

**La sexothérapie, une prise en charge indispensable des auteurs de violences sexuelles.**

Évolution historique des politiques en matière criminelle

Depuis 1885, de nombreuses politiques criminelles se sont succédées prônant tantôt davantage la répression, tantôt davantage la prévention, pour essayer de répondre, et donc circonscrire au mieux, les violences exercées par les hommes sur les hommes (la violence humaine a ceci de particulier d'être intra-spécifique, contrairement aux autres êtres vivants qui agressent généralement les espèces autre que la leur).

Avant cette date, les auteurs de violences recevaient des châtiments corporels allant jusqu'à la peine capitale, exécutaient des peines d'emprisonnement ou s'affranchissaient de sanctions pécuniaires, sans qu'aucune aide à la réinsertion sociale, voire à l'insertion dans la société, ne lui soit apportée, ni qu'aucun soin pour éviter, limiter, prévenir la récurrence, ne lui soit proposé. Aussi, passant de "l'état-gendarme" (suivant les principes régaliens) à "l'état-providence" (complété par la prise en compte des dimensions économiques et sociales), avons-nous affaire aux premières mesures salubres, tant socialement que médico-psychologiquement, avec la promulgation de la loi sur la liberté conditionnelle à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle.

Le XX<sup>ème</sup> verra se succéder toutes sortes d'abrogations, de prorogations ou de nouvelles législations (telles que l'institution du sursis avec mise à l'épreuve, du juge d'application des peines et divers aménagements de peine). C'est à la fin de ce siècle, que naquit un intérêt grandissant pour les violences sexuelles, soldé par la loi Guigou relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs, qui établira les suivis socio-judiciaires (SSJ – qui sont des peines à part entière), participera à la création des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), et sera contemporaine au concept de « présomption d'innocence ».

Au début du XXI<sup>ème</sup> siècle, la loi Perben II, relative à « l'adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité » définit de nouvelles notions (« plaider coupable ») et infractions (zoophilie), de nouveaux dispositifs tels que le Fichier Judiciaire Automatisé des Auteurs d'Infractions Sexuelles (FIJAS) ou la mesure de sûreté nommée « surveillance judiciaire » (SJ), rapidement complétée par « la surveillance de sûreté » et « la rétention de sûreté », où après avoir été détenu, un infracteur sexuel peut être "retenu" (tant qu'il est estimé dangereux).

Cette année 2014 est celle d'un projet de réforme pénale du gouvernement Ayrault, qui souhaite entre autres, instaurer « la contrainte pénale » (alternative à

l'incarcération pour les délits passibles de cinq années d'emprisonnement maximum), supprimer « les peines planchers », renommer « la liberté conditionnelle » en « libération sous contrainte » et étoffer les SPIP.

### Dernières statistiques de la Justice française

En 2012, sur 617 221 condamnations, 16,5% concernaient « une atteinte à la personne » (avec 400 « homicides volontaires », et 3,5% de récidive légale, 1 300 « viols », et 9,3% de récidive légale, environ 10% de coups et blessures volontaires », et 11% de récidive légale, ainsi que 1,5% d' « homicides » ou « blessures involontaires », dont la grande majorité est réalisée par des conducteurs), 90,1% étaient des hommes, 9,9% des femmes, 8,3% étaient mineurs, 91,7% majeurs (dont environ 3% âgés de 60 ans et plus), et 84,5% des auteurs d'infractions étaient de nationalité française. Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, 144 934 personnes étaient suivies par le SPIP et donc soumises à une obligation de soins ou à une injonctions de soins (dans le cadre d'un SSJ).

La France a ainsi suivi un schéma classique de l'histoire judiciaire, passant de « la loi du Talion » à une législation – répressive par essence, mais – toujours plus préventive, à l'aune des évolutions sociétales (politiques et économiques) et sociales (culturelles et psychologiques).

### La politique criminelle en matière sexuelle de nos jours en France

Aujourd'hui, la répression des violences sexuelles trouve toute légitimité dans la légalité. Ainsi, dans le Nouveau Code Pénal, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 1994, à la section III du chapitre II (« des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne ») du livre II (« des crimes et délits contre les personnes »), intitulé « des agressions sexuelles », sont clairement définies cinq infractions à caractère sexuel :

- **Harcèlement sexuel** : (Art. 222-33) est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.
- **Exhibition sexuelle** : (Art. 222-32) est imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible au regard du public.
- **Images à caractère pédopornographique** : (Art. 227-23) le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsqu'elle présente un caractère pornographique.
- **Agression sexuelle** (autre que le viol) : (Art. 222-22) est commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.
- **Viol** : (Art. 222-23) tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.

La loi votée en 2011 sur l'**inceste** « commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale – dont on pourra prononcer le retrait total ou partiel », a été abrogée par le conseil constitutionnel l'année suivante. L'inceste retrouvant sa place de circonstance aggravante à un délit ou crime sexuel.

La prévention quant à elle trouve sa raison d'être à travers la protection de la société, des individus qui la composent, notamment ceux qui sont victimes (directes et collatérales), mais également à travers la thérapeutique de leurs auteurs pour casser le cercle vicieux de la violence. Deux regards s'imposent alors, celui de la macroanalyse où l'infracteur est au cœur d'une société d'individus dont fera partie sa victime et celui de la micro-analyse où l'infracteur est l'individu d'une société dans laquelle il choisira sa victime. **Société et individus** (auteurs / victimes compris) auxquels nous devons nécessairement corréliser le type d'infraction, l'**acte commis**. Nous sommes au cœur d'un triptyque autour duquel la prévention (primaire et secondaire) doit jouer un rôle différent selon l'axe qu'elle entend.

#### Les Auteurs de Violences Sexuelles (AVS)

Ici, nous dirigerons notre regard sur les AVS pour lesquels le côté préventif de la Justice prévoit des obligations (dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve ou dans celui d'un aménagement de peine tel que le placement sous surveillance électronique, le placement extérieur ou la semi-liberté), voire des injonctions de soins (dans le cadre d'un SSJ ou d'une mesure de sûreté).

#### Susciter l'alliance thérapeutique chez les AVS

Se point alors la première difficulté que rencontrent les professionnels de la prise en charge thérapeutique de ces infracteurs qui deviendront pour l'heure, des patients. En effet, ces derniers sont pénalement ordonnés de venir se faire soigner. Quelques rares hommes viennent après avoir vu une émission de télévision sur la pédophilie par exemple, confondant souvent fantasmes et réalité, d'autres viennent parce qu'ils sont effectivement passés à l'acte, leur affaire n'étant pas judiciairisée, voyant certainement dans cette démarche une pré-protection quant à la possible judiciarisation future (si un enfant est en danger, nous inciterons les autorités compétentes à engager cette procédure) ; mais la plupart arrivent sans la moindre volonté, aussi alambiquée fût-elle, de se faire soigner.

De nombreux psychologues y voient souvent une problématique de taille : comment soigner une personne qui ne le demande pas, n'en a pas la volonté s'interrogent les psychanalystes freudiens par exemple ? Est-ce à dire que nous allons volontairement chez le dentiste sans être dans l'obligation de se soigner ?

Alors qu'une "bonne éducation" nous permet d'être vigilant, autrement dit de prendre rendez-vous chez ledit dentiste de façon régulière afin de prévenir plutôt que de guérir, ou d'entreprendre une psychothérapie quand on sent son psychisme vacillant avant qu'il ne défaille réellement, une éducation carencée telle que celle que l'on retrouve chez la plupart des AVS génère des comportements inappropriés fussent-ils actifs (comme leur passage à l'acte) ou passifs (non-volonté de prendre les devants pour se faire soigner).

L'obligation de soins paraît *de facto* parfaitement cohérente dans cet état d'esprit carencé (de la même manière qu'elle pourrait l'être auprès de victimes, *in fine* carencées après coup). L'alliance thérapeutique qui se fait naturellement avec les patients à la structure névrotique "classique", devra simplement ici être enclenchée – ce qui paraît relever des compétences du psychologue (pour lequel il est moins laborieux de penser qu'un tel procédé a généralement court dans la prise en charge nécessairement pointilleuse de bien des adolescents) ; il conviendra en effet d'inciter ces patients sans demande à devenir actifs dans la psychothérapie.

Ainsi, la plupart des patients se présentent de façon présenticielle (sous la condition normalement d'avoir avoué et d'être volontaire – même si souvent cette primo-volonté cache la croyance en l'obtention ainsi facilitée d'une réduction de peine) ou de façon postpénale (n'empêchant pas les patients de difficilement reconnaître leur entière responsabilité, notamment en banalisant leurs actes déviants, voire en les déniaient ou en clamant l'erreur judiciaire). Quoi qu'il en soit, ils arrivent donc avec une étiquette judiciaire, et il nous faut entreprendre le soin à partir de cela, à commencer par la mise en place de l'alliance thérapeutique.

### La prise en charge classique des AVS

La prise en charge à ce jour en France est assurée par un psychiatre, un psychologue et / ou une infirmière psy, la plupart du temps en groupe, à l'instar des canadiens ou belges qui ont su montrer l'efficacité de tels dispositifs, sous l'égide de la psycho-dynamique, c'est-à-dire d'un travail thérapeutique souvent d'obédience psychanalytique – à laquelle nous sommes obligés de déroger sur quelques principes fondamentaux eu égard à la population traitée – tout en y en adjoignant des outils thérapeutiques davantage cognitivo-comportementalistes au gré du temps (mais aussi de l'espace) disponibles.

Actuellement donc, les seules organismes à prendre en charge ces patients (telle que l'Antenne de Psychologie et de Psychiatrie Légales, APPL 92 du Dr Coutanceau) fonctionnent de la même manière : un binôme de thérapeutes dirige « un groupe de travail thérapeutique de prévention de la récidive », à raison

d'1h30 tous les quinze jours, qualifié de groupe ouvert – puisqu'au fil du temps, entrent et sortent les patients en fonction de la durée de leur obligation de soin.

*Psychothérapie en deux temps : reconnaissance du passage à l'acte et ses conséquences, et travail sur soi.*

Fondamentalement, ce sont des groupes de paroles (d'autres prônent l'ergothérapie ou le psychodrame pour les adolescents notamment) au cours desquels les professionnels invitent à la réflexion majoritairement autour du passage à l'acte et de la victime, dans le but originel de prévenir la récidive, et ce, à travers trois points de reconnaissance essentiels : celle des faits, celle de la Loi et celle de la victime (tant dans son non-consentement que dans le retentissement psychotraumatique vécu). Secondairement, nous veillerons à améliorer la psyché, apaiser le psychisme et *de facto*, aider à la (ré)insertion sociale.

En effet, lorsque nous recevons ces patients sous main de Justice, nous leur proposons de travailler en groupe pour la grande majorité d'entre eux. Ces groupes de parole, estampillés par la thématique principale de leur passage à l'acte (pédophiles, agresseurs d'adultes, exhibitionnistes, téléchargeurs d'images pédopornographique, etc.), sont constitués idéalement d'une dizaine de personnes qui se réunissent tous les quinze jours. Dès le départ, il appartient au clinicien de susciter l'adhésion du patient, de créer une alliance thérapeutique qui irait de la non-demande initiale jusqu'à l'investissement volontaire dans un travail psychique. Ensuite, par le biais d'un cadre correctement délimité (assiduité, ponctualité, anonymat partagé, etc.) et faisant particulièrement face à leurs contre-transferts (face à la perversion, l'agressivité, le déni, etc.), les professionnels devront, à l'aide d'une bienveillance confrontante, faciliter la parole, l'insight et l'empathie ; le groupe apportant l'intérêt d'être diffracteur de transfert, notamment grâce aux processus d'identification et de différenciation qu'il engendre.

*Les troubles de l'identité et de la personnalité reconnus chez les AVS*

La plupart des AVS présentent des troubles de la personnalité et non des troubles psychiatriques (comme le prouvent les statistiques judiciaires montrant moins de 7% des dossiers traités estampillés « irresponsabilité pénale »). Nous pourrions parler de psychopathologies carencielles. En effet, si un tiers des AVS ont préalablement été victime d'une agression sexuelle, la majorité d'entre eux a subi des carences affectivo-éducatives (attachement au *caregiver* désorganisé), autrement dit, ils ont enduré ou été exposés à de la violence, fût-elle physique, psychologique ou sexuelle.

Chaque individu avec une éducation moyenne (attachement au *caregiver* « suffisamment bon ») se développe ontogénétiquement en suivant les règles de

la phylogenèse : d'abord surviennent les réflexes dits instinctuels (avec le cerveau reptilien de Mac Lean), puis les émotions plus intuitives (avec le cortex limbique) et les cognitions plus rationnelles (avec le néocortex); tous interagissant une fois la machine lancée pour donner lieux à nos pensées, intuitions, ressentis, ainsi qu'à leurs corollaires, c'est-à-dire nos actions, pulsions et réactions comportementales. Ainsi, après la naissance, la maturation cérébrale et le développement psycho-affectif suivent leurs cours évidemment influencés par l'environnement représenté par l'éducation familiale et l'instruction sociale.

L'éducation subnormale moyenne qu'ont reçu les AVS est qualifiée par Ciavaldini de dystraitance ; une part non-négligeable de ces patients a également subi de la maltraitance (par commission ou par omission telle la négligence). La dystraitance a elle seule ouvre la voie des troubles psychotraumatiques (Salmona) pour lesquels des stratégies de défense sont mises en place ; il peut s'agir d'évitement (mécanismes anxio-dépressifs) ou de dissociation (mécanismes anesthésiants et compulsifs).

Diverses individualités peuvent être incarnées par les AVS. Le docteur Coutanceau parle des immaturo-névrotiques (auxquels nous substituons des états-limites), des immaturo-égocentriques (que nous rapprochons des psychopathes) et des immaturo-pervers. Nous pouvons ajouter à ces trois types de personnalités, celles spécifiques des déficients mentaux, des psychotiques et des adolescents. Tous semblent aux prises d'états dissociatifs. Ils ont en commun des mécanismes de défense plus ou moins élaborés (déli, clivage, projection, etc.), des traits de caractères plus ou moins développés (instabilité, impulsivité, intolérance à la frustration, etc.) et des distorsions cognitives plus ou moins partagées (banalisation, manipulation, défiance, etc.).

Le type d'éducation carencée que reçoivent les AVS entraîne nécessairement des déficits émotionnels (ayant des répercussions sur l'introspection, la conscience de soi, les habilités sociales, l'altérité, l'empathie et la conscience de l'autre) générant à leur tour une mauvaise expressivité des affects, jusqu'au passage à l'acte comme symbole d'une communication de fait inefficace, échouée ou dysadaptée. La dystraitance implique corollairement des dysfonctionnements cognitifs et des déficiences comportementales liées à de mauvais apprentissages (des relations sociales basiques à l'affect élaboré, la fantasmatisation et la sexualité – souvent considérée comme insatisfaisante par les patients). Il conviendrait d'évoquer chacun de ces points avec les patients ; les moyens qui sont à notre disposition à ce jour ne sont malheureusement pas suffisants.

### Symptomatologie carenentielle

Dans le cadre de la dystraitance susmentionnée, l'environnement affectivo-éducatif est carencé et l'attachement au *caregiver* désorganisé, ce qui génère des altérations de l'identité (dues aux identifications primaires défailantes) et des troubles de la personnalité (DSM-V – engendrant des répercussions cognitivo-émotionnelles), impactant l'élaboration et la conscience de soi, puis celles d'autrui.

Ainsi les carences du Moi peuvent entraîner un insight déficitaire, des dissonances cognitives, une conscience de soi dyslexique, des failles narcissiques générant une estime de soi et une confiance en soi (donc une représentation de soi) en berne, une dépréciation de soi, un dysfonctionnement du raisonnement (analyse de ses expériences, désirs, besoins, etc., faisant lire, par exemple, par manque d'introspection, d'élaboration et de verbalisation – et donc nécessairement de sublimation –, certains de ses besoins ou désirs comme des compulsions) et une auto-agressivité (physique, psychologique et / ou sexuelle), telle que les addictions, dans une sorte d'auto-lyse.

Quant à elles, les carences concernant la reconnaissance d'Autrui peuvent impliquer : une empathie déficitaire, des distorsions cognitives, une conscience de l'autre dyslexique (non reconnaissance de la Loi, d'autrui, etc. puisque l'apprentissage des règles est défailant), un déclassement social (par rapport à sa catégorie sociale originelle et sa propre implication, comme dans une forme de marginalisation), une dépréciation d'autrui, une mauvaise expressivité (et donc communication) des affects corollaire à une expression comportementale inappropriée, et une hétéro-agressivité exprimée à travers des passages à l'acte (Balier) physiques, psychologiques et / ou sexuels, dans une sorte de catalyse (là où d'autres tomberaient en dépression).

### Signification du passage à l'acte

Rappelons que le passage à l'acte est la conséquence d'une mauvaise expressivité des affects ; il viendrait pallier les défauts de symbolisation, mentalisation, représentation. En ce qui concerne le passage à l'acte d'ordre sexuel, il est d'abord physique et psychologique avant d'être réellement localisé dans la sexualité. Cette dernière n'est que le signe particulier d'une violence ; *tant au niveau individuel* (milieu affectivo-éducatif tabouant ou galvaudant la sexualité), qu'*au niveau sociétal* (image de la sexualité en déliquescence, vision sexiste, rapports de force, etc.). Avant de correspondre à un besoin sexuel, la sexualité présente dans la violence sexuelle est un outil facile d'accès (motivation et récompense), intrigant et inter-communiquant.

La violence envers les personnes peut s'exprimer selon trois axes : physique, psychologique et sexuel. La Justice dans son versant répressif tend à canaliser la

violence physique, et dans son versant préventif, elle passera la main à la Santé à travers notamment l'ordonnance d'obligation de soins afin de traiter et prévenir la violence psychologique à travers un travail psychothérapeutique (d'abord contre la récurrence, pour la protection de la société, puis pour la (ré)insertion, contre les pathologies carencielles susmentionnées). Ainsi seulement, rien ne contient, ni ne soigne la violence sexuelle dans toute sa dimension. Pourtant, la prendre en charge en amont – ou corollairement – permettrait d'appréhender de façon plus élaborative et introspective encore la problématique psychologique profonde.

### *Proposition de prise en charge sexothérapeutique*

Nous avons testé une prise en charge parallèle en sexothérapie avec des AVS en psychothérapie dans une structure d'accueil et de prise en charge spécialisée.

À côté de leur obligation de soins, temporellement limitée, nous leur avons donc proposé un groupe fermé constitué d'une demi-douzaine de personnes dont la thématique principalement abordée serait la sexualité, pendant six séances toutes les quinze jours. Six furent effectivement volontaires.

Diverses thématiques furent abordées, à commencer par « la différence des sexes » en revenant sur des bases essentielles telles que l'anatomie de l'homme et celle de la femme, les définitions de concepts basiques avant d'entreprendre celles de l'évolution ontogénique de leur sexualité (infantile, adolescente, adulte). Nous avons également devisé des « dysfonctions et troubles généraux » puis spécifiques aux membres du groupe. Nous avons ensuite abordé la thématique des « rapports sexuels », d'abord de façon phylogénétique jusqu'à leur fonction actuelle dans nos sociétés occidentales, en premier lieu érotique. Puis de manière plus personnelle, nous leur avons alors appris par exemple à reconnaître les vulnérabilités de leur couple (peur, estime de soi, conjugopathie, etc.), et les distorsions cognitives. Une partie fut réservée aux « interdits » (âge légal, notion de consentement, perspectives spatio-temporelles, etc.) et aux « non-interdits » (sodomie, fantasmes, etc.). Enfin, nous avons développé quelques réflexions sur « la relation sexuée à l'autre » à travers « l'identité du couple », « la sexualité masculine » (désir, parade, excitation, érection), « la sexualité féminine » (préliminaires, acte, plaisir, orgasme), les satisfactions globales de soi / du partenaire, la séduction, l'érotisation du couple, la fantasmatisation (avouable et inavouable), l'imaginaire commun (et la négociation).

C'est parce que nous permettons de se repositionner au niveau de leur sexualité, mais aussi de la sexualité d'une manière plus générale, que les patients pourront davantage se concentrer sur leur problématique plus spécifiquement psychologique. On résout ainsi la particularité de la violence (avec un (ré)apprentissage aigu de la sexualité) pour pouvoir traiter de fond (et sans être

bruité) cette violence (contre la récidive et pour la (ré)insertion avons-nous précédemment étayé).

### **Références**

- AINSWORTH MDS et al. (1978). Patterns of attachment. Hillsdale, NJ: LEA.
- HOLMES J. (1998). John Bowlby and attachment theory. Routledge, New York.
- BALIER, C., (1999) Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement, Paris, PUF.
- CIAVALDINI A., BALIER Cl. ss dir., (2000). Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire, Paris, éd Masson.
- BALIER, C. (2005) La violence en abyme : essai de psychocriminologie, Paris, PUF.
- SALMONA M., (2008) La mémoire traumatique in L'aide-mémoire en Psychotraumatologie, Paris, Dunod.
- COUTANCEAU R. et SMITH J. ss dir., (2010). La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique. Evaluer, soigner, prévenir, Paris, Dunod, coll. Psychothérapies.
- CAMUS B., (2014) sous-directeur de la Statistique et des Études. Les chiffres clés de la Justice en 2013, Ministère de l'Intérieur.