec, comme prétextes évoqués, l'absence de demande, d'empathie, l'incurabilité du pervers, le contre-transfert négatif par rapport à des histoires inaudibles et des crimes irreprésentables. S'y ajoutent la méconnaissance de la clinique des AVS, le refus de s'y intéresser, la méconnaissance des rouages de la justice.

Les réactions des soignants

Dans ce contexte, plusieurs psychiatres ont fait part de leur incapacité à prendre en charge ces sujets. Quelques-uns ont demandé de l'aide, un certain nombre sont restés hostiles et ont rejeté toute idée même de participer à la prise en charge de ces sujets. Ainsi, nous avons des CMP à plusieurs variables avec :

- des soignants s'autorisant ouvertement à ne pas prendre en charge ces sujets. Mais nul n'est censé ignorer la loi ;
- d'autres les incluant dans leur consultation, en restant du côté de la rencontre, sans interroger les passages à l'acte transgressif ;
- certains, au contraire, devenant en quelque sorte les spécialistes de la prise en charge des agresseurs sexuels, dans un très grand inconfort ou un malaise.

Une consultation spécialisée, pourquoi ?

Dans ce contexte, un lieu spécifique identifié par des professionnels du sanitaire et de la justice pour la prise en charge directe des AVS s'est imposé, proposant un dispositif repéré, pour tenter de déstigmatiser ces sujets, leur permettre de retrouver une place dans la société. Notre travail n'est pas de soigner un sujet "malade", mais plutôt de proposer un accompagnement psycho-éducatif, de proposer un espace de parole en évitant ainsi, si possible, la récidive, pour protéger des victimes potentielles.

Origine du projet

La création de la consultation centrée sur la prise en charge des AVS ouverte à tous les secteurs de psychiatrie générale a vu le jour au CMP de Noisy-le-Sec. En lien avec le CRIAVS d'Île-de-France Nord-Est, souvent sollicité par des professionnels[5] du sanitaire et de la justice recherchant des lieux de soins pour les AVS, en 2010, un dispositif spécifique a été créé au sein du CMP de Noisy-le-Sec (93).

Organisation de la consultation

Tous les soignants travaillant au CMP participent sur la base du volontariat à ce dispositif : psychiatres, psychologues, infirmiers.

Fonctionnement

L'accueil infirmier

Le temps d'accueil infirmier est une rencontre indispensable pour comprendre le parcours judiciaire, la situation socioprofessionnelle, les obligations du sujet. L'infirmier, à partir de documents du jugement fournis par le tribunal, nomme la

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 19/02/2025 par CHR Tours - (594633). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

nature exacte de l'infraction, telle qu'elle est mentionnée sur les documents. Il centre d'emblée le travail autour des actes délictueux commis.
Ce premier contact avec les soignants vise aussi à rassurer la personne qui se présente pour une obligation ou injonction de soins, dans un cadre qui ne lui est pas familier, qui peut même l'angoisser et l'interroger sur sa "normalité". À l'issue de l'accueil, l'infirmier propose à l'AVS une consultation pour une évaluation.

Le temps d'évaluation

L'entretien d'évaluation est réalisé par un binôme (psychiatre/infirmier, psychologue/infirmier). L'évaluation clinique classique prend en compte les données suivantes :

- **les antécédents personnels, familiaux, judiciaires, les addictions ;**
- **la biographie du sujet ;**
- **la vie affective et sexuelle ;**
- **l'état actuel :** troubles psychiatriques (éléments délirants, dépressifs, phobies, etc.) ; troubles de la personnalité (paranoïaque, obsessionnelle, antisociale, etc.) ;
- **l'étude du passage à l'acte** (facteurs criminologiques) ;
- **le contexte prédélictuel,** les signes avant le projet délictuel ou criminel ;
- **le choix de la victime, la fréquence, le contrôle pulsionnel ;**
- **l'arrestation :** ressenti (culpabilité/honte, reconnaissance des conséquences pour la victime, capacité empathique) ;
- **le rapport au soin :** adhésion au soin, traitements antérieurs, actuels, et suivis en prison.

Cette évaluation nécessite plusieurs entretiens. L'équipe peut ainsi définir le profil de l'AVS, "sa demande" et une stratégie de soins.

Une grande majorité des auteurs de violence sexuelle ont des troubles de la personnalité

Les profils

Une grande majorité des AVS ont des troubles de la personnalité. En fonction de la place et du rôle de la victime, on distingue :

- **les AVS intrafamiliaux** (père, beau-père, oncle, etc.). La victime connaît son agresseur et a souvent un lien affectif, voire d'autorité avec lui. Les AVS intrafamiliaux sont les plus nombreux ; les problèmes incestueux peuvent exister depuis de nombreuses années. Plusieurs enfants peuvent être abusés. Dans ce cas, il faut évaluer toute la famille. Ces passages à l'acte incestueux s'observent dans des familles généralement perturbées et pour lesquelles les rôles, les places, les fonctions de chacun sont indifférenciées, et cela parfois depuis plusieurs générations ;
- **les AVS extrafamiliaux :** les pédophiles. Selon la CIM-10, chapitre V : *« La pédophilie est une préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles ou de sujets de l'un ou l'autre sexe, généralement d'âge prépubère ou de début de puberté (F65.4) »* [6]. Leur vie est centrée sur les enfants. Leurs relations avec les adultes sont pauvres. Le monde de l'enfance est idéalisé et surinvesti. "L'attrait pédophilique" se définit comme l'excitation sexuelle à un niveau fantasmatique pour un corps d'enfant prépubère (garçon ou fille). Cet "attrait pédophilique" peut être hétérosexuel ou homosexuel. Les actes pédophiliques peuvent être précédés ou non de fantasmes. L'enfant victime ne connaît pas l'auteur. Il peut s'agir d'une rencontre fortuite ou, à l'occasion, de *scenarii* élaborés ;
- **les autres auteurs :** agression sexuelle et viol sur adulte intra- ou extrafamiliaux, exhibitionnistes et voyeurs, auteurs de téléchargements à caractère pédopornographique.

Le temps thérapeutique

Des traitements médicamenteux (antidépresseurs, psychotropes, traitements hormonaux) pourront être prescrits en complément de la prise en charge psychothérapeutique.

Les thérapies

La psychothérapie individuelle classique

Le thérapeute travaille selon la formation qu'il a suivie. L'important est que le sujet puisse travailler autour des passages à l'acte, d'analyser les mécanismes qui les précèdent, de repérer les situations vulnérantes et sources d'angoisse pour lui.
Pour proposer une psychothérapie psychodynamique, cinq "bons critères" sont énoncés par André Ciavaldini [7] :

- la reconnaissance totale de l'infraction ;
- le sentiment d'être anormal au moment de l'infraction ;
- la reconnaissance spontanée d'une impulsion à l'origine de l'acte ;
- l'arrestation vécue comme un soulagement ;
- la reconnaissance qu'une contrainte a été exercée pendant l'acte.

Références

[1] Foucault M. Surveiller et punir. Paris: Gallimard; 1975.
[2] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=60FFF06E040CEA6907330D6D16373F3D.tpdjo07v_2?cidTexte=JORFTEXT000000556901&categorieLien=id
[3] Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000278633&dateTexte=&categorieLien=id
[4] Arena G, Marette F. Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Évrard. L'Information Psychiatrique. 2007;1(83):23-8.
[5] Arena G. L'accompagnement des professionnels du soin. Soins Psychiatr. 2010;267:38-41.
[6] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies, dixième révision. Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève: OMS, Paris: Masson; 1993.
[7] Ciavaldini A. Prise en charge des délinquants sexuels. Bruxelles: Yapaka.be; 2012.
[8] Savin B. L´engagement du thérapeute. Les techniques de groupe. Cassette vidéo : Le traitement de la pédophilie. Marseille: Anthea Production; 1998.
[9] Ciavaldini A. Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d´agressions sexuelles. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2004;42:69-78.
[10] Gentis R. Nouveau millénaire. Défis libertaires. Symposium de psychiatrie. Février 1998.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 19/02/2025 par CHR Tours - (594633). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

Les thérapies groupales, pourquoi ?

Les AVS sont peu enclins à nommer des émotions, ont une très grande pauvreté fantasmatique et des difficultés à verbaliser des ressentis. Ces sujets se sont souvent construits grâce à un clivage leur permettant, jusque-là, de mener une vie conforme aux exigences sociales. Beaucoup ont des carences affectives précoces qui ont laissé des vides, des manques auxquels ces sujets ne veulent pas s'affronter.
Les AVS ont souvent tendance à la manipulation et reproduisent avec le soignant le seul mode opérationnel bien connu, celui de l'emprise. Ne pas rester seul avec ces sujets, surtout au début de la prise en charge, ne pas rester silencieux mais avoir une approche active sont des éléments importants pour l'adhésion aux soins.

Aussi l'approche groupale permet-elle en partie de résoudre ces problèmes, soit par la parole (libre association), soit avec des jeux de rôles ou autres médiations. Le groupe [8] permet de se confronter à ses pairs, de sortir de l'impasse de la relation duelle qui, souvent, renforce les défenses du sujet.
En groupe [9], le transfert est "diffracté", le rendant plus supportable, non submergeant pour la psyché du sujet. Dans ce jeu de miroirs, renvoyant les uns et les autres à leur histoire, leurs émotions et leurs actes, le sujet peut prendre conscience peu à peu de ses éprouvés [9] et de ceux des autres membres du groupe. L'absence de culpabilité par rapport à la victime, la faible motivation pour les soins, sont autant d'éléments pour poser l'indication d'une prise en charge groupale.

Les thérapies de groupes inspirées des concepts analytiques sont de bonnes indications :
• **les groupes de parole** supposent une alliance thérapeutique, une aisance verbale et une capacité à écouter l'autre ;
• **les thérapies comportementales et cognitivistes** permettent de travailler autour du passage à l'acte et de ses conséquences pour le sujet et sa victime.

Des groupes avec appui pédagogique à but non directement thérapeutique, mais plutôt éducatif, peuvent également être préconisés. Ces groupes utilisent des médias : photolangage, art-thérapie, jeux (« *Qu'en dit-on ?* »), etc. Ces groupes peuvent être le premier temps dans une stratégie de soin psychodynamique ou de thérapie comportementale.

© C.Moreau/Elsevier Masson SAS

Conclusion

La psychiatrie a-t-elle des pratiques plurielles ? Posée ainsi, la question pourrait paraître une provocation. La psychiatrie n'est pas définie une fois pour toutes, fixée dans des missions précises, la même pour tous, elle est traversée depuis toujours par des courants théoriques différents, voire opposés, et faite de pratiques diverses et variées.
Cette diversité est notre atout et notre force.
Roger Gentis [10] parlait « *d'une psychiatrie de la diversité* » affirmant sa modernité reposant « *sur les échanges et non sur les modèles* », conservant sa pluralité, sa créativité, croisant les savoirs, acceptant le doute et la critique. Une psychiatrie vivante doit demeurer en chantier et en construction. Les lignes bougent constamment et chacun, par sa réflexion, est porteur de changement.
Avec les soins pénalement ordonnés, de nouvelles perspectives cliniques thérapeutiques se dessinent, visant à la protection sociale et à la prévention de la violence. Ces soins imposés peuvent être une chance pour l'individu et une occasion d'y accéder. Il faut résister sur toutes les demandes qui sont faites autour du sécuritaire, et en même temps ne pas être trop frileux ou réticents face à ces nouvelles missions qui nous sont confiées. ■

Note

[1] Cet article est issu d'une présentation de l'auteur lors du séminaire "La psychiatrie : des pratiques plurielles" du secteur 93G06 de l'EPS de Ville-Évrard.

Pour en savoir plus

• Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Paris: Presses universitaires de France; 1988.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 19/02/2025 par CHR Tours - (594633). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.