

Prise en charge individuelle en milieu ouvert puis fermé

E. GABORAUD, Psychologue,

Unité fonctionnelle de psychiatrie pénitentiaire et probatoire – Antenne Psychiatrie/Justice
SPIP de Meurthe et Moselle, 123 rue Mac Mahon, BP 50305, 54006 Nancy Cedex

Intervention au Colloque du CRIAVS Lorraine du 3 décembre 2010 à Nancy.

Je tiens par avance à m'excuser auprès de vous car j'ai beaucoup plus de questions et de doutes à partager que de solutions et de certitudes. C'est la seule façon que j'ai trouvée pour évoquer ma pratique passée et actuelle depuis plus de 7 ans avec un public sous main de justice, composé en grande partie d'auteurs de violences sexuelles.

[Je m'excuse aussi du côté réducteur que je vais avoir parfois, mais il a fallu faire court et je ne suis pas réputé pour ma concision, surtout à l'oral.]

Que faire d'un agresseur sexuel?

Du point de vue judiciaire, la réponse semble évidente: le sanctionner.

Mais du point de vue du soin, que faire?

Le 12 mars 97, l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire déclarait: « Il est à craindre que l'obligation de soin ne soigne, en fin de compte, davantage l'opinion publique que les auteurs d'agressions sexuelles, sans bénéfice thérapeutique ni de sécurité ». 13 ans plus tard, je me pose les mêmes questions sur la place du soignant chargé peut être par les politiques plus de rassurer l'opinion publique et servir de fusible en cas de récidive que de s'occuper des patients hors de la pression sociale comme peut être il le devrait.

A qui profite, non pas le crime, mais l'obligation de soins? La diminution des chiffres des actes de violence sexuelle en récidive seraient-ils les indicateurs d'une sorte de « rentabilité thérapeutique »? . J'en profite au passage pour rappeler que l'injonction et l'obligation de soins sont décidés par la justice après un procès et que ce n'est pas la vérité qui sort d'un procès, c'est une forme de négociation au croisement d'un certain nombre de vérités subjectives. Ce n'est pas non plus, d'ailleurs, la vérité qui sort d'une expertise, c'est une évaluation, un avis.

On ne peut dans ces conditions faire l'économie de questionnements éthiques. En simplifiant les choses, le soignant est-il donc:

- au service de la société pour contenir l'homme déviant et empêcher la récidive?
- ou au service du patient, auquel cas comme pour n'importe quel autre on l'aide à « aller mieux » ou « moins mal » (ce qui n'est pas sans poser un certain problème de définition, d'ailleurs), tout en espérant réduire la potentialité de récidive en guise de bénéfice secondaire?

Je laisse à chacun en son âme et conscience le soin de déterminer la place où il se sent le plus à l'aise pour travailler. Pour ma part, je refuse de signer des certificats portant une mention du style « thérapie en vue de diminuer le risque de récidive » par exemple.

Je pose différemment ma question de tout à l'heure: que faire d'un agresseur sexuel en terme de soins?

On pourrait peut être classer en 3 les différents modes actuels de « traitement » ou de « prise en charge » des AAS (que ce soit en individuel ou en groupe):

- La rééducation comportementale dans lequel on peut inclure toutes les méthodes visant à ce que ces personnes ne reproduisent plus ce qu'ils ont fait en les reprogrammant en quelque sorte.

- La voie médicale « radicale » de la castration chimique voire physique.
- Les thérapies par la parole au sens large.

Je peux d'ores et déjà vous avouer que ma pratique penche plus vers cette dernière option, j'ai pourtant à peu près autant de doute quant à son efficacité absolue que pour ce qui concerne les 2 premières.

La plupart de mes patients viennent me voir car ils y sont obligés légalement. Est-ce un écueil? Pas forcément. C'est peut être même le contraire. Cela les dispense en fait de se considérer comme malades. Ils viennent nous voir parce qu'ils le doivent. Le désir n'émane pas d'eux, il vient du juge, de la société. Ils sont déchargés du fait de devoir dire « je viens vous voir parce que j'ai un problème », ce qui pour beaucoup est impossible d'entrée. Dans la plupart des milieux, cela reviendrait à dire « je viens vous voir parce que je pense être fou » car on sait bien que les psy, c'est pour les fous! Je fais souvent le parallèle avec les patients de CMP qui viennent sur injonction de la famille, de l'assistante sociale ou autre... La rencontre n'est donc dans une grande majorité de cas ni plus facile ni plus difficile que pour tout autre public. Mais après la rencontre, l'accroche, l'approche, que fait-on? La prise en charge n'est elle pas toujours qu'un bricolage entre 2 sujets, ne doit-elle pas l'être d'ailleurs?

Mais une autre question me taraude: Parler sert-il?

Parler des faits sert-il? (« les faits » étant le terme consacré pour désigner l'acte commis, l'erreur, l'horreur)

Qu'entend-t-on dans notre cabinet au quotidien? Quelques exemples:

- « L'expert m'a dit de venir vous parler des faits. » suivi parfois de: « mais j'ai rien fait! » ou « j'ai pas fait tout ce qui a été dit au procès »
- « Je suis ici parce que j'ai fait une bêtise. »
- Mais aussi « Je suis un monstre ».
- Et un autre de me déclarer: « Ah vous, monsieur, vous êtes psychologue. Moi, je suis dans la branche des agresseurs sexuels! ».

Lorsqu'ils ne nient pas, nos agresseurs sexuels en viennent souvent à chercher une réponse à cette question centrale: **pourquoi j'ai fait ça?**

Mais y-a-t-il une raison et une explication à des violences sexuelles. Rien n'excuse et peu de choses expliquent. Écouter parler d'un crime n'est pas le comprendre.

Comprendre aide-t-il d'ailleurs? Comprendre, regretter ou même nier sont ils nécessairement en lien avec la récidive? Un patient me déclarait, doutant de lui même: « Ça monsieur je comprend déjà pas pourquoi je l'ai fait la première fois, alors pourquoi je le referais pas ». Mais on peut légitimement se demander si le fait d'avoir des éléments explicatifs lui permettrait de ne pas récidiver. Mettre en lumière les zones d'ombre d'un homme lui permet-il de contrôler ses agir pulsionnels? **La réponse ne peut probablement être qu'individuelle.**

Je citerai Goethe: « Nous avons tout éclairé! Et malgré tout il reste des revenants dans le marécage! »

Souvent celui qui vient chercher une réponse à ce qu'il a fait ne la trouve donc pas. Mais il trouve de nombreuses réponses à un tas de questions qu'il ne se posait pas avant de consulter! Ceci peut se montrer apaisant après coup et « apaiser » peut être parfois synonyme de « soigner », et même « guérir ». Ceci est-il si différent du travail avec les autres patients? Je ne le crois pas.

On peut donc croire à la prise en charge de groupe, à la psychanalyse ou à quoi que ce soit d'autre, l'essentiel n'est il pas que la bonne méthode rencontre le bon patient?

Revenons quelques instants sur les déterminismes des passages à l'acte. On peut trouver évidemment de nombreuses hypothèses, je citerai les 3 qui me semblent les plus fréquentes, faisant une fois de plus des catégories très larges:

- L'impossibilité ou en tout cas la grande difficulté à gérer des frustrations.
- L'immaturité affective (je dis souvent que dans de nombreux cas je fais de la pédopsychiatrie pour adultes);
- La perturbation de la construction du lien et de la perception de l'autre en tant que personne humaine;

L'appartenance à une de ces catégories n'exclue pas l'appartenance à l'une voire aux 2 autres. Tout ceci peut aussi se greffer sur n'importe quelle structure de personnalité, de la névrose à la psychose en passant par les états limites. Je préfère donc ne pas raisonner en terme de nosographie, d'autant que « auteur de violence sexuelle » pourrait difficilement devenir une catégorie cohérente du DSM. Si j'ai une certitude, c'est qu'il n'y a pas de possibilité de généralisation ou de concordances entre catégories judiciaires et classifications psychiatriques ou psychologiques dans ce domaine.

Pour de nombreux patients, les aider à gérer leur douloureux rapport à la frustration quelle qu'elle soit leur apporte sans aucun doute un mieux être. La position dans laquelle nous sommes placés est alors celle du grand frère ou du père venant signifier les limites et aidant à mettre des mots sur la douleur provoquée par la non mise en conformité immédiate de la réalité au désir du patient. Le mot et le symbole dispensent du recours à l'acte. Toute médaille a son revers: Ainsi un patient me déclarait, regrettant la perte de son statut de Caïd: « Ca va pas du tout depuis que je viens chez le psy, à chaque fois je dis: « lui je vais le taper » mais je le fais plus, du coup plus personne me respecte... ».

Pour les immatures, notre rôle est souvent de les aider à différencier affection et sexualité, qui souvent se confondent dans leur esprit.

Enfin, pour la plupart des patients, le lien à l'autre est générateur d'angoisse ou l'autre a plus une place d'objet que d'alter ego. Le suivi consiste alors en un long accompagnement sur la route de la construction d'un lien dont l'idée qu'il puisse se rompre ne devient pas un frein à sa mise en place. Le thérapeute devient rassurant quant à la permanence de ce lien et l'importance de la prise en compte de l'autre pour se construire individuellement.

La relation avec nombre de ces patients est éducative autant que thérapeutique...

Reste le problème des authentiques pervers. Mettons nous d'abord d'accord sur mon emploi de ce terme que l'on lit dans quasiment toutes les expertises des inculpés ou condamnés pour moeurs, mais où les divers psychistes rédacteurs desdites expertises omettent de préciser ce qu'ils entendent par « pervers ». Je parle donc ici de ceux qui utilisent l'autre uniquement dans le but de satisfaire leur jouissance personnelle, et pour qui ce fonctionnement est global (remarquons que dans le domaine économique voire politique ce comportement est plutôt accepté et même valorisé!) . Pour la plupart d'entre eux (mais précisons qu'on en croise en fait très peu), je doute qu'une rencontre avec psy ou médecin, serait-il coordonnateur, change quoi que ce soit à leur fonctionnement et leur dangerosité. Ce sont peut être ceux qui ont le plus de facilité à nous faire croire en leur implication pour mieux se déresponsabiliser ensuite. Un de mes patients m'expliquait ainsi qu'il avait bien fait tout ce qu'on attendait de lui, était venu à tous les RDV, avait suivi les traitements proposés, et que s'il récidivait, ce serait donc la faute des gens qui l'auraient mal soigné. Un autre prétend avoir récidivé « grâce », dit-il, au groupe de parole en prison qui lui a permis de rencontrer d'autres pédophiles. Tous disaient ce qu'ils pensaient que les soignants désiraient entendre dans le cadre du groupe, puis se retrouvaient en cellule pour un « groupe bis » où ils échangeaient sur les méthodes d'agressions et les fantasmes communs...

J'ai néanmoins l'exemple d'un pervers très narcissique qui continue à venir me consulter librement au delà de son obligation. Celui-ci nous apporte peut être une piste de réflexion. Régulièrement, il vient jouir dans mon bureau du fait de contrôler ... sa non récidive. Il se targue d'être pervers, de jouir du contrôle de l'autre et de lui même, mais accorde une grande importance à l'image qu'il renvoie. Or, l'image du « pervers de compétition qui défie les statistiques en ne récidivant pas » lui permet fort bien de jouir. Si l'on ajoute à cela qu'il va écraser de son savoir universitaire des personnes peu cultivées (victimes consentantes) dans des groupes de réflexion religieux, on peut se dire qu'il a trouvé un certain équilibre et a su faire diminuer sa dangerosité!

Avant de conclure, je développerai un dernier point qui me tient à coeur: la question de la pyramide de Maslow, qui, bien qu'étant une modélisation simpliste, illustrera fort bien la suite de mes propos...

Pour rappel, Maslow explique qu'avant de pouvoir se préoccuper de ses besoins d'appartenance, d'estime, et de réalisation, il faut satisfaire ses besoins physiologiques et de sécurité. Alors comment demander à un individu de cogiter sur lui même lorsqu'il n'est pas sûr de pouvoir manger ou habiter dans un endroit sécurisant? La situation sociale actuelle ne permet pas d'assurer à de nombreuses personnes de quoi manger ou se loger alors que le nombre de précaires augmente. De même pour la question du travail: je vois des patients, parfois qualifiés, chercher depuis des mois, envoyer des dizaines de CV sans succès et se retrouver en bout de course. Si l'on ajoute à cela le manque, voire l'incapacité de ces personnes à créer du lien social, et leur difficulté à accéder à la culture, leur vie leur paraît plus que fade.

Ainsi de nombreux sortant de prison, dont un certain nombre de nos agresseurs sexuels potentiellement récidivistes, errent sans occupations et sans attaches dans les rues de Nancy (et d'ailleurs je suppose), rêvant pour certains, qui me l'avouent de plus en plus fréquemment, de retourner en prison où au moins ils connaissaient moins l'ennui, la précarité et parfois la faim qu'à l'extérieur. Comment les aider à avancer dans leur réflexion sur eux même lorsque les préoccupations matérielles occupent tout l'espace, avec peut être quelques pulsions inavouées?

Voici la réalité du terrain...

L'obligation de soin n'oblige en fait qu'à une chose: à la rencontre, cette rencontre qui peut être un point de départ à une construction de relation et de socialisation. Ayons juste l'ambition d'être un modeste grain de sable, qui parmi d'autres, aidera à faire pencher la balance du bon côté.

Je compte donc sur le CRIAVS pour une chose oh combien cruciale. Une chose que les politiques n'acceptent pas, que les médias n'acceptent pas, que la société n'accepte pas: le doute. Que le CRIAVS entretienne notre réflexion, qu'il soit le lieu vivant des désaccords, des polémiques, des propositions, de la non standardisation de la pensée ou des prises en charge afin que chacun puisse y forger ses propres outils et que chaque patient puisse bénéficier d'une prise en charge spécifique... à lui en temps qu'individu.