



Illustration : Sylvie Sédillot

Canal Psy

ISSN : 2777-2055

Éditeur : Université Lumière Lyon 2

66 | 2004

Horizons du carcéral

 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=784>

Référence électronique

« Horizons du carcéral », *Canal Psy* [En ligne], mis en ligne le 09 octobre 2020, consulté le 07 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=784>

DOI : 10.35562/canalpsy.784

SOMMAIRE

Anne-Claire Froger
Édito

Dossier. Horizons du carcéral

Didier Weber
L'expertise psychologique

Sophie Brossier, Martine Edrosa, Chantal Escoffier, Élisabeth Leclerc et Nathalie Torrocilla
« Respectez mes défenses... »

André Ciavaldini
La prise en charge thérapeutique post-carcérale de l'auteur de violences sexuelles

Édito

Anne-Claire Froger

TEXTE

- 1 Pour ce numéro de décembre-janvier, nous avons choisi de vous parler de l'univers carcéral, et des différentes pratiques des psychologues qui interviennent aussi bien en amont qu'en aval de l'incarcération.
- 2 Le numéro s'ouvre ainsi sur le texte de Didier WEBER qui traite de la mission d'expert auprès des tribunaux. Qu'attend-on d'un psychologue convoqué pour une expertise ? Comment définir la relation au prévenu qu'il rencontre ? Et y a-t-il quelques fondamentaux à rappeler ici du fait du positionnement « charnière » où le psychologue est appelé ?
- 3 Puis un collectif de psychologues réuni autour d'Élisabeth LECLERC nous décrit les spécificités de la pratique de ceux que l'on appelle communément les « psys de coursive », qui soutiennent le personnel pénitentiaire. Ces psychologues cliniciennes mettent en lumière toute la subtilité et la souplesse nécessaire au psychologue pour trouver-crée cet espace « d'entre-deux » possible dans ce contexte. Toute une réflexion nous est ainsi proposée sur ces nouvelles pratiques qui s'inventent sur le terrain.
- 4 Enfin André CIAVALDINI présente la prise en charge thérapeutique post-carcérale de l'auteur de violences sexuelles, telle qu'elle est pensée au PARI, centre de psychothérapie grenoblois. L'auteur nous rappelle que dans cette situation de judiciarisation, le psychologue est amené à prendre en compte les différentes contraintes et obligations associées. A. CIAVALDINI développe ici les différents cas de figure à envisager ainsi que leurs implications dans le processus thérapeutique.
- 5 Ce mois-ci vous ne trouverez pas notre habituelle rubrique qui a dû céder sa place à ce dossier conséquent, en contrepartie cependant nous avons introduit davantage d'illustrations réalisées par Mademoiselle Sylvie SEDILLOT qui agrémentent avantageusement le

numéro ainsi qu'un « espace détente » sous la forme de mots-croisés
proposés par Alain-Noël HENRI.

6 Très bonne lecture...

AUTEUR

Anne-Claire Froger

Dossier. Horizons du carcéral

L'expertise psychologique

Didier Weber

DOI : 10.35562/canalpsy.896

TEXTE

- 1 Les expertises ont acquis, dans bon nombre de procès, au pénal comme au civil, une place prépondérante ; nous n'évoquerons ici que celles qui, au pénal, concernent la personnalité du « mis en examen » ou de la victime, renvoyant le lecteur intéressé à d'autres sources, pour ce qui concerne les expertises civiles¹ (WEBER, 1999 ; 1982).
- 2 Trois ou quatre types d'expertises ont pour mission d'étudier les personnes dans la perspective d'un jugement : l'expertise psychiatrique, l'expertise médico-légale qui décrit les blessures et leurs conséquences, l'expertise psychologique et l'expertise médico-psychologique, associant un médecin, généralement psychiatre et un psychologue.
- 3 Si ce sont les faits constituant des infractions pénales qui font l'objet du jugement, il n'est pas possible de ne pas considérer les personnes qui les ont commis ou subis : il n'est qu'à voir le malaise des magistrats (professionnels ou jurés) lorsqu'ils doivent se prononcer sur des personnes absentes ou mutiques, si bien décrit par Michel FOUCAULT (1954-1988)...
- 4 Historiquement, les malades mentaux ont été considérés comme pénalement responsables de leurs actes jusqu'aux travaux de PINEL et ESQUIROL, à l'origine de la rédaction de l'article 64 du Code Pénal de 1810 sur « l'état de démence » : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ». L'expertise psychiatrique avait alors pour fonction d'éclairer le magistrat sur l'existence d'un éventuel « état de démence » dont la conséquence était d'exclure le criminel « fou » du champ judiciaire ; son sort dépendait du droit des aliénés, défini par la loi du 30 juin 1838, autrement dit du Préfet, qui prenait généralement une mesure d'internement. Au début du XIX^e siècle, la circulaire CHAUMIÉ, alors ministre de la justice, a introduit quelques nuances en demandant au

psychiatre si les anomalies mentales constatées étaient de nature à atténuer la responsabilité du prévenu, et dans quelle mesure ; les tribunaux pouvaient alors attribuer des circonstances atténuantes aux sujets dont la responsabilité n'était que partielle.

- 5 Le nouveau Code pénal de 1994 amènera une nouvelle formulation en évoquant la possibilité de « troubles psychiques ou neuropsychiques » susceptibles d'abolir le discernement ou le contrôle de ses actes : les sujets qui en sont atteints ne sont pas punissables. Par contre, d'autres sujets peuvent avoir des troubles psychiques ou neuropsychiques qui « altèrent » leur discernement ou « entravent » le contrôle de leurs actes ; ces sujets demeurent punissables, mais « la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». À l'usage, cette dernière disposition, loin de diminuer les peines, a conduit à en aggraver certaines, en raison de la supposée dangerosité de ces sujets et/ou de l'incertitude des traitements psychiatriques sur eux.
- 6 Ainsi, les psychiatres vont avoir à rechercher l'existence d'éventuels troubles psychiques chez les prévenus et les liens entre ceux-ci et l'infraction commise, tandis qu'il sera demandé aux psychologues de décrire « les dispositions de la personnalité dans les registres de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité et d'apprécier leur dimension pathologique éventuelle », de préciser si ces dispositions de la personnalité ont pu intervenir dans la commission de l'infraction, d'indiquer dans quelle mesure le sujet mis en examen est susceptible de se « réadapter » et par quels moyens.
- 7 On pourrait caricaturer les questions posées aux psychiatres et aux psychologues en disant que les uns sont chargés de rechercher si les sujets sont responsables de leurs actes tandis que les autres ont mission d'essayer de comprendre ce qui s'est passé (ce qui répond à une autre caricature, sociale celle-ci, selon laquelle les psychiatres s'occupent de « la folie » tandis que les psychologues s'occupent des « problèmes »).
- 8 Mais cette caricature ne rend pas vraiment compte de la réalité, du moins dans « l'école lyonnaise » : pour répondre aux différentes questions posées, les uns et les autres vont étudier l'histoire des sujets, la structuration de leur personnalité et le fonctionnement de celle-ci. Chacun travaillera avec ses outils, qu'il s'agisse de l'entretien

et/ou de tests psychologiques (graphiques, psychométriques, projectifs), mettant ainsi à l'épreuve le fonctionnement psychodynamique des sujets, si bien que les différences résident surtout dans les outils d'approche ; nos similitudes et nos différences sont d'ailleurs à l'origine de la désignation conjointe, pour les expertises un tant soit peu complexes, d'un psychiatre et d'un psychologue. Lorsqu'ils peuvent véritablement travailler ensemble (ce qui suppose entre eux une terminologie commune et une solide confiance, en l'absence desquelles leurs examens seront simplement conjoints), cette dualité de praticiens permet d'enrichir leurs approches respectives et de parvenir ainsi à des conclusions plus argumentées, avec une meilleure sécurité, grâce à l'inter contrôle qui se met en place entre eux.

- 9 Une fois désignés, avec un délai qu'il convient de respecter, nous aurons à rencontrer les sujets, auteurs ou victimes d'infractions pénales ; s'ils sont libres, nous pourrons les convoquer et s'ils sont détenus, nous irons les rencontrer en prison.
- 10 La demande d'expertise est souvent accompagnée de pièces du dossier d'instruction dont il nous est demandé de prendre connaissance ; à nous de déterminer à quel moment nous le ferons : s'il est sans doute utile de savoir au moins le type d'infraction commise ou subie (et qui est à l'origine de la demande d'examen), la connaissance du dossier avant la rencontre peut nous enfermer dans une préfiguration plus ou moins imagée de la personne, dont nous avons au contraire tout intérêt à nous déprendre pour être en capacité de nous prêter à une rencontre la plus authentique possible (il n'est qu'à penser à l'état dans lequel peut se trouver n'importe quel témoin des photos d'une autopsie qui sont parfois incluses dans les pièces communiquées, pour comprendre qu'il est préférable d'être dispensé de leur consultation avant de rencontrer la personne supposée avoir conduit à cet ultime examen...).
- 11 Cette rencontre avec un auteur ou une victime d'infraction constitue un espace de parole où nos structures psychiques respectives vont jouer l'une par rapport à l'autre ; c'est dire que l'examen constitue un engagement de notre personne et pas seulement de notre savoir. La transgression des interdits fondamentaux de l'humanité exerce immanquablement une fascination sur tous ceux qui, à un titre ou à

un autre, en sont témoins ; les experts risquent eux aussi d'y perdre leur sens clinique, s'ils n'y ont pas travaillé personnellement au préalable. D'où l'intérêt, pour ne pas dire la nécessité, au-delà de notre formation à l'université et d'une solide expérience clinique, de s'être astreint à une formation personnelle qui nous ait fait travailler sur notre propre fonctionnement psychique.

- 12 L'examen par lui-même ne diffère pas fondamentalement des autres examens psychologiques, sinon qu'il doit répondre aux questions posées par le magistrat et à elles seules ; pour y répondre, l'expert est délié des règles du secret professionnel, mais au-delà de ces questions, celles-ci s'appliquent à nouveau.
- 13 Cette disposition, qui consiste à examiner un sujet à la demande d'un tiers, délié du secret professionnel, est à l'origine des réticences de bon nombre de collègues à pratiquer des expertises, qui préfèrent n'avoir à « rendre de comptes » qu'au sujet lui-même, en l'absence de tiers. Selon nous, l'expert a une fonction sociale qu'il peut exercer dans le plus grand respect des règles déontologiques de notre profession.
- 14 Ainsi, il est nécessaire que les sujets expertisés soient informés de notre identité, personnelle et professionnelle, de la mission qui nous a été confiée, par qui, comment nous y répondrons ; ils doivent savoir également que nous serons appelés à témoigner de notre rencontre, au moment du procès en cour d'assises.
- 15 Chaque examen pose l'énigme d'un passage à l'acte transgressif et de ses conséquences sur les protagonistes : quelle fonction peut avoir l'infraction, ou son traumatisme, dans l'existence d'un sujet ? Ainsi considéré, l'expert n'est pas qu'un sachant mais devient un interprète lorsque, s'adressant au sujet expertisé comme aux magistrats, il aide à ouvrir sur les significations possibles de l'infraction.
- 16 Nous nous référons volontiers à l'analyse de Pierre LEGENDRE (1991) sur la fonction de l'expertise : « La manière dont l'expert psychiatre occupe sa place dans la relation triangulaire qui le lie aussi bien au juge qui l'a délégué dans sa fonction qu'à l'inculpé auquel le témoignage écrit ou parlé de l'expertise dit quelque chose, a la priorité sur le contenu du discours. »

- 17 La manière dont l'expert se prête à la rencontre influera en effet directement sur le déroulement de celle-ci, sur l'authenticité des échanges : il peut s'agir d'un examen de convention, où chacun jouera un rôle prédéterminé ou d'une véritable découverte de l'autre, dont les effets peuvent être thérapeutiques.
- 18 C'est l'occasion de dire que la qualité de la rencontre est le meilleur gage de la qualité des éléments cliniques qui s'en dégageront.
- 19 Mais les meilleures dispositions de l'expert ne suffisent pas toujours à surmonter certaines réticences, voire des refus de certains sujets devant cet examen que leur impose la justice : il en est ainsi avec ceux qui ne reconnaissent pas les faits qui leur sont reprochés, qui résistent ou refusent toute investigation dont ils redoutent qu'elle puisse mettre à jour ce qu'ils s'efforcent de taire. À cet égard, il importe d'être clair et d'affirmer qu'il ne saurait y avoir d'examen psychologique sans l'accord de l'intéressé ; mais il faut avoir présent à l'esprit que le déni des faits est parfois une condition de survie pour le sujet, horrifié par l'acte qui lui est reproché. À d'autres occasions, il s'agira d'une stratégie défensive délibérée, destinée à ses juges.
- 20 L'expertise nous confronte à une clinique de la transgression, passionnante en ce qu'elle interroge peut-être plus clairement que la psychopathologie sur les limites de l'humain : à propos d'une expertise commune, Jacques VÉDRINNE (1993) a bien décrit cette dimension de notre travail. La limite est constitutive de notre structure, déterminante dans notre rapport à l'autre et la plupart des fondateurs de la théorie psychanalytique (S. FREUD, M. KLEIN, J. LACAN) n'ont pas manqué de l'illustrer, précisément par des observations criminologiques.
- 21 L'examen psychologique fait l'objet d'un rapport écrit au magistrat qui en a fait la demande et dont le sujet expertisé a évidemment connaissance ; il importe que ce rapport soit lisible par ses destinataires, comme il importe que la déposition au Tribunal, au moment du jugement, soit compréhensible par les différents protagonistes du procès. Nous ne sommes guère habitués à une telle exigence de lisibilité, travaillant le plus souvent en équipe où nous utilisons une terminologie et des concepts en principe connus par nos interlocuteurs. Avec les magistrats et plus encore avec les jurés, nous aurons à nous exprimer le plus clairement possible, sans utiliser

nos termes techniques habituels, sauf à les expliquer. L'aisance des experts dans l'expression orale est très variable, dans la mesure où personne ne nous y a entraînés ; de plus, il est malaisé de témoigner de façon vivante de l'examen d'un sujet pratiqué parfois plusieurs années auparavant et dont nous avons oublié jusqu'à son apparence physique...

- 22 On observe que les experts les plus incertains de leurs propos sont précisément ceux qui s'expriment de façon incompréhensible !
- 23 Qu'il s'agisse de la rencontre avec les sujets ou de la rédaction du rapport d'expertise, ou encore de la déposition au procès, il ne faut jamais oublier que notre intervention comporte une dimension thérapeutique, même si celle-ci n'en constitue pas l'objectif principal : les auteurs d'infractions comme les victimes sont porteurs d'une souffrance difficile à dire, mais dont la reconnaissance est essentielle. La rencontre avec l'expert doit contribuer à cette reconnaissance, et il faut rappeler à cet égard que le respect du Code de déontologie des psychologues s'impose évidemment à ceux qui s'engagent dans des missions d'expertise.
- 24 L'intervention en public ne va pas sans risque. L'un d'eux consiste à chercher à plaire ou encore à plaider...
- 25 C'est sans doute l'importance grandissante de l'expertise dans le procès pénal qui fait parfois perdre de vue aux cliniciens, psychiatres comme psychologues, les limites de leur fonction : l'une des questions souvent posée dans la mission d'expertise porte sur la crédibilité à accorder aux dires des victimes, notamment des enfants. Séduits par l'attente des juges et des jurés quant à leur intervention au cours de l'instruction puis au moment du procès, nombre d'experts s'autorisent à se prononcer sur cette question dont l'actualité, au procès d'Outreau, montre combien leurs affirmations peuvent être contaminées par la confusion des enfants, puis la propager au tribunal lui-même...
- 26 Pourquoi ne pas convenir très clairement que les experts n'ont pas une compétence particulière pour se prononcer sur la crédibilité d'une parole ? Nous n'avons pas davantage de compétence que tout un chacun qui, traversé par la parole de l'autre, peut en ressentir les effets dans son propre corps.

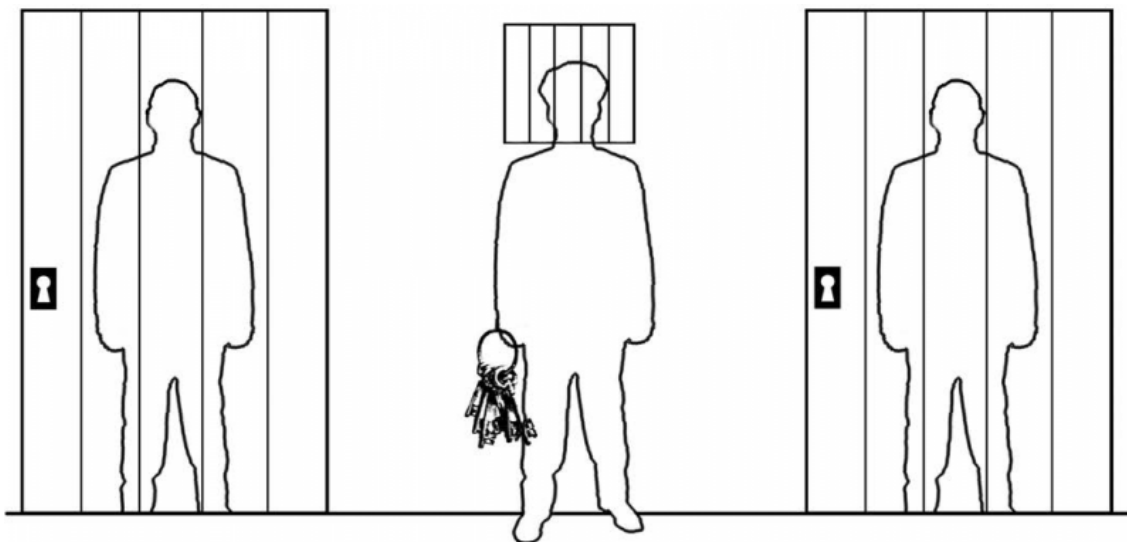
- 27 La parole d'un enfant a plus à voir avec la vérité d'un sujet qu'avec l'exactitude des faits : cette vérité peut consister par exemple à protéger sa mère menacée ou abandonnée par son conjoint, éventuellement à chercher à la séduire en affirmant ce qu'elle a envie d'entendre. Ainsi, un enfant qui ment ne cherche pas délibérément à tromper mais il délivre un message qui peut s'entendre à un autre degré que celui des apparences ; ce message, il se peut d'ailleurs qu'il l'ignore lui-même, comme toute production de l'inconscient. De la même façon, les délinquants, les criminels ne savent pas toujours ce qui les a poussés à transgresser : ce qu'ils expriment d'eux-mêmes dans l'acte délinquant ou criminel n'a souvent pas grand-chose à voir avec les apparences. Ainsi peut-on dire que le viol est souvent autre chose qu'une affaire sexuelle, sauf à penser que l'essentiel de l'échange sexuel est de l'ordre du simulacre, de la parade ou de la maîtrise de l'autre...
- 28 Il y a un risque indéniable de confusion entre l'exactitude des faits et la vérité des sujets. La première peut se prouver tandis que la seconde ne le peut jamais : elle ne peut que se dire et c'est à ses effets, plus souvent différés qu'immédiats, que sa pertinence apparaît. Mais la tentation de l'exactitude, de la certitude, guette tous les acteurs du jugement dont la hantise est précisément son contraire, l'erreur.
- 29 Le jugement est une forme légalisée de pouvoir ; y contribuer expose les cliniciens à une forme de jouissance, même si elle s'accompagne toujours d'une certaine angoisse. Cette dimension doit inciter le clinicien au strict respect de la limite, autant de son savoir que de sa place.



- 30 La dimension théâtrale et l'enjeu des procès d'Assises où les jurés sont avides de certitudes, voire de preuves, peuvent entraîner les experts, pressés de multiples questions à la barre du tribunal, au-delà de leurs limites : mais à y réfléchir à tête reposée, qui donc peut prétendre à des certitudes, s'agissant de la subjectivité des personnes ? Le Code de procédure pénale lui-même précise que l'expertise psychologique « ne saurait avoir pour but la recherche de preuves de la culpabilité »².
- 31 Daniel BOULET (1995), analysant les dispositions de cet article, a évoqué les errements auxquels peut conduire son inobservation : à la suite de Pierre LEGENDRE, il décrit le processus de la justice comme un montage institutionnel dans lequel l'expert a une place précisément assignée : ainsi n'intervient-il qu'à un moment donné du procès, sans savoir ce qui s'est passé avant ni ce qui se passera après sa déposition, tout comme il n'intervient aussi qu'à un moment donné de l'histoire des sujets. Le respect de ces limites permet d'éviter les confusions possibles entre les places et fonctions des uns et des autres.
- 32 En regard de toutes ces exigences professionnelles et éthiques, la formation des experts est encore peu organisée : quelques

universités en proposent (Rouen, Lyon, Aix en Provence...) tandis que les compagnies d'experts dispensent surtout une information sur les procédures. Dans ces compagnies, les experts « psy » sont très minoritaires par rapport à ceux des autres spécialités, si bien que l'enseignement ne leur est pas destiné en priorité. Par contre, un parrainage de deux années est proposé au futur expert, auprès d'un senior, ce qui est bien plus utile : il est tout de même bien important, avant de se lancer dans l'expertise, d'avoir été confronté à la clinique criminologique et pas seulement aux procédures à respecter.

- 33 La nomination des experts est du ressort de la cour d'appel, c'est-à-dire exclusivement de magistrats, après une instruction des candidatures qui apprécie leur compétence au vu de leur parcours professionnel.
- 34 Au fil des années, des projets de réforme se font jour, visant à organiser un certain contrôle de l'activité et de la qualité du travail des experts ; mais pour l'instant, il ne s'agit que d'une comptabilité du nombre d'expertises effectuées dans l'année. Celle-ci montrerait qu'environ 20 % des experts accomplissent 80 % des expertises, ce qui souligne qu'il existe un impérieux besoin de nouveaux experts psychologues.
- 35 Les Présidents de cours d'assises en expriment clairement le besoin, estimant qu'à l'audience, l'éclairage apporté par les psychologues diffère de celui des psychiatres. De même, les Juges d'Instruction, faute de pouvoir disposer d'un nombre suffisant de psychologues disponibles dans un délai raisonnable, renoncent parfois à cet éclairage sur le fonctionnement psychique, dont ils savent pourtant l'importance, pour eux-mêmes comme pour les jurés. Le nombre relativement faible d'experts psychologues a aussi pour conséquence qu'un certain nombre de ceux qui s'engagent dans ce travail y renoncent au bout de quelques années, submergés par l'affluence des demandes qui leur sont adressées. Il faut préciser qu'un expert doit impérativement avoir d'autres activités cliniques que celle de l'expertise et que celles-ci sont en partie garantes de son sens clinique ; ainsi, la pratique de l'expertise au-delà d'un temps plein hospitalier ou autre devient vite insupportable pour le temps libre...



- 36 Si le travail d'expertise est intéressant, il faut regretter qu'il ne soit rémunéré ni à la hauteur de la responsabilité engagée, ni simplement à hauteur du travail effectué, notamment en regard des tarifs pratiqués par nos voisins européens mais aussi par rapport à notre travail clinique habituel, hospitalier ou autre : une expertise exige, pour un psychologue expérimenté, un temps d'examen, de travail sur les données et de rédaction du rapport de l'ordre d'une longue journée (mais parfois bien davantage), actuellement rémunéré 172,80 euros !
- 37 La déposition aux Assises, qui a lieu longtemps après le dépôt du rapport, demandera un nouveau travail de remémoration de l'anamnèse et des données de l'examen ; elle peut parfois prendre un temps considérable, compte tenu du déplacement et de l'organisation de l'audience ; là, les trajets seulement donnent lieu à indemnité...
- 38 En résumé, l'expertise psychologique pénale, cette « clinique de la transgression », est passionnante, tout comme la contribution à l'institution de la justice, qui confronte cliniciens, avocats et magistrats, mais aussi jurés dans un travail de reconnaissance de la transgression et de ses conséquences, notamment post-traumatiques. Par contre, sa pratique doit être rigoureuse, dans ses différentes phases et elle reste relativement peu gratifiante sur le plan financier.

BIBLIOGRAPHIE

BOULET D., « Les faits et les fantasmes. À propos d'une affaire de parricide : le Juge et l'expert psy » in *Travaux du Laboratoire européen pour l'étude de la filiation*, édités par Pierre LEGENDRE, 1995, 59-68, Yves Gevaert éditeur.

FOUCAULT M., « L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie du XIX^e siècle », in *Dits et Écrits*, 1954-1988, T3, 443-464, Gallimard.

LEGENDRE P., *Le crime du Caporal Lortie*, Fayard, Paris, 1991.

VÉDRINNE J., « Le procès et l'expertise psychiatrique à la rencontre de l'humain », in *L'ange exterminateur*, 1993, 183-194, Éditions de l'Université de Bruxelles.

WEBER D., « Expertise psychologique des troubles « neuropsychologiques » : éléments de la personnalité projetés dans les tests graphiques ou d'efficiences » in *Interfaces de la neuropsychologie et de la psychologie projective*, Psychologie clinique et projective, vol. 5, 1999, 21-35.

WEBER D., « L'examen psychologique dans les expertises de droit commun », *Journal de Médecine Légale, Droit Médical*, 1982, 25, n° 4, 447-453.

NOTES

1 L'université Claude Bernard de Lyon dispense un enseignement de criminologie clinique et un diplôme d'approfondissement des pratiques en criminologie, dont la pratique expertale est l'une des options.

2 Article D 16 du Code de procédure pénale.

AUTEUR

Didier Weber

Psychologue, expert près la cour d'appel de Lyon, Institut Alexandre Lacassagne, Faculté de Médecine Grange Blanche, 8 avenue Rockefeller, 69008 Lyon

IDREF : <https://www.idref.fr/070746591>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000050427732>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12646011>

« Respectez mes défenses... »

Sophie Brossier, Martine Edrosa, Chantal Escoffier, Élisabeth Leclerc et Nathalie Torrocilla

DOI : 10.35562/canalpsy.898

TEXTE

- 1 Cette remarque, lancée très doucement par un cadre de l'administration pénitentiaire, nous donne, il me semble, une indication essentielle à ce que peuvent supporter, et tout aussi vite évacuer, ses responsables, il en est de même pour les autres catégories des personnels, comme pour les détenus.
- 2 Le psychologue doit ainsi face à des individualités confrontées à la violence institutionnelle, à la violence individuelle des personnels entre eux, tout autant qu'à celle des détenus, eux-mêmes tributaires de leurs propres débordements. Il est souvent délicat et parfois très difficile de ne pas être pris dans ce cercle infernal, de ne pas se sentir soi-même nié dans sa spécificité clinique tant les situations rencontrées sont hors cadre habituel ; violence et folie s'infiltrent dans les rouages institutionnels.
- 3 Se trouver au carrefour de processus enchevêtrés entre les pathologies exacerbées par l'enfermement, pour tout le monde, personnels et détenus, nécessite une acrobatie psychique de tout instant.
- 4 L'étau infernal dans lequel les professionnels sont pris au quotidien oblige à une organisation intrapsychique continuellement centrée sur l'observation de leur entourage direct, puis à une élaboration centrée sur l'action/réponse. Par conséquent, tenter de les réunir en ayant pour objectif d'amorcer à minima une analyse de pratique en groupe, c'est-à-dire prendre le temps de s'interroger sur un vécu personnel ou groupal, les fait se sauver au moindre prétexte, et ce n'est de toute façon pas prévu par leur institution. C'est la raison pour laquelle nous mettons en œuvre un cadre de travail qui se cherche et s'interroge perpétuellement, à travers une pratique adaptative à l'institution qui

nous emploie, condition sans laquelle la mort psychique serait de mise.

- 5 Ces professionnels des exclus de la société nous réclament désormais, car une certaine confiance s'est instaurée avec le temps, et ils viennent vers nous les « psys », psys dits « de coursive », selon leur propre qualificatif, c'est-à-dire en soutien du personnel ; psys en Direction Régionale dans un rôle transversal en direction des personnels mais aussi de l'orientation des condamnés ; ou enfin psys PEP¹.
- 6 Nous sommes désormais 12 psychologues cliniciens pour les 19 établissements de la Direction Régionale des Services Pénitentiaires de la région Rhône-Alpes-Auvergne. Par ailleurs, 8 psychologues vacataires interviennent auprès des équipes de Conseillers d'Insertion et de Probation, qui sont des travailleurs sociaux évoluant entre le milieu ouvert et le milieu fermé.
- 7 La convergence de notre travail clinique peut s'observer au cœur de certains processus individuels et institutionnels qui sont récurrents dans l'univers carcéral, bien que nos fonctions varient suivant les quatre spécificités ci-dessus décrites.
- 8 Nous sommes mis régulièrement en position d'observateur, comme eux, nous sommes celui ou celle qui voit, et que l'on prend à témoin.
- 9 Notre difficulté est de donner à notre expérience une forme pensable, d'identifier certaines constantes d'intervention, bien que chacune soit singulière et qu'il n'y a pas de prêt-à-penser du travail clinique. Nos efforts se portent sur la tentative de générer un travail de repérage de l'originalité de nos pratiques.
- 10 L'idéal serait d'avoir en tête un cadre « nomade² » à articuler à chaque situation, un peu comme un mode d'intervention pour engager un travail psychique dans des conditions inhabituelles.
- 11 Comme eux nous avons à faire face à la violence, mais différemment, celle qu'ils nous font vivre par personne interposée, de notre place de clinicien, acculé à rester parfois ligoté dans la pensée et la parole, quand certains viennent auprès de nous en nous indiquant d'un ton narquois devant l'intéressé, ou au contraire sous le sceau de la confidentialité debout dans le couloir de la détention : « lui il a besoin

de vous ». Il arrive aussi parfois qu'un détenu nous dise « vous devriez aller par là, ça chauffe... ». Il s'agit en effet de différer notre intervention qui deviendrait intrusive, induite par ceux qui nous poussent à agir en une répétition à l'identique de ce qu'ils viennent de subir.

- 12 Quelle attitude prendre, quelle parole prononcer, le silence n'est-il pas plus protecteur ? Autant de questions que seul un après-coup permet à la pensée de remettre sur le métier. Maintenir une certaine temporalité est plus que jamais de mise, réceptionner, contenir dans la mesure du possible, restituer une pensée apaisante si une once de créativité surgit, cette méthodologie fait partie du travail de coursive.
- 13 Ces temps se différencient des périodes post-traumatiques au cours desquelles les repères des psychismes surchauffés ou complètement sidérés, volent en éclat, périodes au cours desquelles les individus ont besoin avant tout de repères vitaux dans la réintroduction de logiques humaines chaleureuses, simples et adaptées aux besoins corporels et affectifs.
- 14 Que dire de ces situations limites dans lesquelles nous nous plaçons nous-mêmes en allant dans les couloirs d'une institution chauffée à blanc et qui mettent le clinicien face à des dilemmes. Par exemple être interpellée, comme témoin partial, par un surveillant qui appelle au secours parce qu'il vient d'être tabassé par un groupe de détenus qu'il n'a pas pu identifier au cours de l'échauffourée. Cet homme demande au psychologue de les lui nommer, car il n'a pas à l'esprit qu'il a eu peur, qu'une fois de plus un grand sentiment d'injustice l'envahit. Ses défenses surgissent dans un registre bien compréhensible de sanction et non d'interrogation au sujet de ce qu'il en vit.
- 15 Au regard de cette situation, vaquer dans les couloirs semble apparemment entretenir une confusion au sujet de notre fonction. Cependant, en de multiples occasions, nous avons pu désormais constater qu'elle fait au contraire naître à minima un appel au secours source de transformation psychique ultérieure grâce à notre présence ponctuelle et corporelle, à certains moments repérés de la journée. Il est important en effet de choisir les circonstances de notre travail afin qu'il laisse en mémoire un noyau d'étayage pour le personnel en cause qui, faute de quoi, ne reviendrait pas sur ce genre

de situation subie, et renforcerait des défenses accumulées contre la tension ambiante.

- 16 Que dire de la scène suivante : une alarme sonne, la psychologue cherche à se renseigner sur la situation en cours. Les faits se sont déroulés en cours de promenade, un prisonnier incarcéré depuis peu pour réitération d'usurpation d'identité, balafre son visage avec un cutter au moment où les autres détenus, jusqu'alors en promenade, amorcent le retour vers la détention. Un surveillant arrive dans la cour, lui demande de lâcher sa lame, met en parole qu'il doit arrêter de se faire mal, attend qu'il pose cet objet car il sent le prévenu très offensif, lequel s'exécute grâce au calme du gardien. Un brancard arrive, le blessé est évacué dans une salle de soin auprès d'une infirmière de l'établissement, sous la protection d'un autre surveillant qui les accompagne car ce dernier est très agité et menaçant.
- 17 Ce personnel verbalise alors rétrospectivement à la psychologue ses émotions de peur, ce qui n'est pas fréquent de leur part, celle-ci lui restitue des propos rassurants concernant son intervention, et la normalité de ses éprouvés face à la violence d'une telle scène.
- 18 Dans cet univers où tout et rien convergent entre deux individualités, la première attitude du psychologue est donc l'empathie, l'apaisement par une présence réceptive, elle consiste à se mettre à la place de l'autre dans un co-éprouvé, dans un partage des sensorialités, c'est-à-dire une entente réciproque minimum sur laquelle s'appuyer pour partager les émotions. Un contrat narcissique minimum s'établit, à partir duquel ce genre d'échange peut avoir lieu, grâce à la confiance acquise au préalable par le personnel envers la clinicienne qu'il a repérée dans les couloirs, et auprès de laquelle il peut déposer ses affects. Cet événement a permis autre chose, une mise en tension psychique du côté de la psychologue, qui a pu apaiser ce qu'elle-même venait d'éprouver, grâce à un contenant plus théorique, une remise en pensée de cette scène sidérante, que peut donc signifier pour un individu la mutilation de son visage, alors qu'il a pour habitude d'usurper l'identité d'autrui ? À quel moment, dans quel contexte son acte désespéré s'est-il déroulé ? Par la suite, un travail d'appropriation subjective a pu être généré auprès des professionnels concernés, lui-même ayant pour origine l'élaboration psychique de la clinicienne.



- 19 Ils prennent ainsi conscience que tout acte peut avoir une signification, mais surtout qu'une attitude calme face aux violences auto et hétéro agressives les aide à contenir et apaiser ce genre de situation, les protégeant en l'occurrence d'une dangerosité criminelle.
- 20 Cette méthodologie d'accompagnement par le clinicien auprès des personnels de surveillance, n'est pas une analyse de pratique « classique » puisqu'elle n'est pas systématique, ou régulière. Elle se perpétue plutôt à l'occasion ; elle entraîne néanmoins pour ce profil de personnel, le fait qu'ils se permettent de prononcer des paroles du registre de l'humain sans s'en culpabiliser, au regard de la fonction répressive institutionnelle préconisée par la justice. En l'occurrence, dans notre vignette clinique, le détenu blessé transporté à l'infirmerie continue : « ce n'est pas fini, je vais recommencer », le surveillant l'apaise : « que vous est-il arrivé, qu'est-ce qui vous fait souffrir

ainsi ? ». Le représentant pénitentiaire permet ainsi à l'intéressé d'exprimer sa détresse abandonnique et de renoncer à ses actes violents, grâce à la transformation du registre sécuritaire, habituellement prioritaire et souvent source de persécution, en une présence simplement humaine et chaleureuse.

- 21 Le clinicien se trouve par conséquent au carrefour de situations à double entrée, celle d'un maintien de sens grâce au regard porté sur la population pénale qui est à l'origine de bien des processus institutionnels en cours, celle prioritaire du mieux-être des personnels qui seront par ricochet plus à l'aise dans leurs fonctions face aux détenus.
- 22 Dans ce milieu où tout se sait, maintenir une certaine neutralité en toutes circonstances est un moyen d'instaurer ou de maintenir à minima une ébauche de pensée. En particulier quand nous sommes amenées à soutenir séparément deux personnes opposées dans un conflit alors que chacune sait pertinemment que nous les avons entendues l'une comme l'autre. « Ni pour les uns, ni pour les autres³ » est une position qui vaut pour évoluer plus librement au sein des relations entre les personnels de base et les cadres qui ont autant besoin d'accompagnement dans leurs fonctions que leurs subordonnés.
- 23 Une autre caractéristique est de verbaliser notre attitude qui consiste à être très attentives aux mouvements internes à la détention. Ils peuvent en effet faire basculer soudainement une ambiance calme en une atmosphère explosive, fond minimal à partager qui fait que l'on intègre notre présence. Être à certains moments de la journée parmi eux, s'accompagne d'une mise en parole : « nous sommes avec vous, afin que vous puissiez nous interpeller si besoin », cette manière de procéder met particulièrement en évidence la symbolique psychique qui accompagne notre présence, c'est essentiel pour se présenter, pour être repérée dans un univers où l'action prédomine. Le retour que l'on a parfois des surveillants peut être, « que faites-vous ? Vous venez contrôler ce que je fais, vous allez en référer au directeur ». Certains surveillants ont la crainte que le « psy » participe à leur notation et à la prise de décision dans leur titularisation.
- 24 Plus que jamais l'étanchéité de notre fonction, ce que nous gardons de ce qui nous est confié, ou de ce dont nous sommes témoins visuel

ou auditif, restitue cette dimension psychique contenante, ce qui introduit au plan métapsychologique toute la dimension du registre prégénital anal au sein duquel nous évoluons.

- 25 Nous avons une fonction apaisante certes, mais tout autant parfois stimulante, dans le sens où nous concrétisons un tiers externe révélateur de la distance nécessaire qui ouvre sur une question perpétuellement sous-jacente : comment transformer l'impensé en pensée.
- 26 Une base narcissique commune est ainsi créée avec l'institution, base à partir de laquelle peuvent se déployer les spécificités de chacun car en effet, la présence symbolique du clinicien dans les couloirs, repéré par tous comme celui qui est là pour le personnel, porte en elle-même les prémices d'une activité de pensée possible.
- 27 Ainsi, les pratiques des psychologues en milieu carcéral convergent au bout du compte à faire naître une interrogation sur soi. Elles font tout pour être l'offre d'un espace de parole, même dans les couloirs, chantier archaïque de la présence perceptivo motrice d'un objet externe premier si important pour les détenus mais aussi pour le personnel, support d'une intersubjectivité naissante. Cette offre a pour objectif d'être transformable grâce à sa souplesse et à son adaptation, même si de fait l'univers carcéral est organisé d'une façon réactionnelle aux barrières du dehors, la société et ses lois, dont nous-mêmes faisons partie et sommes porteurs. Cette institution se défend tout autant par l'intermédiaire de barrières psychiques, édifiées contre les violences ambiantes du dedans, la prison.
- 28 La créativité, au sein du couple destructivité/créativité, peut naître face à la violence engendreuse de fusion/confusion à condition que l'on ne tombe pas dans le piège que serait le miroir de cette violence, miroir constitué par une pratique clinique cloisonnée, par défense contre un vécu d'intrusion et qui entretiendrait alors des zones de clivages, pratique envers les détenus comme envers le personnel.
- 29 Au sein de cet univers, la santé, l'éducation nationale, les intervenants du monde extérieur, sont les exécutants indirects d'une justice qui vient du dehors. Ces personnels sont pris dans le double étau que constituent d'une part le mal-être éventuellement implosif intra-muros, généré par une institution fermée à vocation punitive ; d'autre

part le rejet venant du dehors, doublé/soutenu par le regard de la société. Dénoncer le dedans, l'« intra-muros » peut être parfois une manière d'essayer de se différencier d'un objet submersif, ou encore de se dégager d'un conflit privé intra subjectif, à résonance interne, en le projetant au dehors de soi. Au cœur de ce cadre violemment instauré, le psychologue ne peut, et de quelque place qu'il soit, que tenter d'accueillir les détresses ambiantes individuelles et/ou groupales, afin qu'elles aient l'occasion de se transformer, en prenant garde de ne pas se laisser prendre dans les clivages multiples entre les services et/ou les individus qui les composent. Le piège est de se laisser entraîner dans les oppositions bon/mauvais, protégés/menacés, agresseurs/agressés tout autant que dans leurs confusions. Tout ceci au détriment d'une réflexion globale de ce que peuvent générer des personnalités, d'une part privées de liberté, d'autre part souffrant de non-intégration des limites et des interdits.

- 30 La pratique clinique évolue des tensions sidérations aux émotions débordements, des clivages aux indifférenciations, en passant par les processus d'identification projective, passages obligés des prémices de la différenciation de l'objet. Le travail psychique ne peut vivre que s'il laisse naître en lui-même une aire constante de désillusion par laquelle et au cours de laquelle, l'acceptant en tant que tiers, l'objet clinique pourra se différencier, le clinicien pouvant ainsi contribuer à l'apaisement des tumultes inhérents à toute institution.
- 31 Cet article interroge des pratiques historiquement « jeunes », au sein d'un environnement où la liberté corporelle est balisée, tant pour les individus contraints à sa privation, que pour le personnel de l'AP, dont la mission est d'exécuter ce que la justice impose pour signifier certaines limites. La pratique du psychologue clinicien est alors souvent logée au sein d'un déploiement temporel et spatial entre des dehors et des dedans matérialisés par les établissements pénitentiaires au sein desquels nous intervenons, eux-mêmes inclus dans un système administratif au sein du ministère de la justice ; pratique ponctuée par les interrelations dues au fourmillement humain que cet univers génère, de l'intériorité à l'extériorité, du subjectif à l'intersubjectif. Faire aller notre réflexion au gré de la liberté de nos propres mouvements psychiques individuels et groupaux, permet d'analyser ces moments représentés à propos de ce dehors contraint et contraignant qu'est l'espace carcéral dans sa

réalité matérielle. Certains épisodes sont appréhendés dans un après-coup comme un fond qui se différencie d'une forme d'apparence opératoire, tel un contenu qui prend sens grâce à nos appropriations subjectives naissantes. Celles-ci s'efforcent d'être créatives face à des situations générées par une violence ambiante qui impose a fortiori des limites à la pensée, agressions du personnel, suicides des détenus.

- 32 « Respectez mes défenses », est une remarque qui témoigne de ressources psychiques certaines, ce qu'en l'occurrence les détenus n'ont pas toujours les moyens de mettre en place, déployant plutôt une économie psychique source de clivages et de processus d'identification projective.
- 33 La prison est organisée à la marge de la société comme si celle-ci ne pouvait contenir et subjectiver ses propres zones de turbulence. La notion d'espace potentiel proposée par D.W. WINNICOTT illustre par excellence un devenir inachevé, celui de ce qui ne peut être subjectivé et qui ne l'a jamais été, faute d'interrelation et de lieu de rencontre entre le socius et le monde de l'exclusion, comme les établissements carcéraux rejetés à l'extérieur des villes. Les sites d'enfermement sont ainsi maintenus au cœur du vaste champ « du manque à être⁴ ». Nous sommes là aux confins de la vie psychique.

NOTES

1 PEP : Projet d'Exécution des Peines, le psychologue travaille selon un rôle non thérapeutique et non expertal, auprès de la population pénale, comme auprès des personnels qu'il accompagne, dans le but de participer à l'inscription des détenus dans un projet de vie et de gestion de sa peine pour les très longues condamnations et/ou de réinsertion pour des sorties plus rapides. Cependant, le suivi régulier des détenus dans ce cadre balisé, induit a fortiori un travail psychique préparatoire à une demande psychothérapique.

2 Selon l'expression employée par D. ANZIEU dans le titre de son ouvrage, *L'épiderme nomade et la peau psychique* (1990, Apsygée).

3 LECLERC É., octobre novembre 2000, « Ni pour les uns, ni pour les autres », Canal psy n° 45, Être psychologue dans le champ criminologique.

4 ROUSSILLON R., janvier février 1999, *Canal Psy*, « La transitionnalité : une coupure épistémologique “invisible” ».

AUTEURS

Sophie Brossier

Psychologue clinicienne

Martine Edrosa

Psychologue clinicienne

IDREF : <https://www.idref.fr/182164624>

Chantal Escoffier

Psychologue clinicienne

Élisabeth Leclerc

Psychologue clinicienne

Nathalie Torrocilla

Psychologue clinicienne

La prise en charge thérapeutique post-carcérale de l'auteur de violences sexuelles

André Ciavaldini

DOI : 10.35562/canalpsy.904

PLAN

La question du « traitement » et l'emboîtement des espaces de contraintes

Les divers cas de « milieu ouvert » et le travail de liaison

Travail de liaison et travail de séparation

La rencontre thérapeutique de l'AVS

La demande est hors main de justice

La demande est sous main de justice

Les règles de bases à respecter

Les documents judiciaires

Verbaliser ce qu'est l'obligation et ce qu'elle n'est pas

La verbalisation des actes, jugements et peines : l'évaluation du consentement et de l'alliance thérapeutique

Les « risques thérapeutiques »

Le risque dû à la dimension judiciaire du traitement

Le risque dû à la configuration psychique de l'AVS

Vigilance aux interruptions thérapeutiques

Risques de réitération du comportement violent sexuel : risque de récurrence judiciaire

Pour conclure

TEXTE

- 1 Cette contribution est bâtie à partir de mon expérience du traitement de sujets présentant des troubles du comportement sexuel ayant entraîné des violences sexuelles judiciairisées, au cours de ces dix dernières années en centre public de soins. Ce centre, le PARI¹, est une unité de recherches et de traitements psychanalytiques où sont mises en œuvre des psychothérapies individuelles et de groupe. Il constitue une Unité Fonctionnelle du Centre Hospitalier de Saint-Égrève (Isère) et il est intersectoriel. Exclusivement centré sur une pratique psychothérapique, ce centre s'adjoit la participation de médecins extérieurs, voire d'autres professionnels ou structures (services hospitaliers, CMP, services

sociaux, etc.) lorsqu'un traitement chimiothérapique ou qu'une intervention sociale est à fournir dans le cadre du traitement de nos patients. Aussi est-il de pratique courante et fréquente pour des patients hospitalisés, d'intervention en partenariat de soins avec d'autres équipes.

- 2 Depuis une quinzaine d'années, sous l'égide de Claude BALIER, alors médecin chef du SMPR de Varcès, un lien s'est développé de manière privilégiée entre notre centre et le SMPR pour des activités de réflexion, d'études de cas et de recherches cliniques à propos des sujets auteurs d'agressions sexuelles (BALIER, CIAVALDINI, GIRARD-KHAYAT, 1996)².
- 3 Notre centre dispose, en ce qui concerne les sujets auteurs de violences sexuelles (AVS), de quatre sources d'adresses des patients. La première, la plus ancienne et la plus banale, est celle des patients « tout-venant » parmi lesquels, de temps à autre, se trouvent des problématiques de violences sexuelles. La seconde source date du début des années 90. Elle est issue du lien avec le SMPR de Varcès. Nous recevons des sujets en fin de peine demandeurs de la poursuite du travail thérapeutique entrepris dans le cadre du SMPR ou des sujets pour lesquels une poursuite du soin semblait préconisable et supportable par le sujet. La troisième source a été autorisée par la loi de juin 98 sur la base de l'obligation de soin. Un lien s'est effectué entre les juges de l'application des peines (JAP), le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et notre service qui consacre une partie de sa mission publique à recevoir des patients en obligations de soins (environ 10 % de sa file active, soit une cinquantaine de patients par an). Enfin, la quatrième source est celle de la rançon de notre acceptation de travailler avec les auteurs de tels comportements, à savoir que nous sommes maintenant sollicités par de nombreuses structures institutionnelles qui se déchargent sur notre centre pour toutes les questions concernant le suivi de tels sujets.
- 4 La prise en charge thérapeutique d'un auteur de violence sexuelle en milieu ouvert pose trois types de problèmes qui nous serviront de fil conducteur : « prendre en charge » suppose que soit différencié traitement et suivi. Le traitement, dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, est-il de même nature que celui initié à la demande d'un

sujet hors main de justice ? Quels sont les AVS qui accèdent à un traitement ? Enfin, qu'implique, comme règles spécifiques mais aussi comme risques et donc comme conduites à tenir, le traitement psychothérapique en « milieu ouvert » au regard de celui effectué dans le milieu fermé de la prison ?

La question du « traitement » et l'emboîtement des espaces de contraintes

- 5 Toute procédure de prise en charge psychodynamique doit prendre en compte les potentialités psychiques du sujet à intégrer la procédure dans son Moi. Dans le cas du sujet violent sexuel, lorsque le ou les actes violents sexuels ont été judiciairisés, j'ai montré combien la perception de la sentence pénale et de son exécution (l'emprisonnement par exemple) était génératrice d'un temps favorable à l'installation d'un suivi thérapeutique (CIAVALDINI, 1997). Sentence et exécution fonctionnent comme des perceptions cadrantes, apaisantes, sur lesquelles le sujet violent sexuel peut s'appuyer pour développer, a minima, un travail de mentalisation, si une prise en charge est développée à ce moment fécond du début de détention (une fois résorbé le choc incarcératif). Plus on s'éloignera de cet instant pour initier la prise en charge, plus les résistances seront importantes. Cependant, une fois effectué le temps de peine, la prise en charge pourra continuer, à l'extérieur, sous main de justice, par injonction de soin dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. La loi du 17 juin 1998, dissocie la peine et le soin, puisque l'obligation de soins, si elle est prononcée, ne vaut qu'une fois la peine à temps effectuée. Cela ne signifie pas que l'AVS ne bénéficiera pas de soins pendant son incarcération : pendant ce temps le soin ne sera évoqué que sous la forme d'une incitation, ouvrant, pour le sujet qui y répond, droit aux réductions de peines supplémentaires. Cela supposera qu'une liaison s'établisse entre le soin initié pendant le temps carcéral et sa poursuite à l'extérieur dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. Pour autant, la loi distingue encore le suivi, du traitement proprement dit. Et en effet, « suivre » n'est pas « traiter » même s'il peut y conduire. Le traitement suppose un versant actif,

une action de soigner, une mise en œuvre de moyens thérapeutiques pour « guérir ». Dans le cas qui nous occupe, il faut le comprendre comme l'engagement d'une relation active propre à développer la mentalisation et devant prendre fin un jour. Le suivi implique d'emblée une notion de continuité, de régularité, d'inscription dans le temps ; ce peut être le rappel de loin en loin d'un cadre conteneur de la relation, supposant qu'un travail psychologique est à préserver. Bien entendu un suivi peut intégrer un traitement chimiothérapique et/ou psychothérapeutique. La loi a bien saisi ce distinguo puisque le suivi socio-judiciaire peut comporter une obligation de soin, c'est-à-dire la mise en œuvre d'un traitement, si le sujet est réputé, après expertise, pouvant bénéficier de ce type de soins.

- 6 Ainsi, le traitement peut être compris comme un compromis entre trois espaces de contrainte :
- L'organisation psychique du sujet AVS : que peut-il négocier comme excitation générée par la relation ? Quel type de travail psychique sera-t-il susceptible d'effectuer ? Quelle sera son attente et donc sa demande ?
 - La pratique du thérapeute : que peut-il contenir ? [excitation issue de diverses contraintes : de l'organisation psychique du sujet AVS et de celle judiciaire mais aussi de celle de son histoire de thérapeute, des acquis qu'il a (son « savoir faire »)].
 - La dimension judiciaire, par voie d'obligation, lorsqu'il y en a une. Cette dernière définit une temporalité du soin et constitue une contrainte temporelle cachée. En effet, l'obligation vaut pour un temps certain, celui imposé par le juge, pas plus.

Les divers cas de « milieu ouvert » et le travail de liaison

- 7 Le milieu ouvert vient s'opposer à celui, fermé, de l'univers carcéral. Il peut s'agir d'un service public, d'un espace associatif ou encore d'un cabinet privé. Cela, à vrai dire, importe peu pourvu que certaines règles de bases soient respectées. Règles qui varieront selon la demande et son origine. En effet, et nous le verrons plus avant, le setting et les règles de fonctionnement, dans un premier temps du traitement, ne seront pas les mêmes avec un AVS venant seul, sans

judiciarisation de ces actes, et un autre prenant contact dans le cadre de l'injonction thérapeutique.

Travail de liaison et travail de séparation

- 8 Lorsque le sujet vient sous main de justice, un double travail de liaison est à mettre en œuvre, quoique chaque cas ait à être pensé individuellement. Le premier est à destination des équipes qui ont pris le sujet en charge dans l'intra-carcéral. Il est important d'appréhender le travail qui a été effectué dans ses diverses modalités. Cette liaison permet souvent de tamponner, pour le sujet probationnaire, l'effet d'excarcération. Il est pensé par d'autres, ailleurs. « Autres » dont il peut savoir qu'ils l'accueilleront ultérieurement. Il s'agit donc d'un travail d'intégration de la future thérapie dans l'histoire du sujet. Certes il y a « obligation judiciaire » mais celle-ci ne se met pas en œuvre au prix d'une rupture du continuum thérapeutique. En effet lorsque le sujet est sortant il aura à effectuer un travail de séparation, sur le modèle du travail de deuil, de l'équipe l'ayant suivi dans l'intra-carcéral. Or, faire un tel travail est pour ces sujets une tâche difficile puisque reposant sur des mécanismes psychiques qui précisément sont en défaut. Le travail de liaison avec l'équipe intra-carcérale est donc plus à destination du probationnaire que du ou des futurs thérapeutes de ce sujet. Le travail de liaison est donc à comprendre comme la part externalisée du travail de séparation que devra opérer le probationnaire.
- 9 La seconde liaison est à faire avec les différents acteurs du suivi socio-judiciaire. En ce qui concerne notre centre nous avons fait le choix de ne pas développer un « espace de soins intégré » comprenant l'ensemble des professionnels du suivi médico-social. Fidèle à notre engagement strictement psychothérapeutique, nous ne délivrons ni médicaments, ni aide social. Cela nous oblige donc à travailler, pour certains sujets, en relation avec d'autres professionnels complémentaires (médecins prescripteurs par exemple) ou d'autres instances (sociales ou éducatives). À aucun moment nous ne sommes clos sur le travail psychothérapique. Les possibilités d'échanges avec nos partenaires font l'objet d'une vigilance particulière afin que la confidentialité des séances jamais ne

soit mise en question. Cette liaison demeure un chantier de réflexion permanent afin de maintenir des liens entre les différents acteurs dont ceux de la justice (dont JAP et SPIP). Si ces rencontres permettent à intervalles réguliers de redéfinir les cadres et les contraintes de notre collaboration, elles évitent aussi les risques qu'un clivage psychique s'agisse dans l'inter institutionnel (CIAVALDINI, 2001).

- 10 Cette double liaison est donc à considérer avant tout comme un signe de contenance du continuum historique du sujet, dont il a à être tenu informé. Elle aura secondairement à être réintégrée dans le processus même du traitement comme étant la part perceptive sur laquelle le sujet pourra étayer la reconstruction de son cadre de représentance psychique. Le travail de liaison signifie qu'en son absence le sujet continue d'être pensé.

La rencontre thérapeutique de l'AVS

- 11 Le prononcé d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, ne s'effectue, en principe, qu'après avis expertal psychiatrique. Les AVS parvenant à notre centre par voie pénale présentent donc, a priori, une organisation psychique qui leur permet soit de bénéficier directement d'une prise en charge psychothérapique, soit dont il peut être espéré une modification favorable de leur économie psychique avec une mise en œuvre psychothérapeutique appropriée. L'instant déterminant sera donc celui de la rencontre. C'est à partir de celle-ci que pourront être posés quelques jalons thérapeutiques (BALIER, 1999).
- 12 Cette rencontre doit se faire, quelles que soient les contraintes qui pèsent, dans une dimension d'authenticité. En effet seule cette dimension définit la saisie d'autrui en tant qu'historicité individuelle et est donc la condition de l'instauration d'une intersubjectivité véritable (BRONCKART, 1991). Une telle dimension ne peut advenir que si d'emblée les diverses contraintes, qui pourraient apparaître comme grevant la situation thérapeutique, sont repérées et si possible nommées.

- 13 Avec le sujet AVS deux grandes modalités existent, celle où le sujet vient librement avec une demande personnelle et celle où le sujet est soumis à une obligation pénale.

La demande est hors main de justice

- 14 Lorsque le sujet dit venir sans raison judiciaire, deux cas de figure surviennent le plus fréquemment :
- Les fausses demandes : ce sont les cas où certains sujets, engagés dans des comportements à risque de judiciarisation (cela est particulièrement présent pour les sujets pédophiles), espèrent en venant trouver un thérapeute, échapper à la rigueur pénale. Le discours sur la souffrance venant alors masquer la permanence d'une activité délictuelle. Une demande d'attestation en fin de premier entretien vient parfois authentifier une telle démarche.
 - Les demandes franches d'aide thérapeutique. En effet, il convient ici de préciser qu'un sujet présentant des fantasmes de transgressions sexuelles n'est pas, a priori, un sujet « à risque ». Par exemple, un nombre non négligeable de sujets peuvent présenter des rêves, voire des fantasmes transgressifs, sans que l'on puisse parler de sujets susceptibles d'avoir recours à un passage à l'acte. Dans ces derniers cas, il est du reste rare que ces productions fantasmatiques soient exposées d'emblée comme source première de la demande.
- 15 Ainsi, sans obligation de soins la prise en charge sera identique à n'importe quelle autre si ce n'est que la mise en acte de certains comportements peut donner lieu à des obligations côté du thérapeute (voir ci-dessous paragraphe : Les « risques thérapeutiques »). Il conviendra cependant, au décours de l'entretien, de s'assurer qu'aucune conduite à risque n'est actuellement en cours. Cela suppose, par exemple, que lorsque le patient est un pédophile avéré mais n'ayant plus recours à des actes pédophiliques, aucune consigne particulière n'est à formuler.

La demande est sous main de justice

- 16 Quand le sujet vient sous main de justice, dans le cadre d'une obligation de soin, il a rencontré un expert ayant évalué son accessibilité à un soin psychothérapique (art. 131-36-4 du NCP). Pour

autant « obligation » suppose, mais ne veut pas dire, « consentement » aux soins (CAILLON et col., 1999) et encore moins adhésion ou alliance thérapeutique. Ce sera l'un des axes majeurs de l'engagement dans le processus du soin que de parvenir à obtenir une adhésion aux soins et une alliance thérapeutique. De cela découle l'importance de l'authenticité de la rencontre, ce qui supposera que le thérapeute ne se méprenne pas sur la notion « d'obligation de soins ».

- 17 Il reviendra, en effet, aux thérapeutes acceptant de travailler avec des sujets soumis à une obligation de soins de percevoir que l'obligation ne leur est aucunement destinée, qu'ils n'en sont pas les destinataires, ni même les agents. C'est de leur plein gré qu'ils accepteront, non un travail dans ce cadre, mais d'intégrer dans leur cadre de travail mental et leur setting technique cette nouvelle dimension. Choix de la méthode, dispositif et setting sont du registre strict de la compétence du thérapeute. Pour autant ce dernier acceptant de recevoir un sujet AVS sous obligation de soin s'engage à un certain nombre de formalités. Celles-ci, dans un premier temps, seront à intégrer au cadre technique du travail thérapeutique sous menace de devenir persécutrices, mais elles devront, dans un temps ultérieur, pouvoir être analysées, c'est-à-dire référées à l'histoire du sujet (particulièrement celle de ses liens objectaux) telle qu'elle se déploiera dans le cadre du travail thérapeutique. Ainsi la loi restitue au soin sa possibilité d'être véritablement un soin psychique avec une nécessaire surveillance légale et pénale. Ici, le thérapeute pourra prendre appui sur le cadre institutionnel, véritable concrétisation du tiers. Cadre nécessaire au bon déroulement du soin, tel que Claude BALIER y a déjà largement insisté. Cette loi, quelle qu'en soit la dimension sécuritaire, doit être pensée comme rendant possible un soin pour des sujets qui, jusqu'à un jour encore récent étaient réputés, pour le plus grand nombre, inaccessible aux soins psychiques. Elle rend possible, pour l'AVS, la rencontre sur un temps suffisamment long, d'un espace d'élaboration psychique autre, une possibilité de « créer-trouver » des outils de pensée. Le « temps judiciaire » est compté et sur lui le thérapeute devra compter pour permettre de faire au délinquant l'expérience d'une rencontre génératrice d'histoire. Voilà véritablement ce que dit la loi. Une fois franchie, pour le sujet sous obligation de soins, l'enceinte de notre cadre thérapeutique, il appartiendra à chaque thérapeute d'engager la

relation sans obligation d'y souscrire. Ce n'est pas parce qu'un sujet arrive avec une obligation que nous sommes obligés de nous y engager. L'accord se fera entre sujets comme il se fait dans toute thérapie. Cette dernière gardera alors sa potentialité d'inconnue et d'invention, seule garante d'un travail psychique fécond. Cependant, certaines règles de fonctionnement spécifiques doivent être respectées lors de la mise en place d'un traitement psychothérapique dans le cadre d'une obligation de soin.

Les règles de bases à respecter

- 18 Intégrer l'obligation dans son cadre mental et technique supposera qu'à aucun moment il ne puisse être question de « passer sous silence » l'obligation dans sa réalité.

Les documents judiciaires

- 19 Il est donc souhaitable que le thérapeute ait eu en lecture les documents judiciaires en la possession du probationnaire. Soit il les demandera au sujet, soit le médecin coordonnateur les lui transmettra. Une telle contrainte psychique pour le thérapeute sera verbalisée au patient dans le sens, non d'une inscription dans le champ judiciaire, mais d'une connaissance de son cas et donc d'un souci d'intégrer la démarche qui est imposé au probationnaire dans une continuité, non de la peine, mais du soin. En d'autres termes il s'agira donc d'expliquer que l'obligation permet au sujet un accès à un soin psychique mais que ce soin il reviendra au thérapeute de l'inscrire en décalage avec le champ judiciaire.

Verbaliser ce qu'est l'obligation et ce qu'elle n'est pas

- 20 Pour permettre ce décalage, il appartiendra au thérapeute, d'emblée lors de la rencontre, de préciser ce que supposera l'obligation pour le sujet. A priori cette information aura été effectuée et par le juge de l'application des peines et par le médecin coordonnateur ayant en charge le probationnaire. Cependant, le thérapeute étant seul garant de son cadre d'exercice, il convient de reprendre, non dans les détails

techniques, mais dans sa réalité thérapeutique les deux grandes incidences de l'obligation de soin. La première est l'obligation de venir. Une fois définies quelles formes de technique, de dispositif et de rythme conviendraient le mieux au sujet, il devra se présenter régulièrement aux séances, faute de quoi le thérapeute est tenu d'en informer les instances judiciaires. Cela supposera que toute absence devra au moins être prévenue, au mieux être convenue. La reprise verbale de cette absence se fera dans un souci d'intégration au processus mais cela comme dans toute autre thérapie de type psychodynamique. La seconde incidence, corollaire de la première, est la rédaction à intervalle régulier (en général mensuel) d'un certificat de présence (et non de participation) à la thérapie destinée à la justice. Informer le sujet de la réalité de son obligation, c'est aussi en tracer les limites judiciaires. Ce dernier point permet de reprendre la garantie de confidentialité du contenu des séances. Point particulièrement important qui définit les limites de l'enveloppe du cadre thérapeutique. Cette garantie de confidentialité instaure le thérapeute comme garant de son cadre aux yeux du probationnaire. Cependant, comme dans n'importe quelle autre prise en charge, il est inutile de préciser les limites légales de cette confidentialité. Ces règles, aussi contraignantes soient-elles, ne doivent pas être assénées comme celles édictées par un surmoi cruel, mais ont à être évoquées au décours, naturellement empathique, de l'entretien comme appartenant au cadre de travail.

La verbalisation des actes, jugements et peines : l'évaluation du consentement et de l'alliance thérapeutique

- 21 La connaissance des faits par la lecture des documents judiciaires (étape nécessaire permettant d'éviter certains dénis) n'est qu'une inscription de la thérapie dans un continuum dont en même temps le thérapeute devra se dégager (le décalage). Cette connaissance n'a en soi, sur le plan thérapeutique, aucune véritable valeur. Il reviendra donc, et cela dès le ou les premiers entretiens, de demander au sujet de verbaliser le pourquoi de son arrestation, de sa peine ainsi que sa position à l'égard de l'obligation qui lui est faite de suivre un traitement. C'est à partir de ces éléments que pourra se dessiner une

possible alliance thérapeutique au travers de l'évaluation du consentement du patient. Il n'est pas rare, au reste et malgré l'expertise, que le consentement ne soit pas d'emblée présent. Le travail thérapeutique premier sera alors d'établir les conditions d'un tel consentement : et ces conditions sont les mêmes que celles qui doivent être mises en œuvre pour toute thérapie en tenant compte des éléments évoqués ci-dessus. En effet, ce n'est pas parce qu'une obligation de soin est prononcée ou qu'un sujet présente une demande franche que le thérapeute est tenu d'y répondre.

Les « risques thérapeutiques »

- 22 Deux risques sont spécifiques à la prise en charge des AVS. Le premier est lié au fait que le traitement découle d'une obligation judiciaire. Le second est issu de leur configuration psychique.

Le risque dû à la dimension judiciaire du traitement

- 23 Pris dans une obligation, le traitement participe à la dimension sécuritaire de la loi, dès lors la rupture de la prise en charge, côté patient, doit être signalée, qu'il y ait risque ou pas de réitération des actes infractants. Le signalement doit s'effectuer auprès, soit du médecin coordonnateur, soit plus directement du JAP. Il convient cependant de rappeler que l'organisation psychique de ces personnalités à comportement émergent violent sexuel est basée sur une difficulté de mise en latence de l'excitation par les processus de représentation. Ainsi toute altération du setting du traitement peut évoquer une rupture du processus thérapeutique qui ne peut qu'inquiéter si elle n'est ni prévue, ni prévenue.

Le risque dû à la configuration psychique de l'AVS

- 24 Le recours au comportement violent sexuel surgit le plus souvent comme une tentative de survie psychique, dans une recherche ultime de régulation de l'excitation. Cette dernière, ne pouvant être engrammée, aura alors valeur d'éprouvée de déperdition de l'intégrité

narcissique. C'est cette déperdition qui pourra déclencher le recours à l'acte en place d'un processus de mentalisation faisant défaut parfois dans sa potentialité même.

Vigilance aux interruptions thérapeutiques

- 25 Le recours à l'acte considéré comme un mécanisme défensif ultime pourra être réactivé en cas de difficulté psychique, ce qui ne peut que se produire au décours d'une thérapie. Il appartiendra donc au thérapeute d'être particulièrement vigilant pendant toutes les périodes de séquençage de la thérapie, particulièrement les petites interruptions et a fortiori les vacances. À ce titre, l'avantage de l'exercice en institution permet d'assurer à l'AVS une forme de permanence dans l'absence de son thérapeute de référence. Cette permanence pourra prendre la forme d'une liaison par téléphone avec le centre, voire même pour certains, la possibilité de venir régulièrement rencontrer, soit un autre thérapeute, soit un personnel du centre. Il reviendra à ce dernier, non de développer un processus thérapeutique, mais d'assurer la « maintenance » du lien (tâche qui peut se révéler particulièrement ardue). Une telle dimension de permanence sera parlée pendant le temps du travail thérapeutique, si un autre personnel doit être rencontré, il sera évoqué par le « thérapeute de référence » du sujet.

Risques de réitération du comportement violent sexuel : risque de récidive judiciaire

- 26 Lorsqu'une conduite à risque est évoquée, et cela est plus particulièrement à destination des sujets à risque pédophiles, a fortiori lorsqu'elle apparaît toujours active, l'exploration des actes et des circonstances de tels comportements doit être faite par le thérapeute afin d'en évaluer non seulement la réalité mais aussi la dangerosité. En effet, en cas de conduites toujours actives lors d'une demande hors main de justice, il ne saurait être question de prendre en charge un sujet qui tomberait sous le coup d'une judiciarisation. En effet, il faut rappeler ici l'obligation faite aux professionnels du soin d'une levée de leur secret professionnel (art. L. 355-35 nouveau du Code de santé publique) avec obligation d'informer dans les délais

les plus brefs les autorités judiciaires dans le cas où de telles conduites sont présentes.

- 27 Une telle levée du secret professionnel fait partie des formalités auxquelles souscrit le thérapeute dès lors qu'il y a risque avéré concernant particulièrement les sujets mineurs.
- 28 Au décours d'une prise en charge, si le risque apparaît, la formulation doit être claire mais – et cela est très important – toujours lié, tant que faire se peut, au processus thérapeutique. L'extérieur judiciaire doit être ramené à un « ici et maintenant », pour lui conserver son efficace thérapeutique, faute de quoi la loi ramenée ex abrupto sous forme d'une règle menaçante peut apparaître comme une formule persécutrice qui serait ressentie comme privant le sujet d'un élément de survie psychique.
- 29 Cependant, l'insertion de la loi dans le jeu du transfert n'est pas toujours possible. Pour autant son rappel se doit d'être fait en cas de situation à risque. En effet, il revient au garant du cadre d'en assumer toute la rigueur. Ce sera donc au thérapeute, en cas d'actes ou de réitération d'actes pédophiles, ou de suspicion légitime, de prévenir le sujet que la loi lui fait obligation d'en avertir les représentants judiciaires (dans le cas présent JAP ou médecin coordonnateur). Une telle démarche est loin d'être simple pour le thérapeute. Au recours à l'acte du pédophile répondra l'acte du thérapeute qui fera rappel de son obligation légale (levée de la confidentialité). Démarche d'autant plus rude qu'elle ne peut supporter de retard en cas de mise en actes avérée. Si un médecin coordonnateur fut pressenti c'est à lui que s'adressera le thérapeute. De cette procédure le patient a à être tenu informé. Le thérapeute n'a pas à s'assurer de la véracité des faits pour engager le signalement dès lors qu'il en a la conviction ou que le danger est réel. Cependant, compte tenu des implications dans la réalité de vie du sujet d'un tel signalement, celui-ci ne peut pas être retenu sans que de sérieux indices engagent la conviction du thérapeute. Malgré cela, ce dernier n'a pas à entrer dans « un interrogatoire » de type policier qui lui ferait, par exemple, rechercher des détails ou des indices de vérité de l'affirmation du risque. La valeur de la parole du sujet est suffisante et a force de vérité psychique. La recherche de la véracité des faits sera effectuée ultérieurement par les services de Police et n'incombe nullement au

thérapeute. La difficulté de la démarche de signalement vient du fait que le thérapeute aura parfois à se positionner entre complicité du déni et horreur de la réalité. Il m'est arrivé, une seule fois, de faire un signalement de cet ordre au Procureur, sans qu'aucun indice, après enquête de Police, ne puisse être mis au crédit de mon affirmation. La question que nous eûmes secondairement à traiter avec le patient, qui revint à ses séances, fut de comprendre pourquoi il avait eu besoin de me mettre à une telle place.

- 30 La levée de la confidentialité est une démarche qui confronte le thérapeute à des vécus de solitude ou d'omnipotence, voire des fantasmes d'abandon du patient et d'échec thérapeutique. C'est, entre autres, dans de tels cas qu'un travail d'équipe ou de réseau (échange avec le médecin coordonnateur) permet d'évaluer la position individuelle du thérapeute quant à sa conviction et ainsi de la réinscrire dans un processus thérapeutique dont l'acte pédophile est toujours une sortie. Connaître les diverses procédures permet non d'éviter, mais de traiter et de minimiser les effets de ces fantasmes.

Pour conclure

- 31 Comme on le voit, ce sont les concessions faites par le champ thérapeutique à celui judiciaire qui rendent la thérapeutique possible, en tant que ces concessions fonctionneront tout au long du travail comme un rappel du tiers. C'est l'expression formelle de ce tiers, au travers des contraintes auxquelles accepte de se soumettre le thérapeute et auxquelles est astreint le sujet auteur de violence sexuelle, qui permettra que s'instaure entre deux sujets un temps transitionnel favorable à une mentalisation. C'est bien en effet le but de la pragmatique de la mentalisation que de mettre en place des réquisits minimaux pour qu'un espace intermédiaire se déploie où la parole, rien que la parole mais potentiellement toute la parole, viendra s'inscrire.

BIBLIOGRAPHIE

BALIER Cl. (1993) : « Pédophilie et violence. L'éclairage apporté par une approche criminologique », *Rev. franç. Psychanal.*, 2, p. 573-589.

- BALIER Cl. (1996) : *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, éd. PUF.
- BALIER Cl. (1999) : « Vocabulaire des agressions sexuelles », in *Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ?*, ss dir C. DAMIANI, éd. Hommes et Perspectives, 271p., p. 141-148.
- BALIER Cl., CIAVALDINI A., GIRARD-KHAYAT M. (1996) : *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*, Direction Générale de la Santé, 269 p.
- BOUCHET-KERVALLA D. (1996) : « Pour une différenciation des conduites pédophiliques », *L'Évolution Psychiatrique*, 61, 1, p. 55-73.
- BRONCKART J.-P. (1991) : art. « Rencontre », in DORON R., PAROT F. (1991) : *Dictionnaire de Psychologie*, Paris, PUF.
- CAILLON E., CHURLAND A., FRAYSSE P. (1999) : « L'institution au risque des pervers sexuels », in *Les sévices sexuels sur les enfants*, ss dir CHANOIT P.-F., VERBIZIER J. de, Ramonville Saint-Agne, éd. Érès, 272 p., p. 197-207.
- CIAVALDINI A. (1997) : « Résultats généraux de l'étude française sur les "agresseurs sexuels" », *Psy.-Fr.* n° 4, 97, Décembre, p. 7-21.
- CIAVALDINI A. (1999) : *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, éd. Masson, 2001 pour la nouvelle édition revue, 254 p.
- CIAVALDINI A. (2001) : « La famille de l'agresseur sexuel : conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins », *Le divan familial*, 6/2001, p.25-34.
- CIAVALDINI A., BALIER C. ss dir (2000) : *Agressions sexuelles : Pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*, Paris, éd. Masson, col. Pratiques en psychothérapie, pp.149-164.
- GIJSEGHEN H. van (1988) : *La personnalité de l'abuseur sexuel*, Montréal, éd. Méridien.
- GROTH A. N., BURGESS A. W. (1977) : "Motivational Intent in the sexual assault of children", *Criminal Justice and Behavior*, 4, (3).
- JACQUESY L. (1970) : « Essai de classification du pédophile », *Synapse*, 70, p. 39-48.
- KIBBEN A. Mc (1993) : « La classification des agresseurs sexuels », in AUBUT J. (1993) : *Les agresseurs sexuels*, Montréal, éd. de la Chenelière, p. 58-78.
- KNIGHT R. A., CARTER D. L., PRENTKY R. A. (1989) : "A system for the classification of child molesters", *J. of Interpersonal Violence*, 4 (1), p. 3-23.
- KRAFFT-EBING R. von (1887) : *Psychopathia sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, Paris, éd. Georges Carré, 1895 pour la trad. fra.
- LAFFON R., TRIVAS. J, POUGET R. (1958) : « Aspects psychologiques des attentats sexuels sur les enfants et les adolescents », *Ann. Méd. Psychol.*, 116/5, p. 55-7.
- MARTORELL A., COUTANCEAU R. (1998) : « Des conduites pédophiliques », *L'Évolution Psychiatrique*, 63, 1-2, p. 35-67.

MOLL A. (1891) : *Les perversions de l'instinct génital*, Paris, éd. Georges Carré, 1893 pour la trad. fra.

SCHERRER P. (1980) : *Approche clinique de la psychiatrie*, t. 3, Paris, éd. SIMEP.

NOTES

1 PARI : psychothérapies, applications et recherches intersectorielles, 3, rue des Marronniers, Grenoble. Actuellement 8 thérapeutes exercent dans notre centre, psychologues ou psychiatres, tous ayant une formation de psychanalyste et membres du Groupe Lyonnais de Psychanalyse.

2 C'est dans le cadre de cette coopération que fut élaborée la recherche sur les sujets auteurs d'actes violents sexuels menée pour le compte de la DGS de 1993 à 1996 et dont les préconisations s'intégreront à l'élaboration de la loi du 17 juin 1998 relative « à la prévention et à la répression des atteintes sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » qui permet le prononcé d'une peine de suivi-socio-judiciaire intégrant éventuellement une « obligation de soins » pour les sujets auteurs de violences sexuelles.

AUTEUR

André Ciavaldini

Docteur en psychopathologie clinique, psychanalyste (SPP, IPA), membre AFC, ARTAAS, SFTFP, chercheur associé Laboratoire de psychologie clinique, Université Paris V

IDREF : <https://www.idref.fr/055051219>

ISNI : <http://www.isni.org/000000004431482X>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/13505033>