

ÉVITER LA RECHUTE

*À l'hôpital ou en prison,
les agresseurs peuvent être pris
en charge, avec des moyens
adaptés à chaque profil.
Premières concernées,
les victimes y sont favorables.*

Par Emmanuelle Skyvington
Illustration Aline Bureau pour Télérama

B. est en prison pour viol incestueux de sa petite-fille de 8 ans. D. a violé ses deux nièces lors de séjours chez sa sœur. S., mère de famille monoparentale, a agressé son enfant. Attiré par les enfants, R. a contacté la nouvelle ligne d'écoute anonyme Stop 1. Si, en France, 6,7 millions de personnes déclarent avoir subi des violences sexuelles dans l'enfance, selon un sondage Ipsos paru fin 2020, alors il faut se rendre à l'évidence, notre pays compte aussi des millions d'agresseurs sexuels... Mais seuls une faible minorité d'entre eux – jugés et condamnés pour leurs crimes et délits – sont suivis par les équipes pluridisciplinaires des Criavs (centres ressources pour intervenants auprès d'auteurs de violences sexuelles), regroupés en une Fédération nationale depuis 2010. Deux cents psychiatres, psychologues, infirmiers, sexologues, documentalistes, juristes y mettent en commun leur expertise en matière de prévention, évaluation et prise en charge des agresseurs sexuels. Et forment les professionnels qui interviennent dans les hôpitaux, en centres médico-psychologiques ou en prison.

Cette prise en charge des auteurs, les victimes, premières concernées, y sont favorables : « Elles ont besoin que leurs agresseurs soient condamnés mais aussi que leur peine leur permette de ne plus récidiver et d'accéder à une forme de désistance, c'est-à-dire à un processus de sortie de

la criminalité », dit Olivia Mons, porte-parole de France Victimes. Le Dr Mathieu Lacambre, expert en psychiatrie légale et carcérale, praticien hospitalier au CHU de Montpellier depuis 2004 2, confirme : « Pour éviter de nouvelles victimes, il faut s'occuper des auteurs. » L'un des premiers défis est de créer une relation de confiance, garante d'une « alliance thérapeutique ». « Il faut plusieurs séances pour qu'il comprenne qu'on est là pour lui. Je n'accueille pas que son acte, je l'accueille en tant que personne », explique Cécile Mièle, psychologue-sexologue au Criavs Auvergne. Un positionnement de soignant souvent mal appréhendé par le grand public : « Cela ne veut en aucun cas dire qu'on est leur "complice". »

Selon les profils des auteurs et leur mode de passage à l'acte, les professionnels adoptent « des moyens et des stratégies qui ont fait leurs preuves », dit Mathieu Lacambre. Loin de la figure du « monstre » ou du « sociopathe », l'auteur de violences sexuelles, issu de tous les milieux, est souvent bien inséré – l'affaire Duhamel l'a prouvé. Dans 80 % des cas, il exerce sa domination au sein du cocon protecteur que devrait être, pour un enfant, la famille. Les agresseurs sont des hommes adultes, mais aussi des femmes (phénomène totalement tabou). Et des mineurs, puisque « 45 % des personnes condamnées pour viols sur mineurs sont eux-mêmes mineurs », rappelle Quentin Bonnard, psychologue clinicien (Criavs Île-de-France). »



» *«La thérapie sera d'autant plus longue que le patient a des troubles de la personnalité, des comorbidités, des problèmes d'addictions», note Nora Letto, psychologue et criminologue (Criavs Île-de-France). Parmi les hommes attirés sexuellement par les mineurs, certains ne passeront pas forcément à l'acte. «Ce n'est pas parce qu'on a du désir pour quelqu'un qu'on l'agresse. D'autres éléments de personnalité, des déficits cognitifs éventuels, entrent en jeu», analyse Cécile Mièle. Mais contrairement aux idées reçues, dans nombre d'agressions envers un mineur, «il n'y a pas de fantasme sexuel ou de fixation particulière envers les enfants», ce qui va entraîner une approche thérapeutique prenant en compte l'environnement familial et le contexte. Le moteur de la thérapie sera moins la sexualité que la violence et ce qui la provoque. «Bien souvent, les passages à l'acte arrivent dans un moment de vacillement et de confusion identitaire. Ils sont déclenchés par une période particulière comme le chômage, un deuil, une séparation, une maladie, une grossesse dans le foyer», souligne Quentin Bonnard. Les thérapeutes étudient les troubles de l'attachement, la dépression, les distorsions cognitives et erreurs de pensée («je suis amoureux de l'enfant qui est venu vers moi...», «il était consentant...», «je ne l'ai pas fait souffrir...») qui vont permettre le passage à l'acte en levant freins et inhibitions. «Contrairement à ce que prétendent souvent les auteurs, ces violences sexuelles sont rarement uniques», dit Nora Letto. Les actes sont répétés durant des mois, ou même des années. Les soignants travaillent alors sur des problématiques d'abandon ou de perte, mais aussi de gestion du stress et des émotions négatives. Ils s'intéressent également aux maltraitements et aux humiliations, voire aux violences sexuelles déjà subies par ces auteurs.*

En milieu carcéral, lors des suivis individuels ou des groupes de parole, les psychologues et psychiatres fonctionnent en tandem et disposent d'un outil supplémentaire : la pharmacologie. Aux pédophiles qui ont des «fantasmes envahissants», les médecins peuvent prescrire – avec leur consentement – un traitement hormonal freina-

teur de libido (la fameuse «castration chimique», expression qu'ils entourent de guillemets). *«Ces traitements permettent de réduire l'intensité de la libido, mais pas de guérir la paraphilie (pédophilie, sadisme sexuel...), qu'il faut traiter par ailleurs pour orienter le patient vers une sexualité plus harmonieuse entre partenaires consentants», précise Mathieu Lacambre. «Ce traitement, réversible, a des effets secondaires lourds. Il faut réévaluer fréquemment sa pertinence selon les bénéfices attendus et les risques encourus», ajoute le Dr Anne-Hélène Moncany, directrice du pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Toulouse et présidente de la Fédération française des Criavs. Mais l'un des enjeux primordiaux est d'intervenir en amont, avant tout passage à l'acte. D'où l'importance de consultations spécialisées pour mineurs «pour éviter qu'ils développent des paraphilies, puis des violences réitérées qui les placent dans une trajectoire criminelle d'agresseur sexuel. Si on les prend en charge le plus tôt possible, individuellement et en groupes de parole, la prévention fonctionne très bien», constate le Dr Lacambre.*

Au mot de «récidive», emprunté au vocabulaire judiciaire, les soignants préfèrent celui de «rechute» ou de «réitération». En évaluer les risques fait partie du long parcours. Pour cela il faut observer la balance entre les «ressources» psychosociales (logement, emploi, et surtout entourage...) du patient et ses «vulnérabilités» (troubles psychiatriques, consommations toxiques...). *«Nous vérifions que tous les voyants sont au vert», dit le Dr Moncany. Lors de leur sortie de détention, les agresseurs sexuels ont une injonction de soin, des «soins pénalement ordonnés» obligatoires sur plusieurs années. Mais les trois premiers mois qui suivent le retour dans la société sont une période critique à fort risque de rechute psychiatrique, de suicide et de récurrence précoce.*

S'ils se félicitent que les témoignages de Vanessa Springora (*Le Consentement*) et de Camille Kouchner (*La Familia grande*) permettent d'améliorer la compréhension des mécanismes, ces professionnels réclament des moyens. Mathieu Lacambre espère voir naître *«une vraie ambition autour de la prévention»*, et ce dès le plus jeune âge, pour sensibiliser les enfants au respect du corps et à l'intimité, puis dépister les risques de passage à l'acte et proposer des soins avant que toute violence ne soit exercée. *«Le nerf de la guerre, ce sont les moyens, humains notamment, pour le soin, qui est assuré en majorité par le réseau psychiatrique public. Or, le système, déjà asphyxié, ne peut répondre à la demande», note Anne-Hélène Moncany. Si la parole émerge, il va y avoir plus de condamnations, et donc plus de patients à suivre. Par ailleurs, répondre et orienter ceux qui appellent à l'aide via le numéro vert ne pose pas de difficultés dans les grandes villes, mais reste compliqué ailleurs. Une piste serait de rembourser les consultations privées de psychologues.»* Et Mathieu Lacambre de conclure : *«La France sort enfin du Moyen Âge... mais beaucoup reste à faire en termes d'information, de sensibilisation, de dépistage et de formation pour réellement faire chuter l'incidence des violences sexuelles.»* Seule façon d'éviter de nouvelles victimes ●

1 Stop (Service téléphonique d'orientation et de prévention) est une ligne d'écoute anonyme et gratuite (0 806 23 10 63) pour les personnes ressentant une attirance sexuelle pour les enfants.

2 À découvrir : *Le Sous-sol de nos démons*, tourné au CHU de Montpellier dans l'unité du Dr Mathieu Lacambre, un remarquable documentaire de Fanny Fontan, disponible en replay sur France.tv.

LES BIENFAITS DE LA JUSTICE RESTAURATIVE

Largement pratiquée outre-Atlantique, la «justice restaurative» n'existe en France que depuis 2014 (loi Taubira) : ce dispositif de médiation pénale permet aux victimes volontaires, et à leur initiative, de rencontrer des agresseurs au terme d'une longue préparation très encadrée. Ces rencontres peuvent être «anonymes» (victimes et auteurs ont vécu des affaires similaires mais ne sont pas liés) ou «directes» (une victime face à son agresseur). Quand elles aboutissent au bout de mois ou d'années de médiation, elles permettent d'échanger sur les répercussions dévastatrices des violences sexuelles. *«Les auteurs nous disent qu'ils ne se rendaient pas compte des conséquences sur le long terme que pouvaient avoir leurs agissements. Cela a un véritable effet sur leur prise de conscience», constate Olivia Mons, de France Victimes. Et sur le risque de nouveaux passages à l'acte.*