

# L'ORGANISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES AVEC LES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES JUDICIARISÉES

## **André Ciavaldini**

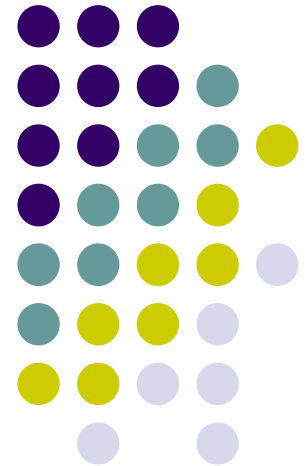
Psychologue clinicien - Psychanalyste (SPP - IPA)

Directeur de recherches : Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie -  
Université Paris Descartes

Directeur du Centre de Ressources Interrégional « Claude Balier »

Vice Président de l'ARTAAS

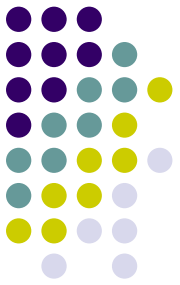
PARI, Centre de recherches et de traitements psychanalytiques du CH de Saint-Égrève



# PLAN



- ☆ **Généralités sur l'organisation des psychothérapies**
- ✿ **Les principales thérapies utilisées avec l'AVS**
- 🕒 **Les temps judiciaires et l'organisation des psychothérapies**
- 🕒 **Les bases de la construction d'un « environnement favorable » aux soins psychiques : Réseaux Santé-Justice et Centres de Ressources Interrégionaux.**



# I GÉNÉRALITÉS SUR L'ORGANISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

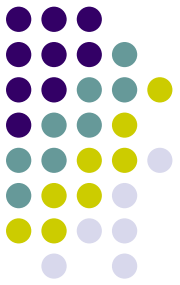
# Qu'est-ce qu'une psychothérapie



- 1) Soins par l'esprit et non **de** l'esprit
- 2) Une psychothérapie est **toujours intégrée à une culture donnée**
- 3) Une psychothérapie s'initie et se développe dans un **espace en continuité avec l'espace social**

Actuellement  
entre **300 et 400 formes de psychothérapies**

# Classification des psychothérapies



## Protéiformes

- a) Multiples selon diverses références : **théoriques**  
**techniques**  
**aspects formels**  
**indications**
  
- b) Tenir compte de la disjonction entre  
**l'hypothèse de l'Inconscient**  
**actions au niveau du conscient.**
  
- c) L'utilisation du **corps** (*relaxation*) ou au contraire accent mis sur un représentant en image ou en symbole.
  
- d) Etc.



# Exemple d'une classification

- 1) Les dispositifs psychanalytiques
- 2) les thérapies dites « de groupe » ou « en groupe » avec ou sans hypothèse de l'inconscient :
  - a) avec ou sans support technique : groupe de parole libre ou groupe de psychodrame ;
  - b) avec utilisation de média.
- 3) Les thérapies familiales
- 4) Les thérapies corporelles et émotionnelles
- 5) Les thérapies comportementales et cognitives
- 6) Les appuis pédagogiques et insertifs

# Psychothérapie ou stratégie de soins?



Toutes les classifications  $\Rightarrow$  zones de chevauchement



Penser en termes de **STRATÉGIE DE SOINS**



« Quelle psychothérapie,  
pour quel patient, réalisée par quel thérapeute  
et dans quelle circonstance sociale ? »

# Dans notre culture du soin: « Qui sont les AVS ? »



**Très grande majorité → pas de « maladie mentale avérée  
« Troubles de la personnalité » → capacités adaptatives inadéquates**

**Pas de profil spécifique**

**Présence de constantes**

# Les constantes



Milieu familial « dystraitant » (inadaquat, carencé éducativement), maltraitant

Carences éducatives précoces, violences dans l'enfance

Multiple déficits :  
Sexualité  
Émotionnalité  
Affectivité  
Verbalisation  
Habil. sociales

Narcissisme  
(estime de soi)  
altéré

Psyché peu et mal limitée  
Reconnaissance altérée  
de l'altérité  
Peu ou pas de culpabilité

Modalités défensives primaires  
Non élaboratives et expulsantes  
Environnement = régulateur psychique

L'acte =  
Fonction de régulation  
Psychique  
(délinquance autre que sexuelle)

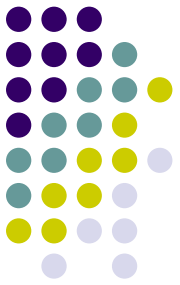
# Incidences pour l'organisation du travail thérapeutique



**Nécessité d'élaborer des conditions facilitatrices des soins**

**Travail pluridisciplinaire**

**« environnement favorable »  
Réseau Santé-Justice départementaux  
Centres Ressources Interrégionaux**



## II LES PRINCIPALES THÉRAPIES UTILISÉES AVEC LES AVS



# 1) Les thérapies psychodynamiques

Dérivées des concepts psychanalytiques

a) Buts du traitement :

- Réaménagement de l'équilibre des forces internes
- Assouplissement des mécanismes défensifs



↘ des risques de passages à l'acte + ↗ qualité de vie

b) Indications : large spectre, mais nécessite

- Reconnaissance minimale de l'acte
- Identification *a minima* d'une souffrance psychique (perte de contrôle)
- Capacité minimale de flexibilité défensive
- Capacité minimale de verbalisation

## 2) Les thérapies de groupe



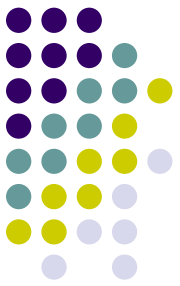
Inspirée principalement des concepts analytiques (ou systémiques)

### a) Indications :

- Pièze maîtrise de la verbalisation
- Peu de tolérance à l'angoisse
- Peu de culpabilité
- Notion d'altérité mal limitée
- Faible motivation au traitement
- Première intention

### b) Buts :

- Stimulation de l'alliance thérapeutique
- Propose d'emblée des axes de travail psychique
- Amélioration rapide :
  - tolérance à la critique
  - expression et gestion des émotions
  - habiletés sociales



### 3) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

#### Base psychologie scientifique

fonctionnement cérébral explique le fonctionnement psychologique.

intègrent : **Neuro-sciences** (mémoire, schéma cognitifs)

évaluation facile

#### a) La thérapie comportementale

→ S'appuie sur la théorie de l'apprentissage

→ Tout comportement est appris et donc modifiable par une technique appropriée

Techniques de conditionnement : renforcement ou aversion

#### b) La thérapie cognitive

→ fonctionnement mental = traitement de l'information

→ Le fonctionnement pathologique = erreur (*bugs*) de TTT

# 4) Les thérapies familiales



**Trois modèles** : systémique, psychanalytique, comportemental

## **Modèle psychanalytique :**

- But :
- Autonomisation des psychismes individuels
  - Rétablissement de la circulation fantasmatique intra-familiale

## **Indications générales des thérapies familiales :**

### **Psychopathie, Violence sexuelle, inceste**

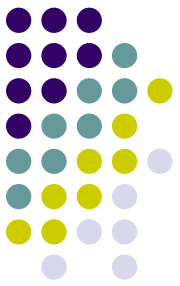
Pathologie psychosomatique

Psychose, schizophrénie

Toxicomanie

TCA, anorexie

Répétition et / ou multiplication de symptômes



## 5) Les techniques corporelles et de relaxation

**Base** : tonus musculaire = variable développementale  
source des éprouvés affectifs

**But** = permettre de trouver / retrouver un éprouvé  
d'une unité corporelle

- Reconstituer une enveloppe corporelle
- Lier des éprouvés archaïques à des représentations verbales

Ne peut être qu'un appoint dans une stratégie de soin



## 6) Les appuis pédagogiques et insertifs

a) BUT : permettre la découverte, l'amélioration, le développement et / ou l'expression de certaines données absentes et / ou déficitaires

- information sexuelle
- développement sensoriel
- expression émotionnelle
- etc.

b) Techniques utilisant des médias

- Photolangage, art-thérapies, jeux, etc.
- Groupes pédagogiques ciblés
- Ateliers divers

**→ non directement psychothérapeutiques**  
**→ Appoints spécifiques**  
**dans une stratégie de soin psycho-dynamique ou TCC**

# III – LES TEMPS JUDICIAIRES ET L'ORGANISATION DES PSYCHOTHÉRAPIES



4 temps judiciaires :

- I - L'instruction puis le jugement
- II - L'incarcération
- III - La libération
- IV - Le suivi post-carcéral

2 lieux :

- 🕒 ■ La détention
- 🕒 ■ L'espace libre ou ouvert

Les stratégies thérapeutiques  
seront différentes selon les temps judiciaires  
et les lieux de prise en charge

# Temps I : Instruction



## 1 - En pré-sentencielle

- a) Ambiguïté de la demande :
- b) Présomption d'innocence
- c) Demande incitée par les avocats



Embolisation du processus thérapeutique par l'attente du jugement



Risque sérieux de faux travail thérapeutique



**Grande réserve dans l'acceptation des « demandes »**

# Le travail de préparation aux soins



Pré-sentenciel avec « obligation de soins »

## Organismes de contrôle judiciaire

MISSION → Éviter la récidive

1. Contrôle
2. Soutien
3. Insertion

## Le travail pluridisciplinaire en réseau permet de :

### 1) Développer le soutien

Attendre aptitude à reconnaître la nécessité d'une prise charge  
psychique : 0 → 4 mois

### 2) Développer le travail d'écoute et d'empathie



**Institue un travail de préparation aux soins**

# Temps II : l'incarcération

## = incitation sous contrainte aux soins



En général → exécution de la peine dans un établissement capable d'assurer un suivi médico-psychologique adapté

Pendant la détention → pas d'Injonction de soins



**Incitation sous contrainte aux soins**

# Schéma d'un principe de soin en détention



## 1) Offre précoce de soins

## 2) Le triple objectif thérapeutique

- 1) Réorganiser le système défensif psychique
- 2) Renforcement du contrôle pulsionnel
- 3) Augmentation (à terme) de la qualité de vie



3) Élaboration et proposition d'un programme de soin adapté à chaque patient, à objectifs gradués, et **négocié** avec lui



**TOUT PROGRAMME DE SOINS PSYCHIQUES POURRA UTILISER DIVERSES TECHNIQUES QUI SERONT JUGÉES COMPLÉMENTAIRES ET ADAPTÉES À CHAQUE CAS, EN FONCTION DE L'OBJECTIF DÉFINI AVEC LE PATIENT ET ÉVALUÉES PAR L'ÉQUIPE COMME NÉCESSAIRE POUR PARVENIR À CE BUT**

# Temps III : La libération



Temps thérapeutique important  
Travail de liaison → intra-extra carcéral



Assurer une continuité des investissements  
thérapeutiques du patient

Ce sera à l'équipe soignante intra-carcérale d'aider le patient à effectuer la  
séparation d'avec elle.



Liaison pendant l'incarcération (courrier, rencontre lors d'une  
sortie d'essai) avec l'équipe ou le thérapeute qui suivra le  
sujet dans le milieu libre



**Nécessité d'un travail pluri-disciplinaire**

# Temps IV : Le suivi en milieu ouvert : la thérapie sous contrôle judiciaire



Activation de l'injonction de soin

Information faite par → **JAP** et **médecin coordonnateur**



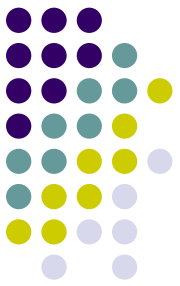
Choix du « praticien traitant »  
(médecin ou psychologue)



## Le « praticien traitant »

1. Il est volontaire pour suivre ce type de patient
2. Il est spécialisé dans leurs traitements
3. L'obligation de soin ne lui est pas destinée
4. Il respecte les règles
  - a) de sa déontologie professionnelle
  - b) celles imposées par les prises en charge sous contrainte pénale

# 1) Le « praticien traitant » est une équipe de secteur psychiatrique

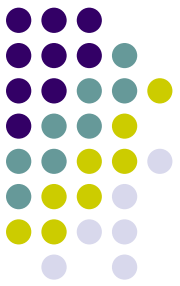


Ce peut-être des non-médecins qui assurent les prises en charges (principalement des psychologues) sous la responsabilité du médecin responsable médical du centre



L'organisation de la psychothérapie se fera en suivant, peu ou prou, les mêmes règles que pour l'équipe intra-carcérale

## 2) Le « praticien traitant » est un praticien libéral



1. Le praticien traitant est libre des techniques thérapeutiques mises en œuvre
- 2 Il a un interlocuteur privilégié qui est le médecin-coordonnateur
- 3 Dans la mesure du possible, il s'intègre au maillage proposé par le Centre de Ressources Interrégional  
Il dispose des moyens du CRI



**Il devient partenaire d'une équipe virtuelle  
Il ne travaille pas seul**

# IV - Les bases de construction d'un « environnement favorable » aux soins :

## 1) Le Réseau Santé-Justice



Lié géographiquement aux ressorts de TGI  
Réunit

1. Les acteurs de la justice concernés
  - Principalement les JAP
- 2 Les acteurs du soin
  - Médecins coordonnateurs
  - Unités de soins intracarcérales (SMPR, UCSA, etc.)
  - Médecins et psychologues traitants / les experts
- 3 Les acteurs de l'insertion sociale
  - SPIP
  - Associations de contrôle judiciaire
- 4 Les représentants des administrations concernées
  - Médecins inspecteurs DASS

# Le réseau santé-justice et l'organisation des psychothérapies



Pour le médecin coordonnateur, (voire le praticien traitant), la participation au réseau régional santé-justice permet

- 1 Identification des partenaires nécessaires ou obligés
  - Du soin
  - De la justice
  - De l'accompagnement social
- 2 Représentation de l'espace judiciaire du probationnaire-patient
- 3 Évite les clivages



**Participe pleinement de l'organisation des psychothérapies**

Élaboration d'un langage commun, pas d'un discours commun

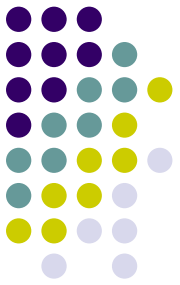
Respect des missions de chacun

Constitution d'un espace inter-contenant

## 2) Les Centres Ressources

### Centre d'aide au traitement des AVS

Circulaire DHOS/DGS du 13 avril 2006



1. Homogénéiser les procédures du suivi sur le territoire, dans le respect des identités des pratiques thérapeutiques
2. Optimiser les potentiels des effecteurs du soin existant
  - Centre non effecteur de soin
  - Interrégional

### Missions

1. Formation
2. Recherche
3. Prévention
4. Centre expert (aide à la solution)
5. Documentation ouverte (public dont victimes)
6. Animation du réseau (Santé-Justice)
7. Interlocuteur des instances publiques

# Bibliographie générale

## Psychothérapies et violences sexuelles



AUBUT J. et al. (1993) : *Les agresseurs sexuels*, Paris, éd. Maloine.

BALIER Cl. (1996) : *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, éd. PUF.

BARON-LAFORÊT S. (2001) : « Les soins pour les auteurs d'infractions sexuelles », *Psychiatrie Française*, n° spécial, pp. 68-71.

CHABERT C., CIAVALDINI A., JEAMMET P. (2006): *Actes et dépendances*, Paris, éd. Dunod.

CIAVALDINI A.(1999) : *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, éd. Masson, éd. revue 2001.

CIAVALDINI A. ss dir. (2003) : *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, éd. In Press.

CIAVALDINI A., BALIER Cl. ss dir. (2000) : *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, éd Masson.

CONFÉRENCE DE CONSENSUS (2001) : *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, nov 2001, Paris, éd. John Libbey eurotext et Fédération Française de Psychiatrie

GABEL M. (1992) : *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, éd. PUF.

GABEL M., LBOVICI S., MAZET PH. ss dir. (1995) : *Le traumatisme de l'inceste*, Paris, éd. PUF.

MORO M.-R., LACHAL C. (1996) : *Introduction aux psychothérapies*, Paris, éd. Nathan, col. 128.

WIDLÖCHER D., BRACONNIER A. (1996) : *Psychanalyse et psychothérapies*, Paris, éd. Flammarion, col. Médecine Sciences.

# Annexe 1



## 1 - Exemple d'une organisation des psychothérapies en Maison d'Arrêt

(Guillon É., ARTAAS Info, n°7 printemps 04)

### La MA de Blois : protocole facilitateur de soins psychiques

- 1) Premier contact : entretien d'accueil par des infirmiers psy.  
→ demande ou reconnaissance d'une nécessité de soin.
- 2) Mise en place d'entretiens à visée thérapeutique avec un psychologue et un infirmier qui a réalisé l'entretien d'accueil.
- 3) Lors d'un entretien psychiatrique d'évaluation des motivations et de la demande de soins → proposition d'intégrer un groupe de parole, avec signature d'un contrat de soin.

Le groupe de parole est un « accélérateur de soin » (10 séances en 3 mois)

- définition des termes (reconnaissance implicite des faits)
- évaluation des responsabilités
- place de la reconnaissance de la victime
- sens donné au passage à l'acte dans son histoire
- différence entre soi et autrui
- dissociation fantasme et réalité
- reconnaissance de sa propre violence
- repérage des comportements sociaux admis et interdits



## Exemple d'une organisation des psychothérapies en milieu ouvert

**Centre du PARI, Grenoble** (Centre de recherches et de psychothérapies psychanalytiques du CH de Saint-Égrève) Intersectoriel, uniquement psychothérapique, tête de réseau.

- 1) Entretien d'accueil : sujet vu par un psychologue et un médecin
  - Évaluation psychiatrique, psychodynamique de l'organisation psychique, des possibilités d'alliance thérapeutique et de la reconnaissance des faits, de la position à l'égard de la loi, de la sentence et de la peine effectuée + documents judiciaires
- 2) Bilan psychologique : épreuves projectives + échelles spécifique (première évaluation)
- 3) Confrontation en staff d'équipe des conclusions du bilan et des conclusions et éprouvés des deux premiers intervenants : une indication est posée.
- 4) Rencontre du probationnaire et proposition thérapeutique,
  - étude de sa faisabilité + négociation
  - Si accord : → demande d'engagement dans le soin
  - présentation des contraintes et des règles de fonctionnement
- 5) Entretien trimestriel de perlaboration à deux (avec un tiers non engagé dans la thérapie)
- 6) Bilan semestriel avec les diverses instances (dont SPIP et médecin coordonnateur)
- 6) Bilan psychologique annuel et réévaluation du soin si nécessaire