

Dossier

Évaluation thérapeutique et obligation de soins

Therapeutic assessment and mandatory treatment setting

L. Chudzik

Centre psychothérapique de l'Orne, 31, rue Anne-Marie-Javouhey, 61000 Alençon, France

Reçu le 10 septembre 2015 ; accepté le 18 septembre 2015

Résumé

Cet article présente une application de l'évaluation thérapeutique (ET) dans le cadre de l'obligation/injonction de soins. L'évaluation est traditionnellement considérée comme particulièrement importante dans ce cadre spécifique. Suite à des travaux précédents (Chudzik & Aschieri, 2013) portant sur la relation thérapeutique en obligation de soins, nous montrons comment l'ET permet d'éviter les pièges de cette relation et rend un réel travail psychothérapeutique possible. Nous proposons de considérer la spécificité de chaque étape de l'ET dans le cadre de l'obligation de soin, que nous illustrons par un cas clinique.

© 2015 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Évaluation thérapeutique ; Obligation de soins ; Injonction de soins ; Bilan psychologique ; Violence ; Agression sexuelle

Abstract

This article presents an application of therapeutic assessment in a mandatory treatment setting. Assessment has been traditionally considered as specially important in this setting. Following previous works (Chudzik & Aschieri, 2013) about the therapeutic relationship in this setting, we show that TA is useful to avoid some common pitfalls and make a real psychotherapeutic process possible. We consider the specificity of each step of TA in this setting and we illustrate it by a clinical case.

© 2015 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Therapeutic assessment; Mandatory treatment setting; Psychological assessment; Violence; Sexual aggression

Adresse e-mail : lionel.chudzik@univ-tours.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2015.09.009>

1269-1763/© 2015 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Il est coutume de considérer les prises en charges psychothérapeutiques dans le cadre de l'obligation ou de l'injonction de soins comme un exercice difficile. L'absence de réelle demande, le faible engagement des personnes, l'impact de la contrainte sur le processus thérapeutique, l'incapacité à changer, le risque de manipulation sont souvent des arguments avancés pour considérer ce cadre de travail comme impossible, voir risqué. Nous avons mené, depuis la création du centre de soins et d'études des troubles externalisés (centre psychothérapeutique de l'Orne, Alençon), en 2009, une réflexion sur ces constats en soulignant l'importance de la relation clinique (Chudzik & Réveillère, 2013 ; Chudzik, 2009), les aspects provenant du cadre et du thérapeute comme source des difficultés (Chudzik & Aschieri, 2013), ainsi que le poids de notre culture sur le travail possible avec cette population (Chudzik, 2015a). Cet article présente une méthode permettant d'échapper aux différents pièges que posent ce cadre en utilisant l'évaluation thérapeutique comme levier.

1. Le rôle de l'évaluation en obligation de soins

Lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients violents ou auteurs d'agression sexuelle, l'évaluation est toujours présentée comme une étape nécessaire. La littérature française (Aubut, 1993 ; Balier, Ciavaldini, & Girard-Khayat, 1996 ; Cornet, Giovannangeli, & Mormont, 2003 ; Pham, 2013) et internationale (Andrews & Bonta, 2010 ; Hollin, 2005 ; Marshall, Marshall, Serran, & O'Brien, 2011) concernant l'évaluation est abondante et parfois plus importante que la littérature concernant la prise en charge elle-même. L'évaluation y prend différentes formes mais il est toujours indiqué qu'elle sera conduite avant toute prise en charge, qu'elle inclura une évaluation du risque de récurrence et de la personnalité. Cette évaluation a généralement pour objectif de spécifier un type d'agresseur et de lui proposer une prise en charge adaptée. Dès lors, l'évaluation est bien souvent systématisée tant dans sa réalisation que dans la forme qu'elle prendra. Ce type d'évaluation correspond à ce que Finn a appelé l'approche traditionnelle (Finn, 2007). Les tests sont ici utilisés pour obtenir des informations sur la personne qui les passe. Cette démarche correspond à celle utilisée classiquement en psychiatrie pour obtenir une aide au diagnostic ou orienter la prise en charge.

Cette démarche a de nombreux avantages, mais elle ressemble beaucoup à ce qu'ont vécu ces personnes au cours des nombreuses expertises qu'elles ont passées durant leur parcours judiciaire, et généralement ces expériences sont de mauvais souvenirs.

L'évaluation thérapeutique (ET) propose une façon d'effectuer l'évaluation tout à fait originale qui transforme l'évaluation en une véritable intervention thérapeutique brève. Nous renvoyons le lecteur aux différents articles de ce numéro, ainsi qu'aux différentes publications en français (Chudzik, 2014 ; Finn & Chudzik, 2013 ; Finn, 2014). Il nous suffira ici de rappeler que l'ET est un processus thérapeutique collaboratif bref, utilisant le bilan psychologique comme un « amplificateur d'empathie », afin d'aider les patients à modifier l'histoire qu'ils ont d'eux-mêmes pour une narration plus réaliste et indulgente qui permettra un changement. Aschieri (2012) présente l'ET comme un triangle épistémologique qui permet la mise en perspective des interprétations du thérapeute par la présence d'une troisième voie provenant du bilan psychologique interprété de façon collaborative.

2. La relation thérapeutique à l'épreuve de l'obligation

L'ET, comme toute thérapie, s'inscrit dans une relation. Finn (2007) a toujours porté une attention toute particulière à cette relation. Et l'application de l'ET dans le cadre de l'obligation de soins rend cette question primordiale. Nous avons développé par ailleurs (Chudzik & Aschieri,

2013) que l'aspect le plus difficile de ces prises en charge est le thérapeute lui-même. La gestion des contre-attitudes du thérapeute est, pour nous, l'aspect le plus important et, le plus souvent, la raison des réactions habituellement rencontrées dans ce cadre. Nous avons récemment modélisé ces contre-attitudes en considérant le procès comme un système constitué de trois parties (Chudzik & Aschieri, 2013) : la victime, l'agresseur, et la justice. Ce système, à l'instar d'une famille en thérapie familiale, nous demande d'intervenir pour un patient désigné et porteur d'une narration saturée par les faits. Cette narration, issue du procès, est construite par la justice à partir de la confrontation de la narration de la victime et de celle de l'agresseur. Le thérapeute intervient donc dans un système préexistant à son intervention. Comme dans toute thérapie systémique, il court le risque de s'allier, inconsciemment la plupart du temps, à l'une des narrations fortes du système. Cela peut être une identification à la victime (avec des réactions de rejets, de dégoût, voire de vengeance indirecte), à l'agresseur (avec des sentiments de relations exclusives, de minimisation des faits, d'adhésion sans recul au discours du patient), et à la justice (désir de contrôle, de focalisation sur la récidive). À ces trois identifications s'ajoute le risque d'entrer dans ce système sans préparation, ou encore sans aucune narration. Le thérapeute se trouve alors sur un continuum allant de la sidération provoquée par les faits (avec l'incapacité à prendre du recul et à penser) au détachement le plus complet (avec le déni du système qui oriente le patient et des faits qui lui sont reprochés).

De notre expérience, il est quasiment impossible de ne pas tomber dans le piège de ces identifications à un moment ou à un autre d'une psychothérapie avec cette population. L'évaluation ici joue un grand rôle. Si l'évaluation standardisée a souvent été considérée comme importante pour orienter la prise en charge correctement, elle nous paraît nécessaire pour donner une chance au thérapeute de mettre en doute ces impressions cliniques et de considérer le patient sous un jour nouveau (Chudzik, 2009). Dans ce cadre, l'évaluation thérapeutique (Finn, 2007) s'est avérée particulièrement intéressante.

L'ET suit plusieurs étapes prédéfinies durant lesquelles le patient est considéré comme un véritable collaborateur. Nous allons reprendre ici chacune de ces étapes pour les considérer au sein de l'obligation/injonction de soins.

3. L'ET au sein de l'obligation de soins

L'approche collaborative de l'ET peut paraître paradoxale avec la psychothérapie au sein d'une obligation de soins. Pourtant, c'est bien cet aspect qui nous a paru le plus approprié. Pour reprendre notre modèle des risques que fait courir le thérapeute à la relation thérapeutique, l'approche collaborative permet d'appréhender la personne en obligation de soins d'une manière tout à fait originale. De ce point de vu, l'ET dans l'obligation de soins ne diffère pas de l'ET telle qu'elle est conduite avec des adultes. Par la description de chaque étape, accompagnée d'un cas clinique, nous espérons montrer l'originalité de l'approche et sa pertinence dans un cadre réputé difficile.

3.1. La première étape : les questions

3.1.1. Description

La première rencontre en ET est dédiée à la formulation des questions que la personne souhaite voir abordées dans l'évaluation. Cette première étape est primordiale car elle va déterminer toute la suite. Elle permet aussi de stimuler la curiosité de la personne vis-à-vis d'elle-même et de

rendre la personne active dans tout le processus. Ces deux derniers points sont particulièrement importants dans le cadre de l'obligation de soins.

3.1.2. *Les spécificités*

Lors de cette première rencontre, nous expliquons la démarche et commençons à voir si la personne a déjà des questions auxquelles elle souhaiterait des réponses. Il est rare que ce soit le cas en obligation de soins. Bien souvent, les personnes se présentent à nous avec réserve et méfiance. Et elles ont raison. De l'arrestation au procès en passant par la prison, la plupart de ces personnes ont appris qu'il était plus sûr de ne pas faire confiance. Et le thérapeute qui les reçoit en OS ne fera pas exception. L'accueil est ici primordial. Nous accueillons ces patients le plus chaleureusement possible, nous assurant auprès d'eux de tous les détails techniques que nous pourrions faciliter dans la mesure du possible (horaires, trajet, place de parking, etc.). Pour certains, nous commençons par quelques renseignements administratifs pour respecter le besoin de distance. Pour d'autres, nous demandons assez rapidement les raisons de leur venue. Tout dépendra de la qualité de la relation qui va s'instaurer dans les premiers moments. Durant cette première phase nous expliquons le fonctionnement du service et notamment nos liens avec la justice, et notamment les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), les limites du secret professionnel (qui est le même que pour tous les autres cadres, le secret est levé si la personne est en danger ou si quelqu'un d'autre est en danger), le certificat de présence que nous leur remettons à chaque rencontre, etc. Toute cette présentation est aussi l'occasion pour le thérapeute de s'accorder au style relationnel de la personne. Puis dans un second temps nous abordons généralement la raison de leur demande de consultation. Ici, le cadre d'un service d'obligation de soins facilite la réponse à cette question. Ces personnes savent que nous avons l'habitude de recevoir des gens dans les mêmes difficultés qu'eux. Ce premier abord des faits nous permet aussi d'être cohérent avec la demande qui émane de la justice.

Cette première étape est généralement plus longue que pour une ET pour adulte. La difficulté provient avant tout de la construction d'une relation véritablement collaborative, c'est-à-dire de les amener à penser que cette relation est possible. Cette première étape va consister avant tout à tenter de repérer et évoquer les différents moments où ils se sont sentis humiliés, trahis, jugés, dans les différents rendez-vous et les différentes rencontres avec des professionnels qu'ils ont eus dans leur parcours judiciaire. Ces moments sont alors débriefés ensemble.

L'ET est basée sur un principe issu de différentes théories (Finn, 2008), toute personne a un besoin fondamental d'être reconnu, compris et accepté pour ce qu'il est. Cette première étape en obligation de soins est rendue particulièrement délicate par les différentes expériences vécues par ces personnes tout au long de leur parcours judiciaire. Nous mettons tout en œuvre pour que la relation que nous instaurons réponde à ces critères et nous rajoutons un critère pour ce cadre : ne pas être confondu avec les actes posés. Le message de cette première rencontre, que nous disons souvent explicitement, pourrait se résumer à : « Je sais ce que vous avez fait pour être ici aujourd'hui, et je suis sincèrement curieux de faire votre connaissance ».

Nous expliquons alors l'ET, et convenons d'un autre rendez-vous pour travailler sur les questions que la personne voudrait voir aborder lors de l'évaluation. De notre expérience, il est rare, lors de ce deuxième rendez-vous, que la personne ne formule pas quelques questions la concernant directement. À ce jour, nous avons toujours eu au moins une question, lorsque ce n'est pas la seule, portant sur la raison qui les a poussés à commettre les gestes qui les ont menés devant la justice. Nous livrons ici quelques exemples des questions les plus communes que nous ayons

eu : « Pourquoi à chaque fois que je tombe amoureux cela finit toujours par des violences ? » ; « Pourquoi j'ai eu des gestes déplacés avec cet enfant et pas les autres ? » ; « Pourquoi est-ce que j'ai fait ça ? » ; « Est-ce que je risque vraiment de recommencer ? » ; etc.

3.1.3. *Les pièges*

Comme nous l'avons dit plus haut, la principale difficulté provient du thérapeute lui-même. Nous avons décrit ailleurs (Chudzik, 2015b) un cercle vicieux de contre-transfert–transfert où le thérapeute induit ce qu'il pense trouver en son patient. Ici, il est particulièrement important d'avoir une connaissance approfondie des études sur le risque de récidive et sur la violence en générale. Il est, selon nous, important de même de garder en mémoire notre enracinement en sciences humaines et toute la littérature sur la déviance que cette branche a fournit. Comme le soulignait merveilleusement Sullivan (1953) : « nous sommes tout simplement plus humain qu'autre chose ». Le risque de ces premières rencontres vient avant tout des idées préconçues ou apprises du thérapeute : garder ses distances, se méfier de la manipulation, avoir peur de la récidive (identification avec la justice) ; avoir peur, être dégoûté par les faits tels qu'ils sont fantasmés, ressentir de la colère (identification avec la victime) ; être excité à l'idée de rencontrer des agresseurs, se poser en sauveur, oublier la réalité des faits (identification à l'agresseur). Toutes ces attitudes mèneront le thérapeute à ne pas percevoir la personne telle qu'elle est. Cette première attitude contre-transférentielle préexistant à la rencontre poussera la personne à s'y adapter. Et c'est bien souvent cette adaptation que le clinicien jugera comme étant des traits de personnalité qui viendront confirmer ces idées préconçues. Il agira alors en pensant que ces conceptions sont justes. Nous créons ainsi tous les jours des patients difficiles à prendre en charge...

3.1.4. *Cas clinique*

Monsieur Félix est orienté par son conseiller d'insertion et de probation (CIP) après sa sortie de prison. Condamné une seconde fois pour violence conjugale, il vient d'effectuer 18 mois d'incarcération. Le premier contact est plutôt cordial, mais réservé et méfiant, ce qui me poussera à prendre un peu de distance et à me lancer dans l'entretien avec des questions simples et concrètes. Après la phase d'explication et de présentation, nous abordons la raison de sa venue. Il nous explique avoir été condamné pour violences conjugales mais qu'il s'agit d'une erreur. Il m'explique les multiples conflits qui ont émaillé la vie de son couple et notamment les comportements irresponsables de son ex-femme auprès des enfants, les mettant réellement en danger par moment. J'acquiesce au contenu de son discours et reflète sa colère ainsi que son sentiment d'injustice. La présentation s'infléchit un peu, et M. Félix me dit que le jour des faits il avait retrouvé des médicaments par terre et son fils en train de jouer avec. Il explique que le ton est monté et qu'il a fini par pousser sa femme contre un meuble du salon avant de s'en aller. À la fin de cette première rencontre, je lui explique ce qu'est une ET et nous reprenons rendez-vous. Lors de notre seconde rencontre, il évoquera assez rapidement ce qu'il appelle sa « jalousie malade », ainsi que la douleur que lui a laissé son premier divorce. Cette seconde rencontre se conclura sur les questions suivantes :

- pourquoi est-ce que je suis aussi jaloux ?
- pourquoi je n'arrive pas à tourner la page de mon premier mariage ?
- pourquoi j'en arrive à la violence pour raisonner les gens ?

3.2. La phase d'évaluation

3.2.1. Description

La phase d'évaluation est construite à partir et pour ces questions. Chaque test est choisi dans l'objectif de répondre à ces questions et nous expliquons à la personne pourquoi nous les choisissons. Généralement, certaine passation ce prolonge par une enquête élargie qui consiste à aller explorer certaines réponses avec la personne pour comprendre le sens qu'elles peuvent avoir elle-même.

Classiquement dans l'ET, la phase d'évaluation est l'occasion de proposer une enquête élargie (*extended inquiry*). Nous renvoyons le lecteur aux différentes références citées plus haut pour avoir une idée plus précise de cette étape. Brièvement, cette étape consiste à explorer, avec la personne, certaines de ses réponses aux tests et ceci généralement immédiatement après la passation. Plusieurs exemples d'enquêtes élargies ont été publiées en français (Finn & Chudzik, 2010 ; Finn, 2014).

3.2.2. Les spécificités

Le bilan psychologique est alors construit autour de ces questions. La première étape est de choisir les tests qui nous permettrons d'apporter des réponses à ces questions. Dans le cadre de l'obligation/injonction de soins, il est utile de classer les questions en deux catégories. Les questions actuelles, qui concerne la vie actuelle de la personne (« Pourquoi est-ce que je n'arrive pas à dire non ? » ; « Pourquoi, quand je suis en colère, je perds le contrôle ? », etc.), et les questions passées, qui concernent des événements passés, et qui comprennent généralement les questions que nous avons données en exemple plus haut. Pour la première catégorie de questions, le choix des tests ne différera pas d'un ET classique. Et comme pour l'ET, nous recommandons ici de commencer par les tests ayant la plus grande validité faciale, comme les questionnaires par exemple. Bien souvent, nous utilisons conjointement le MMPI-2-RF et le Rorschach (système intégré ou R-PAS). Nous soulignerons la prudence nécessaire lors de l'utilisation du Rorschach. Ce test est souvent utilisé lors d'expertises et parfois de façon très arbitraire. Nous prenons toujours un temps pour discuter de l'expérience qu'en ont eu nos patients et cette expérience est le plus souvent négative (« ah oui, c'est le test qui dit que je suis pervers », ou encore « c'est avec ça que le psy a dit que je recommencerais », etc.). Et nous l'utilisons que lorsque nous sentons que la personne nous fait suffisamment confiance pour recommencer l'expérience.

Seulement, ces outils, ainsi que la plupart des questionnaires ne sont guère utiles pour les questions passées. En effet, bien souvent il s'est passé plusieurs années entre les faits et notre rencontre. Et ces années ont été marquées par l'arrestation, la garde-à-vue, l'enquête, le procès, la peine de prison. . . Autant d'événements, souvent traumatiques, qui ont pour conséquence que la personne qui a commis les faits et la personne que nous rencontrons n'est bien souvent plus la même. Ceci est d'autant plus vrai que la personne a purgé une longue peine de prison. L'adaptation nécessaire à cet environnement modifie considérablement une personne. Les résultats des auto-questionnaires et le Rorschach donneront des résultats sur la personne actuelle, telle qu'elle est après avoir traversée tout ce processus. Nous ne pourrons pas en tirer des conclusions sur ce qu'était la personne au moment des faits. Pour les questions passées, nous utilisons souvent la Psychopathy Checklist - Révisée (PCL-R ; Hare, 2003). Outre le score permettant d'évaluer un niveau de psychopathie, cet outil fournit une anamnèse très complète qui permet souvent de comprendre le développement de comportements problématiques.

La façon de mener une enquête élargie dans le cadre de l'obligation de soins ne diffère pas de la façon habituelle. Cette étape est généralement l'occasion pour le thérapeute de tester la qualité de

la relation thérapeutique. Est-ce que la personne va se permettre de « jouer » avec ses réponses ? Est-ce que la confiance est suffisamment établie pour qu'elle se permette d'explorer son propre fonctionnement ?

3.2.3. *Les pièges*

Cette étape est aussi une improvisation de la part du thérapeute. Lorsque l'on commence une enquête élargie, nous ne savons pas vraiment où est-ce qu'elle va nous mener. Dans le cadre de l'obligation de soins le risque peut être grand ici de perdre de vue les questions posées par la personne au départ et de tomber dans une des trois identifications que nous avons décrites plus haut. Par exemple, le thérapeute pourra, par ce biais, chercher absolument une raison aux faits en se servant d'un contenu agressif au Rorschach (identification à la justice), ou tenter de montrer à la personne combien elle a été cruelle (identification à la victime), ou encore le thérapeute cherchera à confirmer les minimisations de la personne en se servant de certaines réponses au MMPI (identification à l'agresseur). Dans tous ces cas de figure, le thérapeute perd de vue l'objectif de l'ET et l'aspect collaboratif de la démarche.

3.2.4. *Cas clinique*

M. Félix a passé le MMPI-2 (Butcher et al., 2001), le Rorschach en système intégré (Exner, 2002), et la PCL-R (Hare, 2003). Après le Rorschach, je lui ai expliqué que certaines réponses pouvaient être comprises comme étant des sortes de métaphores des difficultés que rencontrent les gens et je lui ai demandé si l'une de ses réponses pouvait être vue comme cela. Je lui ai lu l'ensemble de ses réponses et nous nous sommes attardés sur une réponse à la planche une : « un masque effrayant avec un semblant de dents et des yeux furieux ». Il m'expliqua que ce masque pouvait être lui en colère. Je lui ai demandé ce qu'il pouvait ressentir lorsqu'il portait ce masque et il me dit de la fureur. . . Et nous discutâmes des moments où il le portait. Il me dit que cela arrivait lorsqu'il se sentait trahi, ce qui était souvent arrivé dans le passé. Nous avons tourné autour de ce sujet un moment, puis il a fini par me dire qu'il avait porté ce masque avec toutes ces compagnes, qu'il n'avait jamais eu de relation avec une femme qui ne se soit pas finie dans la violence. Il m'expliqua qu'il portait ce masque à chaque fois qu'il avait des sentiments pour une femme. Nous discutâmes alors des circonstances qui le poussaient à le revêtir, et il me redit qu'il ne supportait pas la trahison et que, dans ces moments là, il n'y avait plus rien sous le masque, qu'il se sentait comme un insecte écrasé (une autre de ses réponses au Rorschach).

3.3. *L'interprétation des résultats et la conceptualisation*

3.3.1. *Description*

Une fois les résultats obtenus, nous allons chercher ce qui peut nous aider à répondre aux questions de la personne. Nous portons une grande attention aux résultats divergents et tentons de leur donner du sens (Finn, 1996). Durant cette étape, il est particulièrement important de faire une première lecture des résultats comme si nous ne connaissions pas la personne, afin de se laisser surprendre par les résultats et d'éviter le biais d'auto confirmation. Cette première lecture est alors intégrée à l'ensemble des données dont on dispose et à nos impressions cliniques. L'objectif étant d'élaborer une narration dans laquelle les résultats sont cohérents et puissent aider à répondre aux questions de départ.

3.3.2. *Spécificités*

Quelques précautions sont cependant nécessaires dans le cadre de l'obligation de soins. Premièrement, les résultats des tests ne donnent pas d'information sur qui était la personne au moment des faits, d'autant plus s'il s'agit de fait unique ayant eu lieu plusieurs années auparavant. Pour les questions visant la raison qui a pu poussées à commettre tel ou tel acte, il est illusoire de ne chercher qu'une seule réponse. De notre expérience, les meurtres, les agressions sexuelles, sont bien souvent le fruit d'une succession d'événements, ayant eu lieu dans un contexte particulier, et appréhendés par la personnalité de l'agresseur. Ici plus qu'ailleurs, la notion de narration est primordiale. Pour répondre à ce type de question, il faut une histoire, non pas une réponse. Une histoire qui intègre les différents facteurs psychologiques, contextuels, interpersonnels, etc. Un autre point est important avec une population en obligation/injonction de soins, notamment en ce qui concerne les questions passées. Pour ces questions portant sur les raisons qui ont poussé ces personnes à commettre ce qu'elles ont fait, il faut bien être conscient du parcours qu'elle a effectué avant d'arriver dans notre bureau. Pour beaucoup d'entre eux ce parcours commence des années avant notre rencontre. Ils ont commis les faits, ils ont été arrêtés (garde-à-vue, interrogatoires...), puis ils ont connu l'instruction, puis le procès, puis la détention pendant plusieurs années. Les tests que nous utilisons couramment nous renseignent sur la personne actuelle. Et après un tel parcours, il est évident que la personne n'est plus la même qu'avant les faits. Nos tests ne nous renseignent pas sur le fonctionnement psychologique de la personne des années avant la passation. Les résultats que nous obtenons sont impactés par les conditions de vie actuelle, par l'identité narrative construite lors du procès (Chudzik & Aschieri, 2013), et par l'adaptation à la prison.

3.3.3. *Pièges*

Là encore, il faut se méfier de nos contre-attitudes. Le modèle semi-structuré de l'ET est une aide précieuse. Nous n'allons pas choisir des tests qui sont sans rapport avec les questions de la personne. De même pour les résultats, il est aisé d'aller chercher dans les tests les résultats qui viendront confirmer nos premières impressions. Comme il est aisé de trouver des signes d'agressivité dans un Rorschach ou dans d'autres tests. Une première interprétation à l'aveugle est un garde-fou important ici.

3.3.4. *Cas clinique*

La PCL-R de M. Félix fournit un score total de 14, ce qui est loin du seuil de 28 nécessaire pour poser un diagnostic de psychopathie, mais ce qui est cependant beaucoup plus élevé de ce que l'on peut rencontrer en population générale. D'autant plus que l'élévation est due au facteur 1 (9/18) qui évalue ce qui constitue le cœur de la psychopathie : froideur émotionnelle, manipulation... Et c'est notamment sur la froideur émotionnelle et l'absence de remord qu'il obtient les résultats les plus élevés.

Le MMPI-2 fournit des profils dans la norme. Le protocole est valide et ne fait ressortir aucune difficulté particulière. Il correspond au protocole couramment retrouvé en population générale.

Le Rorschach-SI nous montre un autre visage. Le protocole est court ($R = 15$) mais très riche ($L = 0,30$). Nous serons surpris de son score à l'indice de trouble de la pensée ($PTI = 4$). À lecture des cotations, il apparaît assez rapidement que les planches couleurs provoquent des réponses très inhabituelles, toutes en mauvaises formes et contenant les cotations spéciales.

Ce type de configuration MMPI-2 normal et Rorschach pathologique a été décrit par Finn (1996). Le MMPI-2 fournit une image de la façon dont les gens se perçoivent et généralement de la façon dont ils sont perçus. Le Rorschach fournit des informations plus directes sur le fonctionnement de la personne et notamment du fonctionnement émotionnel (Finn, 2012). Ce

que ces résultats nous indiquent c'est que M. Félix ne pose pas de soucis dans des situations peu investies émotionnellement mais sa pensée se désorganise notamment dans les situations fortement investies émotionnellement.

3.4. La séance d'intervention

3.4.1. Description

Cette séance sert à tester une hypothèse issue de l'interprétation des tests en lien avec une ou plusieurs questions de départ. L'objectif va être d'amener la difficulté dans la séance et d'essayer de la comprendre et d'y faire face avec la personne.

3.4.2. Spécificité

Ici, les séances d'intervention diffèrent peu de ce que nous pouvons voir dans l'évaluation thérapeutique pour adulte. La particularité vient souvent du contenu plus que de la forme. Classiquement, les séances d'intervention sont faites de telle façon que l'on puisse voir apparaître, durant la séance, les émotions clivées de la personne (*split off affect*). Cette théorie, provenant de plusieurs courants (McCullough et al., 2003 ; Schore, 1994) postule que notre éducation, notre culture, nous poussent à maintenir hors de la conscience certaines émotions. Ces émotions restent présentes mais nécessitent des stratégies pour ne pas être éprouvées. Ces émotions sont considérées comme la raison de nombreux états pathologiques. En obligation/injonction de soins, nous rencontrons une population qui présente des fonctionnements que nous rencontrons peu communément dans une population de consultations ambulatoires. Chez les personnes présentant des comportements violents, la vulnérabilité, la honte, l'abandon, la tristesse font souvent partie des affects clivés. On retrouve souvent chez les auteurs d'agression sexuelle sur enfant la dépression, la confiance en soi, et parfois la sexualité comme faisant partie de ces états clivés. Pour stimuler ces émotions et les défenses qui les entourent, nous utilisons souvent les tests narratifs (comme le TAT par exemple) pour induire ces émotions.

3.4.3. Les pièges

Nous avons décrit ailleurs (Chudzik, 2015b) comment notre culture nous amène à repousser ces patients. Si nous avons tant de mal à faire face à ces patients c'est qu'ils nous renvoient à nos limites, à nos propres affects clivés. En effet, les dossiers, les histoires, les comportements de nos patients nous mettent face à ce que généralement nous ne voulons pas voir en nous, comme la haine, la violence, le narcissisme, le sadisme, etc. Il nous est alors facile de ne pas percevoir ces caractéristiques chez nos patients, voire dans les résultats de nos tests. Ou encore, dans un mouvement projectif, de les percevoir là où ils ne sont pas présents. Il faut porter une attention toute particulière lors de la préparation des séances d'intervention pour ne pas tomber dans ce piège. Les résultats des tests peuvent nous aider ici, à condition de bien les prendre en compte, et particulièrement les résultats qui nous semblent éloignés de la façon dont nous percevons la personne.

3.4.4. Cas clinique

Après l'interprétation des résultats de M. Félix, je lui proposai une petite expérience pour vérifier certains résultats et pour répondre à sa question sur la jalousie et à sa question sur la violence. Je lui ai proposé de raconter une histoire à partir de planche du TAT que j'avais sélectionné pour leur valence dépressive. Mon objectif était de susciter des émotions négatives pour voir comment il les gèrait. J'ai sélectionné quatre planches. La première (le petit garçon avec son violon) juste

pour introduire l'expérience. Puis, je lui ai proposé la planche représentant la personne assise par terre, la planche de la femme s'appuyant sur une porte. et la planche du petit garçon assis sur le perron d'un cabane. Voici la retranscription de ce qui s'est passé pour la planche du petit garçon assis :

M. Félix : un petit garçon à côté d'un chalet, un gamin comme quand j'étais sur ma bicyclette rouge. . .

LC : une histoire ?

M. Félix : Ça me rappelle quand j'ai trouvé une vieille maison et on avait voulu la retaper avec des copains et ma frangine est tombée à travers le plancher, et mon beau-père est arrivé, on s'est pris une de ces branlées (rigole). . .

(. . .)

LC : Et si c'était un autre petit garçon ?

M. Félix : Un enfant qui est un peu perdu et il attend quelqu'un dans un chalet avec la forêt. . . Il attend. . . il attend que quelqu'un vienne le chercher. . .

LC : qu'est-ce qu'il ressent ?

M. Félix : Il se pose des questions, on m'a oublié ou c'est fait exprès. Il panique pas, il s'est posé et il réfléchi, qu'est-ce que je vais devenir si personne ne bouge pour venir me chercher et quelqu'un arrive à le trouver.

LC : il faut être courageux pour réagir comme ça à cet âge là. . .

M. Félix : Il est pieds nus, y a un gros souci. . . À cet âge là ça ne réfléchit pas, est-ce que papa, maman m'ont oublié ? Qu'est-ce que je vais devenir ? . . . y a pas de porte. . . comment manger ? Et s'il fait froid ? Il a peur qu'on le mange comme dans les petits cochons (rit)

L.C. : comment ça finit ?

M. Félix : Il va rester comme ça jusqu'à la tombée de la nuit, et va se cloîtrer dans un coin de la pièce sans dormir. . . il a pas de manteau. . . il va rester concentré, rester éveillé, vigilant. . . sur ses gardes. . .

L.C. : pourquoi n'a-t-il pas de chaussures ?

M. Félix : on l'a déposé et réveillé. . . C'est un enfant abandonné, on l'a lâché en pleine nature, « tu gères ta vie maintenant ! ». Il a la crainte pour se retrouver. . . . là c'est un peu chaud. . . . Il est perdu dans sa tête. . . Les mains sont serrées par les nerfs, il arrive pas à comprendre ce qui lui arrive, tout s'enclenche, qu'est-ce que j'ai fais pour être là (touché émotionnellement)

L.C. : . . .

M. Félix : Moi je donnerais des coups de savates dans le bois et jusqu'à démonter la cabane pour essayer de me calmer. Qu'est-ce que j'ai fait, pourquoi je mérite ça ?

L.C. : vous avez déjà senti ça ?

M. Félix : ouais, quand mon beau-père est mort, je voulais taper, j'étais devenu très perso, l'adrénaline monte et il y a beaucoup de choses dans la tête

L.C. : Pourquoi dites-vous que vous étiez très perso ?

M. Félix : J'étais le plus vieux, c'était moi l'homme de la maison. Elle (sa mère), elle m'a toujours rejeté, le dernier avait tout.

Je lui demandai alors s'il pensait que cela avait un lien avec sa question sur la jalousie et avec sa question sur la violence. Il me dit qu'il n'avait jamais pensé à ça avant. Son père était un homme extrêmement violent et lorsque sa mère le quitta, il avait eu l'impression de prendre soin d'elle. Puis ce beau-père entra dans sa vie. Il le décrivit comme un homme bon. Mais cet homme mourut d'un cancer après cinq années de vie commune avec eux. À la suite de ce décès sa mère le rejeta

violemment, sans qu'il ne comprenne pourquoi. Après plusieurs épisodes violents entre eux, il décida que quitter le domicile, à l'âge de 16 ans.

3.5. La séance de résumé/discussion

3.5.1. Description

La séance de résumé/discussion est le moment où l'on discute des résultats obtenus et des réponses que l'on peut apporter aux questions de la personne. Cette séance est aussi collaborative et nous demandons constamment à la personne si elle pense que tel ou tel résultat lui correspond ou pas, si elle peut nous donner des exemples issus de sa vie quotidienne. Cette séance est le moment où nous construisons avec le patient une histoire de ses difficultés plus réaliste et plus indulgente au sein de laquelle un changement est possible.

3.5.2. Spécificité

Là encore, il n'y a pas de grand changement en obligation de soins, si ce n'est les questions auxquelles nous devons proposer des réponses. Et, de notre expérience, il y a toujours au moins une question à propos des faits. Nous avons l'habitude de procéder en trois étapes pour répondre à ces questions. La première consiste à contextualiser le processus psychologique qui a mené aux faits. Nous soulignons ici dans quel contexte interpersonnel vivait la personne au moment des faits, et dans quel contexte se sont déroulés les faits. Nous soulignons alors la différence entre l'état dans lequel elle était au moment des faits et l'état dans lequel il est en général (si ces deux états sont différents, ce qui est dans la grande majorité des cas). Nous ajoutons toujours quelques mots sur les circonstances qui pourraient le pousser à commettre à nouveau des faits similaires. Enfin, nous soulignons les signes de changements et de protection.

3.5.3. Pièges

Comme dans toute ET, le piège principal est d'argumenter lorsque la personne n'est pas d'accord avec un résultat. Le risque est d'autant plus grand que le thérapeute craindra une récidive. Comme nous l'avons montré ailleurs (Chudzik & Aschieri, 2013), cette stratégie crée la résistance chez nos patients et devient vite contre-productive.

3.5.4. Cas clinique

La séance de résumé/discussion fut longue avec M. Félix. Je décidai de lui donner dans un premier temps une vision générale des résultats que nous avons obtenus. Puis, je me concentrai sur ces questions.

1. Pourquoi est-ce que je suis aussi jaloux ?

Je lui proposai dans un premier temps de reprendre l'histoire qu'il m'avait raconté au TAT à la planche du petit garçon qui reste « éveillé, concentré, vigilant et sur ses gardes ». Et je lui demandai si la jalousie ne pouvait pas être quelque chose d'équivalent pour lui. Il acquiesça et me dit qu'il ne faisait confiance à personne. Je lui expliquai que les résultats au Rorschach pouvaient nous aider à comprendre, et notamment sur le fait que sa pensée se désorganise lorsqu'il est soumis à des émotions trop fortes.

2. Pourquoi je n'arrive pas à tourner la page de mon premier mariage ?

Je lui expliquai que les résultats suggéraient qu'il avait tendance à ne pas vouloir prendre conscience des émotions négatives comme la tristesse, le sentiment d'abandon, et que bien souvent la colère venait recouvrir ces états là. Du coup, il ne pouvait pas tourner la page et restait coincé par sa colère.

3. Pourquoi j'en arrive à la violence pour raisonner les gens ?

Ici, je contextualisai ses violences. Elles avaient toujours eu lieu avec ses conjointes, jamais à l'extérieur du couple. Il acquiesça. Je soulignai que les résultats suggéraient qu'il contrôlait beaucoup de choses en lui, au point parfois de se couper d'une partie de ses émotions (comme le montrait aussi la PCL-R). Et que sa violence venait l'aider à maintenir ses émotions hors de la conscience. Je rajoutai qu'il pouvait peut-être faire de même avec son entourage, c'est-à-dire le contrôler par peur de revivre ce qu'il avait vécu avec le décès de son beau-père et surtout avec le rejet de sa mère.

À la fin de cette séance, nous étions d'accord pour entamer un travail psychothérapeutique ensemble. Cette psychothérapie a duré deux ans et a pris fin un peu avant la fin de son obligation de soins. Nous nous étions fixés comme objectif de lui apprendre à repérer ses émotions avant que la violence n'arrive.

Le plus souvent, et par manque de relais, nous poursuivons après l'ET par une prise en charge thérapeutique. L'ET dévoile alors un de ses atouts majeurs : l'alliance thérapeutique est solide et les objectifs communs sont clairs. Ainsi, il est vraiment peu fréquent de faire des certificats de convenance. Les personnes sont engagées dans la prise en charge et motivées pour la poursuivre.

Une autre étape de l'ET avec adulte est le compte rendu écrit sous forme de lettre personnalisée (Chudzik & Finn, 2014). Nous ne mettons pas cette étape en œuvre dans le cadre des obligations/injonctions de soins. Ce document pourrait trop vite se retrouver dans les mains d'un avocat ou d'un juge. Dans tout ce que nous venons de décrire, il est important de garder à l'esprit que l'évaluation thérapeutique est une technique thérapeutique et qu'en aucun cas cette évaluation pourrait servir d'expertise.

4. Conclusion

Dans les deux années qui ont suivi l'ET, M. Félix a noué deux autres relations. La première a fini dans la colère, mais sans violence. Il fut très fier de lui à ce moment là. Et la seconde dure encore aujourd'hui. Après la fin de son obligation de soins, M. Félix m'a demandé s'il était possible de continuer à se voir, ce que nous faisons aujourd'hui à raison de quatre rencontres par an.

Nous espérons avoir montré, même brièvement, que l'ET rend le soins sous contrainte non seulement possible mais bénéfique. Le travail relationnel de collaboration qui est mené du début à la fin rend ce travail possible et enrichissant pour le clinicien.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur est membre de la Therapeutic Assessment Institute.

Références

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Aschieri, F. (2012). Epistemological and ethical challenges in standardized testing and collaborative assessment. *Journal of Humanistic Psychology*, 52(3), 350–368. <http://dx.doi.org/10.1177/0022167811422946>
- Aubut, J. (1993). *Les agresseurs sexuels : Théorie, évaluation et traitement*. Montréal: Éd. de la Chenelière.
- Balier, C., Ciavaldini, A., & Girard-Khayat, M. (1996). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels*. Paris: La documentation française.

- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, G., & Kaemmer, B. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Chudzik, L. (2009). Obligation de soins : Demande sociale et psychothérapie. In O. Bourguignon (Ed.), *La pratique du psychologue et l'éthique* (pp. 169–181). Wavre, Belgium: Mardaga.
- Chudzik, L. (2014). Les différentes étapes de l'évaluation thérapeutique. *Journal Des Psychologues*, (323), 28–31.
- Chudzik, L. (2015a). Loneliness, fear, and violence: What I learned from encountering evil through therapeutic assessment. *The TA Connection*, 3(1), 7–10.
- Chudzik, L. (2015b). TA with criminals offenders: How to avoid western cultural blinders. *Journal of Personality Assessment* (Manuscript Submitted for Publication).
- Chudzik, L., & Aschieri, F. (2013). Clinical relationships with forensic clients: A three-dimensional model. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 722–731. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.027>
- Chudzik, L., & Finn, S. E. (2014). Le compte rendu écrit. *Journal Des Psychologues*, (323), 41–44.
- Chudzik, L., & Réveillère, C. (2013). Déni complet des faits: Une perspective interpersonnelle. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(7), 490–493. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.05.016>
- Cornet, J. P., Giovannangeli, D., & Mormont, C. (2003). *Les délinquants sexuels : Théories, évaluation et traitements*. Paris: Frison-Roche.
- Exner, J. E. (2002). *The Rorschach: Basic foundations and principles of interpretation*. New York, N.Y: John Wiley & Sons.
- Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI–2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 543–557. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_10
- Finn, S. E. (2007). *In our clients' shoes: Theory and techniques of therapeutic assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Finn, S. E. (2008). The many faces of empathy in experiential, person-centered, collaborative assessment. *Journal of Personality Assessment*, 91, 20–23.
- Finn, S. E. (2012). Implications of recent research in neurobiology for psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 94(5), 440–449. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2012.700665>
- Finn, S. E. (2014). L'évaluation thérapeutique : Genèse, efficacité et théorisation. *Journal Des Psychologues*, (323), 22–27.
- Finn, S. E., & Chudzik, L. (2010). L'évaluation thérapeutique : Une intervention originale brève. In S. Sultan, & L. Chudzik (Eds.), *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2* (pp. 203–226). Wavre: Mardaga.
- Finn, S. E., & Chudzik, L. (2013). L'évaluation thérapeutique pour enfant : Théorie, procédures et illustration. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(3), 166–175. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.11.003>
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hollin, C. R. (2005). *The essential handbook of offender assessment and treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. E., & O'Brien, M. D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurlley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Pham, T. (2013). *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Wavre: Mardaga.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. New York, NY: L. Erlbaum Associates.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company.