

La représentation sociale de l'agresseur sexuel, entre un fou «bon pour l'asile», un malade à soigner, un pervers à normaliser ou un criminel à punir, sanctionner ou enfermer à vie, soulève de multiples paradoxes.

Le discours sécuritaire et normatif de nos sociétés modernes se trouve renforcé face aux recrudescences des cas de récidive pénal au sein de la population d'agresseurs sexuels.

L'auteur propose de séparer, voire de dissocier, le soin du judiciaire et d'adapter l'approche thérapeutique à la spécificité du fonctionnement psychopathologique de cette population.

Psychanalyste, maître de conférences en psychologie clinique à l'Université de Poitiers, membre statutaire du Laboratoire de Recherche en Psychopathologie clinique: Nouveaux Symptômes et lien social (EA 4050), Amal Hachet possède une double expérience auprès des auteurs d'agressions sexuelles tant en qualité de psychologue expert qu'en qualité de psychothérapeute en milieux institutionnel et privé.

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



TRAITER LES AGRESSEURS SEXUELS?

Amal Hachet

LECTURES

TEMPS D' ARRÊT

yapaka.be

Traiter les agresseurs sexuels ?

Amal Hachet

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Psychanalyste, maître de conférences en psychologie clinique à l'Université de Poitiers, membre statutaire du Laboratoire de Recherche en Psychopathologie clinique: Nouveaux Symptômes et Lien social (EA 4050), Amal Hachet possède une double expérience auprès des auteurs d'agressions sexuelles tant en qualité de psychologue expert qu'en qualité de psychothérapeute en milieux institutionnel et privé.

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livre est édité à 11.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be

Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Françoise Dubois, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Alain Grumiau, Françoise Guillaume, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Patricia Piron, Philippe Renard, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier

Coordination:

Vincent Magos assisté de Delphine Cordier, Sandrine Hennebert, Diane Huppert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la Jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable: Frédéric Delcor – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. **Novembre 2008**

Sommaire

Introduction	5
L'évolution de la représentation sociale du « délinquant » sexuel	9
De la normalisation aux impératifs sécuritaires	13
Les limites de l'interdit	15
• La transgression.	15
• Le fantasme	18
Les réponses « psy » face à l'attente sociale en matière de « soins » d'agresseurs sexuels ...	21
• Obligation de soins ou libre démarche? Quelle place pour le sujet de la demande?	22
• Limites des dispositifs de soins actuels	23
• L'exemple carcéral.	29
• Y a-t-il une approche thérapeutique possible? ..	42
La prévention	47
• Quelle politique sociale adopter?	49
• Qu'est-ce qu'une récidive?	53
Conclusion	59
Bibliographie	61

Introduction

Depuis la thèse du « criminel né » de Lombroso jusqu'à celles, actuelles, du « tous criminels » et de la « tolérance zéro », les sciences dites « criminelles » voire de criminologie ont vu leur objet d'étude se métamorphoser, passant du « crime » au « comportement criminel » avant, de nos jours, de s'intéresser à la personnalité de « l'auteur du crime ».

Au fur et à mesure de son développement, la criminologie s'est servie des « sciences du comportement » (par la mise en œuvre de techniques d'investigation, d'évaluation, de « profilage », etc.), afin d'asseoir une idéologie soutenue par une logique de contrôle social.

Si l'on admet la définition de Lagache, selon laquelle l'agressivité est une tension qui met l'organisme en mouvement en même temps qu'une disposition indispensable qui permet au sujet de trouver sa place dans son milieu¹, dans quelle mesure le rôle de « contrôle », de « canalisation », voire de « réorientation » que la société chercherait à exercer sur cette agressivité – par l'établissement d'un système de valeurs avec des normes – serait-il « légitime » ?

¹ Lagache D. *L'agressivité : structure de la personnalité et autres travaux*. Paris : PUF, 1982.

Où se situerait la frontière si toute déviation ou tout écart par rapport à ces normes aurait la même valeur qu'une transgression, à laquelle il faudrait opposer une sanction, à l'instar de la réponse «pavlovienne» ?

Devenues un outil de normalisation par excellence, ainsi qu'un alibi «sécuritaire», les sciences modernes se sont mises au service de cette nouvelle idéologie, dont l'objectif serait de supprimer la moindre manifestation «agressive», laquelle serait «détectable», dirions-nous, dès la vie intra-utérine².

Cette régression épistémologique actuelle a été impulsée par le modèle anglo-saxon de «redressement» de la jeunesse turbulente, agitée ou mal adaptée au système scolaire, que l'on a entrepris de doper à la Ritaline® ou d'enfermer dans des camps de «réhabilitation» censés la transformer en une population docile, conforme au comportement «normal» en vigueur.

Or, lorsqu'une science se transforme en idéologie, les frontières entre les règles normatives et les lois s'évanouissent, tandis qu'une pensée totalitaire se dessine et s'affirme. Une récente loi en France sur la «rétention de sûreté» en fournit un exemple éclatant!

Contre ces errements scientistes et comme la psychanalyse n'a cessé de le démontrer, il

2 L.Cf. *Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, rapport de l'INSERM, septembre 2005.

nous faut réaffirmer que les pulsions agressives sont inhérentes au fonctionnement psychique de chaque être humain³ et, à ce titre, qu'elles sont irréductibles à tout déterminisme biologique ou naturaliste.

C'est là que se situe l'intérêt de notre réflexion, laquelle, prenant appui tant sur une pratique psychothérapique d'inspiration psychanalytique que sur une pratique d'expertise auprès d'une population d'agresseurs sexuels, interroge les limites de la logique normative et sécuritaire de nos sociétés modernes sur laquelle se basent les dispositifs actuels en matière de «soins» à l'attention de cette population. Une telle logique ne fait qu'entretenir la pathologie de cette dernière et, par là même, qu'augmenter les probabilités d'échec de tels dispositifs ainsi que les risques de récurrence.

3 Safouan M. (2006) «La personnalité du délinquant à la lumière des théories psychanalytiques», *Psychologie clinique*, nouvelle série, 20.

L'évolution de la représentation sociale du «délinquant» sexuel

Pour mieux comprendre les enjeux inhérents à la polémique actuelle en matière de soins sous contrainte judiciaire qui visent les «délinquants» sexuels, il est important de faire un retour historique vers le terme de «perversion sexuelle», dont l'apparition fut en lien avec la fréquence des abus sexuels sur enfants au cours du XIX^e siècle. Ainsi, l'élaboration d'un savoir médico-psychiatrique en matière de perversion sexuelle, en particulier de pédophilie, fut très fortement déterminée non par une demande de santé, mais par «une requête judiciaire et sociale» de normalisation qui visait une «régulation» des conduites sexuelles «déviantes». Cette demande fut justifiée par le besoin d'une caution extérieure scientifique, destinée à permettre au partenaire judiciaire de jouer le rôle qui lui était assigné par le corps social. On assiste alors à un paradoxe: la conduite devient la manifestation d'une organisation cérébrale ou mentale seule reconnue comme décisive; et là où le magistrat «gagne du côté de la caution scientifique donnée à ses décisions, il perd du côté de la légitimité à juger d'un acte dont la détermination ultime échappe à sa connaissance et ne s'arrime plus à un libre arbitre de l'accusé»⁴.

4 Arveiller J. (1998) «Pédophilie et psychiatrie: repères historiques», *L'Évolution psychiatrique*, 63,1-2, 11-34.

Défini comme une déviation par rapport à une norme ou à un comportement normal, le terme de perversion vient du mot latin *perversio*, qui date de 1444, lequel vient du verbe *pervertere*, qui date de 1115 et a une signification tantôt matérielle (renverser, retourner ou abattre), tantôt économique (ruiner) et tantôt morale (corrompre, prendre le mauvais chemin).

En 1875, Littré a déjà utilisé ce terme, dans une connotation morale, pour désigner le changement du bien en mal. La perversion morale des instincts était synonyme de folie héréditaire, à laquelle se sont ajoutées d'autres formes de perversions, telles que celles de l'appétit et de la vue. Contrairement au mot «perversité», qui se réfère davantage à un caractère marqué par une cruauté ou une malignité particulière, le mot perversion fut toujours réduit au comportement. Toutefois, avant 1885, date à laquelle l'expression de «perversion sexuelle» fut proposée par le psychiatre Magnan, le mot perversion n'avait pas pour sens exclusif l'aspect sexuel.

En 1887, Krafft-Ebing classe l'abus des enfants dans deux registres : l'un concerne celui du monstrueux et de l'incompréhensible où le viol, associé à l'assassinat par volupté, est commis par un «idiot» ou un dément, irresponsable sur le plan légal et susceptible d'être interné; l'autre est le fait de jeunes gens immatures et peu sûrs d'eux et, plus souvent, de «vieillards débauchés», malades mentaux ou pas. Cet auteur distingue également le «bon» pervers (l'homosexuel moral bien inséré) du «mauvais» pervers (le marginal, monstrueux et violent).

Ainsi, le terme de perversion n'a cessé de solliciter des représentations contradictoires, voire clivées, qui ont identifié le pervers comme un criminel à sanctionner, un fou «bon pour l'asile», un être «déviant» à normaliser ou encore un malade à soigner. Nous verrons en quoi cette représentation clivée est un effet du clivage caractéristique du fonctionnement psychique des auteurs d'agressions sexuelles.

Par ailleurs, ce n'est guère un hasard si la définition autour de laquelle s'accorde l'ensemble des dictionnaires limite l'usage du terme «perversion» au champ de la sexualité «agie» et désigne ainsi une déviation pathologique du comportement sexuel normal, voire une aberration de l'acte sexuel normal, avec une fixation à un objet et un but en rupture avec les pratiques culturellement admises. C'est en particulier le caractère exclusif, compulsif, contraignant, répétitif et partiel de ce comportement qui lui confère un aspect déviant. Contrairement aux pathologies névrotique et psychotique, ce qui est spécifique à la perversion, c'est qu'elle échappe totalement au refoulement, car elle est fondée sur une exigence d'accès à une jouissance immédiate qui brave tout interdit. D'où l'impasse de la «curabilité» du pervers, qui est tributaire de l'impérative normalisation de son comportement sexuel déviant.

De la normalisation aux impératifs sécuritaires

À défaut de pouvoir normaliser à l'aide de soins les «criminels sexuels», la société moderne adopte des positions radicales: elle multiplie des lois de plus en plus coercitives.

Pour citer l'exemple français, une mesure de «rétention de sûreté» après la sortie de prison des criminels dits dangereux fut instaurée en réaction à de récents faits divers qui furent très médiatisés en raison de leur caractère monstrueux et gravissime, parmi lesquels le meurtre de deux infirmières à l'hôpital psychiatrique de Pau, perpétré en 2004 par un malade mental, le viol d'un enfant de 5 ans par un pédophile fraîchement sorti de prison et la tentative de viol et le meurtre d'une étudiante par un violeur récidiviste.

Le premier volet de cette mesure prévoit de remplacer le non-lieu pour raisons psychiatriques par une ordonnance d'irresponsabilité pénale, lors d'une audience publique où des arrêts de «culpabilité civile» peuvent être rendus à l'encontre des auteurs de crimes et délits qui présentent des risques de récurrence et de dangerosité bien que déclarés pénalement irresponsables. Ce volet témoigne d'une régression juridique, dans la mesure où, si l'audition publique a toujours existé, la notion de culpabilité civile avait été supprimée.

Les limites de l'interdit

Le deuxième volet a pour objectif la rétention des auteurs de crimes (meurtres, viols ou actes de torture), et en particulier les pédophiles qui présentent des risques de dangerosité et de récidive, à leur sortie de prison, dans des «centres socio-médico-judiciaires fermés», pour une durée d'un an «renouvelable» et, dans certains cas, «à vie».

Cette mesure de rétention de sûreté ne saurait être appliquée de façon rétroactive, c'est-à-dire à des sujets qui ont fait l'objet d'une condamnation avant la publication de la loi ou qui ont été condamnés pour des faits commis antérieurement à cette publication. Il s'ensuit que les premières rétentions de sûreté ne pourraient être prononcées que dans 15 ans, puisqu'applicables aux détenus condamnés à plus de 15 ans.

Il est intéressant de rappeler que la première mesure de rétention de sûreté fut introduite dans le Code pénal allemand et promulguée à Berlin le 27 novembre 1933, sous le régime nazi, par l'article 1. Cette loi s'exerçait à l'encontre des récidivistes dangereux et définissait des mesures disciplinaires pour améliorer la sécurisation : elle prévoyait la «rétention de sûreté» après la fin de la peine, si «la sécurité publique l'exige»⁵.

Est-ce par l'agir ou par la pensée, voire les fantasmes, que se constitue la transgression ? En principe, ce qui définit le terme d'agression sexuelle, pris dans un contexte légal, est moins la mise en acte d'un fantasme sexuel «déviant» que l'acte lui-même de transgression d'une loi sociale.

Dans l'hypothèse que l'acte soit structuré à partir d'un fantasme et que ce dernier en constitue le moteur, on est en droit de comprendre la confusion qui s'opère entre acte et fantasme dans la représentation de la perversion sexuelle. Si le fait d'associer le fantasme à l'acte dans un souci de compréhension de ce qui sous-tend l'acte d'agression sexuelle paraît indispensable, confondre celui-ci avec l'acte au sens pénal du terme constitue par contre une aberration.

Pour mieux comprendre les enjeux à l'origine d'un tel amalgame, nous allons explorer les deux dimensions fondamentales sous-jacentes au fonctionnement pervers, au sens large du terme : la transgression et le fantasme dont elle se soutient.

La transgression

Toute jouissance, qui n'est pas à entendre dans le sens d'un plaisir mais dans celui d'«au-delà du

⁵ Cf. «Une loi qui ne devrait pas faire Führer»..., *Le canard enchaîné*, 20 février 2008.

plaisir»⁶, implique l'idée d'une transgression de la loi et participe ainsi de la perversion.

Freud affirme que ce qui fonde l'interdit de l'inceste n'est pas tant l'horreur qu'il inspire que le désir qu'il suscite⁷. La problématique de la perversion se situe donc au niveau d'un désaveu de la loi du père, d'un déni de la différence des sexes et de la prohibition de l'inceste. L'impossibilité de se référer au père comme agent de la castration pousse le pervers à rechercher une autre loi, qui fait de la jouissance un devoir filial. Non seulement le pervers remet en question la loi et la récuse dans son fondement, mais il lui substitue celle de son désir.

L'observation de Monsieur Durand (50 ans) illustre ces considérations. Reçu, dans le cadre d'un suivi en prison après son incarcération pour des faits de viols commis sur ses quatre filles, âgées entre 15 et 25 ans, ce patient est non seulement incapable de penser son comportement envers ses filles comme étant incestueux, mais il revendique en outre un droit de «cuissage» sur celles-ci. Pour lui, il s'agit d'un «amour filial»: «Ce que j'ai fait à mes filles est un acte d'amour que je revendique. Ce n'est pas un acte criminel. C'est même fondamental à leur épanouissement sexuel». Ce qui paraît intéressant, c'est que cet homme a attendu que ses filles aient atteint l'âge

6 Ce terme désigne le fonctionnement d'un sujet contraint de répéter de façon inlassable un comportement sans connaître les raisons qui l'y poussent. Cf. Melman Ch. (2003) *L'homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Paris: Denoël.

7 Freud S. (1913) *Totem et tabou*. Paris: Payot 1965

de 8 ans pour commencer à en abuser, par des caresses qui ont évolué en pénétrations sexuelles complètes lorsque les victimes ont atteint la puberté.

L'anamnèse de M. Durand révèle un lien problématique au père, soutenu par des idées de parricide. Ainsi, ayant reçu une éducation qu'il qualifie de «très sévère» de la part de cet homme, le patient lui en veut à mort: «C'était un homme froid, jamais câlin. J'étais jaloux de lui et je ne supportais pas qu'il s'approche de ma mère. Lui aussi était jaloux de moi: il interdisait à ma mère de me faire des câlins, alors que j'en raffolais. Surtout, de ma mère, je me souviens de sa douceur. C'est pour ça que j'ai voulu donner à mes filles ce qui me manquait: l'amour filial. C'est un cadeau du ciel».

À l'âge de 8 ans, M. Durand a perdu son père dans un accident de voiture et s'en est rendu responsable. Il précise: «J'étais en voiture avec mes parents. J'ai regardé mon père et j'ai pensé très fort dans ma tête que je voulais sa mort. Peu de temps après, ça s'est produit». À partir de cet événement, le patient a commencé à développer une conviction délirante: il était persuadé que son cœur s'était arrêté de battre. Cette idée l'a plongé dans une crise d'angoisse sidérante, qui l'a poussé à commettre une première tentative de suicide à l'approche de ses 15 ans. Des tentatives de suicide ultérieures, à l'issue desquelles M. Durand fut hospitalisé en psychiatrie, ont toujours été précédées de crises d'angoisse sur fond délirant: une conviction que «tout le

monde» entendait et devinait ses pensées. La médecine psychiatrique a posé un diagnostic de psychose maniaco-dépressive. Il paraît évident que le délire de «transparence» du patient n'est pas sans liens avec ses vœux de mort à l'égard de son père, où sa pensée serait dotée d'un pouvoir magique de destruction : le réel de la mort du père avait validé le fantasme parricide.

Le comportement de M. Durand envers ses filles allait dans le sens d'une solution perverse contre la folie, à travers une attaque du lien filial, et témoignait de son impossibilité à renoncer à son projet incestueux. Par le surgissement dans la réalité de son fantasme parricide, cet homme a expérimenté un triomphe de la loi de son désir incestueux sur celle de l'interdit. Mais la confrontation à cet interdit, inscrit dans la loi sociale, l'a fait basculer vers la psychose; d'où son état d'effondrement suite à son incarcération.

Le fantasme

Toute jouissance se soutient d'un scénario dans lequel le pervers se sert de l'autre pour se protéger contre une «angoisse sidérante». Le scénario pervers, qui est une production psychique imaginaire, crée en outre, à l'aide d'un fétiche⁸, une nouvelle réalité qui est censée remplacer celle de l'interdit et de la différence des sexes.

⁸ Ce terme définit un artifice par le biais duquel une partie du corps ou un objet devient la condition absolue du désir et le lieu exclusif de la jouissance.

L'observation de Monsieur Frédéric (30 ans) en est une excellente illustration clinique. En situation de récurrence pénale, ayant fait auparavant l'objet d'information judiciaire pour agressions sexuelles commises sur sa jeune belle-sœur, mineure de moins de 15 ans, ce patient a été reçu dans le cadre d'un suivi en maison d'arrêt, après sa mise en examen pour le viol de sa fille, âgée de 13 mois: «C'est grave, ce que j'ai fait. Je ne sais pas ce qui m'a pris. C'est ma femme qui m'a poussé à bout. Elle a refusé de me faire une fellation. Alors je lui ai dit: "Si tu ne me la fais pas, c'est ta fille qui va me la faire". C'est là que j'ai cherché la petite et que je lui ai mis mon sexe dans la bouche».

Au cours de son suivi, qui a duré près de sept mois, M. Frédéric est parvenu à nous faire part du scénario pervers qui fut sous-jacent à son comportement incestueux envers sa fille. Il y voyait son sexe disparaître dans une «pompeuse de lait». Les associations du patient ont articulé ce fantasme avec un fait divers, où un homme s'était fait arrêter en flagrant délit de vol dans une usine de fabrication de lait. Une semaine plus tard, Mr Frédéric a rapporté un rêve où un gendarme le surprenait en train de se masturber.

Nous mesurons ici la complexité de la tâche qui consiste tant à dissocier l'acte du fantasme qui le soutient qu'à les confondre; d'autant plus que dans ce type de fantasme, l'autre n'est guère perçu dans son statut d'objet «réel», puisqu'il n'est que la surface sur laquelle les projections du pervers viennent se greffer. L'autre disparaît

dans la perception du pervers, pour devenir une représentation de « quelque chose d'autre ». Cette perception partielle imaginaire de l'autre engage le pervers dans une relation avec une image et non avec un objet réel ; d'où l'importance d'identifier le fantasme qui sous-tend la structure de l'acte pervers, pour en comprendre la signification.

Les réponses « psy » face à l'attente sociale en matière de « soins » d'agresseurs sexuels

Le paradoxe du soin sous contrainte est à rattacher, comme nous l'avons souligné, à l'existence d'une requête socio-judiciaire de type sécuritaire.

L'opposition, au cours de la première moitié du XIX^e siècle, entre le champ de la psychiatrie (garant du soin) à celui du judiciaire (garant de la répression et de la sanction), fut à l'origine d'une réglementation juridique de la responsabilité pénale en cas de folie, d'une part, et du placement d'office d'autre part.

Rappelons à ce titre que l'introduction de la psychiatrie dans les prisons au début du XX^e siècle, au même titre d'ailleurs que l'élaboration d'un savoir psychiatrique en matière de perversion sexuelle, s'est précisément faite en fonction de cette même requête. Foucault explique bien, dans *La volonté de savoir*, que le concept de sexualité fut construit au XIX^e siècle par le discours médical, afin d'instaurer un nouveau partage entre la norme et la déviance et en lien avec l'effondrement de l'idéal du patriarcat.

L'évolution des rôles de la psychiatrie et du judiciaire, qui est allée d'une délimitation à une

confusion, puis à une inversion (le magistrat prescrit le soin comme peine et le médecin soignant applique la peine de soin), s'est effectuée en parallèle avec l'évolution de l'image du sujet placé à l'intersection de ces deux champs : l'image d'un coupable criminel et délinquant marginal a cédé la place à celle d'un malade qu'il convient tant de soigner que de normaliser.

Par ailleurs, cette double évolution a été rendue possible par l'évolution de la prison, laquelle, après n'avoir été qu'un lieu d'expiation de fautes, de sanction, de neutralisation et de contrôle social, a intégré une vocation thérapeutique et préventive.

Obligation de soins ou libre démarche ? Quelle place pour le sujet de la demande ?

Le recours à l'obligation de soins pour les agresseurs sexuels constitue une mesure assez récente.

Pour citer, entre autres, l'exemple français, le nombre de suivis socio-judiciaires prononcés chaque année à l'encontre des agresseurs sexuels (dont la durée va de cinq ans et trois mois pour les délits à sept ans pour les crimes et à vie dans certains cas) ne fait que s'accroître : « 400 par les cours d'assises (près du quart des affaires) et 600 par les tribunaux correctionnels (à peine 6%) »⁹. En cas de non-observance ou

⁹ Portelli S. (2008) *Récidivistes. Chroniques de l'humanité ordinaire*. Paris : Grasset, p.146.

de violation de l'obligation de soins, la personne placée sous suivi socio-judiciaire encourt une peine supplémentaire, pour une durée fixée au préalable lors du jugement où la mesure a été prononcée.

Ces mesures d'obligation de soins ne constituent-elles pas un excellent moyen d'instrumentalisation du « corps soignant », qui se trouve réduit à un alibi « humanitaire et normatif » garant d'un « bon » traitement qui se doit de guérir ?

Limites des dispositifs de soins actuels

Si nous faisons le bilan des pratiques psychothérapeutiques actuelles destinées aux agresseurs sexuels, nous sommes d'emblée confrontés au même type de paradoxe où le soin et la normalisation sont confondus. Ainsi, envisager une stratégie thérapeutique à choix multiples, par l'association de plusieurs approches même lorsqu'elles sont totalement opposées – par exemple « administrer » une psychothérapie de soutien en parallèle à une thérapie cognitive ou à une thérapie hormonale –, revient à réduire à l'identité ce qui le contredit ! Au lieu d'une approche authentiquement pluridisciplinaire, nous nous trouvons aujourd'hui face à un amalgame de « techniques » improvisées qui, de la sorte, perdent tant leur crédibilité que leur pertinence et où l'essence même du sujet singulier est engloutie dans un pluriel flou. Ce phénomène témoigne-t-il d'un processus de refoulement à échelle socio-

culturelle, qui viserait à annuler la perversion en la normalisant? Témoigne-t-il à l'inverse d'une levée du refoulement qui ferait de la perversion une «norme sociale»? ?

Comment sortir de l'impasse si l'on persiste à vouloir contourner la demande, seule garante d'engagement authentique de la part du sujet dans un projet thérapeutique? Comment mettre en lumière le caractère fondamentalement contradictoire d'une thérapie «imposée», aux effets trompeurs de laquelle les agresseurs sexuels se soumettent volontiers puisqu'elle leur permet de duper et manipuler les représentants d'une loi qui prêche une normalisation à tout prix?

L'observation d'un pédophile reçu en pratique psychothérapique privée, Monsieur Soulé (25 ans), illustre les limites de ce type de projet thérapeutique imposé. Ce jeune homme a été condamné à trois ans de prison (un an ferme plus deux ans avec sursis) pour attouchements sexuels sur mineur de 15 ans. Lors de sa condamnation, il venait d'effectuer un an de détention préventive. Il a donc été libéré et placé sous mesure de suivi socio-judiciaire avec obligation de soins. Il a été aussitôt adressé à un centre de soins dédié aux pédophiles, où il a été reçu par un psychiatre avant d'être intégré dans un groupe de parole, composé exclusivement d'auteurs d'agressions sexuelles, animé par deux psychologues et auquel le psychiatre participe de façon ponctuelle. Si M. Soulé observe de façon rigoureuse l'ordonnance de soin (il se rend régulièrement aux rendez-vous fixés par le médecin et participe au

groupe de parole, qui a lieu tous les 15 jours), il ne se sent pas pour autant impliqué. C'est dans ce contexte qu'il s'est adressé de son libre chef à mon cabinet pour un suivi «personnel» et m'a expliqué qu'il ne se sentait pas concerné par la mesure de suivi socio-judiciaire qui lui a été imposé: «Je suis obligé de le faire. J'y vais juste pour avoir l'attestation de suivi que demande mon agent de probation. Si mon sursis tombe, je me retrouverai en taule pour deux ans». M. Soulé considère que le fait de s'impliquer de façon active dans une démarche de soin qu'il choisit lui redonne confiance en son «humanité» et augmente ses chances de guérison: «Je veux avoir au moins la liberté de choisir moi-même mon psy. Je ne suis pas un chien qu'on déplace comme ça. Je veux comprendre ce qui m'arrive pour moi et non pour faire semblant». Il préfère de loin son suivi en cabinet privé, pour des raisons d'ordre pratique (la proximité de mon cabinet par rapport à son domicile, alors que se rendre au centre de soins nécessite près de deux heures de trajet) et d'ordre «thérapeutique», telles que la facilité de s'investir dans un suivi individualisé et l'absence de risque de tentation: «Comme le groupe de parole a lieu vers 17 h, je me retrouve dans les transports en plein milieu de la sortie des écoles. Alors, vous imaginez, un bus bondé de collégien-nes qui se collent à vous. Je ne parle même pas d'être excité, mais j'ai la trouille que ma main se balade malgré moi là où il ne faut pas et qu'on porte plainte contre moi pour attouchements».

Malgré ma réticence, je finis par accepter de suivre ce patient, à condition de ne lui délivrer aucu-

ne attestation de prise en charge. Cette condition a été totalement acceptée par M. Soulé, qui a maintenu par ailleurs son suivi au centre. Son suivi avec moi a duré près d'un an.

Le premier temps du suivi fut surtout consacré à «ce qui se passait» au centre de soins, telles que les difficultés du patient à s'intégrer au groupe de parole et ses «fantasmes érotiques» en direction de la psychologue qui animait le groupe et dont la tenue vestimentaire était, selon lui, «provocante». M. Soulé n'a abordé qu'en un deuxième temps l'affaire judiciaire dans le cadre de laquelle il a été inculpé. Pour commencer, il a récusé la qualification des faits: il aurait été surpris par un prêtre en train de faire des attouchements sexuels à une fillette de 9 ans, dans une paroisse où il se rendait régulièrement avec sa femme pour rendre service: «Il a mal compris. C'est elle qui m'a demandé de lui toucher le ventre, car elle avait mal. C'est une mythomane. Elle a raconté n'importe quoi».

Le deuxième temps du suivi de M. Soulé fut davantage consacré à son histoire, dont le récit est devenu de plus en plus confus et où ses fantasmes se sont mêlés à la réalité. En dehors de sa situation maritale, aucun élément de l'histoire livrée par le patient n'a pu être validé de manière objective. M. Soulé est le père de deux filles (âgées de 3 ans et de 10 mois). Il est marié avec une femme de dix ans son aînée. Il aurait été confié à la DASS jeune et abandonné, ainsi que sa nombreuse fratrie, par sa mère, une femme «alcoolique» qui se prostituait. Il n'aurait jamais

connu son père géniteur et aurait été élevé par un oncle (le grand frère de sa mère). Il aurait été abusé sexuellement par sa mère, qui aurait pris l'habitude de «coucher» avec ses enfants, et il aurait eu une liaison incestueuse avec l'une de ses sœurs: «C'était un viol plutôt, car elle ne le voulait pas. Elle le faisait pourtant avec mon frère. Alors, je l'ai obligée à le faire avec moi. J'étais adolescent à l'époque et très excité. Une fois, on se l'est faite à deux avec mon frère».

C'est autour de son lien avec ce frère cadet (de deux ans) que les scénarios pervers de transgression et d'inceste du patient ont été (longuement) évoqués en séance. Il l'aurait même fait participer au «viol» de sa propre femme, qu'il m'a décrite au début comme une «prostituée» qu'il aurait sauvée d'un «mac» par le mariage à condition de coucher avec ses amis et son frère! En réalité, la femme du patient, que j'ai eu l'occasion de rencontrer suite à sa demande – qui était «effondrée» après avoir découvert l'infidélité de son mari avec une «jeune» voisine – s'était présentée comme une femme très conservatrice, chrétienne et très pratiquante. C'est elle qui poussa d'ailleurs M. Soulé à fréquenter la paroisse.

Au début de chaque séance, le patient prenait plaisir à me choquer avec ce type de récit. Il avait besoin de mettre ses fantasmes pervers à ma disposition, d'une part pour me rendre complice de sa perversion (en cherchant à m'exciter et en m'enfermant dans un pacte pervers avec lui), d'autre part en laissant tomber le masque qu'il

portait lorsqu'il se rendait à son centre de soins : « Avec vous, je peux parler de choses que je n'oserais jamais dire en groupe de parole ou aux psys du centre. D'ailleurs, je ne dis pas grand-chose là-bas. On parle de nos affaires à tour de rôle et ils nous demandent de parler de nos fantasmes ; mais moi, je n'ose pas. Je me sens jugé par les psys et les pédophiles du groupe. Je leur dit ce qu'ils veulent entendre : "Je regrette ce que j'ai fait et je ne recommencerai plus". Mais à vous, ce n'est pas pareil. Vous n'êtes pas en contact avec mon juge et vous n'avez pas de comptes à lui rendre comme dans le centre ». M. Soulé a utilisé son double suivi (il se servait de l'un pour annuler l'autre) non seulement pour soutenir son clivage¹⁰ psychique (au centre, où il se conforme à l'attente sociale et judiciaire de normalisation, c'est la part « adaptée » de sa personnalité qui entre en scène et à mon cabinet, il expose sa véritable pathologie), mais aussi pour instrumentaliser ses soignants et en faire un « alibi thérapeutique ».

Cette manœuvre, ainsi que son transfert érotique massif à mon égard et son manquement au cadre face à mon refus d'être manipulée, m'ont poussée à mettre fin à son suivi.

Cette observation montre les limites d'un soin subordonné au judiciaire, car même si M. Soulé avait choisi de s'adresser à une « psy » qui n'était

¹⁰ Ce terme définit la coexistence au sein de la personnalité (du Moi) d'un sujet de deux attitudes psychiques contradictoires à l'égard de la réalité extérieure: l'une tient compte et se conforme aux exigences de la réalité et l'autre la dénie au profit d'une exigence pulsionnelle qui demande une gratification immédiate. Ces attitudes défensives persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement.

en lien ni en contact avec la justice, c'était dans le seul but de mieux la manipuler.

L'exemple carcéral

Nous avons pu en outre explorer, à travers l'analyse d'une pratique psychothérapique effectuée en milieu carcéral auprès d'auteurs d'agressions sexuelles, les enjeux du paradoxe qu'il y a à inscrire une logique de soin sous contrainte, sans objet, ni sujet ni demande, dans le lieu spécifique qu'est la prison: une institution avant tout totalitaire et répressive et dont l'équivalence avec la faute dans les représentations sociales s'accorde difficilement avec l'idée d'un lieu de réhabilitation. S'il est vrai que la mesure de suivi socio-judiciaire institue une obligation de soins qui prend effet dès la mise en liberté de l'auteur d'agressions sexuelles, ce paradoxe est implicitement encouragé dès l'incarcération.

Les principaux résultats de notre recherche menée sur le terrain nous confrontent à deux obstacles pour l'accomplissement d'un tel suivi en milieu carcéral.

Le premier obstacle est en lien avec le fonctionnement psychique spécifique des agresseurs sexuels, caractérisé par un aménagement défensif limite à caractère pervers dominé par le clivage (dont les effets se manifestent aux niveaux tant de l'affect que du comportement « conformiste ») et le déni (dont les effets se manifestent au niveau de l'accès à la symbolisation, qui reste

problématique). La pathologie des agresseurs sexuels se situe dans des zones archaïques du psychisme, avec une fixation à une sexualité pré-génitale fétichiste et incestueuse. Chez eux, le conflit intrapsychique est joué sur la scène extrapsychique, notamment corporelle, constituée par le quotidien judiciaire et carcéral. Le surinvestissement de ce dernier sert à contre-investir la pensée et traduit une résistance à la thérapie.

L'observation de Monsieur Martin en est une bonne illustration. Reçu en détention pendant cinq mois, cet homme d'une cinquantaine d'années a sollicité de façon spontanée un suivi pour «discuter» et sortir de sa cellule. Il avait un comportement exemplaire et se conformait parfaitement aux règles de conduite dictées par la prison, en dépit du fait qu'il s'agissait de sa première incarcération. Parallèlement à cette adaptation de surface, qui constituait un indice de clivage, sont apparus de multiples troubles d'ordre psychosomatique: un trouble du rythme cardiaque, de l'hypertension artérielle, des maux de tête, des troubles gastro-entériques et de l'eczéma. Ce tableau clinique, suffisamment alarmant pour susciter la mise en place d'un contrôle médical régulier, montre que le corps de M. Martin était l'unique scène sur laquelle pouvait se jouer son conflit intrapsychique.

Accusé de faire partie d'un réseau pédophile, ce qu'il a contesté même s'il a reconnu ses penchants pédophiles, M. Martin a confié son incapacité à s'intéresser «sexuellement» aux femmes, dont le corps suscite chez lui un sen-

timent de dégoût: «C'est surtout les rondeurs et les poils. J'ai horreur des femmes qui ont une grosse poitrine. Je trouve ça vulgaire. Il y a quelque chose de sale là dedans, comparé au corps d'un petit garçon qui est plus beau et plus propre».

M. Martin n'a connu son père qu'à l'adolescence et n'a été élevé que par des femmes (sa mère et sa grand-mère maternelle). Il porte donc le nom de sa mère, qui porte elle aussi celui de sa propre mère! La naissance du patient n'aurait pas été souhaitée par sa mère, laquelle voulait une fille et non un garçon. C'est dans ce désir paradoxal, qui signe la négation de la différence des sexes, que s'est inscrit son penchant pédophile: son désir se porte sur le corps, érigé en fétiche, d'enfants pré-pubères, ce qui le protège d'une proximité incestueuse avec la mère, rendue inévitable par l'absence du père (ou d'un tiers qui en aurait tenu lieu) dans le paysage œdipien.

Malgré un bon investissement de l'espace et de la relation thérapeutiques, M. Martin s'est progressivement laissé envahir par le présent du quotidien carcéral et judiciaire, ce qui s'est traduit par une multiplication des activités (dont sa participation à un atelier d'expression théâtrale...). Se réfugiant ainsi dans la fuite et l'évitement, en particulier de penser son acte, il a adopté une attitude d'opposition passive. Le suivi de ce patient a été brutalement interrompu par une mise en liberté provisoire, qu'il a facilement réussi à obtenir compte tenu de sa bonne conduite et de sa coopération avec la justice

(qui avait permis d'interpeller le chef présumé du réseau pédophile).

Par ailleurs, le déni caractéristique du fonctionnement psychique des agresseurs sexuels a ceci de spécifique qu'il se situe au niveau du traitement de la perte de l'objet, dans le sens d'une élaboration possible du deuil à faire de sa pérennité voire de sa présence. Il ne s'agit pas ici de rendre présent l'objet maternel absent, mais plutôt l'expérience de jouissance qui est attachée à cet objet. De ce fait, il ne s'agit pas de penser la perte de l'objet en termes d'élaboration possible, mais de compenser l'impossibilité d'en jouir. C'est la jouissance de cet objet partiel dans le réel qui le fait exister, et non le fait qu'il puisse manquer.

L'observation de Monsieur Roland, âgé d'une quarantaine d'années, illustre nos propos. Accusé de viols sur mineurs de 15 ans, parmi lesquels ses propres enfants (un garçonnet de 5 ans et une fillette de 8 ans), ce père de famille, qui était en instance de divorce, a demandé à s'entretenir avec un psychologue dès sa mise en détention préventive. Son suivi a duré près de 2 ans et a été marqué par un rituel oral précis. À chaque début de séance, il prétextait une sécheresse de la gorge et prenait l'habitude de sucer un bonbon, sans omettre de m'en proposer un malgré mon refus systématique et la gêne que je manifestais face à ce passage à l'acte. C'était presque une condition implicite pour investir son suivi. Une fois le bonbon avalé, il m'annonçait : « Je n'ai plus rien à dire. Même si c'était le cas, je ne pourrais pas continuer. Je n'aurais plus de voix ».

Ce rituel constituait pour M. Roland une façon de maîtriser le cadre et le temps des entretiens. Il lui procurait non seulement une jouissance orale, mais surtout un sentiment d'emprise vis-à-vis de moi où il m'assignait à la place d'une « mère » qui assiste de façon passive au besoin compulsif de satisfaction auto-érotique de « son fils ». Contrairement au jeu de la bobine¹¹, grâce auquel l'enfant parvint à maîtriser l'absence, synonyme de perte, de l'objet maternel en recréant sa présence à un niveau fantasmatique, le rituel instauré par M. Roland était destiné à recréer dans et par le réel non pas l'objet maternel, mais l'expérience même de satisfaction qui s'y attachait, en se passant purement et simplement de la présence de cet objet. Ainsi, la mère se trouvait réduite à un « sein » dont on jouit. Au delà de l'impossibilité à élaborer l'absence ou la perte de l'objet, la spécificité de l'activité auto-érotique instaurée par M. Roland réside dans le fait qu'elle constitue l'indice d'un déni de la possibilité même que l'objet puisse manquer, entrave majeure au processus de symbolisation. Par ailleurs, le caractère répétitif de ce rituel atteste la présence d'une temporalité circulaire en guise de contre-investissement du travail thérapeutique, au même titre qu'une résistance contre la résurgence de l'inconscient.

Parallèlement, le clivage caractéristique du fonctionnement des agresseurs sexuels a ceci de

¹¹ Dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud (1920) interprète un jeu auquel s'est livré son petit-fils lorsque sa mère s'est absentée : l'enfant lança une bobine en bois attachée à une ficelle puis la ramena vers lui. Freud vit dans ce jeu une tentative d'élaboration psychique du manque et de la détresse ressentis face à la séparation d'avec la mère, en la faisant symboliquement s'éloigner puis revenir.

spécifique qu'il s'articule autour d'un projet incestueux, que ces sujets réalisent quand ils le peuvent et que l'on peut déceler dans leur histoire. Simultanément, cette réalisation comporte une attente d'être contenue par le social, à défaut d'avoir pu l'être par le père. Un tel projet a fréquemment été rendu possible par une identification à un père qui fonctionnait lui-même dans la transgression et le désaveu de la loi ou par une mère qui laissa croire à l'enfant qu'elle pouvait se passer du père et de tous ceux qui pourraient le remplacer. Ce projet incestueux se répète dans le transfert, lequel se trouve désinvesti puisqu'il ne rend pas possible un tel projet, en n'offrant pas d'espace de transgression.

L'observation de Monsieur Marcel (48 ans environ) en est une éloquente illustration. Cet homme a été reçu suite à sa mise en détention préventive en chef d'accusation de viols par ascendant légitime sur mineures de 15 ans, parmi lesquelles sa fille et deux nièces par alliance. Conseillé par son médecin psychiatre, qui le suit pour « un état dépressif », M. Marcel s'est présenté lui-même au commissariat pour se dénoncer, alors qu'une plainte venait d'être déposée par les victimes à son encontre. Il n'a reconnu que les faits qui concernaient sa fille, âgée de 18 ans, qu'il avait obligée, sous la menace d'un fusil et entre l'âge de 8 à 10 ans, à lui faire des fellations. Il a justifié son comportement par « l'indisponibilité sexuelle » de sa femme, du fait d'une profession nocturne : « C'était normal que sa fille prenne sa place ». Cet homme bénéficiait d'une bonne image auprès de son entourage : bon mari en apparence, bon père

(de deux garçons et d'une fille) et employé idéal. Il avait su garder secret son passé d'abuseur sexuel et de père incestueux tant à sa femme qu'à son médecin psychiatre, lequel ne fut mis au courant des faits qu'après le dépôt de plaintes.

Le comportement de M. Marcel lors de son séjour carcéral fut tout autant exemplaire en apparence. Le patient s'est parfaitement intégré au projet adaptatif carcéral et a respecté de façon scrupuleuse le protocole de bonne conduite. Appréciant son caractère calme et discret, l'administration pénitentiaire lui a proposé plusieurs « petits boulots » ainsi que des vacances saisonnières, ce qui lui a d'autant plus convenu qu'il redoutait de se retrouver seul, livré à lui-même, en cellule. Ce besoin de rester actif fit en effet écho à un vécu d'abandon, dont il souffrait enfant de la part de sa mère, très froide et autoritaire, qui n'avait pas désiré sa venue au monde et l'accusait d'avoir « abîmé son corps », et d'un père « tendre » mais peu présent, voire effacé et, surtout, soumis à l'autorité de sa femme.

Fils unique, M. Marcel a gardé de son enfance, carencée sur les plans affectif et éducatif, le souvenir « d'un gosse devenu adulte très tôt » et « livré à lui-même ». Désinvesti par ses parents, il fut installé à l'âge de 9 ans dans le grenier, transformé en chambre, à l'instigation de sa mère, de façon à l'isoler de sa famille. Il fut en outre contraint d'assumer, en plus de sa scolarité, l'ensemble des tâches ménagères à la place de sa mère, qui craignait de « s'abîmer les mains ». Lorsqu'il venait à manquer à l'un de ses devoirs,

sa mère le rappelait à l'ordre en lui donnant des gifles. Le rejet maternel coexista néanmoins avec quelques moments de tendresse, dont le patient se souvient : « Elle me laissait aller dans son lit pour me faire des câlins. Mais cela ne durait pas longtemps. Elle redevenait aussitôt froide, comme si elle luttait contre son instinct maternel ».

M. Marcel a gardé un excellent souvenir de son père. Cet homme effacé et « coureur » faisait venir ses maîtresses au domicile conjugal en l'absence de son épouse et sous le regard de son fils, qu'il rendit complice de son infidélité en payant son silence et en lui demandant de « faire le guet ». Ce père immature était parvenu à corrompre son fils en faisant de lui un complice pervers et en le gagnant à sa cause. Le patient se dit solidaire de l'infidélité de son père, qu'il qualifie de « légitime » compte tenu de la froideur de sa mère.

C'est dans ce lien paradoxal entretenu, d'une part, avec une mère à la fois idéalisée et haïe – que M. Marcel trouvait « merveilleuse » en dépit de sa froideur et de son attitude rejetante à son égard – et, d'autre part, avec un père défailant au comportement menteur et pervers, qu'il convient de chercher l'origine du projet incestueux de l'intéressé.

Le patient a reproduit au sein de son couple le modèle parental pathologique, fait de confusion, d'indifférenciation et de renversement des rôles et des fonctions de ses membres. Ainsi, du fait de l'emploi nocturne de son épouse, M. Marcel

a dû troquer son rôle de père contre celui d'une mère et, parfois, assumer un double rôle auprès de ses enfants : « Quand ma femme rentrait du travail le matin, elle dormait. C'était à moi de tout faire : le ménage, la cuisine, en plus de m'occuper des enfants. J'étais leur père et leur mère ».

L'émoussement de la vie sexuelle dans son couple l'a poussé, comme ce fut autrefois le cas de son père, à prendre une maîtresse, avant de se servir de sa fille de 8 ans en guise d'objet sexuel de remplacement « disponible ».

Si le suivi de M. Marcel, qui a duré près de deux ans et demi, a permis de comprendre ce qui a pu rendre possible le projet incestueux de cet homme – pris dans une répétition familiale pathologique construite autour du projet pervers de son père – envers sa fille (perçue comme un objet sexuel possible), qu'il obligea à remplacer sa femme (indisponible) dans le lit conjugal, il n'a pas pour autant abouti à ce qu'il puisse y renoncer.

Au contraire, M. Marcel a cherché à répéter activement son projet incestueux dans le transfert. En ont témoigné un état d'excitabilité sexuelle – après une longue période d'impuissance sexuelle, survenue suite à l'interdit posé par sa fille pour mettre fin à son comportement incestueux – et des rêves érotiques dans lesquels il me faisait jouer le rôle d'une partenaire sexuelle et d'une complice (comme s'il ne pouvait être sexuellement puissant qu'en étant incestueux et comme s'il ne pouvait y avoir pour lui de désir

que pour un objet frappé d'interdit). Mon refus de cautionner son projet incestueux a provoqué chez lui une forte résistance, marquée par un désinvestissement du travail thérapeutique engagé: il a sollicité des entretiens écourtés et espacés dans le temps, sous prétexte d'être pris par ses « tâches carcérales ».

De façon progressive, le discours de M. Marcel est devenu vindicatif. Il rejetait ses fautes sur les autres, en particulier sa femme, estimait avoir payé sa dette avec son incarcération et proférait des menaces envers sa famille si sa peine venait à dépasser 7 ans: « C'est simple, je prends mon fusil et je descends tout le monde ». Or, c'est bien avec un fusil que M. Marcel menaçait sa fille pour lui faire subir ses désirs incestueux!

Le deuxième obstacle à l'accomplissement d'un suivi psychothérapeutique en milieu carcéral est d'ordre institutionnel. Il est dû aux exigences sécuritaires et normo-adaptatives qui régissent le projet carcéral, lequel ne tolère aucune manifestation pathologique bruyante de sa population et y répond par trois moyens: étouffer, sanctionner ou neutraliser par le transfert du détenu vers d'autres établissements pénitentiaires plus sécurisés.

L'observation clinique de Monsieur Hervé (48 ans) peut illustrer ce propos. Incarcéré pour des faits d'agressions sexuelles sur une fillette de 3 ans, l'enfant d'une amie qu'il avait pris l'habitude de garder, cet homme a sollicité un suivi pour « comprendre le pourquoi » de son geste, qu'il a reconnu pleinement. Il n'avait pas d'antécédent

judiciaire ni de penchant à caractère pédophile et s'est montré choqué et intrigué par son comportement, qu'il a mis sur le compte d'une « pulsion soudaine » lorsque l'enfant l'avait sollicité pour jouer dans sa chambre. M. Hervé se serait mis alors à lui faire des « câlins » sous forme de caresses qui se seraient assez vite transformées en attouchements au niveau du sexe de la fillette. Les cris de celle-ci auraient conduit M. Hervé à stopper son geste et à prendre brutalement conscience de la gravité de ce qu'il était en train de faire. Il se serait spontanément dénoncé suite aux interrogations de son amie au sujet de l'état physique dans lequel elle trouva sa fille à son retour.

Le suivi de cet homme, bien que régulier, a été assez court. Cette prise en charge a comporté trois épisodes, qui ont couvert une durée totale de trois mois, entrecoupée d'un séjour de près d'un trimestre dans une unité psychiatrique carcérale.

Au cours du premier épisode, consécutif à son incarcération, M. Hervé a paru sincère dans sa démarche. Toutefois sa forte émotivité, doublée d'une attitude masochiste et passive, ont rendu son suivi difficile. Dès l'évocation des faits, il éclatait en sanglot et s'agitait. Il se giflait violemment le visage et se traitait de tous les noms. Il cherchait délibérément à se faire mal. Il donnait l'impression de vouloir expier sa faute pour avoir osé porter la main sur une « si jolie petite fille avec son si petit corps fragile » et d'exprimer des regrets: « Qu'est-ce qui m'a pris de toucher

cette pauvre petite? J'avais perdu la tête. Faites de moi ce que vous voulez. Punissez-moi, je le mérite. Enfermez-moi et ne me laissez jamais sortir d'ici sans me guérir».

Le discours du patient est révélateur de l'attitude passive dont il a fait preuve tout au long de son suivi. Ainsi, le fait qu'il se soit senti étranger à son acte, qu'il aurait commis sous l'effet d'une pulsion soudaine, ne le rendait donc pas «responsable» de celui-ci, en corrélation avec son souhait de déléguer au thérapeute la tâche d'en comprendre l'origine et d'y apporter la solution en termes de soin et de guérison...

Sur le plan transférentiel, la passivité de M. Hervé a pris une dimension érotisée, du fait de son attente masochiste d'être puni. À défaut d'une punition physique ou d'une humiliation verbale infligée par l'autre, le patient se charge lui-même de se punir, par des actes auto-clastiques et de mutilation. Dans sa cellule, il se levait au milieu de la nuit et hurlait en demandant pardon à la victime, il se giflait et se cognait la tête contre le mur, ce qui ne tarda pas d'irriter les surveillants et ses codétenus.

Il fit en outre une crise proche de la bouffée délirante au cours d'une séance où il entra dans un état d'absence, alors qu'il n'a jamais souffert d'épilepsie. Devant la fréquence de ses crises, il fut transféré de la maison d'arrêt et hospitalisé d'office dans une unité psychiatrique qui dépendait d'un autre établissement pénitentiaire. Au cours de cette hospitalisation, il fut intégré dans

une thérapie de groupe spécifiquement destinée aux agresseurs sexuels.

Une fois la crise passée, M. Hervé a regagné la maison d'arrêt et repris son suivi, ce qui correspond au deuxième épisode. Il m'a relaté son expérience de thérapie groupale, dont il avait gardé un bon souvenir: «On était nombreux. Chacun parlait de ce qu'il a fait et on essayait de comprendre le pourquoi du comment. On nous a aussi montré des films pour comprendre le mal qu'on fait aux enfants. J'ai promis à la «psy» de ne plus jamais recommencer et de revenir vous voir pour me guérir et m'aider à ne plus recommencer».

À peine repris, le suivi du patient fut de nouveau interrompu par des crises d'agitation, qui ont nécessité l'intervention physique des surveillants et l'administration d'une camisole chimique. En dernier lieu, alors que M. Hervé, une fois calmé, sollicitait une reprise de son suivi, il a été peu de temps transféré vers un établissement pénitentiaire plus grand, ce qui a mis définitivement et brutalement fin à son suivi. Cette décision de transfert fut motivée par des questions sécuritaires et par la crainte d'un passage à l'acte suicidaire. Contrairement aux autres pédophiles, connus pour leur apparente adaptabilité, le comportement agité de M. Hervé avait mis à l'épreuve le projet carcéral adaptatif, fondé sur la soumission et la normalisation.

De façon curieuse, M. Hervé avait fait preuve d'un comportement plus adapté au sein de l'établissement pénitentiaire qui l'avait accueilli

dans son unité psychiatrique, ce qui expliqua son renvoi à la maison d'arrêt au bout de trois mois, justifié par le fait qu'il n'avait aucune difficulté à s'adapter à l'incarcération et à garder son calme.

Cette attitude a témoigné des capacités de manipulation du patient. Elle peut, en outre, s'expliquer par le fait que son hospitalisation validait en quelque sorte son statut de «malade psychiatrique», offrant la possibilité que son comportement sexuel déviant ait été commis sous l'effet d'un trouble psychique ayant entravé ses capacités de contrôle et/ou de discernement ce qui le rend pénalement non responsable de son acte. Cette validation institutionnelle d'un état de «folie» chez lui a concouru à renforcer son fonctionnement pervers, fait de clivage et de déni. En revanche, le statut judiciaire de «prévenu pédophile» qu'il avait au sein de la maison d'arrêt le confrontait d'emblée et sans cesse à sa responsabilité pénale.

Y a-t-il une approche thérapeutique possible ?

Elle est possible à conditions d'abord, de dissocier le soin du judiciaire. L'objet et le sujet de soin doivent être resitués dans la singularité et la spécificité d'une rencontre thérapeutique, laquelle ne saurait se réduire à une pratique administrée sous la contrainte et soutenue par une logique de normalisation qui fait l'impasse sur la réalité clinique.

Ensuite, à condition d'adapter la stratégie théra-

peutique à la spécificité du fonctionnement psychopathologique des agresseurs sexuels (projet incestueux, effets du clivage et du déni), avec pour indications de :

- faire céder le clivage au lieu de se contenter de le réduire, de façon à provoquer une crise psychique dont les effets peuvent amener une prise de conscience de sa pathologie chez le patient;
- faire resurgir, grâce à la remémoration, l'état d'«effondrement» psychique (au sens utilisé par Winnicott¹²) généré par l'événement traumatique qui fut à l'origine du clivage;
- enrayer la répétition grâce à la remémoration.

À titre d'exemple, nous allons exposer brièvement l'observation clinique de Monsieur Frank (30 ans environ), au fonctionnement pervers et reçu en pratique psychothérapique privée. Ce jeune homme n'avait pas d'antécédent judiciaire. Il s'est adressé à moi pour faire une analyse. Son suivi a duré près de trois ans. Sa demande était motivée par une phobie sociale (difficulté à s'exprimer en public avec l'impression d'avoir quelque chose dans la bouche) et un état dépressif, déclenché par une rupture amoureuse, ainsi que par des difficultés à se dégager de rapports sexuels sadomasochistes auxquels il s'adonnait avec ses partenaires. Il a besoin d'humilier sa partenaire en lui étant infidèle, et il n'atteint l'orgasme qu'à condition d'être humilié par elle: il lui demande d'uriner dans sa bouche et, parfois, de déféquer sur lui au cours de leurs rapports sexuels. Son analyse

¹² Winnicott D.W. (1989) *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, 2000, 380p.

a permis la résurgence des souvenirs rattachés à des expériences infantiles traumatisantes, dont notamment des expériences d'humiliation que sa mère lui infligea. Il relata ainsi une scène où sa mère l'obligea à manger ses excréments pour le punir d'une encoprésie dont il souffrit jusqu'à l'âge de 11 ans. Les pratiques sadomasochistes de M. Frank constituaient une répétition de sa relation pathologique avec sa mère. Cette remémoration a ciblé non seulement l'événement lui-même, mais surtout les affects traumatiques associés. Il a été nécessaire d'accompagner de façon solide ce patient lors de la résurgence de la détresse et de l'effondrement psychiques jadis vécus puis oubliés. Rendue possible par l'analyse du transfert, cette remémoration a permis à M. Frank de se dégager de son fonctionnement pathologique et d'établir un lien plus « sain » avec les femmes. Au même titre, sa phobie de parler en public a disparu une fois qu'il a été capable d'identifier grâce à ce souvenir le lien entre son symptôme « avoir quelque chose dans la bouche qui l'empêche de parler » et l'événement traumatique où il fut obligé d'avalier ses excréments.

Ce qui distingue cette observation, bien qu'elle relève d'un fonctionnement sur un mode pervers, des précédentes, c'est que le patient n'était pas en état de transgression de la loi sociale et qu'il était porteur d'une demande authentique, liée à une véritable souffrance psychique. Cette souffrance, qui le maintenait dans une position de sujet, a été à l'origine de sa démarche, et non le jugement porté par « les autres » à son égard ou une quelconque attente sociale. C'est justement

parce que sa pathologie ne sollicitait pas le social, dans le sens de convoquer la loi, qu'elle fut davantage accessible à une cure analytique. En revanche, chez les agresseurs sexuels, du fait de leur délit, la première demande implicite est d'être contenus par le social à travers la sanction: cette réponse judiciaire en elle-même a une valeur thérapeutique à condition qu'elle ne se confonde pas avec le soin. Il faut attendre, voire accompagner au moment de l'incarcération, l'émergence d'une souffrance subjective chez cette population, en lien avec sa pathologie et non sa situation judiciaire, pour rendre possible une thérapie issue d'une démarche libre et authentique, qui ne soit pas une monnaie d'échange contre la sanction. Il s'agit de deux choses différentes, même si complémentaires, dans la mesure où la réponse judiciaire met le sujet face à l'épreuve de la réalité et déclenche une prise de conscience et une souffrance qui peuvent être à l'origine d'une demande de soin. Plus ce soin sera dissocié de la peine, plus grande sera sa chance d'aboutir.

La prévention

Au niveau des agresseurs sexuels, la question de la prévention est rendue cruciale face aux risques réels de récurrence. Il reste à définir par quel moyen parvenir à une évaluation «scientifiquement crédible» de ces risques. Toutefois, il est indispensable de ne pas se laisser bernier par les capacités adaptatives apparentes de cette population, qui lui garantissent une insertion exemplaire au sein de la société (et qui se répète indépendamment du cadre). Cette adaptation de surface n'est qu'un leurre, un des effets des clivages où une partie de la personnalité du pédophile (de son Moi), normalement adaptée aux exigences de la réalité, répond de manière positive aux attentes sociales qui visent à le normaliser, alors qu'au fond aucun véritable changement n'advient au niveau de la pathologie. Pire, faire l'impasse sur la partie perverse de la personnalité du pédophile a pour conséquence l'entretien de ce clivage.

Il est par ailleurs inutile de sur-victimiser les agresseurs sexuels en faisant d'eux de parfaits boucs émissaires, au risque de renforcer leur déni de la transgression dont ils furent les auteurs.

Au niveau des jeunes victimes, la meilleure prévention réside avant tout dans le crédit accordé à la révélation des faits, ensuite validés par la sanction et par la loi. De ce point de vue, un accompagnement psychothérapeutique spécifique

est une indication indispensable pour éviter la transformation de l'abusé en abuseur via le phénomène d'identification à l'agresseur. Même si les capacités de résilience varient d'une victime à l'autre, il convient de leur offrir un espace de parole pour verbaliser la souffrance liée au traumatisme sexuel subi, en particulier pour les aider à se dégager de la culpabilité que ressentent fréquemment les jeunes victimes.

Au niveau de la famille, enrayer la répétition des projets incestueux, parfois présente sur plusieurs générations, nécessite de restaurer la place et l'autorité du père. Or, nous assistons à un éclatement de la cellule familiale classique (père, mère, enfant) et à l'émergence de nouvelles formes de parentalité (mono ou homoparentalité). Au même titre, la facilité du recours aux techniques de procréation assistée ou in vitro par donneur anonyme chez des femmes qui font le choix de devenir mère sans s'encombrer de la présence d'un homme dans leur vie comporte le piège de contourner purement et simplement la place du père.

Cette révolution qui touche l'organisation familiale risque d'induire un bouleversement des repères identificatoires chez les membres de la jeune génération, exposée à une triple confusion, au niveau des rôles parentaux, du lien filial et des sexes, ce qui rappelle étrangement le fonctionnement des pédophiles.

Au niveau de la société, il s'agit de déclencher une prise de conscience du rôle complaisant et ambigu que jouent les valeurs culturelles propres

à la mondialisation dans l'entretien de ce type de projet incestueux, ainsi que d'éviter de faire des agresseurs sexuels des boucs émissaires soumis à une justice régressive et radicale.

Il serait naïf de réduire le phénomène de la pédophilie à un simple fait clinique ou pathologique individuel puisqu'il advient dans un contexte socioculturel spécifique – dont il est le produit, qui le tolère de manière implicite et l'alimente parfois.

Quelle politique sociale adopter alors ?

Envisager (à l'instar de l'exemple français) des mesures d'enfermement à vie à l'égard des criminels sexuels réputés dangereux ne constitue pas une véritable solution, car la réclusion à vie ne s'attaquera pas au problème de fond : elle ne fait que neutraliser, voire contenir un danger potentiel, mais en aucun cas n'en traite les causes.

Ce qui pousse un délinquant à transgresser la loi est bien un besoin de limite, qui fait défaut. La confrontation à la loi et la sanction pénale constituent à cet effet des réponses adéquates à ce besoin, à condition qu'elles ne deviennent pas exclusives, au risque de perdre leur valeur structurante. S'adresser à la loi sociale, c'est quelque part reconnaître sa fonction, qui va au delà de la punition et qui vise la défense et la protection de ses sujets.

L'excès de contrôle et le radicalisme, au même titre que le totalitarisme et le laxisme, véhiculent

une violence et exercent une forme de contrainte alors que la loi est censée véhiculer une autorité qui sert tant à structurer le sujet dans son rapport à ses propres limites qu'à structurer son rapport avec une communauté dans le sens du lien social. La perte de cette valeur de l'autorité fait penser à la rupture sociale anthropologique décrite par Louis Roussel¹³ au sujet de la mutation de la famille moderne, au sein de laquelle le rapport intergénérationnel, réduit à un simple partenariat, devient de plus en plus égalitaire et contractuel.

Rappelons par ailleurs qu'à l'origine, l'emprisonnement d'un sujet ne constituait qu'un moyen de s'assurer de sa présence lors de son procès et qu'elle fut ensuite une alternative aux sanctions économiques lorsqu'un sujet ne pouvait s'acquitter de ses dettes. Ce n'est que très progressivement que la privation de liberté a acquis le statut de peine en soi, où l'isolement total du sujet s'est inscrit dans une logique de rédemption.

Lieu de pénitence – d'où l'appellation d'établissement pénitencier –, la prison a toujours été associée à la notion de faute dans la conscience populaire. Malgré toutes les réformes dont elle fit l'objet, voyant sa fonction évoluer pour devenir un lieu de rééducation puis de réhabilitation, voire de soins, la prison retrouve sa fonction archaïque et redevient à notre époque un lieu de neutralisation et de réclusion à vie.

13 Roussel L. « La transmission intergénérationnelle », intervention lors d'une journée de formation de l'association Rénovation, le 18 octobre 2002, à Bordeaux.

Serions-nous en état de régression sociale ou est-ce le signe de l'échec desdites réformes? Y a-t-il une alternative à la prison? Comment faire entendre une loi basée sur l'autorité et non sur la contrainte?

L'exemple canadien, avec la nouvelle thérapie virtuelle pratiquée dans un centre de soin spécialisé, l'institut Philippe Pinel, à Montréal, pour le traitement des délinquants sexuels, fournit un modèle qui se veut innovateur, inspiré de techniques futuristes. Cet établissement psychiatrique sécuritaire, qui ne ressemble vraiment ni à l'hôpital ni à la prison, héberge près de 280 patients considérés dangereux. Parmi sa population figurent des pédophiles et des violeurs qui purgent des peines de deux à vingt-cinq ans de réclusion et qui sont accueillis pour bénéficier de soins pendant une durée de 12 mois avant de réintégrer leur prison d'origine.

Durant leur séjour, ces patients participent à des techniques de «soin» variées, en particulier des thérapies comportementales, des groupes de parole, des thérapies hormonales, etc., et ils suivent des cours d'éducation sexuelle. L'objectif annoncé n'est pas de guérir les patients, mais de prévenir la récidive par le renforcement de leurs capacités d'autocontrôle: «Faute de savoir guérir leurs déviances, les thérapeutes tentent d'apprendre aux patients à les contrôler»¹⁴ en décortiquant «l'engrenage ayant conduit à l'agression».

14 Estelle Saget, « Délinquants sexuels. Québec: l'hôpital pilote », article publié le 8 janvier 2007 et mis à jour le 8 janvier 2008, site L'Express.fr.

Quant aux résultats, bien qu'il existe selon les experts de ces techniques des cas de « rémission extraordinaire », ce n'est pas le cas de l'immense majorité des patients, qui nécessitent une surveillance à vie.

Une compilation de 43 études, réalisée par un psychologue canadien, Karl Hanson, montre une diminution du taux de récidive, estimé à 12% dans un délai de cinq ans, chez les agresseurs sexuels qui ont bénéficié de soins au cours de leur détention, contre 17% en l'absence de soins.

Pour augmenter les chances de réussite des soins, une nouvelle technique, dite « virtuelle »¹⁵, est proposée à titre expérimental par l'équipe thérapeutique de l'institut Pinel pour le traitement des délinquants sexuels. Ces derniers plongent dans un univers virtuel à l'aide de lunettes à écran intégré. Ils y rencontrent un personnage virtuel conçu en 3D et entièrement nu, dont les gestes et la voix sont contrôlés par un membre de l'équipe soignante. Ce personnage se métamorphose sur un simple clic : il change de sexe, d'âge, de physique, etc. Les réactions suscitées, en particulier les érections, par cette rencontre virtuelle, qui place les patients face à une situation à risque – dont le contexte s'inspire des faits réels qui figurent dans leur dossier pénal – sont mesurées à l'aide d'un « pléthysmographe ». Cet appareil fonctionne grâce à un anneau en caout-

15 *Ibid.* Il s'agit d'un outil élaboré par Patrice Renaud, Professeur en psychologie à l'université du Québec, à Hull, en collaboration avec l'Institut de Recherche en Arts et Technologie médiatique « Hexagram ».

chouc placé autour du pénis. Cette première phase est suivie d'une phase « d'apprentissage » des techniques de contrôle mental de l'excitation. L'efficacité de ces techniques se trouve ensuite vérifiée en laboratoire. Les patients peuvent, une fois libérés, poursuivre leur suivi, de leur plein gré, dans un centre annexe de l'institut Pinel.

Seule ombre au tableau : le coût plutôt élevé de cette technique, qui s'élève à 120 000 euros par an par patient accueilli à l'institut, contre 55 000 euros par détenu placé dans un pénitencier fédéral.

Inspirée de l'exemple canadien, la France lance une expérience pilote à l'attention des délinquants sexuels sortant de prison. Cette expérience est encadrée par le personnel des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP). Elle a donné lieu, au niveau national, à la mise en place d'une trentaine de groupes de parole mensuels, animés par des travailleurs sociaux et dont l'objectif est de prévenir la récidive chez cette population plutôt que de la guérir, en améliorant ses capacités de contrôle de l'excitation¹⁶.

Qu'est-ce qu'une récidive ?

Si l'on s'en tient à la définition élargie donnée par le Petit Robert, le mot récidive indique le fait de recommencer ou de retomber dans la même

16 *Ibid.* Pourtant, selon de récentes théories, développées notamment en Amérique du Nord, la criminalité sexuelle ne serait pas le produit d'un excès de libido, mais plutôt d'une accumulation de conflits avec l'entourage.

faute, les mêmes erreurs ou crimes. Cependant, la forme de récidive qui intéresse notre débat est celle qui est inscrite au niveau légal. Ainsi, un délinquant sexuel ne peut être considéré en état de récidive pénale qu'à partir du moment où il fait l'objet d'une nouvelle condamnation pour des faits similaires à ceux qui furent à l'origine d'une première condamnation, laquelle a valeur d'avertissement. Il ne s'agit donc pas d'une simple répétition de délits ou de crimes. C'est moins le fait de réitérer le crime qui attire la sanction que le fait de ne pas avoir entendu le premier avertissement de la loi. Cette appréciation est proche, dans un registre cette fois-ci symbolique, de celle qui était en vigueur sous l'Ancien Régime en France: on coupait l'oreille du voleur récidiviste pour le punir de n'avoir pas écouté l'avertissement du juge¹⁷.

Dans quelle mesure peut-on tenir un discours scientifique qui ne soit pas empreint de préjugés au sujet de la récidive? Est-ce en humanisant, voire dé-diabolisant, le débat, comme le propose Serge Portelli dans son remarquable ouvrage sur les récidivistes, ces personnes qui sont «infiniment plus que la somme de leurs actes»¹⁸? Ce magistrat rappelle à juste titre que la récidive a souvent lieu dans un moment spécifique du parcours d'un sujet en situation de crise psychique et de rupture sociale. Ceci soulève un paradoxe, dans la mesure où la majorité des multirécidivistes réputés dangereux présentent des troubles mentaux qui les

17 *Op.cit.*, p.11.

18 *Ibid.*, p.112.

situent davantage dans un registre psychiatrique (ce qui pose la question de leur accessibilité à la peine) que dans un registre pénal. Pourtant, ces personnes finissent par se retrouver en prison. La question de dangerosité, souvent associée à tort au risque de récidive, est souvent l'alibi des lois les plus coercitives, sans parler de l'amalgame fréquent qui est fait entre la dangerosité psychiatrique et la dangerosité pénale.

En attendant de résoudre, par des moyens scientifiquement fiables, le problème éthique que pose tant le diagnostic de dangerosité que le pronostic de récidive, auxquels il faudra ajouter les réponses à fournir (prescription de soin ou prolongation de la peine), il nous paraît indispensable de repenser autrement, voire entièrement, la logique de la peine. D'autant plus qu'il existe de nos jours des mesures alternatives à la privation de la liberté, parmi lesquelles le Sursis avec Mise à l'Epreuve (SME), le Placement sous Surveillance électronique mobile (PSEM) et le Travail d'Intérêt général (TIG).

Le TIG peut s'inscrire dans une dimension réparatrice¹⁹, grâce à une confrontation de l'agresseur à la souffrance de l'autre. Il s'agit de l'impliquer dans des situations extrêmes, telles un contexte de crise ou de souffrance humaine, où il sera amené à accompagner une personne en souffrance (par exemple dans un service

19 Cette mesure de réparation a été adoptée, il y a près de dix ans, en France pour faire face à la montée de la délinquance des jeunes. Elle constitue toujours une solution alternative à la peine d'emprisonnement.

de soins palliatifs ou en gérontologie ou en se rendant avec des soignants sur le lieu d'une catastrophe). L'objectif est de d ecleucher chez l'agresseur sexuel une identification empathique au semblable qui souffre. Ceci reste l'une des actions prioritaires et directement ciblées dans les stratégies des soins proposées aux agresseurs sexuels.

Cette mesure d'implication-réparation pourrait en outre constituer un moyen efficace de recrer une forme d'attachement social chez ces sujets qui se trouvent, dans la grande majorité des cas,²⁰ dans une situation de perte de repère, de rupture sociale ou de marginalité, notamment après une longue p eriodede d'emprisonnement. C'est davantage par la réintégration encadrée de ces sujets dans une vie sociale que par leur exclusion (au moyen de l'enfermement) qu'il faudra s'orienter si l'on veut amorcer de véritables changements et réduire les risques de récidive chez cette population²¹.

Maintenir un discours scientifique sur des questions aussi cruciales que la récidive, la dangerosité nous oblige à nous défaire des préjugés. C'est d'ailleurs ce qui constitue la première étape de la démarche scientifique selon Gaston Bachelard, pour lequel un fait scientifique se doit d'abord d'être conquis sur les préjugés.

20 Cf. les récents travaux sur la théorie de l'attachement, en particulier le dossier-débat « L'attachement à la croisée de l'éthologie et de la psychanalyse », *Psycho-média*, n 18, septembre 2008, pp.15-22.

21 Il a été établi que « la libération conditionnelle réduit substantiellement le risque de récidive ». Voir Portelli S, *Op.cit.*, p.35.

Il faudra réinjecter de la subjectivité et de l'humain dans la vision du monstrueux que représente l'image d'un délinquant sexuel. Sortir de cette perception faussée par le clivage du « monstrueux versus humain » en acceptant le fait que l'agressivité est partie intégrante du fonctionnement psychique de tout un chacun²², constitue en soi une première ouverture vers le changement.

20 Safouan M. (2006), *op.cit.*

Conclusion

Nous avons vu le véritable défi que représente la prise en charge psychothérapique des auteurs d'agressions sexuelles, que ce soit en institution ou en pratique privée. Ce défi est rendu encore plus ardu par la confusion des genres induite par la mesure socio-judiciaire instituant une « peine de soin ».

En outre, la multiplication actuelle des lois coercitives à l'encontre des agresseurs sexuels constitue en soi la preuve de l'échec de notre société à appréhender d'une façon adéquate la véritable problématique que présente cette population.

La seule sortie possible de cette double impasse sociale et thérapeutique nécessite dans un premier temps de saisir la complexité de la personnalité des auteurs d'agressions sexuelles et dans un deuxième temps de dissocier le soin du judiciaire, condition sine qua non pour optimiser les chances d'instaurer une bonne alliance thérapeutique basée sur l'authenticité avec le patient.

Notre recherche montre bien que la confrontation à la loi, qu'elle se traduise par une incarcération ou une simple mise en examen, a en soi une valeur thérapeutique à condition qu'elle ne devienne pas exclusive ou radicale, au risque de perdre sa valeur structurante. C'est grâce à la confrontation à la fonction d'autorité – et non

de contrainte – que véhicule la loi qu’une prise de conscience devienne possible chez l’auteur d’agression sexuelle. C’est ce moment de prise de conscience relative à sa pathologie qui permet l’émergence chez celui-ci d’une demande d’aide et lui offre du coup l’occasion par excellence d’entamer une thérapie. Il suffit de repérer ce moment et d’en reconnaître les signes avant-coureurs – lesquels se traduisent sur le plan clinique – pour pouvoir l’exploiter à bon escient. Ce qui nécessite d’une part plus de souplesse institutionnelle, notamment lorsque l’auteur d’agression sexuelle se trouve incarcéré, et d’autre part un encadrement post-carcéral permettant la poursuite d’un projet thérapeutique efficace.

Bibliographie

- Anzieu D., «Le transfert paradoxal: de la communication paradoxale à la réaction thérapeutique négative», *Nouvelle revue de psychanalyse*, 12, 49-72, 1975.
- Arveiller J., «Pédophilie et psychiatrie: repères historiques», *L'Évolution psychiatrique*, 63, 12: 11-34, 1998.
- Bonnet G., «La perversion sexuelle: une notion périmée?», *Le Journal des psychologues*, 117: 39-41, 1994.
- Ciavaldini A., «Injonction de soins: le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle», *L'Information psychiatrique*, 83, 13-21, 2007.
- Ciavaldini A. et al., «Le délinquant sexuel. Enjeux cliniques et sociétaux», coll. *Temps d'Arrêt*, 68 p., Bruxelles, 2005.
- Dubret G., Cousin F.R., «La peine et le soin: nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels», *L'Évolution psychiatrique*, 63,1-2: 157-174, 1998.
- Foucault M., «Surveiller et punir. La naissance de la prison», Gallimard, 366 p., Paris, 1975.
- Freud S. (1913), *Totem et tabou*, Payot, Paris, 1965.
- Hachet A., «Agressores sexuais. E possivel um tramamento psicanalitico sob prescrição judicial?» [Peut-on soigner sous prescription judiciaire? Le cas des agresseurs sexuels], *Agora. Estudos em Teoria Psicanalitica*, 8, 1, 47-62, Rio de Janeiro, 2005.
- Hachet A., «Limites de la prise en charge psychothérapique des agresseurs sexuels en milieu carcéral», *Les Cahiers du CRPPC*, 17, 147-152, Lyon, 2005.
- Hachet A., «Le passage à l'acte chez l'adolescent: signe d'un non-dépassement du complexe oedipien», In: Actes du Colloque International de l'Université de Poitiers et Université de Rennes 2, en collaboration avec l'UFR de Médecine et Pharmacie, l'Institut de Sciences criminelles de l'UFR de Droit de Poitiers et l'UFRSH de Poitiers, 227-230, 2007.
- Hoffmann Ch. et al., «L'agir adolescent», Erès, Ramonville Saint-Agne, 2000.
- Hoffmann Ch., «Des cerveaux et des hommes», *Nouvelles recherches psychanalytiques*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 2007.
- Lagache D., «L'agressivité, Structure de la personnalité et autres travaux», PUF, Paris 1982.
- Legendre P., «Le crime du caporal Lortie», *Traité sur le père*, Fayard, 380 p., Paris, 1989.

- Létuvé A., «Travail psychothérapique avec les pédophiles: limites», *Rencontres thématiques régionales*, Laboratoire Duphar et UPJohn, tome 1, Paris, 1994.
- Lhuillier D., «La santé en prison: permanence et changement», in *La prison en changement*, Erès, 188-215, Ramonville Saint-Agne, 2000.
- Libby J. et al., «Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles», Conférence de consensus des 22-23 novembre 2001, John Libbey & Fédération française de Psychiatrie, 584 p., Paris, 2002.
- Mahmoud El Sayed Hachet A., «La prise en charge psychothérapique d'auteurs d'agressions sexuelles en milieu carcéral: modalités et limites», Université Paris 5, Thèse de Doctorat de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, 477 p., 2004.
- Melman C., «L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix», Entretiens avec Jean-Pierre Lebrun, Denoël, 270 p., Paris, 2003.
- Portelli S., «Récidivistes», *Chroniques de l'humanité ordinaire*, Grasset, 262 p., Paris, 2008.
- Reggios F., «Neutralité analytique, contre-transfert et marque de différence», *Le psychanalyste et son patient* (ouvrage collectif), Privat, 186-193, Toulouse, 1970.
- Winnicott D.W. (1989), «La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques», Gallimard, 380 p., Paris, 2000.
- Safouan M., «La personnalité du délinquant à la lumière des théories psychanalytiques», *Psychologie clinique*, 20, 133-142, 2005 (texte inédit, traduit de l'arabe par Amal Hachet).
- Rapport de l'Inserm du 22 septembre 2005, «Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent» (consulté sur le Web).
- Rapport de la loi du 6 février 2008 sur la détention de sûreté. (consulté sur le Web).



Tous les 2 mois, un livre de 64 pages envoyé gratuitement aux professionnels de l'enfance et de l'aide à la jeunesse (11.000 ex.)

Temps d'Arrêt – Déjà parus

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.*
- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise

Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.

- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkey, Gaëlle Renault.*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.*
- L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui? Pierre Delion.*
- Choux, cigognes, «zizi sexuelle», sexe des anges... Parler sexe avec les enfants? Martine Gayda, Monique Meyfroet, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.*
- Le traumatisme psychique. François Lebigot.*
- Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire. Danièle Epstein.
- À l'écoute des fantômes. Claude Nachin.*
- La protection de l'enfance. Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.*
- Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel. Jean-Marie Forget.
- Le déni de grossesse. Sophie Marinopoulos.*
- La fonction parentale. Pierre Delion.*
- L'impossible entrée dans la vie. Marcel Gauchet.*
- L'enfant n'est pas une «personne». Jean-Claude Quentel.
- L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille? Marie-Claude Blais.
- Les dangers de la télé pour les bébés. Serge Tisseron.*
- La clinique de l'enfant: un regard psychiatrique sur la condition enfantine actuelle. Michèle Brian.
- Qu'est-ce qu'apprendre? Le rapport au savoir et la crise de la transmission. Dominique Ottavi*
- Point de repères pour prévenir la maltraitance. Collectif

Prenons le temps de travailler ensemble

La prévention de la maltraitance est essentiellement assurée au quotidien par les intervenants en lien direct avec les familles.

Le **programme Yapaka**, mené par la Coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitance, a pour mission de soutenir ce travail.

D'une part, il propose un volet de formations, de conférences, d'informations- via une newsletter et les livres Temps d'Arrêt – aux professionnels. D'autre part, des actions de

sensibilisation visent le public (livres, spots tv, autocollants...).

Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: un tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

yapaka.be 

Une action de la Communauté Française

*Épuisés mais disponibles sur www.yapaka.be

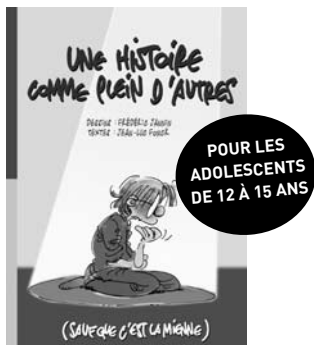
Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement
sur simple demande au 0800/20 000



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite à chaque
élève de 4^{ème} primaire



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via
les associations fréquentées
par les adolescents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
crèches, écoles, associations
fréquentées par les parents



Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
écoles, associations fréquentées
par les parents