

Violences sexuelles : être victime, devenir agresseur ?

Dans le suivi psychothérapeutique des auteurs de violences sexuelles (AVS), comment prendre en compte leurs antécédents de traumatismes sexuels dans l'enfance et quels soins proposer ?

En Service médico-psychologique régional (SMPR), au sein d'un établissement pénitentiaire, nous pouvons rencontrer des personnes condamnées pour violences sexuelles. La clinique nous confronte alors à cette réalité : un nombre important d'entre eux a été victime d'actes du même ordre dans leur enfance/adolescence.

La justice pénale, en particulier les avocats des mis en cause, recherche souvent dans l'histoire de leurs clients des antécédent(s) d'abus sexuel, pour minimiser leur responsabilité pénale voire morale, ou encore susciter l'empathie des jurés et donc influencer la sanction prononcée. Le thérapeute doit également s'intéresser à ces antécédents, pour des motifs cliniques et d'adaptation de la prise en charge. Nous présentons ici une brève revue de la littérature avant de préciser les mécanismes psychopathologiques de répétition de la violence, et d'envisager des perspectives pour la pratique.

LES CHIFFRES

On considère que 30 à 70 % des auteurs de violences sexuelles (AVS) sont concernés dans leur enfance par un abus sexuel (Glazer, 1997 ; Hanson, 1988 ; Lambie et al, 2020).

Jérôme HETTÉ

Psychologue clinicien, psychothérapeute, référent régional de l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (ARTAAS), Service médico-psychologique régional, Centre hospitalier Laborit, Poitiers.

Selon Aubut (1993), des études effectuées dans les années 1960 puis 1980 relevaient déjà des chiffres équivalents et précisait que 33 % à 52,9 % des pédophiles avaient eu des contacts sexuels avec des adultes dans leur enfance.

Certains modèles explicatifs anglo-saxons pointent les liens entre les violences subies et agies : c'est le *sexually abused-sexual abuser hypothesis* (théorie de l'abusé sexuellement-abuseur sexuel), ou encore le *cycle of violence hypothesis* (théorie du cycle de la violence), le *victim-offender overlap* (chevauchement victime-agresseur) ou encore le *victim-offender cycle* (cycle de la victime-agresseur).

L'étude de Levenson et al (2014) montre par ailleurs que les AVS déclarent trois fois plus que la population générale avoir été victimes de violences sexuelles, mais également de violences non sexuelles (maltraitements et carences diverses). Chez ces AVS, cette corrélation avec toutes formes d'agressions (sexuelles et non sexuelles) relativise le poids des seuls antécédents de victimisation sexuelle dans la commission ultérieure d'un délit ou d'un crime sexuel. Pour leur part, Jennings et al (2014) puis Lambie et Johnston (2015) considèrent que les antécédents de victimisation non sexuelle dans l'enfance sont davantage associés au risque de devenir un AVS que ceux d'ordre sexuel.

L'étude de Nunes et al (2013) pointe par ailleurs que les antécédents de victimisation sexuelle jouent un rôle dans la récurrence d'actes, surtout chez les AVS considérés comme à haut risque de récurrence, donc pas chez tous.

Notons aussi les travaux de Salter et al (2003) [cités par Jennings et al, 2013],



qui relèvent que chez les garçons agressés sexuellement, seuls 12 % commettent des violences sexuelles ultérieurement. Pour Lambie et al (2020), les AVS sur des enfants ont des antécédents de victimisation sexuelle plus élevés que ceux qui agressent des adultes. D'autre part, les

LES ENJEUX ÉTHIQUES

Au regard de ces études, il existe un lien entre violences sexuelles subies dans l'enfance et agies à l'âge adulte. Pour autant, toute tentative d'explication du passage à l'acte comme une répétition linéaire de ce qui a été subi reste insatisfaisante

La répétition est envisagée ici comme une tentative échouée d'élaboration du trauma. Ce trauma non élaboré psychiquement est voué à se répéter soit en pensées (résurgences de souvenirs traumatiques, cauchemars...) soit en sensations (hypersensibilité à des sons, odeurs,...) soit, et

“ **Le patient ne peut être sujet des actes commis, puisqu'il se considère comme une éternelle victime, soit d'une partie de lui-même clivée (“c'est ma pulsion”), soit d'un autre (au fond son agresseur est le vrai responsable). »**

AVS avec antécédents de victimisation sexuelle présentent plus de risque d'agresser des garçons que filles.

Interrogés sur les violences sexuelles subies dans leur enfance, les deux tiers des AVS déclarent que ce fait a changé leur vie « *de façon importante* », le tiers restant considère que cet événement n'a eu « *aucun impact significatif* » dans leur vie. 54 % d'entre eux estiment qu'ils sont devenus agresseurs parce qu'ils ont été victimes, alors que 46 % pensent le contraire. Nous pouvons retenir qu'environ la moitié des auteurs ne font pas de lien spontané entre ce qu'ils ont vécu et ce qu'ils ont commis plus tard.

Prenant la question dans l'autre sens, Lambie et Johnston (2015) s'intéressent aux conditions de résilience, c'est-à-dire aux facteurs protecteurs qui ont permis aux victimes d'éviter de commettre un passage à l'acte sexuel ultérieur. Les victimes « résilientes » (n'ayant jamais agressé plus tard) considèrent que la première explication tient au fait d'avoir été victime soi-même. Les autres raisons invoquées sont : éprouver de l'empathie pour de potentielles victimes, avoir développé une conscience morale qu'un tel acte est mal, ne pas avoir d'envie d'agression sexuelle. Par ailleurs, au-delà du discours recueilli chez ces victimes, l'étude identifie d'autres facteurs protecteurs : statut économique supérieur, bonnes capacités intellectuelles et estime de soi, bonnes compétences relationnelles et émotionnelles, perception positive du devenir d'une victime, avoir disposé d'un environnement stable (éducation, soutien familial et amical, mode de vie) et d'une relation de proximité bienveillante avec les autres (avoir reçu l'empathie de l'entourage permettrait aux victimes de développer leurs propres capacités d'empathie pour des victimes potentielles).

dans la mesure où certains AVS ne sont pas d'anciennes victimes, ou en tout cas, n'ont pas vécu de violences sexuelles proprement dites.

Une histoire d'abus sexuel n'est ni une condition suffisante ni une condition nécessaire pour commettre un délit sexuel à l'âge adulte, selon Jesperen et al (2009, cité par Lambie et Johnston [2015]). Sur le plan éthique, le risque d'une telle interprétation serait de considérer les victimes comme de futurs agresseurs en puissance, et donc de renforcer une stigmatisation sociale et judiciaire, déjà très présente et encore plus ces dernières années dans les médias.

Néanmoins, on peut considérer que la prise en charge précoce des victimes, en particulier quand ils sont enfants (prévention) pourrait éviter aux plus fragiles le risque de développer des comportements sexuels inadaptés socialement (vie sexuelle perturbée) voire, dans le pire des cas, des comportements sexuels délictueux et/ou criminels passibles de sanctions pénales.

Il resterait à effectuer une étude longitudinale de grande ampleur, sur le modèle Salter et al (2003), (qui a considéré des garçons de 7 à 19 ans), permettant un suivi long d'enfants abusés pour déterminer le pourcentage de ceux qui commettent des violences sexuelles à l'âge adulte et surtout d'en préciser les facteurs.

MÉCANISMES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Deux mécanismes bien connus permettent de comprendre les liens existant entre violence subie et violence agie.

• **Le premier est le phénomène de répétition**, ou de « *compulsion de répétition* » (Freud, 2013) d'expériences manifestement déplaisantes.

peut être plus rarement, en acte (mise en scène d'actes identiques ou équivalents reproduisant la scène traumatique, ou au contraire d'actes dont personne n'entrevoit le lien avec l'événement traumatique). Le Moi resterait « *sous l'emprise de la compulsion de répétition sans qu'il y ait résolution de la tension interne* » (Laplanche et Pontalis, 1994).

• **Le second phénomène est celui de l'identification à l'agresseur** (ou d'introjection de l'agresseur) décrit par Ferenczi (1982) : « *celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure et devient intrapsychique* ».

En introjectant l'agresseur, le sentiment de culpabilité est également introjecté : la victime se sent coupable (à la place de son agresseur) des faits qu'elle subit, et peut rechercher à être punie. L'enfant victime devient « *clivé* », « *à la fois innocent et coupable* », les frontières entre soi et l'autre, entre le désir de l'un et celui de l'autre ayant été abolies dans un mouvement de confusion.

« *La personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse* », précise Ferenczi (1982).

Ainsi l'enfant victime peut acquérir la conviction inconsciente qu'une relation « normale » entre enfant et adulte comporte des contacts sexuels. Devenu adulte, il reproduira alors ce type de relation. Cela rejoint l'hypothèse d'auteurs contemporains expliquant la répétition de violences subies comme le résultat d'un phénomène d'apprentissage de modèles comportementaux par effet de renforcement, de conditionnement (renforcement positif ou négatif d'une conduite). Outre le phénomène d'identification à l'agresseur, Balier (1996) introduit la

dimension transgénérationnelle : « *le patient (auteur de violence sexuelle) est capable, parfois, de n'être que l'instrument d'une scène qui s'est jouée ailleurs : transmission générationnelle ou identification à l'agresseur* ».

Même si ce n'est pas systématique, la clinique nous confronte en effet régulièrement à des histoires familiales où se répètent des comportements sexuels déviants chez les générations précédentes (père, grand-père, oncle... d'un AVS), en particulier en cas d'inceste avéré ou de climat incestueux/incestuel (Racamier, 1995) (Voir aussi *Familles incestueuses, Santé mentale*, n°271, octobre 2022).

CLINIQUES DES AVS

Dans notre expérience issue d'entretiens psychothérapeutiques et de groupes thérapeutiques au SMPR, nous rencontrons souvent deux cas de figure :

– dans le premier, l'auteur met en avant les violences subies comme facteur explicatif, linéaire (logique) de ses propres passages à l'acte. Pour lui, c'est une évidence, une vérité : s'il a agressé des enfants, c'est qu'il reproduit sur d'autres ce qu'on lui a fait dans son enfance.

Cette explication a le mérite d'être simple pour l'auteur et elle donne du sens à son passage à l'acte.

Cette posture est par ailleurs favorisée par la procédure judiciaire, par les interrogatoires lors de l'enquête où la question des violences sexuelles subies est désormais posée aux auteurs. Et les avocats suggèrent immédiatement à leur client d'en parler, anticipant ainsi l'utilisation de cet argument lors du procès à venir.

Pour le clinicien, si cette explication n'est évidemment pas à exclure dans le travail d'élaboration thérapeutique du passage à l'acte, elle a l'inconvénient de « *fermer les autres portes* » et empêche de chercher ailleurs d'autres éléments de compréhension.

Pour Tardif (cité par Aubut, 1993), « *les événements identifiés comme traumatiques sont plus ou moins spectaculaires ou tronqués d'éléments essentiels ou simplement occultés...* ». Cette hypothèse renvoie à l'idée de traumatisme écran (sur le modèle freudien du souvenir-écran, 1). Mis ainsi au premier plan, le trauma sexuel sert de « *paravent défensif* » à d'autres événements traumatiques peut-être plus essentiels mais plus difficilement accessibles, moins identifiables par le patient et plus difficilement communicables au thérapeute.

– Dans le second cas, nous rencontrons des patients qui ne font qu'évoquer succinctement, de façon quasi anecdotique, avec détachement, les violences subies et/ou sont convaincus que cela n'a que peu de rapport avec ce qu'ils ont fait. Certains les avaient oubliées, et c'est l'enquête et/ou l'accompagnement psychologique en détention qui les fait se remémorer cet aspect enfoui de leur histoire : c'est le refus (défensif inconscient) du lien.

• **Michel**, dans la soixantaine, a agressé sexuellement ses deux petits-fils de 10 et 12 ans. En psychothérapie de groupe, il nous fait part de viols subis à l'âge de 14 ans, quand il était placé en internat lors de son apprentissage. La scène des viols est racontée, précise, avec des détails, comme si elle venait d'être vécue hier. En réalité, il s'en est souvenu récemment, depuis son incarcération, après « *53 ans d'oubli* », précise-t-il.

• **Rémi**, la cinquantaine, pédophile homosexuel aux multiples victimes, est en psychothérapie depuis plusieurs années. Il relate les maltraitances parentales de façon anecdotiques, factuelles tandis que le thérapeute les interprète comme des violences, les nommant comme telles. Quatre ans après le début de la thérapie, Rémi s'interroge. Adolescent, il se souvient d'avoir été proche de son oncle maternel, son parrain, qui l'emmenait dans des bars gays, et prenait en photos ses filles nues. Des rumeurs avaient couru dans la famille à propos de ses comportements sexualisés avec elles. Aurait-il pu être victime de cet oncle ? Rémi interroge sa mère, âgée, sur un épisode au cours duquel cet oncle, jeune, tout juste rentré du service militaire, a été hébergé au domicile parental. Il dormait dans sa chambre. Rémi n'a aucun souvenir d'abus sexuel mais nous demande s'il aurait pu être agressé et ne pas s'en souvenir.

La question est posée. Elle a le mérite d'introduire, au-delà de la réalité hypothétique de violences sexuelles subies, la dimension sexualisée des liens familiaux, des non-dits...

• **Jimmy**, la trentaine, déjà incarcéré pour de multiples agressions sexuelles de femmes inconnues croisées dans des stations-service, vient de récidiver. Il est condamné pour avoir pris en photo avec son téléphone portable les dessous de la jupe d'une femme dans une boutique. Cette fois-ci, il ne l'a pas touchée.

Nous l'interrogeons sur les caractéristiques de la victime. Brune, belle, la quarantaine, elle lui rappelle l'amie de sa mère qui, dans son adolescence, l'avait initié sexuellement lors d'un acte qui pourrait être aujourd'hui judiciairisé, mais qui à l'époque était resté secret et honteux.

Ces courts exemples nous montrent différentes façons pour ces patients d'appréhender leur rapport avec leur passé victimaire, de relier des faits, d'élaborer cet événement traumatique de leur histoire. Mais qu'ils mettent en avant le lien entre leurs actes et les violences subies, ou, au contraire, qu'ils aient du mal à le faire, témoigne d'une difficulté, celle d'être sujet. Ceux qui soulignent d'emblée ce lien semblent signifier leur besoin, comme un préalable, d'être reconnus en tant que victimes (victimes-sujets et non victimes-objets) avant éventuellement d'être en capacité de se reconnaître sujets dans leurs actes (et pas seulement comme auteurs, ce qu'ils font en général assez facilement par ailleurs, voir infra).

Cette nécessité d'être considérée comme victime dépend bien sûr de la façon dont l'entourage familial a eu connaissance et a réagi au dévoilement des violences subies dans l'enfance : y a-t-il eu prise de conscience et soutien empathique ou au contraire déni voire culpabilisation de l'enfant rendu responsable de ce qu'il a subi ? Les violences n'ont-elles pas tout simplement jamais été parlées ? On pourrait logiquement faire l'hypothèse que se reconnaître victime soi-même devrait aider à s'identifier à sa propre victime, donc de mieux la reconnaître comme telle en appréhendant les conséquences de ses actes (reconnaissance de la souffrance infligée). Or, c'est loin d'être le cas. Les patients expriment souvent leur surprise et leur incompréhension d'avoir agressé des enfants alors qu'ils ont été victimes et sont censés connaître, car l'ayant éprouvée, la souffrance qu'ils ont ainsi provoquée. La perception de cette contradiction rend les patients perplexes.

Mais ce qui devrait effectivement constituer une contradiction et un conflit internes (« *comment ai-je pu infliger à une victime ce qu'on m'a fait subir dans le passé ?* ») ne l'est pas par l'effet du clivage interne caractéristique des AVS.

Mais peut-être existe-t-il une différence entre d'une part ceux qui se savent victimes sans l'avoir élaboré (ce sont les

patients les plus autocentrés tenant des discours de victimisation permanents) et ceux dont l'épisode traumatique a été frappé de déni/refoulement (avec oubli de la scène traumatique pendant des années) et, d'autre part, ceux qui ont pu élaborer suffisamment leur passé victimaire, ce qui constituerait une sorte de prévention du passage à l'acte lié à la répétition ?

LE PIÈGE DE LA DÉRESPONSABILISATION

Une catégorie de patients est donc tentée d'expliquer ses actes par certains éléments, parfois internes (« *c'est une pulsion que j'ai eue* »), ou externes, par exemple l'alcool (« *si je n'avais pas bu, je n'aurais jamais fait cela* ») ou les traumatismes subis. « *Je suis en prison à cause de mes frères* », affirme ce patient agresseur de fillettes et lui-même abusé par ses deux frères dans l'enfance. Il n'a jamais parlé de ces faits et porte en lui frustration et colère envers sa fratrie. Le patient ne peut être sujet des actes commis, puisqu'il se considère comme une éternelle victime, soit d'une partie de lui-même clivée (« *c'est ma pulsion* »), soit d'un autre (au fond, son agresseur est le vrai responsable de cette répétition). « *L'objectif du travail thérapeutique est donc de permettre aux sujets de ne pas se déresponsabiliser de leur acte et de se réapproprier cette figure angoissante d'eux-mêmes* » (Balier, 1996). Pour Tardif (Aubut, 1993), le patient « *rapporte un trauma réel manipulé qui lui tient lieu d'alibi* ». Cette tentative de victimisation permanente conduit donc à la déresponsabilisation, et évacue le travail d'élaboration nécessaire (en quelque sorte : « *Malgré mes "excuses", c'est bien moi, sujet, qui ai commis ces actes* »). Dans la prise en charge, il s'agit de revenir aussi souvent que nécessaire sur les actes commis en tant qu'auteurs, et non sur les

actes subis, là où les patients ont tendance en entretien à évoquer facilement leur passé victimaire plutôt que leur propre violence. Le thérapeute doit donc adopter une double attitude :
– écouter et reconnaître le statut de victimes des patients, d'une part, ce qui revient à nommer les violences subies, en apprécier les retentissements dans la vie affective et sexuelle adulte, parfois informer/encourager les personnes au dépôt de plainte quand cela est encore possible (selon la prescription en matière pénale).
– rester vigilant à ce que les patients ne s'enferment pas défensivement dans cette explication linéaire à leurs conduites déviantes, d'autre part. Admettre la responsabilité de leurs actes (et leurs conséquences) est indispensable d'un point de vue psychologique mais aussi social. Une réinsertion réussie, un retour en société ne dépendent-ils pas de la capacité de ces condamnés à avoir pu élaborer a minima tous les enjeux de leurs passages à l'acte, que ce soit sur leur(s) victime (s) ou sur eux-mêmes ?

CONCLUSION

Les antécédents de violence sexuelle mais également non sexuelle sont une réalité à la fois statistique et clinique chez les patients AVS. Il est indispensable, lors de la phase d'évaluation clinique, de les rechercher systématiquement. Nous devons ensuite apprécier le niveau d'élaboration par le patient et travailler sur le lien avec les actes commis, tout en évitant de laisser le sujet s'enfermer dans un mouvement de déresponsabilisation préjudiciable pour lui comme pour la société.

1— Selon Freud, le souvenir-écran « doit sa valeur pour la mémoire non à son contenu propre mais à la relation entre ce contenu et un autre contenu réprimé (Névrose, psychose et perversion, PUF, 1978, p. 113-132).

BIBLIOGRAPHIE

— Aubut, J., et col. (1993). *Les agresseurs sexuels*. Paris : Maloine.
— Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : PUF.
— Ferenczi, S. (1982). *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*. In S. Ferenczi, *Œuvres complètes*. Paris : Payot.
— Freud, S. (2013). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : PUF.
— Glazer, D. (1997). *Sexual abuse*. In C. Brook, E. Arnold E, *Médecine in adolescence*. London.
— Hanson, RK., Slater, S. (1988). *Sexual victimization in the history of child abusers : a review*. *Annals of Sex Research*, 1, 485-499.
— Jennings, W.G., and al. (2014). *An empirical assessment of overlap between sexual victimization and sex offending*. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 58(12), 1466-1480.
— Lambie, I., Johnston, E. (2015). *I couldn't do it to a kid knowing what it did to me: the narratives of male sexual abuse victims resiliency to sexually offending*. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 1-22.
— Lambie, I., Reil, J. (2020). *I was like a kid of revenge : self-reported reasons for sexual offending by men who were sexually abused as children*. *Journal of sexual aggression*.
— Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
— Levenson, J.S. and al. (2014). *Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders : implications for trauma-informed care*. *Sexual abuse : a journal of research and treatment*, 1-20.
— Nunes, K.L. et al. (2013). *Childhood sexual victimization, pedophilic interest, and sexual recidivism*. In K.L Nunes, *Child abuse and neglect*.
— Racamier, P.C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Les Editions du Collège.
— Salter, D. and al. (2003). *Developpement of sexually abuse behaviour in sexually victimized males : a longitudinal study*. *The lancet*, 361, 471-476.

Résumé : La littérature montre l'existence d'un lien entre violences sexuelles subies dans l'enfance et violences sexuelles agies. Des mécanismes psychopathologiques comme la répétition du trauma, ou encore l'identification à l'agresseur permettent de l'expliquer. Qu'en faire dans la prise en charge ? Il s'agit d'interroger les auteurs de violences sexuelles dans leur capacité à faire ou pas le lien entre traumas passés et violences agies, et donc d'élaborer leurs traumatismes. Enfin, la mise en avant des violences subies comme justification, et pas seulement comme explication, de leur comportement fait entrer les patients dans le piège de la déresponsabilisation.

Mots-clés. Anamnèse – Auteur abusé – Auteur de violence sexuelle – Cas clinique – Évaluation – Identification à l'agresseur – Prise en charge – Prison – Répétition – Service médico psychologique régional.