

Clinique et thérapeutique des auteurs de violences sexuelles

selon Claude Balier¹ et l'ARTAAS²

- Alain Harrault, Psychologue clinicien, *Vice-président de l'ARTAAS*
CRIA VS Centre-Val de Loire, CHU de Tours,
a.harrault@chu-tours.fr
- Claudette Hugon, Psychologue clinicienne, *membre de l'ARTAAS*
Psychodramatiste, Unité T.A.A.G.S., C.H. de Niort,
cl-hugon17@orange.fr
- Caroline Legendre, psychologue clinicienne, *Vice-présidente de l'ARTAAS*
Spécialisée en art-thérapie, Référente du dispositif de soins spécialisé pour
AICS à Unité sanitaire du Centre de Détention de MELUN
caroline.legendre.boulay@wanadoo.fr

Harmonisation du texte : Odile Verschoot, *Présidente de l'ARTAAS*

« La rencontre avec l'humain » pourrait annoncer et titrer l'apport de Claude BALIER, considéré par ses pairs eux-mêmes comme un pionnier et un précurseur. Dans sa continuité, l'ARTAAS préconise une approche clinique centrée sur la personne et non strictement sur les actes violents dont le patient est l'auteur. Si elle valorise l'orientation psychanalytique et psychodynamique dans la prise en charge thérapeutique des auteurs de violences sexuelles, l'ARTAAS reste ouverte aux autres approches. Rappelons, que travailler avec le patient sur son histoire, tant consciente qu'inconsciente, concourt à la prévention de la récurrence mais n'en a pas l'objectif. Nul doute néanmoins, qu'œuvrer sur les causes a un impact sur les effets.

On ne peut dissocier la création de l'ARTAAS et l'énoncé de ses valeurs éthiques et théoriques³ de l'œuvre de Claude BALIER et de sa personnalité-même. « Promouvoir la pensée là où la violence sexuelle provoque de la sidération ou des réactions immédiates » est l'une des valeurs centrales de l'ARTAAS.

Le travail thérapeutique est possible donc souhaitable, voire éthiquement obligatoire, affirmait Claude Balier lors de la parution de « Psychanalyse des comportements violents » en 1988. Acceptons toutefois que certains patients, n'ont pas la capacité de porter un regard sur eux-même et de découvrir en y prenant plaisir ce qui se passe dans leur espace psychique.

Ainsi, Claude Balier préférerait parler d'« états élémentaires » plutôt que de structure inhérentes aux comportements violents. Il constatait que des modalités défensives, tel le clivage du moi, témoignait d'une forme d'économie psychique et non d'une organisation structurelle. Ainsi disait-il : « L'avenir de ces sujets n'est pas irrémédiablement fixé, il est

¹ Psychiatre, psychanalyste, Chef du SMPR de Varcès et initiateur des recherches sur les agresseurs sexuels en France.

² Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles

³ Formulés dans différents textes consultables sur le site de l'association: www.artaas.org

essentiel de tenter quelque chose sur le plan thérapeutique, quels que soient la monstruosité et l'aspect inhumain de l'acte ». Or, ces hommes ou femmes, auteur(e)s d'actes monstrueux terrifiants, se révèlent souvent eux-mêmes terrifiés par des actes dans lesquels ils ne s'y reconnaissent pas.

Trois mots clefs constituent le fil directeur de son œuvre et de la démarche à laquelle il nous invite : « Rencontrer, comprendre, soigner, conditions d'un espoir d'une autre tournure pour le fonctionnement psychique »

La notion de rencontre et de recherche active de cette rencontre sont le fil rouge de cette pratique clinique qui perdure aujourd'hui. En effet, il est vain d'attendre la demande du patient et se contenter d'écouter sa souffrance n'ont pas de sens quand le clivage de la personnalité et le recours à l'acte visent précisément à se défendre de toute demande et de toute souffrance. Par ailleurs, disait-il, il faut oser aborder les faits, « être incisifs sans être intrusif »

Seule une démarche active de rencontre du thérapeute vers ces sujets peut augurer d'un changement, de la libération d'une parole et favoriser l'accès à un sens sur les actes commis susceptible de pallier le risque de récurrence. Il s'agit là d'une rencontre avec l'individu et son histoire entière et pas seulement avec le « criminel », sans pour autant dénier, comme lui, la réalité des actes. L'exercice est paradoxal puisque il s'agit d'amener ces patients à se confronter à leur vécu interne menaçant alors qu'ils s'en protègent féroce-ment par des mécanismes de défense archaïques redoutables.

Pour provoquer cette rencontre, un cadre thérapeutique rigoureux est nécessaire et en constitue la base incontournable et fondamentale. Il s'agit de coupler le pare-excitation externe que représente la prison -institution indestructible – avec un cadre thérapeutique fiable et solide pour renforcer le pare-excitation interne fragile qui, dans un moment de rupture psychique aux prises avec une angoisse psychique non élaborée, a eu recours au comportement violent.

Au sein du cadre thérapeutique institutionnel, il est nécessaire de créer des dispositifs spécifiques telles que des propositions systématiques d'entretien ou encore une évaluation clinique avec éventuellement le soutien du QICPAAS⁴. Il convient de penser le projet de soin avec différentes modalités individuelles et groupales.

Ces patients auteurs de violences sexuelles peuvent susciter à la fois fascination et répulsion puisqu'ils incarnent la figure actuelle du monstre. Invoquer l'incurabilité est une grande tentation, surtout face aux mécanismes d'emprise toujours violents et destructeurs. Aussi, l'utilisation d'une trame d'entretien est essentielle pour pallier cette sidération et pour continuer à penser et aborder les registres les plus intimes lors de l'évaluation initiale. « C'est le questionnaire qui questionne ».

Pour comprendre ce qui se passe dans la rencontre, le travail de réflexion et d'analyse, notamment en équipe, du transfert et contre-transfert (malaise, répulsion, fascination, peur) constitue un indispensable outil de travail.

Chez les auteurs de violences sexuelles, la sexualité est au service de la destructivité, ce qui signe le registre de la perversion narcissique (ou perversion sexuelle) que Claude Balier a différencié de la perversité sexuelle. Cet éclairage est fondamental et opérant pour tenter de soigner ces patients. Par ailleurs, il a judicieusement différencié le registre du recours à l'acte de celui du passage à l'acte. Le recours à l'acte expulse tout travail d'élaboration, exclut tout fantasme et représentation, et correspond à la décharge

⁴ Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Aggressions Sexuelles mis au point par A. Ciavaldini, M. Girard-Khayat et les équipes ayant participé à la recherche dirigée par C. Balier.

d'une excitation ingérable. Il est une modalité d'expression de la désespérance et déchaîne la plus grande violence, généralement inattendue, soudaine et brutale.

Nombre de ces agresseurs sexuels, loin de viser la jouissance sexuelle orgasmique, s'inscrivent dans une logique de toute puissance narcissique qui vient contrer une menace majeure d'anéantissement : là est le registre de la perversité sexuelle.

L'angoisse d'anéantissement est en rapport avec des traumatismes précoces irréprésentables telle l'aspiration par le vide issue du défaut d'existence dans le regard de la mère.

Le recours à l'acte est donc un agir qui surgit brusquement comme un besoin impératif d'écraser l'autre pour le faire littéralement disparaître. L'identification à l'agresseur vient occuper la place laissée vide par l'absence d'organisateur, notamment celle qui habituellement instaure la construction et l'investissement narcissique, comme le rappelle Bruno Gravier⁵ : Paradoxalement, c'est la toute puissance qui sauve de l'anéantissement !

Dans les agressions sexuelles répétitives, le recours à l'acte sexuel violent et au clivage sont destinés à éviter l'effondrement psychotique et la néantisation. Ils permettent en effet un maintien partiel du rapport à la réalité.

Il est à noter que c'est ce qui se passe avant le viol qui provoque l'excitation et déclenche un besoin urgent de trouver un objet pour rétablir d'urgence des limites mises en péril. On est là dans le registre du sexuel phallique et non du génital, du côté de la toute-puissance narcissique et de la destructivité. Des mécanismes psychiques inconscients déclenchent alors une décharge violente sous l'effet d'une perception qui a réactivé l'angoisse archaïque de base. Claude Balier insistait particulièrement sur cette notion de recours au perceptif.

Soigner nécessite de formuler des hypothèses cliniques sur le fonctionnement psychique de ces auteurs de violences sexuelles afin de donner sens à leurs actes destructeurs. Le soin psychique vise à faire émerger un auteur, un sujet, à le maintenir dans le champ de l'humanité au-delà des actes inhumains, au-delà du violeur en série ou du pédophile prédateur c'est-à-dire au-delà de la figure récurrente du monstre.

Claude Balier a toujours affirmé l'importance de ne pas rester seul dans la prise en charge. Echanger et partager en équipe informations et vécus transférentiels - avec toute la confiance que cela suppose - permet de résister aux violents mouvements transférentiels archaïques projetés sur les membres de l'équipe tels l'emprise, le clivage et la déliaison.

Comprendre les violences sexuelles comme une prévalence de la violence et non comme une sexualité déviante, détermine la spécificité de l'approche thérapeutique psycho dynamique que Claude Balier puis l'ARTAAS soutiennent.

Souvent les récits des patients livrent le déroulement d'une histoire avec sa discontinuité, ses éléments traumatiques et semblent décrire, avec des facultés d'introspection apparentes, leur fonctionnement psychique. Pourtant, leurs propos ne sont fréquemment qu'à un niveau explicatif. Face à l'impuissance relative à la parole vraie, il s'agit alors de tenter de faire émerger une parole plus effective et authentique et de ne pas lâcher le fil qui nous relie au vécu intérieur des patients comme zones d'ombre mais aussi d'ouvertures.

Comment le thérapeute va-t-il pouvoir remonter jusqu'à cet originaire afin de le faire évoluer ? Comment atteindre cette angoisse d'anéantissement qui sous-tend la destructivité ? Comment accéder à une détresse qui repose non sur des images mais sur des affects irréprésentables ? Claude Balier prône le « partage affectif » et la « résonance en commun » c'est-à-dire la création d'espaces qui à la fois rendent possible ce partage affectif

⁵ Gravier, B. : intervention aux journées ARTAAS 2011 à GRENOBLE

mais soient aussi contenant et limitant pour qu'un travail de symbolisation puisse émerger. C'est toute l'importance de l'étayage sur l'objet externe pour œuvrer sur le vécu interne menaçant du sujet sur lequel Claude Balier a insisté dès 1998.

Les modalités groupales, les approches non verbales et l'utilisation de médiations constituent autant d'objets externes repérables. Ainsi, l'art-thérapie ou l'expression picturale favorisent l'accès au sensoriel, au pulsionnel, à l'archaïque et à l'irreprésentable telle une figuration de ce qui est contenu dans la crypte.

Ce type de prise en charge groupale et médiatisée vise à faire émerger des images du trou noir – inaccessibles ou inexistantes - puis à favoriser la transformation de l'affect en sentiment pour générer une secondarisation des processus primaires : la représentation de choses prévaut sur celle des mots.

C'est souvent un premier pas vers le plaisir de fonctionnement : découvrir qu'il y a quelque chose à l'intérieur de soi et oser s'y intéresser, s'y confronter par le regard et l'attention du thérapeute et du groupe.

Néanmoins, il est important de veiller dans la réflexion sur le dispositif à ce que le thérapeute ne soit pas prisonnier d'une séduction redoutable lorsqu'il partage un vécu affectif. Le tiers est en effet d'une importance extrême pour séparer et pour ne pas rester captée dans une impossible séparation. Ce tiers est représenté et incarné par un cadre thérapeutique fiable, indestructible mais aussi par des dispositifs et stratégies thérapeutiques identifiées et repérables

Claude Balier a toujours encouragé à travailler sur les contenant de pensée plus que sur les contenus, sur l'instauration des processus de fonctionnement mental, sur la mise en marche des processus de liaison de la pensée, là où n'existaient que la déliaison et le clivage : Les processus de soin permettent de travailler sur les processus psychiques. Tenter de réduire le clivage, participer à la remise en route des mécanismes de pensée et de l'appareil à penser du sujet auteur de violences sexuelles, favoriser la reprise des capacités réflexives du sujet pour contenir son expérience et sa propre histoire et ouvrir la voie vers l'altérité sont les conditions requises pour ce travail vers la subjectivation. Il s'agit que le patient puisse devenir véritablement sujet de ses pulsions et de ses fantasmes.

Dans cet objectif, une équipe de soin niortaise⁶ a élaboré et mis en pratique depuis 1996, un dispositif spécifique de prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Construit suivant les conceptions cliniques de l'ARTAAS, il s'appuie sur la pensée psychanalytique et a pour objectif de traiter l'ensemble de la demande dans un cadre adapté et sécurisant afin d'accueillir les paradoxes et la complexité de ces demandes contraintes et de soutenir et/ou relancer le processus de subjectivation de ces sujets. Pour cela il est construit comme un espace de transformation et de transmission.

Ce dispositif est groupal à plusieurs titres : groupe de patients, travail d'équipe, groupe de soignants, groupe interinstitutionnel (patients – CIP – soignants). Chacun de ces trois espaces permet une mise en tension qui fait l'objet d'un travail.

Ainsi, d'une part le *groupe des patients* va travailler à la mise en représentation de ce qu'il va s'y actualiser : la tension entre l'individuation et l'intégration au groupe fait émerger des éprouvés corporels et/ou des vécus affectifs et émotionnels. Les thérapeutes aident à ce que

⁶ L'équipe de l'Unité de soins spécialisés T.A.A.G.S. (Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles) au C.H. de Niort dont le dispositif est résumé en annexe.

s'y déploie un processus permettant leur symbolisation. Les patients font l'expérience à la fois de l'appartenance et de la différenciation. D'autre part, le *groupe des soignants* œuvre avec l'analyse du transfert subjectal sur la transformation (au sens de Bion) des éléments bêta reçus en éléments alpha utilisables pour construire une représentation du sujet moins clivée et mettre en récit ce que très souvent le sujet a déposé de manière brutale et sans lien. Et enfin, le *groupe mixte* (la réunion triangulaire) confronte à la réalité sociale et judiciaire. Il permet la rencontre et l'articulation entre les dimensions individuelles, groupales et sociales.

Etant données, les problématiques propres aux patients auteurs de violences sexuelles, les interprétations, outils classiques des psychanalystes, ne sont d'aucun secours. Elles donneraient lieu soit à un collage au discours, soit à un vécu d'intrusion (J.M. Dupeu). Le transfert et son analyse restent néanmoins pertinents à condition de tenir compte de la particularité de ce qui sera actualisé. C'est la capacité du thérapeute à aller voir du côté de l'impensé/impensable, qui peut aider le patient à lier cette charge affective et ouvrir l'accès à la représentation, à la mise en fantasme : les éprouvés seront centraux, il est donc nécessaire de travailler à leur transformation et transmission.

A côté des particularités liées au fonctionnement psychique des patients, il existe une autre spécificité lorsqu'on soigne des auteurs de violences sexuelles : la demande de soin n'émane pas directement du sujet mais de la justice au nom de la société. Cette réalité a des implications au niveau de la mobilisation psychique, du transfert et de l'alliance thérapeutique. Un espace particulier doit y être consacré dans l'organisation des soins. Ainsi, cette alliance n'est jamais acquise d'emblée. Pour la construire, il convient de tenir compte de l'obligation judiciaire. Il est essentiel de veiller à différencier les espaces du sujet, de la justice et des groupes d'appartenance. Quelle est la demande et la non-demande de chacun de ces espaces ? Comment peuvent-elles s'articuler entre elles ? Outre cet aspect, au niveau originare et primaire, l'alliance thérapeutique est souvent rendue difficile par l'angoisse que fait surgir la différenciation. Le thérapeute peut, par exemple, être mis dans une position de persécuteur.

En s'appuyant sur la pensée de C. Balier, les observations cliniques et les échanges au sein de l'ARTAAS, il s'avère dans les soins aux auteurs de violences sexuelles, l'élément central, autant pour les patients que pour les thérapeutes, est la gestion de la destructivité. Elle implique des principes et des outils particuliers.

Sur le plan théorique, C. Balier réfère la mise en place du clivage à l'échec de l'hallucination négative (en référence à A. Green). Pour pouvoir lier la destructivité, l'enfant doit pouvoir faire l'expérience d'imaginer détruire la mère (au sens de l'entourage dont il dépend) tout en faisant l'expérience de sa permanence donc, de sa non-destruction dans la réalité. Sans cela, le réel et imaginaire restent intriqués, la mise en représentation et la sublimation ne peuvent pas se mettre en place de façon suffisamment efficace pour lier cette destructivité. Il en résulte une détresse profonde où se pose la question de la survie psychique de soi ou de l'autre. Pour s'en protéger se met en place le clivage vertical et horizontal, c'est-à-dire le déni d'une vie interne (ne pas être en contact avec ses émotions) et le déni d'altérité (tout le monde ressent pareil). Il y a aussi un clivage entre les différents registres : les émotions non reliées au sens et inversement le désir déconnecté du sens ou des émotions. L'articulation est défailante entre l'interne et l'externe, entre soi et l'autre, entre tension et émotion, désir et sens et génère une indifférenciation (confusion) et/ou un clivage.

Les soins visent à construire un espace permettant que se rejoue quelque chose de cette hallucination échouée. Pour cela, ils doivent pouvoir recevoir la destructivité sans être détruit (les tensions, l'agressivité, les éprouvés qui apparaissent en son sein mais aussi la réalité des actes commis, du malaise psychique, du discours du patient) et le clivage et la confusion sous leurs différentes formes.

De plus, l'espace thérapeutique, doit permettre de travailler la liaison de la destructivité et l'instauration d'articulations là où il y avait clivage, confusion, déni. La tâche n'est pas simple car elle implique le soignant en tant que sujet et demande un travail d'élaboration psychique important pour aboutir à "la sublimation de la violence destructrice".

Quand un patient arrive, il s'agit d'abord de repérer comment et où s'actualise la destructivité pour lui. Pour certains, c'est la réalité des actes commis qui est insupportable, pour d'autres c'est la contrainte judiciaire et pour d'autres encore ce sont les conséquences familiales qui représentent des menaces au-delà du supportable et font l'objet de dénis, clivages, confusions. La destructivité s'actualise aussi chez les thérapeutes : collage, rejet ou clivage dans l'équipe ; « Le transfert n'opère pas au niveau de l'autre perçu comme objet différencié, il nous traverse » dit B. Penot⁷ qui remarque que ce transfert, qu'il nomme « subjectal », est particulièrement présent dans la rencontre avec ces patients auteurs de violences sexuelles présentant des carences au niveau de la construction et de l'appropriation fantasmatique.

Le soignant se trouve ainsi pris dans une « répétition induite chez l'autre » qu'il n'est en mesure de percevoir qu'après coup puisque son système conscient/préconscient a été court-circuité. Il est question-là de la réactualisation d'une « empreinte » réelle de type traumatique, qui a fait trace mais se situe en deçà de la constitution d'un fantasme. Chacun est convoqué à des niveaux où il est ou a été lui-même impactés. A lui de le transformer, de l'articuler au symbolique et à l'imaginaire. Selon B. Penot, cette répétition est la seule " à même de réactualiser la charge affective de manière à la restituer dans la vie subjective du patient dont elle demeurerait rejetée" et nécessite de travailler psychanalytiquement à plusieurs.

Les soins pénalement obligés mettent les patients devant des réalités qu'ils vivent comme une violence et qui les déstabilisent puisque ils se confrontent à l'insupportable qui a abouti aux actes. Cependant, en prononçant une peine, la société contraint à opérer une transformation « symboligène » de la destructivité émergée lors des actes de violences sexuelles. C'est déjà un conteneur de celle-ci, au sens de contenir en transformant (Kaës), mais comment aider le patient à se saisir de cette transformation? Souvenons-nous de l'hallucination négative. Pour « reprendre » à ce niveau, Claude Balier soulignait la nécessité de confronter le patient à la réalité de ses éprouvés, de ce qu'il donne à ressentir aux autres et de la loi. Un étayage suffisamment solide s'impose pour qu'il n'y ait pas de vécu de destruction, de soi, des autres, de la loi. Le dispositif se doit de contenir pour transformer la destructivité qui n'était pas liée à l'instant des actes violents.

Pour que la loi puisse devenir un support au processus d'identification, il faut amener le patient à percevoir que sa condamnation pénale bien réelle ne le détruit ni physiquement (somatisations), ni psychiquement. Il doit pouvoir constater et ressentir que la loi et lui peuvent coexister et qu'il peut survivre aux conséquences de ses actes. Cela passe par de

⁷ B. Penot, (2001)

l'intersubjectif, par un ressenti au sein d'un lien suffisamment sécurisant, et donc comme le disait Claude Balier, par une rencontre au-delà des mots là où le regard est essentiel⁸.

Cet objectif est ambitieux et peu aisé à atteindre car les mécanismes défensifs vont tenter d'entraîner les soignants vers le clivage et/ou la confusion. Ainsi, le thérapeute peut, par exemple, s'apercevoir qu'il a oublié les actes commis par le patient, qu'il s'est instauré en juge ou qu'il a négligé la réalité de l'obligation judiciaire lorsqu'un patient pénalement obligé lui affirme : " de toutes façons je viens de moi-même".

Le dispositif de soin doit travailler avec de tels égarements et se donner les moyens de les repérer et de les contenir pour les transformer. Concernant la loi, c'est uniquement dans un tel cadre thérapeutique qu'une articulation santé/ justice peut être envisagée et s'inscrire dans l'emboîtement des cadres et l'intercontenance décrite par A. Ciavaldini⁹.

Seul le cadre permet en effet de mobiliser et de contenir les éprouvés. Nous l'avons précédemment souligné, il doit être suffisamment fiable et souple pour permettre leur apparition et leur transformation.

Au-delà de son élaboration théorique, le cadre est institutionnel et structure le fonctionnement groupal. Quelles que soient les techniques utilisées, il est nécessaire de penser l'articulation des différents cadres afin de leur donner une cohérence globale qui ne s'établit pas sans heurt du fait de l'implication de différentes institutions et des multiples intervenants dans le dispositif.

Comme nous l'avons dit précédemment, le groupe est un outil particulièrement opérant pour aborder et traiter les auteurs de violences sexuelles. En reprenant les élaborations de R. Kaës¹⁰ pour définir le travail analytique groupal, nous pouvons souligner combien la situation groupale mobilise psychiquement car d'emblée vont entrer en conflit l'envie d'appartenir au groupe et l'envie de s'en différencier.

Dans les groupes de patients, des angoisses d'anéantissement ou de morcellement, plus ou moins intenses suivant les personnes et les groupes, vont apparaître. Chaque individu va réagir suivant son fonctionnement psychique et de son histoire. La situation groupale fait écho aux situations familiales aussi suscitent-elles le même type d'illusions groupales ou d'alliances inconscientes. Les modalités défensives, tel l'évitement de la confrontation à ce qui menace (ou pourrait menacer) l'intégrité psychique, sont mobilisées suivant le modèle des relations familiales. Les alliances inconscientes, en revanche, peuvent être de nature différentes et devenir structurantes (élaboration de l'angoisse), offensives (projection sur l'autre) ou aliénantes (enfermement dans la répétition).

Un des objectifs thérapeutiques est la transformation des alliances aliénantes en alliances structurantes. Pour y parvenir, les thérapeutes prennent appui sur le cadre, analysent les transferts et contre-transferts et repèrent les alliances inconscientes. Ainsi, un travail d'élaboration de l'angoisse peut commencer et ouvrir la voie au processus de subjectivation et à des modifications au niveau des illusions groupales (changements de thème ou meilleure articulation avec la réalité). Dans tous les groupes thérapeutiques d'obédience psychanalytique ces mécanismes sont à l'œuvre, seuls les outils de mobilisations ou/et d'élaborations diffèrent. Ainsi, le psychodrame se sert de l'engagement du corps et du jeu comme vecteurs pour faire surgir des éprouvés et favoriser leur mise en représentation. Avec les médiations corporelles, l'accent est mis sur les éprouvés en lien avec le mouvement

⁸ C'est pour cela que dans le dispositif pour la PEC des AVS, ont été institués des "réunions triangulaires" comme lieu de rencontre du patient, de son CPIP référent et d'un des soignants de l'équipe n'intervenant pas directement dans la prise en charge (Cf. Harrault A. et Hugon C. (2013)

⁹ A. Ciavaldini (2003)

¹⁰ R. Kaës,(1993)

ou la passivité et en art-thérapie, les sensations cinesthésiques, visuelles et esthétiques seront principalement sollicitées.

Nous le disions, l'approche thérapeutique groupal concerne à la fois les patients et les soignants. Elle nécessite de fonctionner en équipe pour accueillir, repérer et transformer ce qui se dépose dans l'espace de soin, en lien avec le « transfert subjectal » et l'histoire des patients. Cela suppose qu'au sein de l'équipe puissent se mettre en place suffisamment d'alliances structurantes pour permettre une élaboration des angoisses individuelles et collectives. Le climat de confiance qui doit s'instaurer ne sera possible qu'en s'appuyant sur un cadre théorique et institutionnel suffisamment solide et partagé. Ce travail est pour nous fondamental.

Différents cadres s'emboîtent et s'étayent l'un l'autre dans tout dispositif de soin aux auteurs de violences sexuelles. Le cadre judiciaire en est le premier puisqu'il a transformé les actes avec ses outils et sa logique, avant de renvoyer vers un autre espace -celui des soins psy- qui, à son tour, a sa propre logique et ses propres outils.

Pour le patient sous main de justice, c'est l'articulation entre son appartenance sociale et son fonctionnement psychique qui est interrogée de fait par l'une et l'autre instance. Il est amené à faire l'expérience de cette cohabitation entre son appartenance sociale et son fonctionnement psychique dans le lien à des professionnels des deux espaces différents sans que personne ne soit détruit et sans que l'espace que chacun représente ne soit détruit.

La porosité évoquée par Ciavaldini¹¹ consiste en la nécessité que des éléments issus de la destructivité passent d'un espace à l'autre pour qu'ils puissent y être transformés par les outils de chaque espace et qu'ensuite le sujet (patient/probationnaire) puisse se les réapproprier sans être menacé ou menaçant.

Les rencontres pluri-professionnelles constituent un lieu d'échange authentique entre les professionnels concernés et chaque fois que cela est possible avec le patient probationnaire. Elles tissent l'articulation entre différentes pratiques pour que se constitue "un environnement favorable aux soins et adapté aux capacités du sujet"¹². Cette mise en pratique de l'intercontenance « fait de chaque cadre institutionnel un pôle d'étayage pour l'autre et permet le passage de la fonction contenante à celle, processuelle transformative, de conteneur telles que R. Kaës les a définies"¹³.

Cependant, cette intercontenance "inclut un travail de deuil pour chacun des professionnels celui d'une certaine omnipotence, deuil qui ramène le professionnel à n'être qu'un parmi d'autres, c'est à dire à n'être efficace que parce que d'autres y sont "¹⁴.

Les résistances individuelles et institutionnelles viennent fréquemment, mettre en cause un tel travail si les différents partenaires ne sont pas vigilants. Avec les soins pénalement ordonnés, l'articulation santé-justice peut rapidement provoquer des tensions insupportables et menacer les identités individuelles et professionnelles. A l'instar des patients justiciables, la tentation d'y répondre par des passages à l'acte, des dénis, de la confusion, de l'emprise ou de la projection est constante.

Aborder le traitement des auteurs de violences sexuelles avec les outils de la psychanalyse, l'inconscient et le transfert favorise la rencontre avec la personne dans

¹¹ A. Ciavaldini, 2012

¹² A. Ciavaldini, Conférence aux Journées Nationales de l'ARTAAS, non publiée

¹³ R. Kaës (1993)

¹⁴ A. Ciavaldini (2003)

sa globalité. Cela permet un travail sur l'histoire et la réalité psychique subjective. Ainsi, s'opère un travail de « reprisage » au niveau de ce qui était à l'origine du recours à l'acte sexuel violent.

S'il convient de ne jamais réduire l'individu aux actes monstrueux qu'il a commis, il est tout autant indispensable de ne jamais les oublier ou les omettre. Au cœur de ce soin psychique, qui s'élabore substantiellement au sein même de la relation soignant-soigné, se trouve une souffrance irréprésentable et indicible. Il faut donc composer avec des modalités défensives, des résistances et de la destructivité.

Le thérapeute n'en est point exempt : Il est en effet, confronter à ses propres défenses et doit faire face aux défenses groupales et institutionnelles soulevées par la perspective de se confronter à un agresseur sexuel.

Il existe aussi d'autres écueils plus subtils et « nombre de sujets auteurs d'agressions sexuelles ne peuvent utiliser ce que le champ judiciaire et social met à leur disposition simplement parce qu'ils ne peuvent s'y reconnaître, ne disposant pas des opérateurs pour s'en servir. Là, principalement réside une méprise qui sera une des sources de la récurrence. Proposer des dispositifs est une chose, encore faut-il donner les moyens de les utiliser, de les intégrer à soi en tant qu'humain. Que sont des moyens qui ne se laissent pas appréhender ? Si ce n'est une marque d'exclusion, le signe d'un parent non protecteur et rejetant qui, une fois de plus en demande trop, c'est-à-dire ne prend pas en compte la réalité du sujet et d'une certaine façon le nie (sous couvert de bonnes intentions) »¹⁵.

Les actes de violences sexuelles viennent interroger les fondements psychiques les plus intimes. Soigner les auteurs c'est prendre le risque d'être profondément déstabilisé et d'être bousculé dans ses propres rapports aux autres ou dans ses limites personnelles. Mais là réside aussi la richesse de cette approche clinique qui toujours met au travail et engage à la créativité.

¹⁵ Ciavaldini A. (2004) : *Mobilisation des affects par le psychodrame de groupe dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles*, Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, n° 42, pp. 69-78.)

BIBLIOGRAPHIE

- BALIER C.(1988), « Psychanalyse des comportements violents ». PUF coll. « le fil rouge », Paris
- BALIER C.(1996), « Psychanalyse des comportements sexuels violents, PUF coll. « le fil rouge », Paris,
- BALIER C.[ss/dir.](2005)La violence en Abyeme. Essai de psycho-criminologie, Paris, P.u.f, «Le fil rouge »,
- BALIER C., LEGENDRE C. (1995) « La compulsion au viol une problématique psychique peu connue », Nervure N° 7, 31-40,
- CIAVALDINI A., BALIER C. (2001), « Agressions sexuelles : pathologie, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire ».
- CIAVALDINI A. (1999, réed.2001), « Psychopathologie des agresseurs sexuels », Masson, coll. médecine et psychothérapie, Paris
- CIAVALDINI A.(2012) Prise en charge des délinquants sexuels, coll. Temps d'arrêt Lecture ed Fabert, Bruxelles,
- CIAVALDINI A. (s.s/ dir.), (2003) Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire, Ed. In Press.
- CIAVALDINI A. (2014), « De la violence sexuelle et de sa cruauté », in *Cruautés*, F. Neau et al. Paris, P.U.F. pp 41-64.
- DUPEU J.M. (2005) L'intérêt du psychodrame psychanalytique : Contribution à une métapsychologie de la technique psychanalytique, Paris, P.U.F., 288p.
- GRAVIER B., "Expérience pérenne, entre les premiers pas en matière de soins aux auteurs de violences sexuelles en France du Docteur Claude Balier et ce qui perdure de nos jours d'une relation humaine après un acte inhumain" in Revue ARTAAS N°1 , 2012
- HARRAULT A., HUGON C. (2013), Soins aux auteurs de violence sexuelle : approche psychanalytique, in *Psychiatrie légale et criminologie clinique*, J.L. Senon, C. Jonas, M. Voyer, Masson Elsevier, pp 313- 318.
- KAËS R. (1993) Le groupe et le sujet du groupe. Paris, Dunod
- KAËS R. (2009) Les alliances inconscientes, Paris, Dunod, 248p.
- LEMAITRE V., NEAU F.(2007), « La violence de vivre .Rencontre avec Claude BALIER », Eres, Paris
- PENOT B. (2001), La passion de l'objet freudien, Toulouse, Ères, 180p.

ANNEXE

RÉSUME DU DISPOSITIF PROPOSE AU C.H. de NIORT

I – ÉVALUATION

<u>Évaluation par deux soignants différents et séparément :</u> <u>Un psychologue et Un infirmier</u>
<u>Élaboration du projet de soin avec le groupe de soignants</u> <u>si possible</u>

II – PRÉSENTATION DU PROJET

<u>Lors d'une réunion regroupant : les deux thérapeutes rencontrés lors de l'évaluation, le C.I.P. et le patient</u>	
<u>Si accord : engagement à suivre les soins</u>	<u>Si refus : sortie du dispositif</u>
	<u>Si hésitation : Nouvelle rencontre</u>

III - LA PRISE EN CHARGE : TOUJOURS TROIS PARTIES

<u>A) Travail psychothérapeutique Classique :</u> <u>selon projet</u> <u>Groupe de Parole avec ou sans médiateur</u> <u>ou</u> <u>Entretiens Individuels</u> <u>ou</u> <u>Entretiens Familiaux</u>	<u>B) Réunions triangulaires</u> <u>Regroupant</u> <u>Un des deux soignants de l'évaluation ;</u> <u>et</u> <u>Le C.I.P. chargé du suivi de la Mise à</u> <u>l'Épreuve ;</u> <u>et</u> <u>Le patient</u>
<u>Une fois tous les 15 jours</u>	<u>En moyenne une fois toutes les 5/6 semaines</u>
<u>C) Un troisième espace réservé aux soignants :</u> <u>Analyse des cas suivis : En particulier le transfert subjectal</u> <u>Réajustement du projet de soin</u>	
<u>Réunion Hebdomadaire du Groupe T.A.AG.S</u>	

IV – FIN DE PRISE EN CHARGE

<u>Réunion de fin de mesure : Patient, C.I.P et les soignants des espaces A et B</u>	
<u>Si arrêt des soins :</u> <u>Sortie du dispositif</u>	<u>Si poursuite des soins :</u> <u>Nouveau dispositif</u>