

Stratégies thérapeutiques dans le traitement des auteurs d'agressions sexuelles

DU Traitement des agresseurs
sexuels

Paris

Avril 2005



Groupe d'enseignement

- Travail de modelage du fait des apports et des interpellations réciproques
- Séminaire du DIU de Poitiers
 - Sophie Baron Laforet
 - Bruno Gravier
 - André Ciavaldini
 - André McKibben



Stratégies...

- Démarche guerrière ?...
- Modestie des soignants :
 - Un champ thérapeutique nouveau
 - Nouveauté et créativité thérapeutique
 - Confrontation d'approches théoriques
 - Pragmatisme mais rigueur
- Impérieuse nécessité d'établir le cadre et la structure de l'intervention thérapeutique
- Comme toute pathologie du PA entretenir l'appareil à penser



Une démarche active du soignant

- Une voie médiane entre demande de soins et soins sous contrainte
- Non pas laisser venir le sujet, mais aller vers lui pour éveiller un intérêt pour lui-même et l'amener à s'inscrire dans un processus de changement
- Obligation pour le soignant de répondre à la question du sujet : Pourquoi changer ?



Un nouveau rapport soignant soigné

- Sous le regard de la loi
 - Drame de la mise en examen et de l'écrou
 - Jugement et condamnation
 - Sanction comportant une incitation aux soins
 - Prison lieu du punir et du soigner?
 - Après la prison condamnation à une sanction pouvant comporter des soins



Être au clair en tant que soignant

- Il n'est possible de travailler que quand la loi est dite et représentée
- Importance de la peine et de sa représentation
- Travailler sur l'acte en prenant en compte, en introduisant la souffrance de la victime
- Entendre et repérer le trouble du soignant, le contre transfert ou la complicité que l'auteur peut induire



Construire le cadre thérapeutique

- Plus que tout autre pathologie la clinique des AAS sème le trouble, paralyse le penser, nous mettant en difficulté pour intégrer une démarche cohérente
- Il faut construire un cadre et une démarche intégrant les repères cliniques, légaux et éthiques



Parcours de soins

- Structurer dans le temps la prise en charge
- Temps forts
- Temps d'approfondissements
- Articulation et liaison des intervenants
- Liaison entre intra et post carcéral
- Liaisons verticales et horizontales



Temps 1

Temps de l'évaluation clinique



Prendre en compte les spécificités de la clinique et ASV (1)

- Psyché mal ou non limitée
- Difficile reconnaissance de l'altérité
- Peu ou pas de culpabilité
- Modalités de défense archaïques ou primaires
- Peu d'investissement du registre verbal



Prendre en compte les spécificités de la clinique et ASV (2)

- Passage à l'acte comme ayant une fonction de régulation psychique
- Environnement contribuant à la sauvegarde du narcissisme
- Carences affectives précoces, violences dans l'enfance
- Victimisation
- Déficits multiples : contrôle de l'émotion, affectivité, sexualité, habiletés sociales



La délinquance sexuelle ne se résume pas à la perversion

- ❑ Soigner la personne et non pas le crime
- ❑ Le mot perversion recouvre des situations cliniques différentes et hétérogènes
- ❑ Situer ce que représente le symptôme pervers dans l'économie psychique
- ❑ Prendre du recul pour penser la structuration psychique de la personne
- ❑ Élaborer une représentation psychique de la personne et de son économie psychique



Perversion à éclaircir

- Perversion comme :
 - Acte pervers
 - Symptôme pervers
 - Caractère pervers
 - Aménagement défensif pervers
 - Relation à l'autre perverse



Claude Balier La violence en Abyme

- *« Quelles forces se déchaînent tout à coup sous l'emprise d'une fascination à disparaître ou à faire disparaître l'autre? »*



Relation d'emprise (R. Dorey)

- Roger Dorey : La problématique perverse masculine, Essai psychanalytique sur la perte d'objet. Thèse Nanterre 1975
- Appropriation de l'autre qui se trouve dépossédé de sa capacité à s'opposer
- Pouvoir de manipuler, contrôler et fasciner l'autre
- L'emprise peut être à l'œuvre dans la relation entre soignant et soigné et génère le malaise du soignant



Malaise du soignant

- Clivage entre les interlocuteurs : SPIP, équipe, service
- Excitation et jubilation de semer le trouble par le récit de la violence de l'acte criminel
- « Désubstantialisation » du discours et des propos, vidant de toute substance un travail amorcé (B Gravier)



3 dimensions cliniques cardinales

- Perversion
- Sexualité
- Violence



Pensée perverse

- L'Autre non pas comme sujet mais comme objet
- La pensée perverse ne représente pas la souffrance du sujet, elle la met à distance et est tournée vers l'agir et la manipulation
- Pensée perverse comme esquive



Pensée perverse et l'autre

- Pensée poussant à l'agir
- Pensée poussant à la manipulation
- Pensée soumettant l'autre et le privant de la capacité à se penser
- Pensée infiltrant et engluant l'autre dans un rapport de soumission et/ou de fascination



Violence et psychisme

- Destructivité : perte de la capacité à penser
- Démentalisation : incapacité à penser autrement que dans l'acte de survie
- Incapacité d'intégration des émotions et des représentations pour construire la vie intérieure



Green : notion de deuxième limite

- *« Il existe un clivage horizontal empêchant la reprise des phénomènes inconscients d'ordre primaire à un niveau secondaire, élaborés en représentations »... cette deuxième limite laisse sourdre non pas des processus primaires infiltrant des processus secondaires mais des processus ressemblant au processus primaires qui cherchent moins la satisfaction de désirs érotiques que leur destruction, la destructivité se portant sur les contenus exprimés et la pensée qui les exprime »*

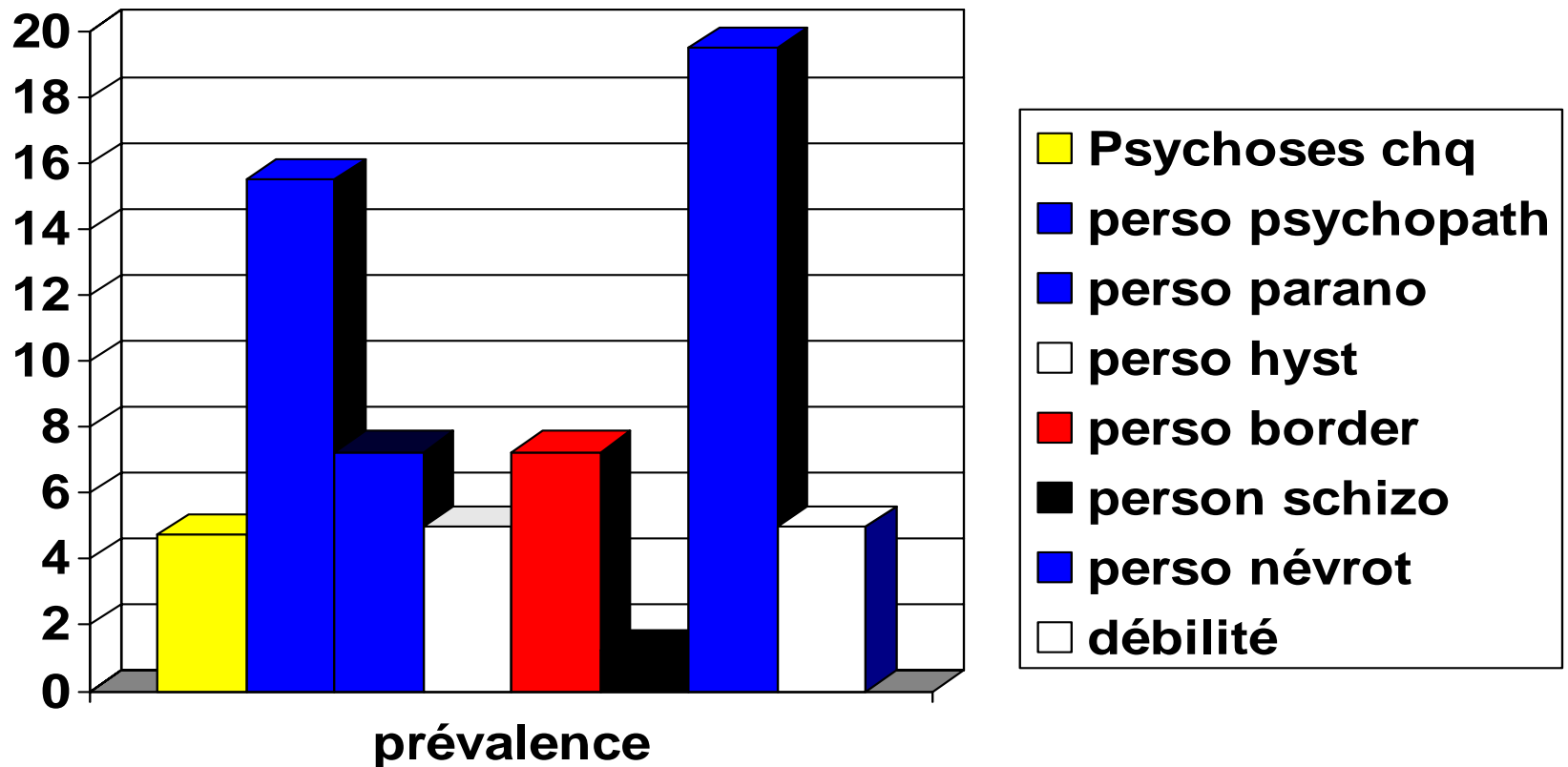


Revenir à une psychopathologie clinique

- Diagnostic psychiatrique
- Diagnostic de personnalité
 - Pathologie de caractère
 - Personnalité psychotique
 - Personnalité psychopathique
 - Personnalité perverse
 - Personnalité névrotiques
- Autres traits pathologiques



Dauver : CD Caen (N=400)



Analyse Typologique

- Recherche de pouvoir
- Rage
- Haine
- Sadisme



Typologie des pédophiles (Groth)

Viol et attentat à la pudeur

- Viol :
 - Colère pour venger des outrages et des injustices,
 - Puissance
 - Sadisme et rituel élaboré



Groth (2)

- **Attentat à la pudeur :**
 - **Fixation :** orientation marquée pour l'enfant, modèle de l'enfant pur et transparent
 - **Régression :** passage à l'acte dans un moment critique de perte de repères affectifs et sociaux



Évaluer les traumatismes

- ❑ Précocité du traumatisme
- ❑ Répétition du traumatisme
- ❑ Traumatisme commis par un proche...
- ❑ Caractère irreprésentable du traumatisme
- ❑ L'effraction du traumatisme provoque une réminiscence différente du souvenir



Abus sexuels subis

- Les AAS victimisés ont le plus haut niveau
 - De haine
 - D'hostilité
 - De rage
 - Et de violence



Vie sexuelle à l'âge adulte

- Insatisfaction
- Peu de relations durables
- Sexualité compulsive
- Pauvreté des connaissances
- Banalisation



Évaluation pré-thérapeutique

- Degré de reconnaissance des faits
- Prise en compte de la souffrance de la victime
- Capacités de verbalisation
- Capacités de mentalisation
- Niveau intellectuel
- Soutien social
- Fonctionnement des proches



Temps 2

Évaluation légale



Situation quand à la loi

- Rencontre avec la loi
- Étape du parcours de sanction
 - Préventive initiale
 - Préventive présentencielle immédiate
 - Attente de centre pour peine
 - Centre pour peine immédiat
 - Centre pour peine avant la libération



Éléments matériels

- Données judiciaires et pénales
 - Statut au moment de l'entretien
 - Type de délit
 - Jugement et condamnation
 - Expertise
 - Autorités de référence
- Données pénitentiaires
 - Étapes du parcours



Temps 3

Définition des objectifs thérapeutiques



Objectifs thérapeutiques

- Travail introspectif
- Travail sur l'acte
- Évaluation régulière avec des étapes fixes
- Étayage contenant et cadrant
 - Lieu, temps, espace, équipe
- Dimension de prévention de la récurrence :
identification des facteurs de vulnérabilité



Objectifs thérapeutique (2)

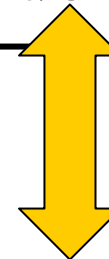
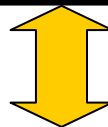
- Réorganisation de l'aménagement défensif
- Renforcement du contrôle pulsionnel
- Rétablissement de relations à l'autre plus adaptées
- Augmentation de la qualité de vie



Gestion du temps



1 MA initial	2 MA distant	3 MA P sentent	4 CPP Init	5 CPP Pré-lib	6 SSJ IJ
éveil	amorce	Entretien relais	Mise en continuité	Travail Synthèse Relais	Continuité Projection dans temps



Questions

- En longitudinal
 - Que proposer ?
 - A quel moment ?
 - Comment relayer ?
 - A qui ?
 - Que transmettre ?
 - Comment transmettre ?
- En vertical
 - Avec qui travailler et avec quel objectif?



Temps 1 instruction

- Instruction sans détention
 - Demande ambiguë
 - Présomption d'innocence
 - Faux travail thérapeutique?
- Détention préventive
 - Contention par l'espace
 - Importance du face à face comme se regarder
 - Contenance corporelle comme apaisement psychique
 - Pare excitation
 - Offre précoce de soins : éveil et apprivoisement



Soins en détention

- Indispensable travail institutionnel
- Ne pas reproduire le fonctionnement antérieur du sujet
- Projections sur les soignants
- Clivage
- Indispensables procédures codifiées et supervisées
- Travail à deux, supervision
- Évaluation en équipe régulières



Élaboration d'un programme adapté

- En fonction de :
 - Reconnaissance du PA
 - Degré alliance
 - Capacités de changement
 - Capacités de mentalisation et verbalisation
 - Moyens disponibles sur temps donné
- Programme thérapeutique individualisé



Destinée de l'évaluation

- Le sujet :
 - Stratégie des RV d'évaluation
- L'équipe de soins
- Que restituer au sujet pour le juge ou ses représentants ?
 - Préciser dès le départ pour clarifier
 - Comment faire pour que la loi soit existante dans la thérapie?
 - Concilier la double mission de soins et de sécurité publique



Travail interdisciplinaire

- « Un travail interdisciplinaire dans un tel contexte instaure un autre mode de relation au patient et à l'autorité »
Bruno Gravier



Évaluations régulières

- Codifiées, en équipe
- Grille et protocole
- Mise en continuité
- Regards nouveaux



Temps 2 établissements pour peine

- Problèmes multiples
 - Distance
 - Groupe
 - Durée de la peine
 - Gestion du temps
 - Renouveler l'intérêt
 - Dispersion et dénuement des soignants
 - Articulations



Temps 2 établissements pour peine

- Temps forts
 - Admission
 - Préparation de la libération
- Axes
 - Groupe
 - Régularité des RV de soins et d'évaluation
 - Monde extérieur...
 - Partenariat : éducatif et social



Temps 3 retour à la vie civile

- Prééminence du social
- Habilités sociales?
- Premiers contact avec une nouvelle équipe de soins
- Évaluation indispensable
- Propositions
- Contractualisation
- Loi 1998 : nouvelles circularités



Une situation nouvelle... du fait de la loi du 17 juin 1998

- Le médecin coordonnateur à coté du médecin traitant
- Ni vraiment expert...
- Ni médecin traitant...
- Le médecin coordonnateur : « un psychiatre ou un médecin ayant suivi une formation appropriée » :
 - Psychiatre,
 - Autre : sexologue, MG formé...



Un rôle nouveau qui préserve l'indépendance et l'éthique

- Maintenir l'indépendance du soin face à la peine : ne pas confondre peine et soin
- Préserver la relation médecin-malade et la confiance que le malade peut avoir vis-à-vis du médecin
- Concilier deux impératifs :
 - la confrontation à la loi
 - l'engagement personnel et la démarche personnelle de la psychothérapie

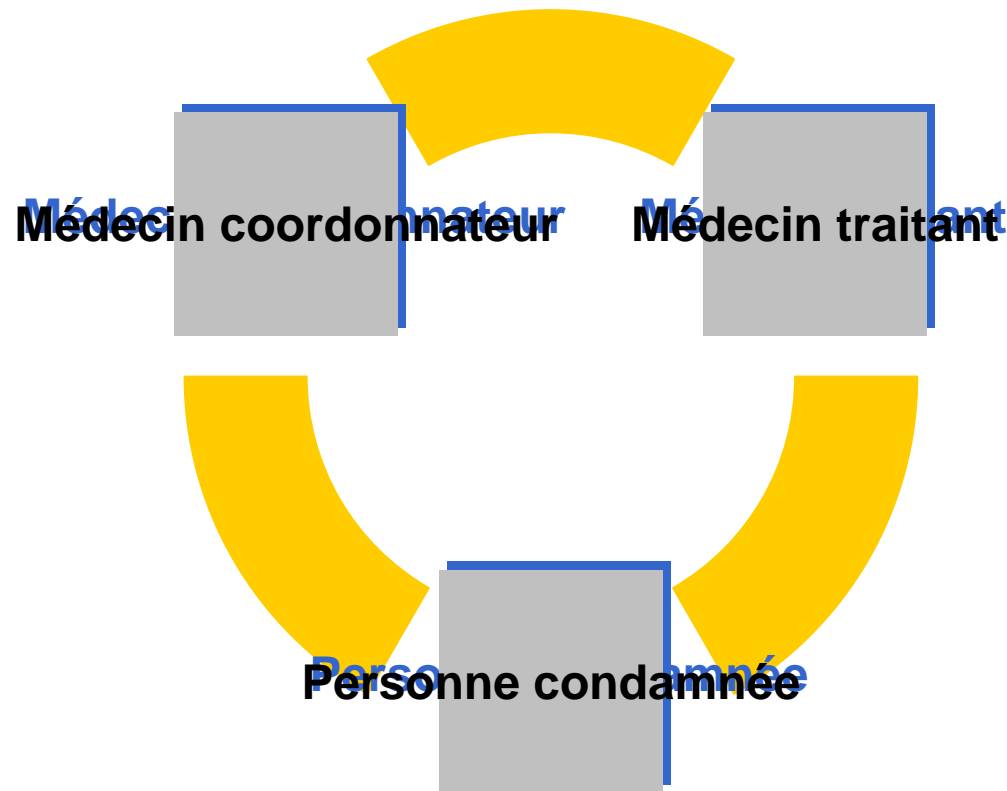


Deux missions du MC

- Mission judiciaire proche de l'expertise qui prend en compte
 - Le passage à l'acte du sujet
 - La condamnation
- Mission d'évaluation clinique, psychopathologique et psychocriminologique prenant en compte le risque de récidive



Le pari d'une triangulation possible... pour la déontologie



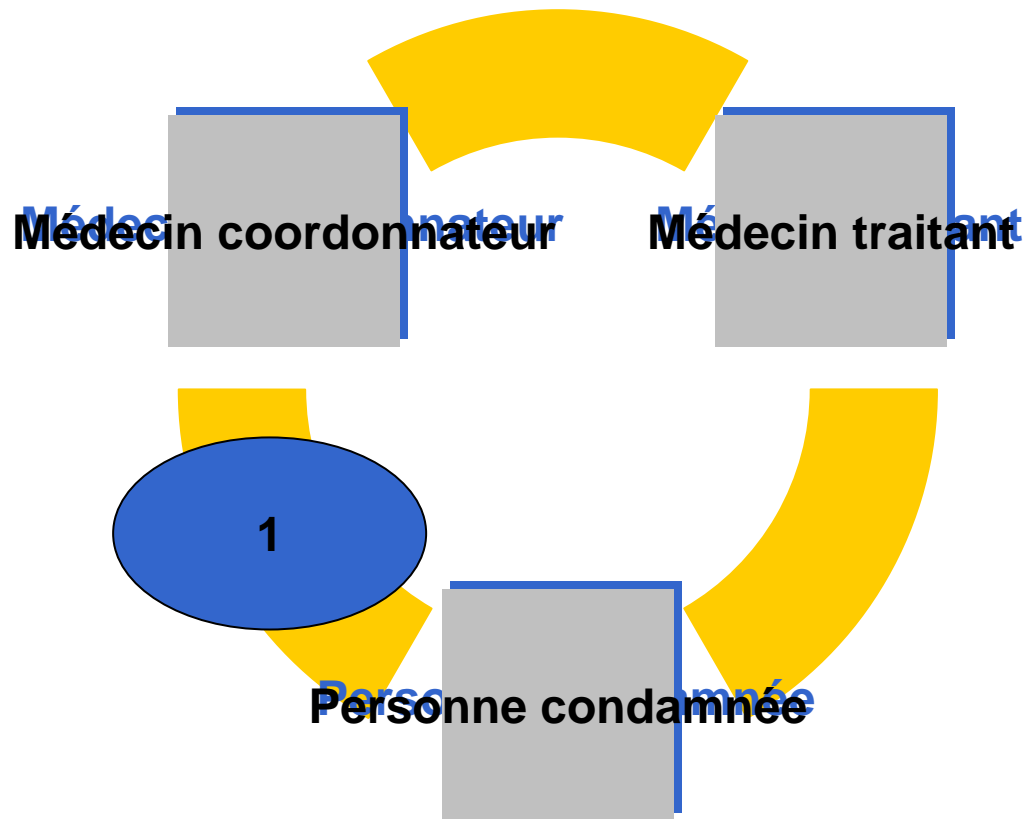
Quatre mandats du médecin coordonnateur

art L.355.33 CSP

- ❑ Inviter le condamné à choisir avec son accord un médecin traitant
- ❑ Conseiller le médecin traitant
- ❑ Transmettre au juge ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de la mesure
- ❑ Informer le condamné de la possibilité de poursuivre au-delà du SSJ...



Les trois constituants de la triangulation...



1

Une Relation nouvelle :

- MEDECIN COORDONNATEUR
- PERSONNE CONDAMNEE OBJET DE SOINS



La relation MC-personne condamnée

- Le MC n'est pas expert mais :
 - Il dispose du dossier pénal et des expertises transmis par le JAP
 - Il assiste le sujet dans le choix d'un médecin traitant ou d'une équipe
 - Il n'est pas neutre ni silencieux
 - Il parle du passage à l'acte et du risque de récurrence



Le MC est face...

- À un condamné sûrement,
- Mais surtout face à un sujet nécessitant des soins
 - Comme cela a été proposé par les experts précédents
 - Comme cela a fait l'objet d'une condamnation à un SSJ avec obligation de soins

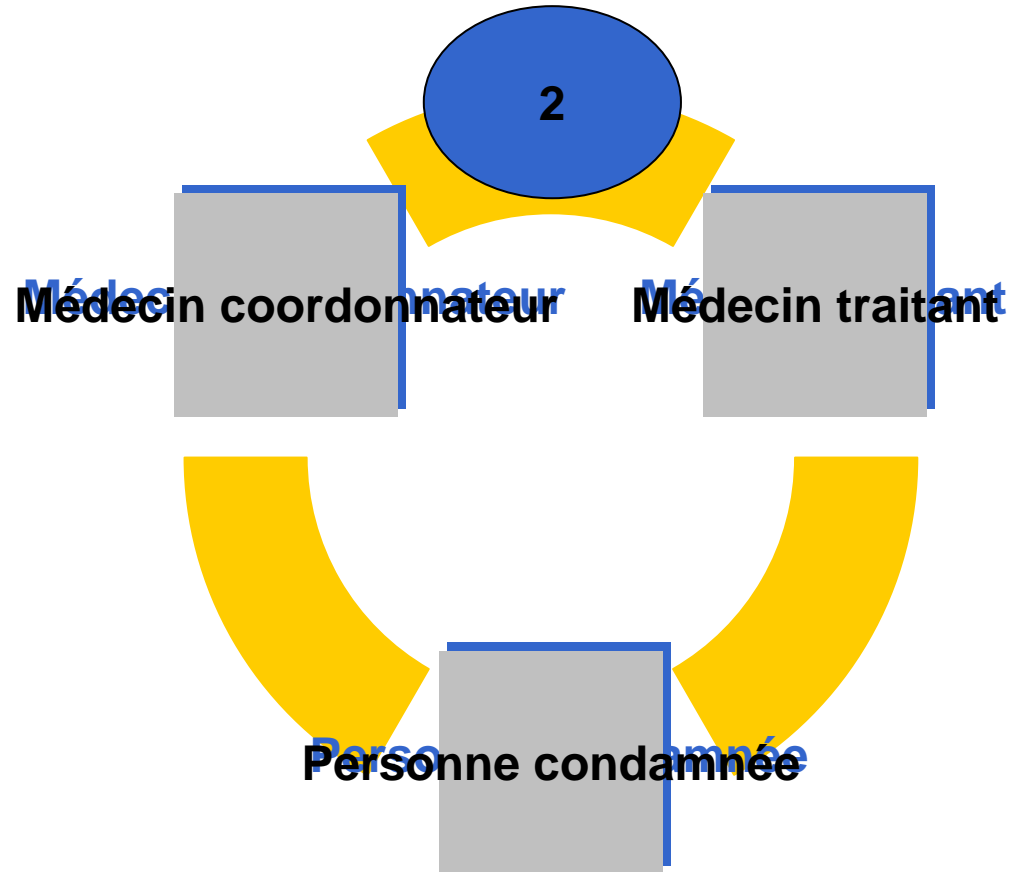


La relation reste un relation clinique

- Il s'agit aussi
 - D'écouter
 - De comprendre
 - De créer une relation de confiance
 - De conseiller
- C'est une relation clinique ouverte et pragmatique comme l'est la psychiatrie
- Mais avec une obligation de formation permanente



2



Relation MC-Médecin traitant : obligations légales

- Convoquer la personne condamnée à un SSJ avec injonction de soins « pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de l'IS et l'invite à choisir un médecin traitant ».
- Le MC ne peut refuser le choix du médecin traitant par la personne condamnée « que si ce médecin n'est manifestement pas en mesure de conduire la prise en charge »



La loi impose des relations MC-Médecin traitant

- Le MC informe le médecin traitant du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction et s'assure de son accord
- Il rappelle au médecin traitant qu'il a 15 jours pour confirmer son accord écrit
- Il adresse au médecin traitant les pièces de procédure comportant les expertises
- Le MC peut conseiller à sa demande le médecin traitant

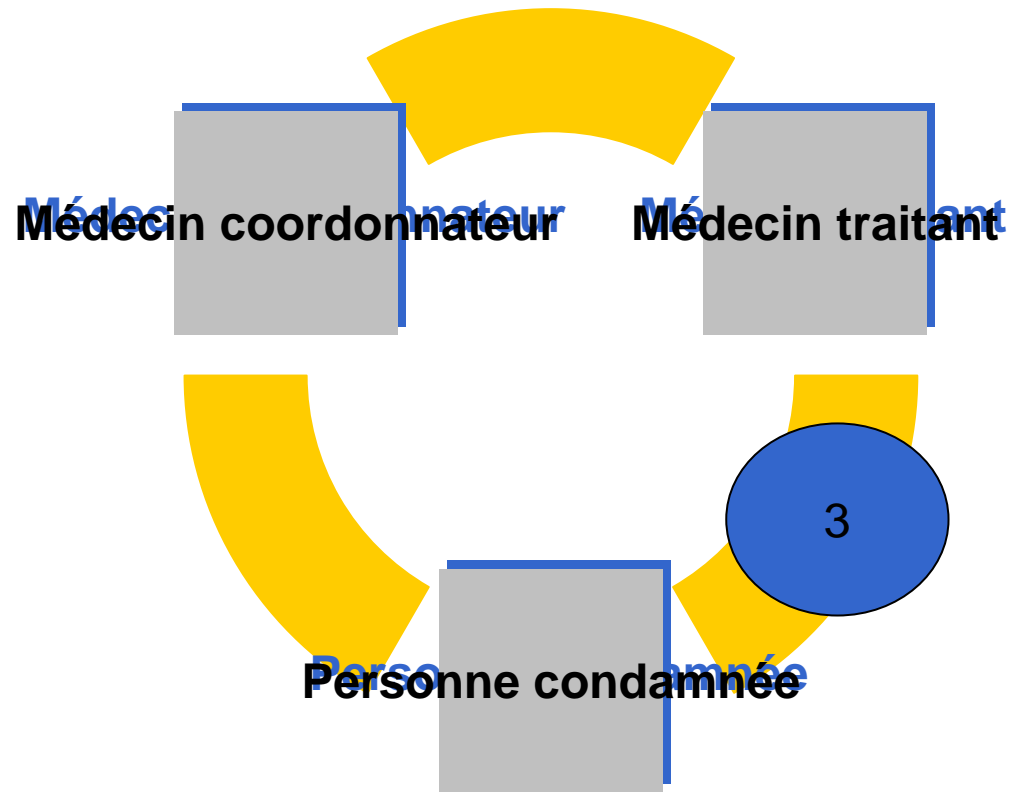


Le médecin traitant a des droits et des devoirs vis-à-vis du MC

- Obligation d'informer le MC par écrit de son accord
- Toute liberté de travailler en conformité avec le code de déontologie
- Toute liberté d'interrompre la prise en charge
- Obligation d'informer le MC par lettre recommandée
- Recevoir les expertises



3



Relation patient-médecin traitant

- Préservée par l'existence du MC
- Des différences :
 - Le médecin traitant est informé des motifs de la condamnation et des expertises et le patient le sait
 - Il a l'obligation d'informer le MC de l'interruption des soins



Bon courage...



Psychiatrie Adulte
et Psychologie Médicale