



## Réflexion autour de la prise en charge des agresseurs sexuels

Jocelyn Aubut, md

Special Issue, 2001

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074833ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074833ar>

[See table of contents](#)

---

**Publisher(s)**

Institut Philippe-Pinel de Montréal  
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de  
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

---

**Cite this article**

Aubut, J. (2001). Réflexion autour de la prise en charge des agresseurs sexuels.  
*Psychiatrie et violence*. <https://doi.org/10.7202/1074833ar>

## Réflexion autour de la prise en charge des agresseurs sexuels

Jocelyn Aubut, md

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et  
Institut Philippe Pinel

**Dans la plupart des colloques sur l'agression sexuelle, les intervenants évoquent avec force et autorité que tel comportement ou telle attitude d'un thérapeute est éthique ou ne l'est pas. Ce qui est étonnant, c'est que souvent ces affirmations sont énoncées sans que les fondements éthiques ne soient véritablement posés. La plupart du temps, il semble s'agir de postulats qui n'ouvrent pas la voie à la discussion et encore moins à la remise en question.**

(Texte publié en 1999 dans Forensic, Revue de psychiatrie & psychologie légales. Merci)

Psychiatrie et violence

[www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence) Avril 2001

L'implication active par les psychiatres et les psychologues auprès d'une clientèle de plus en plus nombreuse d'agresseurs sexuels va nécessairement entraîner un questionnement sinon une clarification des balises éthiques qui ont jusqu'à maintenant constitué les fondements de la relation soignant-soigné. À partir du moment où le champ d'intervention ne se situe pas uniquement dans la réalité subjective du fantasme mais aussi dans le comportement réel qui risque d'avoir des répercussions majeures sur un tiers, soit la victime potentielle, il est clair que la relation soignant-soigné ne se situe plus dans un microcosme fermé. En outre, la demande de soins est presque toujours médiatisée par un autre tiers, un juge ou un agent de probation qui réclamera l'accès à une partie sinon à l'essentiel du contenu de la relation thérapeutique. Enfin, le phénomène de l'agression sexuelle est sous haute surveillance médiatique, de sorte que tout échec thérapeutique risque d'échapper à la seule lecture clinique et se verra inévitablement réapproprié par la lecture populaire, ce qui aura des impacts négatifs sur la profession et la valeur des thérapies et des thérapeutes.

Dans la plupart des colloques sur l'agression sexuelle, les intervenants évoquent avec force et autorité que tel comportement ou telle attitude d'un thérapeute est éthique ou ne l'est pas. Ce qui est étonnant, c'est que souvent ces affirmations sont énoncées sans que les fondements éthiques ne soient véritablement posés. La plupart du temps, il semble s'agir de postulats qui n'ouvrent pas la voie à la discussion et encore moins à la remise en question. Ainsi, les traitements cognitifs sont décrétés d'emblée comme étant non éthiques ou encore, la confidentialité est affirmée comme une règle absolue ne souffrant d'aucune remise en question ni discussion. Le présent article vise à dresser une esquisse des principaux problèmes éthiques que pose la prise en charge des agresseurs sexuels, surtout lorsqu'ils sont dans la communauté. Enfin, quelques repères des grandes théories éthiques contemporaines seront présentés pour démontrer que les a priori éthiques ne sont pas nécessairement équivalents d'un thérapeute à l'autre, d'un continent à l'autre, ce qui peut entraîner des attitudes fort différentes.

La prévention : la plupart des interventions thérapeutiques se situent en aval de l'agression, soit des jours, parfois des mois plus tard, donc au niveau de la prévention tertiaire. Les conséquences chez les victimes sont souvent désastreuses et les processus psychopathologiques chez les agresseurs sont passablement bien incrustés. Nos thérapies surviennent donc bien tardivement, après que la plupart des conséquences psychologiques et sociales de l'agression soient installées. Si le travail thérapeutique doit bien sûr porter sur la personne qui est devant lui, il n'en demeure pas moins que le thérapeute ne saurait se dégager d'une réflexion en profondeur vis-à-vis la prévention primaire, soit la prévention des processus qui amènent un individu à cheminer vers une carrière d'agresseur sexuel. Il importe de mettre le savoir acquis au contact des agresseurs déjà établis dans leur carrière au service de la prévention primaire mais avec modestie. Il est évident que le thérapeute procède en

faisant des reconstitutions a posteriori, qu'il écoute une histoire, souvent tronquée d'ailleurs que l'agresseur voudra bien lui raconter. Par exemple, nombre d'agresseurs font état du fait qu'ils ont été victimes d'agression sexuelle en bas âge. Est-ce toujours vrai ? Si c'est vrai, quel lien y a-t-il par exemple entre le fait d'avoir été victimisé à une reprise par un homme adulte et le fait de violer des femmes en série. Dans l'histoire proposée par l'agresseur sexuel, il y a souvent une hyper représentation des éléments sexuels au détriment d'autres éléments qui peuvent avoir été tout aussi déterminants dans son cheminement vers l'agression sexuelle.

C'est certainement dans le champ de la prévention secondaire que se posent les problèmes les plus cruciaux sur le plan éthique. Lorsqu'un patient est suivi dans le contexte carcéral, il est peu à risque de récidiver. Lorsque le même patient est suivi dans la communauté, il est clair que le risque de récurrence est plus grand. Que faire alors lorsque le thérapeute se rend compte que son patient est sur la voie d'une récurrence imminente. La tradition de non-intervention et de respect absolu de la confidentialité doit-elle être maintenue à tout prix ? La confidentialité et le soi-disant maintien de la relation thérapeutique sont-elles des valeurs supérieures à l'intégrité physique et psychologique des victimes éventuelles ? À l'opposé, un dévoilement automatique et non discriminé de toutes les situations à risque relèguera la thérapie et les thérapeutes au statut de délateur, risquant par le fait même d'empêcher les patients de faire des révélations significatives. Evidemment, entre ces deux positions extrêmes il y a le jugement clinique qui doit s'appuyer sur un certain nombre de balises : l'imminence du passage à l'acte, le degré de reconnaissance par le patient lui-même de son degré de dangerosité, l'anticipation de conséquences majeures d'une agression pour la victime mais aussi pour le patient, la possibilité ou non d'établir une alliance avec des tiers dans l'environnement immédiat du patient, des avenues clairement identifiées par le patient et le thérapeute pour éviter la récurrence. Ces balises serviront à moduler l'intervention à faire par le thérapeute pour que son intervention fasse sens dans la situation à risque afin de maintenir la relation thérapeutique malgré une action à l'extérieur du strict cadre de la dualité soignant-soigné. L'expérience clinique démontre par ailleurs que la qualité de l'alliance avec le patient n'est pas un bon critère lorsqu'il s'agit de prévenir une récurrence imminente. En effet, nombre de patients vont récidiver malgré le fait qu'ils avaient développé une bonne alliance thérapeutique. L'identification des facteurs précipitants, des situations à risque, des signes précurseurs et des alternatives au passage à l'acte se doivent d'être connues et partagées tout au long du processus thérapeutique par le patient et le thérapeute et parfois avec des tiers.

La société s'interroge de plus en plus sur les choix des niveaux de prévention que font les professionnels de la santé. Le consensus actuel sur le plan éthique veut qu'il y ait un équilibre des interventions préventives entre les interventions de prévention primaire (avant la commission d'un crime), de prévention secondaire (autour de la commission d'un crime (prévention secondaire) et de prévention tertiaire (après la commission d'un crime).

La confidentialité : plusieurs aspects problématiques de la confidentialité ont été évoqués ci haut. Cependant, il est clair que la relation soignant-soigné ne se situe pas dans un cadre traditionnel avec les agresseurs sexuels. Ceux-ci sont confiés à un thérapeute par un tiers qui réclamera une part de connaissance de l'évolution de l'agresseur en thérapie. Doit-on appliquer une règle de confidentialité absolue ou exercer une certaine discrétion ? La plupart des thérapeutes en Amérique du Nord acceptent de faire part de l'évolution de leur patient au tiers référant. Il ne s'agit pas ici de révéler le verbatim des rencontres mais de faire état des grands mouvements de la thérapie, des avancées et des résistances. La règle essentielle à respecter par ailleurs est d'en informer le patient dès le début de la thérapie, de préciser les règles du jeu et d'obtenir son consentement.

Un autre aspect non négligeable de la thérapie réside dans la communication avec des tiers significatifs : les parents pour corroborer l'histoire longitudinale rapportée par le patient ou encore la conjointe afin de vérifier le degré réel de satisfaction affective et sexuelle. En général, de tels échanges ne posent aucun problème et le patient donne facilement son autorisation. Le cas d'une nouvelle conjointe avec des enfants dans la tranche d'âge visée par l'agresseur soulève un problème majeur à partir du moment où le patient refuse que le thérapeute ait un contact avec sa conjointe. Il y a tout lieu de s'interroger au premier abord sur le plan clinique devant un tel refus de la part du patient. Au delà des premiers mouvements de honte qu'a un agresseur à dévoiler son passé devant une nouvelle conjointe et le risque possible de perdre cette relation, il y a le désir conscient ou inconscient de renouer le contact avec des enfants, non seulement pour l'intérêt sexuel qu'il a envers eux mais aussi et souvent pour rétablir une relation pseudo-affective. Ce jeu de pouvoir avec les enfants et l'intrusion dans leur univers intime où l'agresseur s'attribue tous les rôles devrait inquiéter le thérapeute. Les motivations conscientes et inconscientes d'entrée en relation avec un enfant sont multiples et complexes. Le thérapeute se doit d'évaluer ces motivations avec minutie. En outre, le thérapeute doit prendre garde de ne pas se laisser piéger par le secret pervers, soit la l'installation de la crainte, de la peur ou de la fascination à l'intérieur de la relation thérapeutique. Encore une fois, il ne s'agit pas d'adopter des attitudes draconiennes, mais plutôt d'évaluer chaque situation au mérite et surtout d'être pro actif dans le dénouement de situations à risque. Celles-ci ne sauraient être niées ou évacuées au simple nom de la confidentialité.

L'intégrité de la personne : la communauté européenne latine est assez rébarbative à l'utilisation de techniques évaluatives comme la pléthysmographie pénienne. Celle-ci est perçue comme étant intrusive et de ce fait comme une atteinte à l'intégrité de la personne. Ceci apparaît comme assez étonnant aux yeux des communautés nord-américaine québécoise et anglo-saxonne européenne pour qui ce type d'évaluation est un outil essentiel. En effet, l'accusation d'intrusion est peu fondée car l'évaluation clinique standard, soit le questionnement du patient est certainement beaucoup plus intrusive : le patient se voit questionner dans les moindre détails non seulement quant à sa vie sexuelle mais aussi quant à ses fantasmes. Cette mise à nu psychologique est à tout le moins tout aussi intrusive que le fait de mesurer la réactivité physiologique à certains stimuli. En ce qui a trait à l'aspect plutôt embarrassant il est vrai de devoir se dévêtir partiellement pour subir le test, il n'en demeure pas moins que la majorité des patients en médecine devront se soumettre à des tests beaucoup plus exigeants, voire même souffrant comme par exemple une rectoscopie pour éliminer une tumeur cancéreuse. La pléthysmographie est un test éthique dans la mesure où il apporte une certaine connaissance à propos du patient, que cette connaissance lui est d'ailleurs redonnée et qu'enfin ce test est utile à son devenir. Il n'y a pas de futilité dans ce test ; il n'y a pas non plus d'intention malveillante ou humiliante vis-à-vis du patient. Bien sûr, il faut comprendre les sensibilités culturelles, mais il est étonnant que la communauté européenne latine refuse d'admettre la validité scientifique de la pléthysmographie.

Une autre divergence significative réside dans la méfiance séculaire des uns vis-à-vis de la psychanalyse et des autres, vis-à-vis des techniques comportementales ou cognitives. Soit dit en passant, les techniques cognitives et psycho-éducatives ont largement dépassés les approches comportementales strictes en Amérique du Nord. Les Nord-Américains jugent non-éthique l'application de méthodes dont la valeur n'a pas été prouvée scientifiquement. Les Européens latins jugent déshumanisante l'approche dite comportementale car elle ne respecterait pas la liberté des patients et apparaît en outre, à leurs yeux comme étant mécaniste. Se pourrait-il qu'un peuple ait tort et l'autre raison, mais lequel ? En fait, sur le plan éthique, ce qui importe , c'est d'éviter la déification des méthodes quelles qu'elles soient. Lorsque la méthode ou la théorie prend le pas sur la personne à traiter, c'est alors que cette méthode devient

déshumanisante et mécaniste. Tous les patients ne sont pas identiques. Ils ont des caractéristiques distinctes dont on doit tenir compte dans le choix d'une modalité thérapeutique. Dans le respect de leur individualité et de leur bien-être éventuel, les patients devraient pouvoir bénéficier du bon traitement au bon moment. Les thérapeutes n'ont pas l'obligation d'administrer eux-mêmes toutes les formes de traitement ; ils ont par ailleurs le devoir de s'informer objectivement sur l'état réel de l'ensemble des traitements et de leur efficacité et de faciliter leur disponibilité aux patients.

L'imputabilité : les crimes sexuels ont longtemps été ignoré non seulement par la société en général mais aussi par la communauté thérapeutique. À partir du moment où la problématique de l'agression sexuelle est à l'avant-plan des préoccupations sociales, les attentes vis-à-vis de ceux qui prétendent à la prise en charge des agresseurs seront élevées, voire même irréalistes. Il est évident que les thérapeutes n'ont pas une obligation de résultats mais à tout le moins une obligation de moyens. Rigueur, efficacité et efficience des moyens utilisés devront faire partie inhérente de la mise en place des structures de soins pour les agresseurs sexuels. Le simple fait d'être de telle ou telle obédience théorique ne saurait à elle seule garantir la rigueur et la validité de l'approche utilisée. La société en général, les médias, les organismes bailleurs de fonds pour la mise en place de ces programmes, les groupes de victime et éventuellement les agresseurs eux-mêmes exigeront des comptes, soit la démonstration scientifique des résultats. Encore une fois, il ne s'agit pas de défier les mesures mais de réaliser que l'imputabilité et la démonstration des résultats font désormais partie du paysage quotidien des pratiques cliniques.

L'allocation des ressources : au-delà du désir individuel des thérapeutes, il y a la volonté institutionnelle de prendre en charge les agresseurs sexuels. Cette volonté se traduit bien sûr par un discours qui affirme que l'institution se voit mandatée et mandate ses professionnels mais il ne s'agit là que d'une première étape. Au-delà du mot, il y a la nécessaire mise en place de moyens permettant la prise en charge. Engagement de professionnels, allocation de locaux adéquats à la prise en charge intra ou extra carcérale, facilitations de l'accessibilité aux détenus dans les milieux carcéraux, budgets de formation continue sont autant de moyens concrets qui témoignent de la réalité et de l'authenticité du désir institutionnel de prise en charge des agresseurs. L'institution doit ici être comprise dans son sens le plus large. Il ne s'agit pas seulement de l'institution carcérale mais de l'institution sociale dans son ensemble.

Comme c'est l'ensemble des institutions sociales qui sont interpellées, il importe d'assurer une continuité dans la prise en charge globale de l'agresseur sexuel dans toute sa trajectoire, que ce soit au moment pré-décisionnel, lors du procès, durant l'incarcération s'il y a lieu ou après celle-ci. La continuité dans la prise en charge est la clé de voûte du système, indépendamment des modèles théoriques sous-jacents. La cohérence du système est largement mise à l'épreuve par l'une des propensions majeures liées à l'organisation de personnalité des agresseurs sexuels, soit la tendance au clivage. La mise en échec du système amène l'agresseur à éviter l'une de ses peurs fondamentales soit celle d'être découvert non seulement dans ses actes mais dans son intimité. La peur du rapprochement rend l'agresseur maître dans l'art de l'évitement et de l'esquive. Il mystifie son environnement, il entraîne l'autre à se remettre en question plutôt que d'être lui-même remis en question. La continuité et la complémentarité des interventions du judiciaire au sanitaire et vice-versa requièrent une maturité et un leadership professionnel qui font souvent défaut.

L'allocation des ressources doit être basée sur certains principes de justice sociale et non seulement en fonction d'un lobby mieux organisé. L'équité entre les ressources allouées aux victimes et celles allouées aux agresseurs devrait être une source de préoccupation majeure des décideurs politiques et non seulement le reflet de conjonctures locales trop souvent tributaires

de pressions médiatiques. Le politique devrait également mesurer les interventions liées aux argents investis. La tentation première est toujours d'investir au niveau des structures les plus lourdes, notamment au niveau carcéral car c'est là que se retrouvent les agresseurs les plus visibles. Dans les faits, les agresseurs les moins visibles mais pourtant les plus nombreux se retrouvent dans la communauté, là où ils font le plus de dommages. Les sommes allouées doivent donc tenir compte non seulement de la visibilité médiatique de certaines sous-populations d'agresseurs sexuels mais de la réalité concrète de leur cycle d'agression. Aucune somme aussi considérable soit-elle ne pourra remédier à l'ensemble des souffrances occasionnées par les agresseurs sexuels. Cependant, il importe de savoir si les sommes investies améliorent la situation, entraînent une diminution du nombre de victimes et font avancer le tissu social dans son ensemble dans la gestion de ce phénomène.

Conclusion : fondamentalement, deux visions éthiques s'affrontent entre l'Amérique du Nord et l'Europe latine. D'un côté, une approche plus pragmatique, basée sur des concepts opérationnels certainement plus vérifiables, se base sur des fondements éthiques relevant d'une éthique à la fois utilitariste et de justice sociale sans parler des impacts de l'éthique féministe qui affirme les principes d'autonomie, d'équité et d'imputabilité. De l'autre côté, l'approche se veut plus expérientielle, basée sur la rencontre duelle, sur l'authenticité et le caractère unique de celle-ci. Il s'agit essentiellement d'une approche déontologique basée sur certains a priori qui méritent d'être explicités et parfois même remis en question. Deux visions éthiques, deux univers qui se perçoivent subjectivement comme opposés l'un à l'autre et qui ne sont pourtant pas si éloignés dans la mesure où ils tentent de cerner un phénomène complexe qui pose de nouveaux défis non seulement sur le plan clinique mais aussi sur le plan des fondements éthiques des principaux acteurs qui acceptent de s'y côtoyer.

Les réflexions éthiques et épistémologiques mériteraient certainement d'être présentes de manière systématique dans l'ensemble des choix de société eu égard au phénomène de l'agression sexuelle et ce tant du côté des intervenants cliniciens, judiciaires que politiques. Nos réflexions se doivent d'être basées sur certaines valeurs fondamentales liées à l'histoire des peuples et des individus mais elles doivent s'adapter à l'évolution des sociétés et des problématiques auxquelles nous acceptons de nous confronter.

#### **Bibliographie :**

Aubut J. et coll., (1993), Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal-Paris : La Chenelière et Maloine.

Aubut J. et coll., (1996), Le rôle du témoin expert : détermination de la culpabilité chez l'agresseur sexuel, Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.

Beauchamp, T.L. et Childress, J.F., (1989), Principles of Biomedical Ethics, Oxford : Oxford University Press.

Habermas, J., (1986), Morale et communication, Paris : Cerf.

Jonas, H., (1990), Le principe de responsabilité, Paris : Cerf.

Rawls J., (1987), Théorie de la justice, Paris : Seuil.

Russ, J., (1994), La pensée éthique contemporaine, Paris : Que sais-je, P.U.F..