

1^{er} jour

*« Prise en charge des
auteurs d'agressions
sexuelles »*

Jean-Pierre VOUCHE

Directeur Clinique LFSM

Psychologue clinicien

Antenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

La Garenne Colombes (92)

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

AUTEURS

«Les lois tout comme les traitements sous contrainte ou non, valent ce que valent ceux qui les appliquent. C'est vrai pour tous les intervenants, qu'ils soient judiciaires ou thérapeutes.»

Je plaiderais plutôt pour plus de formation et de concertation entre les intervenants judiciaires et thérapeutes que pour plus de règlements ou lois.»

Paul Cosyns

1. Justice et Soins

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien



L'obligation de soins

Le traitement en psychiatrie et psychologie légale est un domaine de la thérapeutique longtemps laissé en friche ; dans la mesure où les psychiatres et les Psychologues avaient beaucoup à faire, d'une part, avec les problématiques psychiatriques franches (troubles de l'ordre de la psychose, toxicomanies, alcoolisme), et d'autre part, avec le champ des problématiques immaturo - névrotiques et anxio dépressives relevant de la psychothérapie aménagée ou de la psychanalyse.

Des prises en charge ponctuelle avaient été tentées dans le passé, mais elles renvoyaient à un relatif sentiment d'échec du fait de l'interruption des suivis par ces sujets transgressifs instables. De ce fait, le développement récent de la prise en charge en psychiatrie et psychologie légales s'est articulé autour de l'obligations de soins.

Du fait de la structure psychopathologique caractérisant ces sujets (immaturo-névrotique, immaturo-égocentrique, immaturo perverse), c'est souvent un leurre de proposer une prise en charge relevant de leur simple demande. L'obligation de soins s'inscrit donc comme condition sine qua non pour accompagner l'évolution de ces sujets, mais aussi comme cadre permettant la mise en place d'un travail thérapeutique amenant secondairement l'émergence d'une demande ou d'une participation authentique.

Groupes de parole, obligations de soins, bracelet électronique... des nombreuses mesures existent pour prendre en charge les délinquants sexuels pendant et après leur incarcération.

En
prison

Premier objectif: aider les délinquants sexuels à prendre conscience de la gravité de leur acte!

Deuxième objectif: le traitement médical du délinquant il s'effectue soit dans l'établissement lui-même, si celui-ci dispose d'un service médico-psychologique régional (SMPR), soit en liaison avec l'hôpital de secteur. Les besoins sont considérables. Cela mobilise beaucoup les soignants. Afin d'inciter les détenus à se faire soigner, le JAP tient

Justice et Soins

Beaucoup de ces sujets ont besoin du suivi criminologique (éducateurs Justice) ou du suivi thérapeutique (soins).

Il faut des outils adaptés !

Créer des lieux à double tutelle Justice et Soins!?!?.

Des structures santé – Justice, un lieu qui symbolise le soin et aussi la prévention de la récidive en matière sexuel (personnel Justice). Et un travail pendant le temps de la peine carcérale.

En externe il faut des consultations spécialisées.

En CMP on commence à travailler ce nouvel indicateur en évaluation sur « le degré de risques ». Lieux d'évaluation et de prévention secondaire dans la Santé (CMP), des lieux aussi de prévention pour les démarches volontaires des sujets non encore arrêtés ou n'ayant pas encore passé à l'acte mais à fantasmagorie pédophilique.

Justice et Soins

7 - principes généraux du traitement des délinquants sexuels



27 janvier 2006

B. Gravier, évaluation et traitement des AAS, DIU de Psychiatrie criminelle

94

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

1. Justice et Soins

Abord pratique et clinique pratique de terrain

Les outils pour la

a/ l'évaluation et le suivi psychologique (personnel santé) ou suivi criminologique (personnel Justice)

- * suivi en milieu carcéral
- * évaluation avant et après le suivi à durée déterminée
- * relais intra carcéral et ambulatoire (en libération conditionnelle)

b/ le traitement médicamenteux non spécifique (anti dépresseur pour la dimension obsédante, neuroleptiques) ou spécifique anti-hormone mâle, qu'avec l'assentiment du sujet

- indications* - pédophiles transgressifs exclusifs ou préférentiels
- fantasmes obsédants
 - personnalité très égocentrique

c/ le bracelet électronique outil de dissuasion

outil récent, très polémique, mais accepté par beaucoup à présent, le vécu est utilitaire « *je préfère être dehors avec bracelet que dedans en détention* » et vécu préventif « *je ne voudrais pas recommencer, le bracelet va me permettre de rester du bon côté* ». L'idée pour les plus tordus, 90% du 2^{ème} passage au CNO: « *je pensais que je ne me ferais pas prendre, bluzzer la loi (illusion de transgression sans se faire prendre)!« tu perds à tous les coups, c'est intéressant la prévention de la récidive par ce moyen»!*

d/ le suivi officier judiciaire, visite de contrôle social au domicile *sans prévenir: c'est dissuasif*,

certains sujets sont sensibles

Jean-Pierre VILCHE
psychologue clinicien

1. Justice et Soins

- ***Avec les délinquants, un travail psychothérapique est possible, mais nécessite***

Allègement de l'espace et des règles (fréquence et longueur des séances)

Aménagement du mode d'intervention (moins axé sur les conflits internes, travail dans l'ici et maintenant)

Techniques plus actives et travail en équipe pluridisciplinaire sur le modèle de la psychothérapie institutionnelle

(Cornet, Giovannangeli, Mormont, 2003)

2. Evaluation des criminels sexuels

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien





2. L'évaluation des différents profils psychologiques des agresseurs sexuels

CATEGORIES d'AGRESSEURS SEXUELS

ASPECTS STATISTIQUES

I Antécédents judiciaires :

Pères incestueux : < 5 % autres antécédents (vois, CBV)
< 5 % antécédents incestueux

Pédophiles : 20 à 30 % autres antécédents (escroquerie)
(sujets longues peines)
20 % antécédents identiques

violeurs 70 % autres antécédents (vois, CBV)
5 à 10 % antécédents de viol

II Récidive :

A. Etudes internationales :

Pères incestueux < 5 %
Voleurs < 10 %
Pédophiles 10 à 20 %

B. Etude française :

Agression sexuelle - viol	4 %
viol - viol	4 %
Agression sexuelle - Agression sexuelle	10 %

AGRESSEURS SEXUELS

Clinique, Evaluation, stratégies thérapeutiques

Psychopathologie

Etat Clinique

Vécu Existentiel

Situation à Risques

Eléments circonstanciels

ACTE

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

2. Evaluation des criminels sexuels

- **Présentation du sujet, sa prise de contact**
- **Situation judiciaire actuelle du patient**
- **Description des faits**
- **Antécédents judiciaires**
- **Antécédents médico-psychiatriques**
- **Éléments biographiques**
- **Niveau intellectuel**
- **Profil de personnalité**
- **Les aspects psychodynamiques**
- **La vie affectivo-sexuelle**
- **Passage à l'acte psycho-criminologique**
 - **Le rapport aux faits**
 - **Le rapport à la contrainte**
 - **Le vécu surmoïque**
 - **L'appréhension du retentissement psychologique sur la victime**
 - **Le rapport à la loi**
- **Situation relationnelle et affective post-judiciaire**
- **Orientation thérapeutique**



AGRESSEURS SEXUELS

stratégies thérapeutiques

Clinique, Evaluation,

Évaluation

psychologique (I)

Éléments biographiques significatifs

Images parentales

Premières relations

Scolarité

Rapport au corps

Adolescence (premiers émois sexuels)

Service Militaire

Vie professionnelle

Vie affectivo-sexuelle

Antécédents judiciaires

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

Évaluation psychologique (II)

Éléments cliniques

- **Anxiété**
- **Traits névrotiques**
 - **Hystérie**
 - **Phobie**
 - **Obsession**
- **Axe de psychorigidité (vous pouvez repérer dans leur discours ces 6 points)**
 - **Susceptibilité**
 - **Méfiance**
 - **Rigidité**
 - **Rancune**
 - **Interprétation**
 - **Vécu persécutif à minima**
- **Impulsivité**
 - **Physique**
 - **Bris d'objets**
 - **Verbale**
- **Instabilité**
- **Dysthymie**

Évaluation psychologique (III)

Recherche de vécus :

- Frustration
- Tension interne
- Vécu dépressif
- Conflit
- Conflit relationnel
- Animosité : rage, haine, vengeance
- Excitation sexuelle
- Relation à l'autre dans la sexualité

Tests projectifs :

- TAT
- Rorschach

Évaluation Psychopathologique

1° Pour une psychopathologie de l'acte

2° Dynamique perverse (actualisation dans le passage à l'acte)

- Égoïsme

- Relation d'emprise

- Dénier

 - * D'altérité

 - * De la castration (situation de demande)

3° Destins du trauma d'avoir été agressé

Avoir subi l'emprise

- Destin névrotique

- Destin « normal »

- Destin névrotico - pervers

**Modèle parental/Image sexuée de ses parents
les identifications , les images parentales**

Inventaire des connaissances sexuelles

(soit en évaluation individuelle soit en groupe si le groupe fonctionne bien!)

Vie auto-érotique

**Premières masturbations
vécu de la masturbation
fantasmes et rêveries éveillées**

Choix d'objet

Scénario investi

Support de la masturbation

Histoire psycho sexuelle adulte

Première expérience

Expériences avec des prostituées

Partenaires

Vie commune

Pratiques sexuelles

Axe relationnel

Apprentissage du comportement de séduction

Relation à l'autre investie

Échange psychologique avec le partenaire

Dialogue sur la sexualité avec le partenaire

L'image de la sexualité de l'autre

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien



AGRESSEURS SEXUELS

Clinique, Evaluation, stratégies thérapeutiques

Aspects psycho-criminologiques

1/ Situation à risque

2/ Rapport à la situation

- Situation s'installant d'elle-même
- Situation établie stratégiquement

3/ Mode opératoire

- Agression
- Menaces
- Pression
- Manipulation

Aspects psycho-criminologiques : classification du groupe de parole pour pédophiles hétérosexuels

Liste des présents	11 Immatureo-névrotiques	7 Immatureo-égocentriques	4 Immatureo-pervers
A-MP Ikan			oui
B Luc			OUI
B Philippe		OUI	
C Micky		OUI	
C Patrice	OUI		
CHI Lucien		OUI	
D Kévin	OUI		
G Joel	OUI		
J Patrick		OUI	
J Eric		OUI	
KA Romain		OUI	
K Didier	OUI		
L Christian		OUI	
L Michel			OUI
M Jean-Loup	OUI		
M Gérard	OUI		
P Franck	OUI		
P Maurice			OUI
S Ibrahima	OUI		
S David	OUI		
T Stéphane	OUI	Jean-Pierre VOUCHE	
T Gérard	OUI	psychologue clinicien	21

Le rapport aux faits

	Au départ, à l'arrestation	Aujourd'hui	Commentaires cliniques
Reconnaissance totale	-Joël G -David S -Stéphane T -Gérard M -Kévin D -Eric J -Franck P -Michel L (3ème affaire)	-Joël G -David S -Stéphane T -Gérard M -Kévin D -Eric J -Franck P ↑ Michel L (1ère et 3ème affaire) ↑ Maurice P ↑ Ibrahima S ↑ Lucien C	-Mr T. : Reconnaissance des faits suivie d'un réel soulagement différé lors du groupe. Fait une demande d'entretiens individuels pour pouvoir continuer à avancer et se livrer davantage. -Mr M. : Reconnaissance des faits accompagnée d'un réel sentiment de soulagement -Mr D. : S'est dénoncé très rapidement à un éducateur lors d'une tentative de suicide -Mr P. : A décrit tous les faits reprochés (3 familles dans la partie civile) et reconnaissance des faits accompagnée d'un réel sentiment de soulagement -Mr S. : Négation des faits le 1er jour de l'audition et reconnaissance totale dès le 2ème jour devant l'expert psychiatre -Mr C. : Négation des faits le 1er jour de l'audition et reconnaissance totale des faits dès le 2ème jour mais pas de certains propos tels « l'enfant était perverse »
Reconnaissance partielle	-Gérard T (masturbation devant photos de jeunes filles)	↑ Gérard T	-Dit ne pas se souvenir de certains faits reprochés tels celui de masturbation devant une webcam
Reconnaissance indirecte	-Maurice P		
Négation banalisante	-Ibrahima S -Michel L (2ème affaire) -Lucien C	-Michel L	-Mr L. : Se dit victime d'une erreur judiciaire due à l'imagination des policiers
Négation sthénique	-Ikan-A-M	↑ Ikan-A-M	-A fait appel des faits reprochés qu'il revendique fermement. Se dit victime d'une machination familiale et de la Justice.
Négation perverse	-Michel L (1ère affaire)		

Les aspects psycho dynamiques

Dans la théorie psychanalytique de la perversion

- Nous avons un sujet pervers qui est dans une **confusion entre lui et l'autre** ne pouvant freiner ses pulsions.
- **La fusion évite l'angoisse de manque**, c'est une défense face à sa réalité psychique lorsqu'il est blessé.
- Le sujet est dans le **déni**, il utilise la **projection**. Nous observons souvent un **clivage** et un point aveugle sur la partie cachée de leur personnalité. Un **manque de contrôle** et une **impulsivité** sont à noter.
- On note souvent une solitude affective, avec un **évitement des relations** en lien avec son **angoisse d'abandon**.
- **Un sentiment de rejet par les autres** est enregistré, provoquant son **isolement social**. Il présente une **angoisse de séparation**.
- Le sujet est dans la **confusion** par sa difficulté de **reconnaître sentiments et pulsions**.
- Il s'agit d'une **expulsion psychique dans le passage à l'acte**.
- Ceci bien souvent dans le cadre d'une **indifférenciation des générations**.
- Certes, le sujet est dans le clivage, néanmoins il a accès à sa propre souffrance, mais il réalise un **colmatage par le déni**.
- Il se joue de nous, des autres plus ou moins consciemment, tirant ainsi **satisfaction d'autrui**.

Les dix mots clés pour le repérage analytique sur le champs des mécanismes de défense :

1. **Clivage** : présent chez le sujet
2. **Déni** :
3. **Projection** :
4. **Banalisation** :
5. **Minimisation des faits** :
6. **Froideur affective** :
7. **Déni de l'altérité** :
8. **Absence de pitié et de sollicitude** : le sujet peut présenter ces points dans une certaine mesure.
Dans le cadre du passage à l'acte, nous pouvons relever un échec de l'identification à l'autre.
9. **Identification projective** :
10. **Les limites du moi** : des limites mal constituées

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

Grille de dangerosité de Pépé François 32 ans

10 sur 15

FACTEURS de dangerosité : ++ moyenne, vigilance

	<i>Facteur non présent Coter 0</i>	<i>Facteur présent Coter 1</i>
1. Facteurs statistiques		5 sur 10
<input type="checkbox"/> Antécédent d'agression sexuelle	-0	
<input type="checkbox"/> Victime en dehors de la famille		1
<input type="checkbox"/> Victime inconnue	-0	
<input type="checkbox"/> Sujet vivant seul (sans aucune expérience de cohabitation femme)		1
<input type="checkbox"/> Age en dessous de 40 ans		1
<input type="checkbox"/> Victime garçon		1
<input type="checkbox"/> Antécédent de transgression (autre qu'une atteinte aux mœurs)	0	
<input type="checkbox"/> Présence d'une arme (pouvant servir d'arme)		1 « pierres »
<input type="checkbox"/> série de trois victimes au moins	0	
<input type="checkbox"/> existence de séquestration	0	
2. Facteurs cliniques		5 sur 5
<input type="checkbox"/> Fantasmagie pédophile exclusive ou préférentielle		1
<input type="checkbox"/> Fantasmagie obsédante		1
<input type="checkbox"/> Personnalité très égocentrée		1
<input type="checkbox"/> Parano – mégalo		1
<input type="checkbox"/> Personnalité antisociale		1
		1 ₂₄

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

Pédophiles

Les agirs pédophiliques

1. Agirs pédophiliques sans fantasmatique pédophilique prévalente

Sujets plutôt hétérosexuels ou homosexuels adultes

Pas de fantasmatique pédophilique accompagnant la vie auto-érotique

Formes cliniques : Un agir occasionnel chez

- l'adolescent
- l'homme mûr
- l'homme âgé

2. Attouchements pédophiliques avec fantasmatique pédophilique (le groupe le plus fréquent)

- Fixation pédophilique habituelle
- Mode opératoire : manipulation de la victime
- Victime : un enfant dans l'entourage habituel du sujet
- Nombreux attouchements du même enfant
- Contexte d'activités professionnelles (ou de loisirs, piscine, club sportif, camps de vacances)
- Mode de vie centré sur les enfants
- Relative inhibition dans le rapport aux adultes, instabilité émotionnelle
- Gagne la confiance des proches de l'enfant
- Monde de l'enfance souvent idéalisé, surinvesti
- Mise en exergue d'une pseudo-réciprocité

Formes cliniques :

- le cynique
- l'immaturo-névrotique
- l'auto-leurrant

2. Evaluation des criminels sexuels

Repérage des profils

En trois axes :

- le passage à l'acte
- les repérages psychologiques
- les thématiques spécifiques

(à tel ou tel type de passage à l'acte sexuel) qui sont autant de thèmes à aborder dans les groupes de parole ou en suivi individuel ou familial!

2. Evaluation des criminels sexuels

Discours sur la reconnaissance des faits et de la victime

trois formes de profils psychologiques

Discours normo névrotique	Discours contrasté, l'immature	Discours du déni Négateur. Le pervers
<p>Ils reconnaissent tout, « <i>je me sens coupable d'avoir fait cela,..je vois la souffrance de ma victime et j'accepte la loi</i> ».</p>	<p>Ils ont une reconnaissance partielle, « <i>je ne l'ai pas forcé, elle m'a provoqué</i> », de la honte, et la victime: « <i>elle n'y pense plus!</i> » il a une appréhension médiocre de la victime. « <i>quand on déconne il faut payer , mais pas trop quand même!</i> ».</p>	<p>Ils nient, ce sont des gens défiants. Ils ne reconnaissent rien! <i>« j'emmerde la loi!</i> <i>Et les psys aussi, vous êtes des incapables au service de la loi».</i> <i>« C'est pas un délit, elle ment cette petite salope! »</i></p>
<p>Ils sont faciles à prendre en charge en individuel. C'est le bon coupable qui regrette et est capable d'inventer, il est à minima intelligent et a une stratégie inventive. Il y a du regret.</p>	<p>Pas facile en suivi thérapeutique individuel ! Donc préoccupation du travail clinique en groupe de parole, mais n'est pas demandeur, il accepte le suivi bien forcé!</p>	<p>On a du mal à les prendre en charge cliniquement. Des difficultés en groupe de parole, dans le silence ou la contestation virulente, freine le groupe.</p>

2. Evaluation des criminels sexuels

	Immaturonévrotique (I)	Immaturonégocentrique (II)	Immaturopervers (III)
Reconnaissance des faits	Totale, partielle	Partielle, minimisation	Négation provocatrice, minimisation
Reconnaissance de la contrainte	Reconnue	Partielle, minimisation	Négation, minimisation
Vécu face à leur acte	Culpabilité	Honte	Indifférence, vague malaise, défi
Appréhension du retentissement des faits sur la victime	Perçu, vivant, réaliste	Extrême, minimisé, partiellement perçu, banalisé	Ignoré, minimisé, rationalisé
Rapport à la loi	Comprise, intégrée	Reconnue mais non intégrée	Non intégrée, provoquée

Approche psychopathologique

- Peu de psychoses
- Quelques débiles légers et déficitaires
- Peu de névroses
- Importance des troubles de la personnalité (narcissique, limite, antisociale, évitante, paranoïaque...)
- Dimension perverse plus ou moins prégnante

2. Evaluation des criminels sexuels

Évaluation des traits de personnalité

- Traits phobiques
- Rigidité et caractère paranoïaque
- Égocentrisme et traits pervers
- Impulsivité
- Dysthymie

Évaluation de la relation à l'autre

- Capacité de lien : attachement / maîtrise
- Rapport à l'altérité (la victime existe! mais comme objet)
- Rapport aux éprouvés / alexithymie
- Capacité d'insight / d'auto-critique
- Attitude face à la thérapie (réticence, acceptation partielle, adhère car veut comprendre)

Évaluation psycho-criminologique

Cinq critères à explorer en évaluation et en thérapie

- Rapport aux faits
- Rapport à la contrainte exercée
- Vécu surmoïque du passage à l'acte
- Appréhension du retentissement pour la victime
- Rapport à la loi

Évaluation psycho-sexologique

- Fantasme et choix d'objet
- Fantasme et passage à l'acte
- Distorsions cognitives / les projections, les fausses interprétations contextuelles et relationnelles
- Sexualité et conflits internes / sexualisation des conflits
- Modèles de changement
- Récidive = 4 à 5%

2. Evaluation des criminels sexuels

Dangerosité statistique

(notamment à partir de Hanson, 2000)

- Intérêt sexuel prévalent pour les enfants
- Infractions sexuelles antérieures
- Victime étrangère
- Précocité des infractions sexuelles
- Victime non apparentée
- Victime = jeune garçon (<15 ans)
- Infractions sexuelles diverses
- Personnalité antisociale
- Âge < 40 ans
- Célibataire

Facteurs non liés à la récidive sexuelle

- Empathie pour la victime
- Dénier de l'infraction sexuelle
- Manque de motivation pour le traitement
- Problèmes psychologiques généraux, et débilité - retard mental
- Victime d'exploitation sexuelle durant l'enfance
- Degré du contact sexuel

2. Evaluation des criminels sexuels

Des victimes devenues agresseurs?

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

2. Evaluation des criminels sexuels

Les chiffres : antécédents de victimisation sexuelle

Pellerin, St-Yves, Guay (2003):

- Population non transgressive : 10 à 17%
- Agresseurs sexuels d'adultes : 25%
- Agresseurs sexuels d'enfants : 30 à 60%**
- Délinquants non sexuels : 30%

2. Evaluation des criminels sexuels

Des victimes devenues agresseurs?

Arguments « pour »

- Corrélation significative entre l'âge de victimisation et l'âge des victimes (pubère / prépubère)
- Corrélation significative entre le nombre d'antécédents de victimisation / nombre de victimes actuelles

2. Evaluation des criminels sexuels *Des victimes devenues agresseurs?*

Arguments « contre »

- Toutes les victimes ne deviennent pas agresseurs
- Tous les agresseurs n'ont pas été victimes!
- Majorité des victimes sont de sexe féminin / alors que les agresseurs sont de sexe masculin
- Garçons victimes d'abus sexuels / autres types d'abus : taux équivalent d'arrestation pour délits sexuels
- Fiabilité des témoignages des auteurs?

Identification à l'agresseur

Des références biblio allez voir chez:

- Freud (1920) et le jeu de la bobine
- Ferenczi (1932) : impact de la peur / introjection du sentiment de culpabilité
- A. Freud (1946) : stade normal préalable à la formation du surmoi / « quelque chose de l'objet d'angoisse »
- => passage d'une position passive à une position active / intégration du traumatisme

Théories explicatives

- **Agresseurs victimisés :**
 - milieu familial plus perturbé,
 - parents criminalisés et alcooliques,
 - témoins d'actes sexuels « déviants »,
 - plus grande diversité de comportements sexuels « déviants »
 - = facteurs de risques de victimisation sexuelle?

- Facteur de risques : avoir érotisé l'acte subi / peu de support social pendant l'enfance

- Pédophiles ayant antécédents de victimisation seraient plus « déviants »

2. Evaluation des criminels sexuels

Des victimes devenues agresseurs? Critiques

- Mesurer le traumatisme = mesurer la présence d'un événement?
- La question du vécu subjectif : ce qui a été le plus traumatique : violence physique, trahison, sexualité crue, secret, irruption brutale, menace constante, conséquences...

<p style="text-align: center;">FACTEURS de dangerosité</p>	<p style="text-align: center;"><i>Facteur non présent</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Coter 0</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Facteur présent</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Coter 1</i></p>
<p>1. Facteurs statistiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antécédent d'agression sexuelle <input type="checkbox"/> Victime en dehors de la famille <input type="checkbox"/> Victime inconnue 		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sujet vivant seul (sans aucune expérience de cohabitation) <input type="checkbox"/> Age en dessous de 40 ans <input type="checkbox"/> Victime garçon <input type="checkbox"/> Antécédent de transgression 'autre qu'une atteinte aux mœurs) 		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présence d'une arme <input type="checkbox"/> série de trois victimes au moins <input type="checkbox"/> existence de séquestration 		
<p>2. Facteurs cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fantasmatique pédophile exclusive ou préférentielle <input type="checkbox"/> Fantasmatique obsédante <input type="checkbox"/> Personnalité très égocentrée <input type="checkbox"/> Parano – mégalo <input type="checkbox"/> Personnalité antisociale 	<p>Jean-Pierre VOUCHE psychologue clinicien</p>	<p style="text-align: right;">43</p>

3. Auteurs d'agressions sexuelles : prise en charge

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

3. Auteurs d'agressions sexuelles - prise en charge

Clinique, Evaluation, Stratégies Thérapeutiques

INDICATIONS

Psychothérapie individuelle

Psychothérapie de groupe (indication la plus fréquente)

Entretiens de couple

Entretiens familiaux

Approche systémique du sujet et de la famille, enfants compris

Traitement Anti-androgènes

Chimiothérapie non spécifique

Psychothérapie individuelle

- Niveau intellectuel au moins moyen
- Capacités d'insight / introspection
- Capacités d'élaboration / de verbalisation
- Peu d'auto-leurres
- Motivation
- => dimension névrotique

Psychothérapie de couple

- « Pathologie conjugale »
- Demande de la conjointe
- Lien avec la survenue de l'agression?
- Gestion de l'après-révélation
- À éviter a priori quand violences conjugales (actuelles)

Psychothérapie familiale

- Cas particulier de l'inceste
- A la demande de la victime

- Victimes proches des enfants
- Gestion de l'après-révélation

Approche systémique Clarification des concepts systémiques

En psychiatrie cela nous conduit à ne plus considérer le patient de façon isolée, mais en relation avec d'autres personnes, et en particulier sa famille, qui constitue son système premier d'appartenance. Nous sommes amenés à découvrir de nouvelles significations aux propos et comportements perturbés auxquels nous sommes confrontés.

La pensée systémique nous propose, à l'inverse de cette méthode, de prendre du recul et d'élargir le champ de nos investigations afin de passer « du microcosme au macrocosme », et d'être en mesure d'accéder à la spécificité du système.

Les « Négateurs »

- **Évaluation préliminaire**
 - Négateur banalisant
 - Négateur défiant
 - Négateur sthénique
- **Valeurs sous-jacentes**
 - Hostilité et sadisme, « des monstres »
 - Importance des valeurs des proches

Les « négateurs » persistants

4 traits communs :

**N
I
E
R**

Les « négateurs » persistants

4 traits communs :

Narcissisme, « amour propre »

Incapacité d'accéder à l'Intimité / confident

Égocentrisme / conséquences de la négation

Rigidité et persécution / justifications, autoritarisme

=> fréquence des personnalités paranoïaques



C3. Auteurs d'agressions sexuelles - prise en charge Stratégies Thérapeutiques

Association de techniques thérapeutiques

- Chimiothérapie hormonale ou antidépresseur et psychothérapie**
- Thérapie de groupe et thérapie de couple**
- Approche systémique du sujet et de la famille, enfants compris et groupe de parole pédophile**
- Thérapie de groupe et Thérapie individuelle**
- Suivi individuel (ou de groupe) et thérapie de couple (ou entretiens familiaux)**

4. CONSTITUER et ANIMER Le groupe de parole

1. Repères d'évolution

Repères d'évolution Non spécifiques

Maturation de la personnalité

Repères d'évolution spécifiques :

en 4 temps (de difficulté croissante) *voir le tableau diapositive suivante*

Faire évoluer les niveaux de reconnaissance des 5 items de base :

- faits
- contrainte
- vécu
- retentissement sur l'autre
- loi

et Reconnaissance d'une problématique propre

reconnaissance de la Fantasmatique (attrait)

2. Repérer les situations à risque

- ambiances externes
- ambiances internes

4. CONSTITUER et ANIMER Le groupe de parole

Les repères d'évolution Les niveaux d'évolution des pédophiles dans les groupes de parole

1/ les repères non spécifiques: maturation de la personnalité

2 / les repères spécifiques en quatre temps de difficulté croissante

Les différents niveaux	Corpus de thèmes ordonnés hiérarchisation du plus facile au plus difficile
Niveau 1	Faire évoluer les niveaux de reconnaissance : les 5 items de base: faits - contrainte – vécu -retentissement sur l'autre - fondement de la loi. Et reconnaissance d'une problématique propre et reconnaissance du choix d'objet, de la fantasmatique (attirait)
Niveau 2	Repérer les situations à risques : - les ambiances externes à risques - les ambiances internes à risques
Niveau 3	Faire évoluer les repères psychiques : Le Moi, la relation à l'autre – pointer les projections ou distorsions cognitives – repérage de l'égoïsme - l'emprise versus les situations de demandes – la négation de l'autre/penser l'autre
Niveau 4	Gérer le changement, par une auto vigilance d'accompagnement : - Gérer sa sexualité : persécution par les fantasmes – vie auto-érotique – intimité psychologique – relation interpersonnelle - Gérer le rapport à la vie sociale : rapport aux processus judiciaire- rapport aux proches (en parler ou pas à quelqu'un) – investissement de l'insertion socio-professionnelle – investissement de la vie relationnelle (et des loisirs)



victimes

6. Evaluation et prise en charge des victimes

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

6. Evaluation et prise en charge des victimes

L'AIDE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE POUR LES VICTIMES D'EMPRISE VIOLENTE

Un accompagnement et un soutien psychologique sont nécessaires pour mettre fin à l'emprise.

Notre approche clinique vise à permettre aux victimes de s'extirper de cette emprise asphyxiante.

Et ainsi reprendre le contrôle de leur propre vie. Il faut au préalable que victimes et cliniciens admettent qu'un processus d'influence s'est installé, et reste encore très présent, même durant les premières consultations ou séances de groupes.

À contre-courant de l'indépendance psychique, des restes des influences mentales de l'agresseur subsistent.

Ces victimes attendent des techniques libératrices des thérapeutes. Conscientes que seules, elles ne s'en sortent pas !

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien

6. Evaluation et prise en charge des victimes

Que cela soit en suivi individuel ou en groupe de parole,

Les cliniciens adoptent une écoute active avec ponctuation d'analyse des discours, afin de tirer des enseignements des phénomènes décrits et des émotions verbalisées.

Les silences thérapeutiques laissent une place entière au développement de la parole enfin libérée. Les attitudes thérapeutiques ne sont pas neutres. Elles révèlent les fonctionnements aliénants de l'opresseur (violeur ou violent) , le condamnent et stigmatisent le processus d'emprise.

Ce renforcement positif clinique est essentiel dans le renforcement de la posture active de la victime. Les cliniciens sont en ouverture, en disponibilité, à l'affût des ressources résilientes qu'ils ont à tonifier.

Les thérapeutes réaniment la victime, pour qu'elle soit en mesure d'avoir une attitude critique de leur expérience de vie sous emprise.

L'analyse de ce processus, la compréhension de leur propre abandon permettent une réactivité. Nous avons des rythmes, souvent lents, de résilience graduelle. À force de patience, de présence sur le temps, nous enregistrons des transformations de positionnement de vie. Les victimes deviennent exigeantes et intransigeantes. Le processus thérapeutique évolue sur un mode d'alternance, du fait de la présence par moment d'une culpabilité. À nous de métaboliser l'envie d'aller vite, car il faut respecter le tempo des victimes.

6. Evaluation et prise en charge des victimes

Evaluation

- Urgence / non urgence
- Signalement / plainte / protection
- Réseau, aide juridique, sociale, etc
- Évaluation de l'état clinique

Mécanismes de défense

- Dissociation traumatique
- Clivage, déni, rationalisation
- Refoulement, évitement
- Mise à distance, intellectualisation
- Sublimation
- ...

6. Evaluation et prise en charge des victimes

Trois issues au conflit

- Elaboration
- Somatisation
- Passage à l'acte

Sinon : reviviscences, cauchemars
traumatiques, illusions... c'est-à-dire retour
du vécu d'effraction

Abus sexuels subis

Lors d'abus sexuels subis:

- Incapacité d'en parler ou verbalisation fortuite
- apparition de manifestations pathologiques

- Les délinquants victimisés sexuellement montrent de plus hauts niveaux d'hostilité et ont plus de mal à prendre l'autre en compte
- Identité sexuelle confuse
- Prédicteur d'échecs thérapeutiques ultérieurs

Le traumatisme

(McCann & Pearlmann)

- **Ébranlement des quatre certitudes de base :**
 - Le monde est juste
 - Le monde a un sens
 - Je suis quelqu'un et j'ai une valeur propre
 - Les gens méritent de la confiance
- **Sept besoins psychologiques sous-jacents :**
 - Confiance
 - Sécurité
 - Pouvoir
 - Autonomie
 - Respect
 - Intimité
 - Cohérence

6. Evaluation et prise en charge des victimes

Traumatisme

- Le caractère durable et persistant du traumatisme est généralement lié à sa précocité
- L'effraction du traumatisme produit une réminiscence différente du souvenir

Le traumatisme (résumé)

- Incapacité d'élaborer et mentaliser autour du trauma.
- Projection des affects sur l'autre.
- Qualification des éprouvés impossible

6. Evaluation et prise en charge des victimes

Distorsions traumatiques

- **Image de soi** : « *je suis nulle* », « *je finis toujours par échouer* », « *je ne mérite pas d'être aimée* »
- **Image des autres** : « *je finis toujours par être trahi* », « *les autres savent mieux que moi* »
- **Image du monde** : « *le monde est injuste* », « *tout finit par mal tourner* »

de parole violences

de femmes victimes de

1-*présentation de chaque participante*

- L'ampleur des sévices subis, violences physiques, intimidation, manipulations psychologiques, séquestrations, minimiser les actes négatifs, contraintes et menaces, violences contre autrui, se drogue t-il ou boit-il ? Possession d'armes.

2- *une réflexion sur le statut et le rôle des femmes.*

- L'analyse des rapports sociaux de sexe inégalitaires, qui structurent très fortement l'organisation des rôles au sein de la famille, de la société et la place de chacun. Entre autres seront abordées les représentations qu'elles ont intériorisées de la femme, le statut de l'homme.

3- *le choix amoureux de départ*

Ce qui a changé avec le temps ou les événements familiaux, sociaux..

4- *les prémisses de la violence*

Regards, silence, intimidation, menaces...

5- *le statut de la violence*

Objectifs, visée de cette violence, jeu sur la vulnérabilité, soumission à la violence : au nom de quoi ? Dominant/dominé, l'emprise de l'autre,

6- *les épreuves de la violence*

Les ressentis, l'image de soi, l'estime de soi, le rapport au corps.

7- *trace des traumatismes*

8- *les sentiments*

comment avancer au regard de l'insoutenable des violences ?

9- *quelles voies de dégagement ?*

Sortie de l'isolement, le rôle du tiers (associations, justice) dans cette situation,

10- *la séparation dans les cas de violences sexuelles dans le couple*

La solitude, l'angoisse, la nostalgie des sentiments, l'abandon des idéaux familiaux

11- *la réparation psychique de soi*

Retrouver la confiance en soi, réapprentissage de la féminité

12- *l'avenir*

La rencontre future, comment se préparer à l'avenir, les situations à risques ?

13- *non acceptation" de la violence*

Jean-Pierre VOUCHE
psychologue clinicien



La fonction thérapeutique à valeur de fonction d'étayage, de moi auxiliaire dans les premières semaines de soutien, quand il existe une désorganisation psychique profonde.

La victime privée transitoirement de ses contenants psychiques s'appuie sur le thérapeute, qui par ses capacités identificatoires prête ses propres enveloppes psychiques pour aider à figurer, à mettre en mots, hors pour cela il doit renoncer à cette neutralité bienveillante.

La "*silenciothérapie*" renvoie immanquablement la victime à la répétition d'une situation de détresse. Le thérapeute doit "négocier avec le tortionnaire intériorisé" (comme le dit F. Sironi), le thérapeute doit interpréter systématiquement les éléments transférentiels ayant trait à la violence des patients afin de garantir la solidité du cadre.

Je remarque que la demande est bien souvent masquée et l'abus n'est pas amené comme premier élément de plainte. Des entretiens préalables de l'adulte permettent d'étudier le meilleur dispositif.

La technique analytique doit donc être repensée pour accueillir le trauma des victimes et l'intensité de la souffrance qui lui est attaché. L'espace analytique se conçoit comme un contenant, une ère transitionnelle qui puisse accueillir l'irreprésentable, la violence des affects et la défaillance des enveloppes psychiques, avant même d'envisager une réorganisation.

Ce cadre permet de contenir les angoisses primitives liées à l'effondrement du moi. La victime attend du thérapeute confiance et sécurité et endosse le rôle de pare excitation qui a fait défaut lors de l'effraction traumatique ; ce cadre thérapeutique permet de restaurer une continuité psychique et de colmater les brèches ouvertes par l'effraction traumatique. Il y a nécessité pour le thérapeute d'une empathie rapide, les entretiens préliminaires visent à restaurer la fonction contenante du sujet, à évaluer son désir de changement et ses capacités de réorganisation psychique. Des victimes qui nous consultent ne viennent pas pour changer mais pour être réparées. Dans un premier temps, l'espace analytique est souvent un lieu d'écoute d'évocation ou souhait d'être aidée à



***Merci de votre attention,
bon courage pour la suite!***

