

Prise en charge des agresseurs sexuels

« Qui a dit qu 'il ne fallait pas avoir de relations sexuelles avec sa fille, je souhaitais qu'elle ne manque de rien et lui donner beaucoup d'amour car, je ne voulais pas être le père que avais eu tellement il avait été mauvais. De toute façon mon frère c'était mon père. »

Voilà ce que nous rapporta un patient détenu lors d'un entretien individuel traduisant de toute évidence sa confusion et sa difficulté à se repérer au sein de sa famille. Cette confusion familiale était-elle à l'origine de l'agression sexuelle ou y avait-elle contribué? Nous nous sommes interrogés dès lors sur la nature des liens familiaux que ce patient pouvait avoir intégrés, sur sa place en tant qu'enfant de ses parents et parent de ses enfants. La notion de relation et de structure familiale prend toute son importance dans les problématiques dites incestueuses (père et beau père incestueux). Notre sensibilité, ainsi que nos références théoriques aux thérapies familiales participent à l'intérêt que suscitent ces problématiques incestueuses tellement spécifiques. En effet, sous l'appellation générique d'"*agresseur sexuel*" et son apparente homogénéité, il est essentiel de saisir l'ensemble des nuances qui la composent. Des différences importantes sont constatées entre les agresseurs sexuels: leur choix d'objet, l'investissement de l'objet, la représentation et l'ambivalence qu'ils suscitent ne sont pas les mêmes pour un père incestueux, un pédophile ou un violeur de femmes adultes.

D.Ferry – infirmier de
Secteur Psychiatrique
C.H.U. de NANCY
Service de Psychologie
Médicale,
Pr. KAHN - Centre
Médico-Psychologique
de Toul (54).

Historique

Depuis la loi du 18 janvier 1994, relative à la prise en charge sanitaire des détenus, les équipes de soins somatiques et de psychiatrie adulte interviennent dans les établissements pénitentiaires (maisons d'arrêt et centres de détention). La philosophie générale de cette réforme consistait à faire entrer l'hôpital dans les prisons, en d'autres termes, à mettre fin à l'exception pénitentiaire en matière de santé publique. Dans ce milieu l'enfermement, même si les soignants sont dans l'obligation de tenir compte des impératifs de sécurité et d'admettre l'existence de contraintes spécifiques, ils ne doivent pas accepter que celles ci constituent une entrave à leur activité. C'est un équilibre particulier et difficile à sauvegarder. L'esprit de cette réforme pourrait être résumé par "soigner c'est déjà réinsérer". Avec ce renforcement de la compétence psychiatrique et psychologique, les soins et la réflexion concernant la santé mentale se sont considérablement accrus. Sur le secteur de Toul (Meurthe et Moselle), nous avons à prendre en charge deux centres de détention qui représentent une capacité d'environ 640 détenus dont la moitié a été condamnée pour des crimes et délits sexuels. Outre nos missions de dépistage et de traitement des patients souffrant d'affections psychiatriques à leur arrivée ou par décompensation pendant leur temps de détention, il a fallu se préoccuper d'une population pénale présentant une problématique jusqu'alors presque inconnue de nous. De ce fait, cette forte proportion d'agresseurs sexuels nécessitait une réflexion quant à leur prise en charge

compte tenu des événements dramatiques de ces dernières années qui ont mobilisés l'opinion publique.

Le programme de traitement des agresseurs sexuels

Avec Martine Bruant (infirmière de secteur psychiatrique) et Sophie Plantade (psychologue et membre de l'Association de Recherches et de Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles Artas), nous avons élaboré un projet de prise en charge des agresseurs sexuels. Dès le début de l'année 1999, un groupe thérapeutique s'adressant aux auteurs de crimes et délits sexuels a été constitué. Il s'agit d'un groupe fermé, les participants sont recrutés selon le principe du volontariat et reconnaissent totalement ou partiellement les faits pour lesquels ils ont été condamnés. Les séances ont lieu tous les 15 jours pour une durée d'environ 10 à 12 mois. Les futurs participants sont recrutés parmi les patients suivis individuellement par les différents membres de l'équipe, psychologues et infirmiers. Le suivi individuel préalable permet de préparer le patient à la prise en charge de groupe. Pour cela, il nous a été nécessaire d'être formés, nous avons bénéficié de stages de formation auprès notamment de l'équipe spécialisée dans le traitement des agresseurs sexuels de la maison d'arrêt de Fresnes et du Crasc (Centre de recherche et d'action en sexo-criminologie) en Belgique. Plutôt que d'animer un groupe de parole libre, peu indiqué selon nous pour les groupes d'agresseurs sexuels, nous avons préféré prendre modèle sur les expériences cognitivo-comportementalistes déjà menées dans les pays anglo-saxon et certains pays francophones.

Objectifs thérapeutiques

la compréhension des processus à l'origine du passage à l'acte transgressif;
la levée du déni;
l'analyse des distorsions cognitives;
la reconnaissance de l'altérité
le développement de l'empathie;

la prise de conscience des conséquences traumatiques de la violence exercée sur la victime.

Objectifs socio-éducatifs

le développement des habilités sociales;
la gestion du conflit;
l'évitement de la récidive.

Le travail s'organise autour de 3 thèmes

La chaîne d'agression

les conflits;
les malaises;
les fantasmes;
les choix anodins ;
les situations à risque;
le passage à l'acte.

C'est un concept visant à expliciter en six étapes les processus psychiques et interpersonnels conduisant à l'agression sexuelle. Il est demandé à chaque participant d'identifier dans son parcours les six étapes de la chaîne d'agression de façon à réintroduire des notions de temporalité bien souvent absentes du discours des patients. Il est important de leur permettre d'accéder à la compréhension de l'émergence de leur violence car bien souvent leur parcours se résume au passage à l'acte.

Chaque stade peut ainsi présenter l'opportunité "d'interrompre" le processus menant inéluctablement au passage à l'acte.

Le génogramme et l'exploration des interrelations familiales

Il est demandé à chaque participant d'élaborer son génogramme sur plusieurs générations et de le commenter. Ainsi, les trois thérapeutes explorent la nature des relations interpersonnelles. Parfois, les passages à l'acte se reproduisent de génération en génération.

Les témoignages de victimes

Ils sont issus d'enregistrements de différentes émissions télévisées. Ceci permet dans un premier temps d'évaluer les

capacités d'empathie, de reconnaissance de l'altérité et secondairement de les faire émerger.

Tous les patients déjà suivis individuellement sont préalablement rencontrés par les thérapeutes afin de fixer le cadre du programme. Ils doivent s'engager à respecter les règles énoncées, c'est à dire : l'assiduité, la confidentialité, la participation active et la transparence.

La participation active consiste à fournir un travail de réflexion pour chaque nouvelle séance sous la forme d'un travail d'écriture. Ainsi, il leur est imposé une "obligation de penser

La transparence, pour un tel programme nécessite que les patients nous autorisent à consulter leur dossier pénal de façon à lutter contre le déni, la déresponsabilisation et la banalisation. Nous allons illustrer par un cas clinique le travail effectué auprès des agresseurs sexuels, en utilisant le concept de la chaîne d'agression.

Cas clinique

M. F âgé de 40 ans, est incarcéré depuis le mois de juillet 1995 et condamné pour le viol de sa belle fille Diane. Ce patient a bénéficié du programme thérapeutique destiné aux agresseurs sexuels sur le principe du volontariat.

Anamnèse

M.F. se marie en 1985 avec Alice, mère de trois enfants, Diane, Céline et Bertrand issus d'une première union. De la famille nouvellement constituée sont nés deux enfants. Les trois premiers, n'ayant plus de des contact avec leur père vivent avec le couple et deux enfants en permanence. M. F est chauffeur livreur, estimé pour son travail, il s'investit dans un club de tir à l'arc qui lui donne de nombreuses satisfactions notamment dans le contact avec les enfants dont il apprécie la compagnie. Il dit n'avoir jamais eu aucun désir sexuel à l'égard des enfants.

Au cours des années 1993 et 1995, M. F perd respectivement son père et sa mère ce qui a eu un retentissement très important à la fois sur son humeur et son comportement. En effet, M. F traverse une période de dépression intense qui n'a jamais été prise en charge ni traitée. Il augmente progressivement sa consommation d'alcool pour, dit-il, soulager sa souffrance surtout suite au décès de sa mère dont il était très proche et très dépendant.

<p>Les patients doivent respecter les règles assiduité, confidentialité, participation active et transparence</p>

Très rapidement, les difficultés relationnelles dans le couple apparaissent et M. F se plaint de la diminution des rapports sexuels avec son épouse qui évidemment lui reproche sa consommation d'alcool. M. F rentre de plus en plus tard au domicile après sa journée de travail car il rejoint ses amis au bar pour, dit-il, lui permettre d'oublier ses soucis. Des fantasmes sexuels concernant sa belle fille Diane submergèrent M. F qui "conscient" du danger et, pourrait-on dire, du risque de passage à l'acte, rentre de plus en plus alcoolisé et de plus en plus tard au domicile familial afin d'éviter de rencontrer sa belle fille. Néanmoins l'alcool qu'il utilisait selon lui « *comme un moyen de se soulager et d'oublier se retourna en quelque sorte contre lui* ». Un jour qu'il rentrait tard toujours très alcoolisé et alors que toute la famille était couchée, M. F décida d'aller porter un verre d'eau à sa belle fille et les premiers attouchements sexuels eurent lieu. A partir de ce moment-là, les agressions se sont répétées et aggravées, conduisant M. F au viol de sa belle fille en lui imposant une fellation. Nous allons détailler les éléments de la chaîne d'agression pour ce cas clinique.

Les deux premiers stades de la chaîne d'agression sont très intimement imbriqués l'un dans l'autre. Un conflit interne repéré est dû au décès des deux parents dont il était très dépendant, conflit induisant un sentiment de tristesse très intense (le malaise). Dans le même temps, le problème de couple (conflit) conduit M. F vers un sentiment équivalent de tristesse qui vient s'ajouter au précédent.

Le troisième stade de la chaîne est l'apparition de fantasmes sexuels déviants concernant sa belle fille qui ont pour but de soulager le malaise.

Le quatrième stade constitué des choix anodins est facilement repéré chez M. F lorsqu'il se rend dans la chambre de Diane pour lui amener un verre d'eau. A ce moment là, M. F n'avait pas conscience d'un désir sexuel.

Le cinquième stade constitué de la situation à risque résulte de la proximité de M. F et de sa belle fille, allongée, alors que le restant de la famille est endormi.

Le sixième stade constitué du passage à l'acte consiste en la pratique des attouchements.

Ce sixième stade est très proche du cinquième dans la mesure où tous les facteurs favorables au passage à l'acte déviant sont réunis (alcoolisation, désinhibition, fantasme, proximité et aveuglement de l'entourage).

Lors de la réalisation du génogramme, M. F manifeste de grandes difficultés pour situer les membres de sa famille. En effet, il n'est pas en mesure de nous révéler spontanément le nombre exact de la fratrie, inverse l'ordre de naissance de ses frères et sœurs et parvient même à oublier un de ses frères. Son incapacité ne peut que révéler la fragilité des liens dans la famille et donc de ceux qui lui ont été transmis. On ne peut que s'interroger quant à ses possibilités de conserver la distance nécessaire avec les enfants de sa famille. Car si l'interdit de l'inceste semble bien assimilé par M. F il n'en est pas de même concernant sa position de beau père à l'égard de Diane dont il a imaginé qu'elle

pourrait devenir "sa compagne" voir "son épouse".

De plus, lors de son procès aux Assises, M. F apprend avec stupéfaction que son épouse Alice avait été elle-même victime des abus sexuels de son propre père. Il dit ne s'en être jamais douté tant les relations entre son épouse et son père lui semblaient bonnes. Par la suite, l'épouse rompra tout lien avec ce père abuseur, ce qui interrogea M. F. En effet, comment cette mère elle-même abusée a-t-elle pu ignorer le danger qu'encourrait sa fille Diane. M. F ajoute qu'elle aurait dû s'en apercevoir. L'hypothèse formulée est que l'épouse aurait pu utiliser le procès de son propre mari pour se venger de son père afin d'obtenir "réparation" des actes commis par ce dernier. Il n'est pour autant pas permis d'affirmer qu'Alice ait volontairement et consciemment "sacrifié" sa fille afin de mener à bien sa vengeance. L'aspect "impensable" de ce scénario ne semble pas concerner que quelques situations exceptionnelles. En effet, d'autres cas semblables de mères incestées, épouses ou compagnes de pères abuseurs ont été rencontrées par les membres de l'équipe. La chaîne d'agression a été utilisée par M. F pour effectuer le lien entre le décès des parents et le passage à l'acte. Ce lien n'aurait pas été possible sans l'utilisation de ce concept.

Le deuil pathologique a entretenu la dépendance et la quête affective de M.F. Diane a représenté l'opportunité de répondre, selon lui, à la demande de celle-ci, identifiée comme ayant le même besoin d'amour et de dépendance, mais également de satisfaire un besoin de réponse, réponse que les parents n'avaient pas été en mesure d'apporter à M.F en matière d'affectivité. Au cours du programme, M. F accédant à une position de sujet, a traversé une période dépressive qui a nécessité une consultation auprès du psychiatre de l'équipe et un traitement médicamenteux. Par la suite, le discours de M.F a changé exprimant davantage de culpabilité et d'empathie pour sa victime. C'est sans

doute la preuve que la résonance affective opérait.

Conclusion

Notre expérience de prise en charge du groupe des auteurs de crimes et délits sexuels au moyen de la chaîne d'agression, de l'exploration familiale et des témoignages de victimes, illustrée par un cas clinique est une réponse parmi d'autres. Les échanges d'expériences entre les différentes équipes régionales et nationales sont particulièrement fructueux. Il est évident que les professionnels qui travaillent avec la délinquance sexuelle ont besoin de recevoir une formation adéquate et ciblée dans ce domaine. De même, il est indispensable de prévoir la supervision des thérapeutes.

La loi du 17/06/1998 relative à la prise en charge des auteurs de crimes et délits sexuels permettra sans doute d'aller plus loin, même s'il est a priori difficile de dire si les réponses proposées par la justice

seront utilisables par les équipes thérapeutiques. En tout cas, la question de la prise en charge des abuseurs sexuels semble clairement posée. On ne peut pas négliger la dimension familiale au sein de laquelle l'acte a été commis car, s'il est question des "causes", il est également question des conséquences et de la transmission de celles-ci.

En effet, comment la famille va-t-elle gérer ce traumatisme? Dénis, banalisation et secret pourront apparaître et participeront à la reproduction d'actes transgressifs de nature sexuelle ou autre, ou encore favoriseront l'apparition de pathologies psychiatriques graves.

Certaines équipes envisagent déjà de travailler avec les familles d'agresseurs, non sans difficultés d'ailleurs. Ces expériences ne pourraient-elles pas être envisagées au Centre de Détention de Toul et d'Ecrouves, que l'agresseur retrouve ou non le milieu familial ?