

**ENTRE PRESSION SOCIALE  
ET INJONCTION LEGALE,  
PEUT-ON SOIGNER  
LES DELINQUANTS SEXUELS ?**

*Sous la direction de  
Bruno Gravier*

**ACTES  
du  
V<sup>e</sup> séminaire du CEDEP  
Montignac, 25-27 mai 1996**

## TABLE DES MATIERES

<b>ARGUMENT</b>	<b>3</b>
<b>AUTEURS ET INTERVENANTS</b>	<b>4</b>
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE : THERAPIE ET CONTRAINTE, LES CHAMPS CONCEPTUELS</b>	<b>5</b>
La position du problème: Entre criminologie et psychiatrie, assiste-t-on au retour du positivisme ou a une nouvelle forme de défense sociale? B. Gravier	5
Discussion	11
Contrainte du transfert, contrainte de l'acte, F. Chaumon	13
Discussion	24
<b>2<sup>ème</sup> PARTIE : SOIGNER ENTRE INJONCTION LEGALE ET REPRESENTATIONS SOCIALES?</b>	<b>37</b>
Lire et relire les lois françaises actuelles, P. Rappard	37
Discussion	45
Crime et enfance : entre symbole et réel, ce qu'on "fait disparaître", en laissant l'enfant paraître, D. Duclos	50
Discussion	58
<b>3<sup>ème</sup> PARTIE : CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE</b>	<b>63</b>
Présentation de cas cliniques : cas n°1, D. Castagnoli	63
Présentation de cas cliniques : cas n°2, V. LeGoff	67
Discussion	72
Repères dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, C. Balier	78
Discussion	84
Approches thérapeutiques: présentation, B. Gravier	90
<b>4<sup>ème</sup> PARTIE : INSTITUTIONS ET DELINQUANCE SEXUELLE</b>	<b>99</b>
Soigner le délinquant sexuel en institution: l'exemple de l'Allemagne, H. Duncker	99
discussion	107
La parole de l'abusé(e) :Comment réagissent les institutions de soins ? L'exemple d'un secteur de Psychiatrie Infanto - Juvénile, J. P. Legendre	111
discussion	115
<b>CONCLUSIONS, C. Louzoun</b>	<b>119</b>

## **ARGUMENT**

*La rumeur enfle de jour en jour pour dénoncer le laxisme de la justice et les insuffisances de la psychiatrie dans un domaine dont elle ne se saisit qu'avec réticence.*

*Il y aurait urgence à traiter à tout prix les délinquants sexuels : les juges se disent démunis et débordés devant ce dévoilement soudain d'une problématique qui remet en cause jusqu'à la finalité de la peine; pouvoirs publics, médias et associations de familles de victimes réclament de leur côté le développement de prises en charges qui tiennent plus du redressement et du contrôle que du soin. Le développement d'une psychiatrie qui ne s'occupe que du symptôme en le traitant par des techniques cognitives ou biologiques s'en trouverait d'autant plus justifié.*

*A cette nuance près que le symptôme ne ressort plus de la psyché, mais du domaine pénal : il s'agit de garantir la société du risque de récidive.*

*Dans la confusion qui règne, il devient essentiel pour le CEDEP de structurer une réflexion qui permette de resituer les enjeux éthiques, sociaux et politiques, mais aussi de définir le champ clinique de la délinquance sexuelle, entre perversion et pathologie de l'acte et entre sexe et violence.*

*La question de la délinquance sexuelle telle qu'elle nous est posée actuellement doit aussi nous faire poser la question du contrôle social tel qu'il se redéfinit et de la place que ce contrôle tend à assigner à la psychiatrie.*

*Bruno Gravier*

## **AUTEURS ET INTERVENANTS**

*Claude Balier, psychiatre, psychanalyste, Grenoble.*  
*Pascale Beau, psychiatre, Paris.*  
*Deborah Castagnoli, psychiatre, Genève*  
*Alain Chabert, psychiatre, Chambéry*  
*Franck Chaumon, psychiatre, psychanalyste, Paris.*  
*Denis Duclos, sociologue, Paris*  
*Heinfried Duncker, psychiatre, Eickelborn (Allemagne)*  
*Anne Gerdil, médecin, Lille*  
*Bruno Gravier, psychiatre, Lausanne*  
*Caroline Legendre, psychologue, Paris*  
*Jean-Pierre Legendre, psychiatre, La Roche sur Foron*  
*Valérie Legoff, psychiatre, Lausanne*  
*Claude Louzoun, psychiatre, psychanalyste, Paris*  
*Patrick Mérot, psychiatre, Paris*  
*Jean-Pierre Martin, psychiatre, Paris*  
*Philippe Rappard, psychiatre, Etampes*  
*Christian Revon, avocat, Paris*

## **Remerciements**

**Ce travail n'aurait pu être mené à son terme sans l'important travail de transcription et de secrétariat effectué par Jacqueline Réalini.**

## ***1<sup>ère</sup> PARTIE : THERAPIE ET CONTRAINTE, LES CHAMPS CONCEPTUELS***

### **LA POSITION DU PROBLEME: ENTRE CRIMINOLOGIE ET PSYCHIATRIE, ASSISTE-T-ON AU RETOUR DU POSITIVISME OU A UNE NOUVELLE FORME DE DEFENSE SOCIALE?\***

*Bruno Gravier*

L'inaccessibilité présumée au traitement du délinquant sexuel a fait resurgir dans toute leur vigueur un certain nombre de conceptions que l'on croyait en voie d'extinction dans ce domaine particulier du soin psychique aux délinquants.

La criminologie s'est structurée autour de trois courants :

- \* les courants bio-anthropologiques (école positiviste, recherche d'un déterminisme criminel et théories bio-constitutionnelles de la personnalité),
- \* les courants sociologiques après Durkheim et Lacassagne,
- \* les courants psychiatriques illustrés par le concept de personnalité criminelle.

La criminologie en tant que science s'est fondée à partir de la volonté illusoire de définir de manière scientifique la nature du criminel et de son crime: depuis la phrénologie jusqu'aux travaux épidémiologiques et statistiques les criminologues ont tenté de cerner l'incernable pour jeter les bases d'un traitement pénal susceptible de permettre à la société d'opérer le redressement des délinquants.

La défense sociale s'est développée dans une optique plus sociale et humaniste en se basant sur la prévention par l'éducation ou le traitement ante delictum finissant par rejoindre certaines démarches du positivisme dans l'obsession de la détermination de la dangerosité. De là l'assignation du psychiatre comme agent de la démarche de redressement et du contrôle social.

La création des SMPR dans les prisons françaises s'est inscrite dans une démarche radicalement différente des précédentes qui visaient surtout à fonder des établissements spécifiques. Irruption de la psychiatrie de secteur dans le champ médico-légal, elle s'est avant tout constituée comme offre de soins psychiques au détenu définissant l'accès au traitement comme un droit dont use le détenu s'il en émet le souhait, plutôt que comme une contrainte imposée pour prévenir la récidive. A une démarche qui anticipe la dangerosité du détenu s'est ainsi substituée une clinique qui pose la question du sujet de la violence et de l'agressivité.

L'exigence actuelle d'un traitement des délinquants sexuels allant de pair avec une exploration par les cliniciens de domaines jusqu'à présent laissés pour compte ne porte-t-elle pas en germe la reviviscence du positivisme lombrosien? Comment éviter

---

\* Ce texte est issu d'un travail commun avec J.M. Elchardus.

que la réflexion clinique et thérapeutique ne se mette au service de nouvelles exclusions et du tout sécuritaire?

### ***L'école positiviste***

D'après Lombroso en opposition à Beccaria, suivi par ses continuateurs de l'école positiviste, à commencer par Ferri, *"la liberté morale, le libre arbitre ne sont qu'illusions subjectives"* (Ferri). Il est intéressant de noter que l'affirmation d'un certain déterminisme s'appuie très tôt sur la connaissance médicale qui devient la garantie d'une démarche scientifique et d'un étayage *à priori* de la position déterministe.

En collant au plus près au modèle médical, les criminologues délimitent la figure mythique du criminel pour tenter d'en trouver les caractéristiques dans un corps marqué par un certain atavisme. Suivant le modèle médical, le criminel est considéré comme un malade, le crime comme une maladie, la punition comme un remède. On verra au siècle suivant jusqu'à quelles aberrations une telle démarche pourra conduire quand un certain nombre de grands scientifiques médicaux viendront étayer les thèses eugéniques qui conduiront à l'holocauste.

Différents courants ont suivi: la biotypologie, la biocaractérologie, la biotypologie. Kretschmer, par exemple, en a été un des inspirateurs. Il faut aussi citer la clinique des tempéraments, les théories bioconstitutionnelles qui ont défini *"des alliajes constitutionnels"*, jusqu'à la théorie de l'hérédité pathologique développée par Di Tullio. C'est à partir de ces théories qu'ont été menées un certain nombre d'études généalogiques sur des jumeaux unis ou bi-vitellins qui se sont poursuivies par des études chromosomiques à partir de l'observation de personnes porteuses du syndrome de Klinefelter.

### ***les courants psychiatriques et psychologiques:***

Selon certains auteurs, les classiques de la psychiatrie, ont assimilé le comportement criminel à la maladie mentale, à commencer par Cabanis qui a été un des premiers à proposer ce parallèle. Le concept de monomanie créé par Esquirol, le concept de moral insanity de Pritchard, la théorie de la dégénérescence de Morel, indiquent bien à quel point les premiers jalons de la psychiatrie vont interroger d'une certaine manière la criminalité avant tout comme perturbation psychique.

Par contre, quelques années plus tard à partir de la notion de déséquilibre psychique, il est intéressant de noter que la création du concept de psychopathie a permis, en même temps, de désigner un espace psychopathologique tout en l'excluant du champ et du discours psychiatrique. Je rappellerais la définition de K. Schneider à propos de la psychopathie: *"ce n'est pas une maladie, le corps est intact, ni les instincts, ni le milieu ne la déterminent, le contenu positif de la définition se borne à ce que ces sujets du fait de leur personnalité anormale font pâtir à la société ou ont à pâtir d'elle"*.

D'entrée de jeu les psychiatres ont exclu du champ de leur réflexion tout ce qui pouvait concerner le traitement de ces personnalités. Les psychiatres ont cependant, beaucoup plus qu'on le pense, participé à la réflexion criminologique. De Greeff a parlé le premier de la personnalité criminelle en décrivant un certain nombre de modes élémentaires de réactions psychiques chez le délinquant. Il évoque ainsi le sentiment d'injustice subi et l'altération du mode de rattachement du sujet à l'ambiance ou à son environnement pour mieux décrire cette personnalité criminelle. Pour De Greeff il était

question de mettre en évidence un mode de réponse instinctif, un positionnement vis à vis de l'environnement plutôt que de parler de l'intrapsychique.

***Le courant sociologique:***

Durkheim, en premier lieu, définit le crime comme un phénomène sociologique normal qui s'observe dans tous les types de sociétés. La sociologie criminelle étayera son approche avec les statistiques de la justice qui existent depuis 1825 en Belgique avec Quetelet, avec Guérri en France. C'est ainsi que s'est créée l'école cartographique qui affirme que les statistiques indiquent l'absolue régularité des statistiques criminelles liées dans leurs variations à des facteurs fixes, comme la température atmosphérique moyenne. Il y aurait une loi thermique de la délinquance! ce qui explique pourquoi régulièrement les journalistes viennent nous interroger sur les effets des errances de la météo et de la pleine lune sur le comportement criminel.

L'axiome fondateur de la sociologie criminelle demeurera à travers tous ses développements, à savoir que la criminalité est une constante sociale, le criminel n'en étant que l'instrument plus ou moins aveugle. Plus tard, Ferri parlera de phénomènes de saturation et de sursaturation, c'est à dire la quantité inévitable de criminalité dans une société donnée en état de stabilité ou au contraire d'instabilité.

Durkheim est allé encore plus loin en affirmant que le crime, loin d'être un phénomène pathologique, est, au contraire, un facteur de santé publique. "*Il n'y a pas de société sans crime et celui-ci, dit-il, est la marque de la diversité des consciences*" et le crime ne doit ainsi être défini que par la réaction sociale qu'il déclenche. Le crime est d'abord tout acte qui est puni.

L'école sociologique française s'est développée de façon parallèle à l'école positiviste italienne. Les congrès de l'époque opposaient régulièrement les sociologues français et les positivistes italiens. Gabriel Tarde, en particulier, insistait, par exemple, sur les conduites d'imitation et situait exclusivement la criminogénèse du côté des déterminants sociaux. L'individu est pris dans des mouvements d'isolement social par rapport aux règles dominantes, et c'est alors que surgissent des phénomènes d'anomie.

L'école lyonnaise, dont on parle beaucoup dans le champ criminologique ou le champ de la psychiatrie des déviances, a été créée par Lacassagne qui utilisait aussi la métaphore médicale mais dans une toute autre perspective: "*le milieu social c'est le bouillon de culture de la criminalité, le microbe c'est le criminel, un élément qui ne prend de l'importance que le jour où il trouve le bouillon qui le fait fermenter*". Les individus subissent les influences délétères du milieu, l'alcool, la malnutrition, le manque d'hygiène et en portent les marques et, disait Lacassagne "*les sociétés ont les criminels qu'elles méritent*".

Par la suite, le courant sociologique s'intéressera de manière beaucoup plus précise aux influences sociocriminelles agissant sur la criminalité socioculturelle, les incidences criminogènes de l'industrialisation, de l'urbanisation, de la colonisation, des migrations. Il analysera le fonctionnement du contrôle social au sein des diverses communautés composant le corps social, la famille, l'école, le quartier, les minorités, le milieu de travail. L'école économique, créée par Bongér étudie les relations entre les conditions économiques et criminalité.

On trouve d'ailleurs dans les sociétés scientifiques qui parlent de criminologie ou de psychiatrie dans le domaine criminel, la trace de tous ces différents courants. La Société Internationale de Criminologie s'est créée pour développer la sociologie

criminelle, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'un certain nombre de sociétés nord américaines se sont créées concurrentiellement pour s'intéresser de manière privilégiée à la clinique. Au niveau conceptuel, l'avancée la plus achevée a été celle de la définition de l'anomie par Merton, qui décrit l'affaiblissement dans une société des normes susceptibles de réunir l'adhésion générale de ses membres. L'anomie tend à s'installer quand existe un écart trop important entre les buts proposés et les moyens légitimement accessibles à une catégorie sociale.

### ***La criminologie et l'illusion de son objet***

La criminologie reste un domaine assez hétéroclite et qui a toujours pensé pourtant avoir une unité. On cherchera vainement une définition suffisamment unifiante. Celle donnée par Stanciu est, peut-être la plus intéressante: la criminologie serait une science propédeutique, synthèse des sciences de l'homme, qui doit connaître l'homme dans son ensemble mais d'une manière complète à partir de ses actes dangereux. Une telle définition ne nous avance pas beaucoup, mais indique bien à quel point les bases conceptuelles de référence sont assez particulières et en tous cas peu solides, ne reposant que sur un certain dessein social.

Par contre, en arrière plan, existent des réflexions de tous ordres se situant à la croisée de différents chemins. Toutes les élaborations criminologiques ont été parcourues par l'illusion d'un objet scientifique central et moteur qui conduit le criminologue à une quête quasi obsessionnelle de cette scientificité. Peut-on estimer que la criminologie surgit quand se fait jour une volonté de connaître de manière scientifique, au sens de vérifiable et objectivable, la nature du crime et celle du criminel. Suivant Debuyst, un criminologue belge, c'est une façon de refuser de voir le droit pénal comme premier, comme quelque chose qui peut déterminer le fondement d'une science qui s'appliquera à penser le criminel, à le définir et à le punir.

Finalement, la criminologie n'a jamais véritablement produit un objet scientifique ou un corpus théorique digne de ce nom, mais, par contre, elle a produit des instruments qui ont servi à élaborer un certain nombre de réalisations tant dans le positivisme que dans la défense sociale. En France par exemple, la circulaire Chaumié moment clé de la question de l'irresponsabilité pénale, est un produit d'une réflexion criminologique, comme l'est aussi le code de procédure pénale fortement inspiré par Ancel et un certain nombre de théoriciens de la nouvelle défense sociale.

Pinatel a marqué plusieurs générations de praticiens de la criminologie et a créé la notion de criminologie clinique (c'est un terme d'ailleurs très ambigu comme le terme de traitement pénal qui ressort directement de cette notion de criminologie clinique) qui emprunte beaucoup, au delà de la métaphore médicale, aux logiques et aux méthodes propre à la clinique médicale, mais en les utilisant dans une finalité de dépistage et d'orientation du traitement pénal. La criminologie serait donc une science appliquée.

### ***La psychanalyse et la criminologie***

On pourrait penser que la psychanalyse a mis du temps à s'intéresser aux phénomènes criminels et s'est tenue très soigneusement à l'écart de tous ces mouvements. Loin de là, et alors que les psychiatres s'étaient fortement désintéressés, en tout cas dans leur majorité, du phénomène criminel, les psychanalystes sont venus assez rapidement et ont proposé un certain nombre de théorisations. Le deuxième congrès international de criminologie de 1950, a vu en particulier deux interventions assez



marquantes : une de Lebovici, et une autre de Lacan (publiée dans *les Ecrits* et cosignée par Cenac. Un des intervenants de l'époque a essayé de résumer la présence de la psychanalyse dans le champ criminologique de la manière suivante: "*la question pourrait être la suivante : quelle place et quel rôle sont donnés aux facteurs d'ordre biologique, d'ordre social, dans une synthèse des facteurs criminogènes en fonction du dynamisme de l'inconscient et de ses lois?*". Mais Lacan et Lebovici n'ont pas été les seuls, ni les premiers, à s'intéresser. Lagache, par exemple, a publié une oeuvre assez monumentale. Il s'est intéressé à la conduite criminelle en l'analysant comme un ajustement de la personnalité des criminels qui, en raison de perturbations graves de la relation mère - enfant, n'a pu réussir une identification permettant de s'accommoder progressivement aux exigences des groupes sociaux.

D'autres psychanalystes ont aussi notablement contribué à cette réflexion : Aichhorn qui était éducateur, élève de Freud, a distingué délinquance manifeste et délinquance latente. Alexander a essayé de dégager le rôle du moi dans l'acte criminel en s'appuyant sur un modèle qui s'inspirait très fortement de l'organodynamisme de Henri Ey, et Friedlander estimait que les phénomènes délinquants sont en corrélation, soit avec une structure caractérielle plus ou moins accusée, soit avec des conflits inconscients divers qui se modulent avec ces structures caractérielles.

Pour résumer de manière caricaturale l'influence de la criminologie dans la prise en charge psychique des délinquants on peut estimer que ses théoriciens ont estimé que les psychiatres devaient être au service du traitement pénal, au service de la rééducation, au service de la réinsertion, finalement au service d'un projet de normalisation sociale. Pendant très longtemps il y a eu, comme en Italie (on oublie toujours de signaler que la loi 180 n'a pas abrogé les hôpitaux psychiatriques judiciaires), des voies parallèles où les praticiens s'engageaient soit dans le soin psychiatrique tel qu'on le connaît, soit dans un soin au service du judiciaire dans ses aspects réadaptatifs .

La France a été, curieusement d'ailleurs, un des seuls pays d'Europe épargnée par cette dualité qui a conduit à construire un édifice à la fois légal et institutionnel extrêmement puissant dont participent les hôpitaux psychiatriques judiciaires ou autres hôpitaux "forensic" qu'il faut bien différencier des Unités pour Malades Difficiles en France. Il y a une dizaine d'années on pensait que ce mouvement était en train de s'épuiser, ces institutions ayant fini par faire la preuve de leur inefficacité dans l'objectif assigné par la société, et par faire la preuve qu'ils pouvaient être aussi des lieux de chronicisation, des lieux d'exclusion supérieurs à tous les autres lieux d'exclusion. Il y a quelques mois, on arrivait à la conclusion dans les instances aussi doctes et empreintes de criminologie classique que le Conseil de l'Europe d'une ère qui s'achève.

### ***La psychiatrie dans les prisons françaises***

Celle-ci a été pour beaucoup dans cette évolution et ce constat. Ce que l'on sait moins, c'est que la psychiatrie des SMPR a été directement inspirée de la tradition que nous revendiquons, à savoir la tradition de la psychiatrie de secteur.

Il s'agissait d'une rupture épistémologique essentielle: à savoir soigner des gens en prison à partir de ce qui avait fondé la psychiatrie de secteur : soigner des gens en prison *qui le souhaitent*, définir la psychiatrie comme une offre de soin et possibilité de répondre à une demande d'un sujet en souffrance dans un lieu particulier. La création de la psychiatrie dans les prisons françaises a eu une force certaine peut-être parce que les gens ignoraient, autant du côté des décideurs concernés à l'époque (Simone Weil a

été à l'origine de la première circulaire sur les SMPR en 1977) que des psychiatres impliqués, ce qui se professait dans les mouvements criminologiques surtout développés dans les milieux juridiques.

Les services de psychiatrie dans les prisons françaises sont bientôt au nombre d'une trentaine. Un grand nombre de collègues y ont travaillé; certains sont restés, d'autres sont retournés dans les secteurs de psychiatrie générale ou de psychiatrie infanto-juvénile. Toute une évolution a fait qu'on était arrivé à penser que l'objectif criminologique de redressement par la psychiatrie était obsolète, mais que par contre la psychiatrie dans les prisons pouvait être tout autre chose et nous autoriser à conserver une certaine fidélité à notre éthique, tout en côtoyant des lieux difficiles et interpellants.

La pratique en SMPR a appris que la psychiatrie en prison était avant tout une psychiatrie d'équipe et une psychiatrie dans un milieu où on doit interroger au sens de la psychothérapie institutionnelle la place des différents acteurs, que ce soit l'équipe de soin, que ce soit les surveillants, ou tout autre partenaire institutionnel, et pour voir ce qui s'y crée et ce qui s'y passe et pour pouvoir essayer de faire advenir du soin dans ce milieu.

On s'était très vite écarté de la fonction du psychiatre comme évaluateur de la dangerosité, cette dangerosité honnie des psychiatres de secteur qu'on a voulu voir bannie de tous les textes, et qui trouve son paradigme dans la situation du thérapeute qui n'est pas l'expert. La question de la délinquance sexuelle nous oblige à réinterroger les histoires de la criminologie, nous impose de repenser la notion de dangerosité et repose la question de la place du psychiatre au delà du procès pénal dans tout le processus de réintégration sociale.

La place du soin dans ce qui peut être une clinique du sujet en est directement menacée, mais on ne peut éluder ce questionnement et un positionnement. Evidemment, je n'ai aucune réponse à fournir, mais nous nous retrouvons dans une situation où ce que l'on pensait avoir écarté de notre champ, ou ce que l'on pensait voir derrière nous, se trouve brutalement devant nous, associé à des exigences ultra sécuritaires, qui sont à interroger si ce n'est à dénoncer pour éviter de perdre le projet dans lequel nous nous sommes engagés en tant que psychiatres au service de l'éthique et du respect des droits.

## DISCUSSION

### ***Claude Louzoun :***

La présentation de Bruno Gravier répond bien au mode de travail que nous nous proposons pour cette première session : c'est à dire, comme il l'a fait, une recension des thématiques, des cadres, des enjeux, des références, contextualisant ainsi notre réflexion pour ce séminaire par rapport aux théories psychiatriques.

Son exposé donne raison à Hegel qui écrivait, dans *La raison dans l'histoire*: " En parcourant le passé, pour plus grand qu'il soit, nous nous occupons seulement d'une réalité actuelle. ”.

Ainsi, Morel, auteur de la théorie de la dégénérescence, est le premier psychiatre aliéniste qui parle de la nécessité que la médecine aliéniste se rapproche de la médecine générale, ce qui nous rappelle très fortement dans l'ordre psychiatrique d'aujourd'hui,

Même soulignement en ce qui concerne la notion de psychopathie : la psychiatrie lui donne un cadre nosographique et en même temps on connaît le vieux débat : la psychopathie fait-elle partie ou non du champ d'intervention de la psychiatrie. De nos jours et comme exemple : la loi anglaise l'exclue du champ d'implication des lois sur l'internement et la réserve justement au champ de la défense sociale... donc aux hôpitaux de maximum de sécurité.

Et puis encore, le « *caractère sanitaire de la pénologie* » pour reprendre la formule de Lacan, que viendrait renforcer le projet de loi Toubon relatif aux délinquants sexuels.

Enfin il y a aussi cette question de la dangerosité, notion fondatrice, extensive de nos jours dans le présent du droit de nos sociétés démocratiques : critère confirmé de l'internement psychiatrique dans de nombreuses lois de santé mentale en Europe au civil, et dans tous les pays d'Europe au pénal pour les exemptés de responsabilité du fait de leurs troubles mentaux ; bien sûr quand il s'agit des délinquants sexuels ; mais aussi pour les toxicomanes et les trafics de stupéfiants ; dans les lois contre le terrorisme ; c'est la même philosophie dans les lois de lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, etc...

La présentation de Bruno Gravier donne la mesure de ce que l'on doit éviter pour qu'à « l'horreur » de l'acte du délinquant sexuel ne succède pas la « honte » de l'action des psy.

### ***Heinfried Duncker***

Il n'est peut être pas inintéressant, à propos de cette illusion d'un objet scientifique, de toujours bien préciser qu'il s'agit d'un objet scientifique de "science naturelle", comme si on redivisait l'homme ou la société. En Allemagne Kurt Schneider a joué un rôle important, de l'ordre de ce qui se joue actuellement en France autour de la place que prend la nosographie, et le passage à la CIM10 et les classifications qui y sont jointes. Quand j'ai appris la psychiatrie en France on refusait encore totalement de rejoindre la classification internationale et on insistait pour en rester à la classification française.

Le réductionnisme biologique existe un peu partout et fait disparaître ce qui est de l'ordre de l'intersubjectivité dans ces questions. Carl Schneider (qu'on n'a plus le droit de

citer!) a eu un rôle encore plus important que Kurt Schneider dans les années 30 et introduisait la notion de la rupture entre le pathologique et le normal: le droit à l'euthanasie se fondait sur cette rupture, ce qu'on pouvait comprendre était normal et ce qu'on ne pouvait plus comprendre devenait pathologique. C'est une question fondamentale sur le plan social : est-on prêts à réduire notre humanisme à la biologie? C'est ainsi qu'il faut poser la question parce que si elle est posée autrement on tombe toujours dans un attrape nigaud.

En Allemagne on vient de réduire la psychanalyse: elle n'existe plus! Elle est complètement médicalisée, on a introduit un diplôme pour pratiquer la médecine psychothérapeutique; il faut être psychanalyste pour exercer cette profession, mais le mot même ne paraît plus dans la spécialité qui exclut toutes les autres professions qui pourraient faire de la psychanalyse. Nous assistons vraiment à la tentative de réintégrer cette facette de la communication dans un discours scientifique au sens de science naturelle.

## CONTRAINTE DU TRANSFERT, CONTRAINTES DE L'ACTE

*Franck Chaumon*

### ***Le transfert, cette contrainte pour l'analyste.***

Notre pratique nous conduit à certaines rencontres. Les conditions en sont le plus souvent réglées et semblent parfaitement transparentes, se donnant dans une évidence triviale : j'ouvre la porte de la consultation (mais aussi bien : je pousse la porte du service hospitalier, je pénètre dans l'univers carcéral) et là, j'y rencontre des personnes qui seront l'objet de mes soins. Rien dans cette représentation que de très conforme à la théorie classique de la représentation : un sujet pose devant lui un objet - *ob-jectus*, jeté devant - et dirige vers lui sa pensée, le rencontre après l'avoir posé.

La psychanalyse démontre que cette représentation est méconnaissante de ce que l'on peut valablement nommer rencontre, c'est à dire méconnaissance du transfert. L'objet selon Freud, n'est pas devant, à découvrir, mais toujours déjà perdu, à retrouver. Loin que l'on puisse poser d'abord le sujet puis son désir vers l'objet, c'est au contraire l'objet, ou plus exactement son manque, qui me pousse à la (re)trouver et *c'est ce mouvement* que Freud nomme désir. Cela fait une différence qui n'est pas mince, si l'on songe par exemple que, pour celui que nous allons prétendument « rencontrer » nous serons ... en position d'objet. Objet de transfert, c'est à dire cause du transfert souvent même avant que nous n'ouvrions la bouche, voire même, comme il est fréquent, avant que la porte n'ait été franchie.

Il faut accentuer ce trait, car plus les conditions de la rencontre sont prises dans la contrainte (internement, incarcération), plus on risque de la méconnaître. Or, non seulement la contrainte n'est pas « extérieure » au sujet, mais elle n'est bien sûr pas « extérieure » à la rencontre. Pris dans la contrainte nous le sommes donc à l'origine, non pas seulement parce que les conditions faites au malade en tant que citoyen nous paraissent terriblement contraignantes pour celui qui se propose de « rencontrer » un patient. Ainsi, la « contrainte au soin » sera contrainte dans laquelle le soin est à penser et non extérieure à celui-ci.

On aura compris que j'inverse l'évidence phénoménologique de la contrainte pour le patient, vécue comme contrainte extérieure, qui lui est imposée, pour mettre l'accent sur la contrainte volontiers passée sous silence, celle dont le thérapeute est l'enjeu. A charge pour lui de faire face à la question éthique : le transfert est une contrainte à laquelle il acceptera ou non de se prêter. La « névrose de transfert » et le parcours plus ou moins pénible de chacun sur le divan avec son contraignant « tout dire » font passer sous silence la contrainte forte pour l'analyste de se prêter ou non au transfert. Affaire qui n'est pas mince et qui fait reculer plus d'un, quelle que soit la pathologie (mais bien sûr chacun rencontre là ses zones obscures d'insupportable). Je dirai donc : *contrainte du transfert, en prison, et non contrainte de la prison pour le transfert.*

### ***L'acte de l'analyste***

Ainsi la rencontre de sujets qui ont commis des actes délictueux ou criminels ne doit pas nous masquer le fait qu'il y a un acte qui revient en propre au praticien et que tôt ou tard il lui faudra affronter, c'est à dire celui-là même de se proposer ou non à soutenir un transfert dans ces conditions là. On peut ici évoquer le désarroi que l'on peut éprouver au récit de certaines atrocités qui risque à priori d'obérer tout travail analytique ; mais je soutiendrai qu'il n'y a pas lieu de tracer à ce propos une frontière de nature d'avec les difficultés habituelles que l'on peut rencontrer dans une pratique plus « banale ». Chacun a je suppose cette expérience que les lieux de l'impossible sont variables selon les praticiens et ... selon les lieux de leurs expériences. Tel a peur des bébés, tel autre ne supporte pas les autistes, tel autre est paralysé dans sa pensée devant des patients au cerveau blessé, etc.. Ici se pose non seulement la question de l'analyse de chacun mais du travail de contrôle et du cadre institutionnel. Cet acte donc, de se prêter au transfert, est en quelque sorte biface : il nous engage vis à vis de celui qui porte au devant de nous sa souffrance, et il nous engage également aux yeux de la communauté sous le regard de laquelle nous travaillons. Certains savent ici mieux que moi ce qu'il en coûte d'affrontements réels ou feutrés pour les psychiatres avec les autorités et les médias, avec les familles et les victimes.

### ***Portée de l'acte analytique hors de son champ***

Il me semble à cet endroit que nous devons prendre la mesure de l'importance décisive de nos actes pour la cité. Qu'est-ce qu'un acte produit dans le monde des semblables ? Un acte délictueux, un acte « éthique » aussi bien, quels bouleversements peut-il générer, quel enjeu représente-t-il pour nous en tant que citoyens ?

J'essaierai de dire un peu plus loin dans mon intervention en quoi une lecture d'Hanna Arendt peut se révéler, de ce point de vue, extrêmement éclairante. Mais il apparaît certain que les attentes dont nous sommes l'objet, et particulièrement concernant le champ de la criminologie et des crimes sexuels surtout, sont à interpréter dans un contexte très récent que certains théoriciens nomment « société post-moderne ». Je veux ici en dire un mot.

### ***A propos du contexte post-moderne***

Deleuze dans un petit bouquin paru récemment en collection Champs qui s'appelle « *Pourparlers* » écrit la chose suivante, opposant sociétés de discipline et sociétés de contrôle. *Dans les sociétés de discipline on arrêtait pas de recommencer, de l'école à la caserne, de la caserne à l'usine, de recommencer toujours la vie, de remettre un pas dans un pas nouveau, tandis que dans les sociétés de contrôle, on n'en finit jamais avec rien l'entreprise, la formation, le service étant les états métastables et coexistants d'une même modulation, comme d'une déformation universelle. Kafka qui s'installait déjà à la charnière de ces deux types de société a décrit dans Le procès les formes juridiques les plus redoutables, l'acquittement apparent des sociétés disciplinaires - entre deux enfermements, on vous acquitte - et l'attribution illimitée de sociétés de contrôle ou variations continues* ». Je trouve en effet que probablement s'il y a une tendance moderne - ou post-moderne comme on voudra - c'est probablement de ce côté là qu'il faut en chercher la nouveauté. On mesure tout de suite à quel point la question de l'illimité de la contrainte - de la peine tout aussi bien que des soins - se joue à cet endroit. Je ferai une deuxième citation, toujours de Deleuze : *dans*

*les sociétés de contrôle, les dites post-modernes, les individus sont devenus dividiels* - il fait donc un néologisme en enlevant le *in* (individu venant de indivis, ce qui ne peut être divisé) pour souligner que les individus sont devenus dividiels - *et les masses, les échantillons, les données, les marchés ou les banques, tout cela se conjugue sous le règne du chiffre.* Je crois en effet que l'on voit bien dans une certaine gestion de la médecine la pression à l'utilisation de la statistique dont le DSM IV est l'émergence « clinique », qu'il s'agit de faire des séries qui ne sont plus référées aux individus, aux sujets, mais à des groupements de symptômes ou de tout ce que l'on voudra. Ces chiffres sont traduits en programmes pratiques eux-mêmes non référés aux individus. On a évoqué par exemple le PMSI, la gestion informatique des hôpitaux, la tendance de faire des profils de pathologies, c'est à dire aussi d'indexer un certain regroupement de pathologies, et de leur adapter des réponses normées. Dans tout ça on voit bien que la question de l'individu, à fortiori du sujet, n'est pas à l'ordre du jour. Je trouve que pour une part l'évolution à laquelle nous assistons est située dans ce registre là et qu'il faut en prendre la mesure pour savoir comment y répondre.

C'est, me semble-t-il, notre éthique qui permet d'opposer à ces processus gouvernés par le sans fin, l'ininterrompu, l'illimité, la clinique qui ne cesse de nous affronter à quelque chose qui s'énonce au contraire en termes de commencement, de fin, de rupture, d'événement.

C'est pourquoi je pense que **la question de l'acte ne se pose pas de la même façon dans ces deux configurations historiques, sociales, celles des sociétés de discipline et des sociétés de contrôle.** Je crois qu'on en a deux figures assez facilement cernables : d'une part l'acte qui reçoit son statut juridique de l'article 64 du code pénal, et d'autre part ce qui se prépare du côté des crimes et délits sexuels qui se situe dans le registre de la surveillance indéfinie des comportements. La démence au sens de l'article 64 s'intéresse principalement au temps de l'acte puisque dans le formulé même de l'article la question était de savoir si *au temps de l'action* le sujet était en état de démence, ou s'il a obéi à une force à laquelle il n'a pu résister. Il y est question du temps de l'acte : j'essaierai de dire que poser la question de l'acte c'est poser la question du temps. Au temps de l'action le sujet y était-il ? Dans la délinquance du comportement, il n'est absolument pas question du temps de l'acte au sens où tout est vectorisé sur l'avenir, sur la récurrence, sur l'acte *en puissance*, et ça c'est tout autre chose. On est dans le jamais plus, c'est à dire dans l'abolition virtuelle du moment de l'acte, jamais plus dans ce moment de franchissement, de cette coupure. Acte, événement, coupure / absence d'acte, durée, continuité. Cela induit je crois des rapports différents pour la position du psychiatre, et assurément pour la position de l'expert. Si l'expert a cette fonction centrale dans le procès, c'est parce qu'il s'agit du transfert de la légitimité d'un acte. Il y a en effet un seul acte qui répond à l'acte du criminel, c'est l'acte du jugement, c'est à dire in fine la question de l'acte du juge, celui qui arrête la discussion et qui dit maintenant on cesse de débattre et on va dire le droit. L'expert est appelé à servir de soutien à cet acte du juge, soit par l'exclusion du champ (article 64), soit par les fondements rationnels qu'il donne au pouvoir de juger. La promotion par contre d'une gestion scientifique des comportements ne pose plus l'expert comme alter ego du juge dans l'acte de jugement, mais le praticien comme co-gérant de la peine. Le praticien est invité à prendre place dans un processus de normalisation ou de gestion de la peine.

Cela emporte des conséquences si l'on se souvient de cette parole de Henri Ey que j'ai toujours prise très au sérieux selon laquelle renoncer au diagnostic en matière psychiatrique c'était renoncer à la psychiatrie, de telle sorte que si la psychiatrie se refusait à répondre à la question de l'article 64, elle se déniait comme champ. Le champ légitime de l'article 64 selon lui, c'était le champ légitime de la psychiatrie, céder là dessus c'était faire évanouir la psychiatrie. C'est un point de vue que je ne partage pas, mais c'est un point de vue fort qui met l'accent sur le savoir du psychiatre comme fondement de l'acte de juger dans l'articulation non conflictuelle du droit et de la psychiatrie. Si, comme je le pense, il n'en va pas ainsi, c'est pour la raison théorique que le champ de la folie n'est pas celui du négatif de la raison au sens de deux espaces complémentaires dans une logique du tiers exclu. En sorte que la psychiatrie et la justice ont nécessairement une articulation malaisée, boiteuse.

La place du praticien quant à elle, est tordue différemment. Dans la nouvelle configuration, c'est à dire dans le conseil pratique dans la gestion des normes de comportements, c'est assez différent puisque le terrain du psychiatre auquel on semble principalement l'appeler, c'est la vie elle-même, ce sont les lieux de vie, la prison, le domicile, ça ne se finit pas. Dans cette logique là on voit bien que la prévention de la délinquance sexuelle, s'identifie pour les magistrats à la surveillance des virtualités de l'acte, identifiant l'acte délictueux et la pathologie, la répétition et la récidive. On ne se trouve plus ici dans une logique du tout ou rien, du dedans/dehors, article 64/hôpital psychiatrique, pas d'article 64/prison.

### ***De l'acte, sexuel***

Il ne semble pas abusif de dire qu'il y a quelque chose dans l'acte qui représente une ouverture dangereuse du politique dans sa connexion avec l'acte sexuel. L'acte sexuel, cette rencontre à haut risque, impose selon Freud des règles sociales dans un refoulement mis en commun, seul garant d'une paix relative entre les hommes. Que l'acte criminel fasse signe de l'acte premier de Totem et tabou est une évidence pour le psychanalyste, qui le vérifie à la lecture des écrits suscités par de nombreux crimes médiatisés. Que l'acte sexuel, dans sa version strictement perverse comme Freud le démontre dans ses toujours scandaleux *Trois essais* soit un danger pour une société fascinée par la logique binaire de la science et de la gestion devrait s'imposer pareillement. Le débordement, l'excès de l'acte, voilà qui n'obéit pas facilement aux finalités d'une économie des biens et de la philosophie qui lui tient compagnie. C'est un truisme que de rappeler que l'acte sexuel c'est certainement le lieu d'émergence de la psychanalyse comme telle, et que Freud du début à la fin de son oeuvre ne cessera de revenir sur les ratés de l'acte, les ratés de tout acte étant métaphorique du sexuel et de ses ratés. L'acte sexuel objecte à la possibilité simple, harmonieuse d'une rencontre du sujet et de l'objet. Le moins qu'on puisse dire c'est qu'il ne va pas de soi puisque Freud finalement le pose comme interdit et Lacan comme ... n'existant pas.

C'est pourquoi s'interroger sur la signification de la demande sociale qui nous est adressée, c'est à mon sens s'interroger sur le statut de l'acte dans son fondement sexuel, de l'acte en tant qu'il a une portée pour la cité, de l'acte politique. C'est dans cette logique il me semble qu'il faut interpréter la montée du thème de la contrainte, parce que la contrainte du traitement, la contrainte de l'éducation - on parlait à propos de l'autisme de la méthode Teach et cela me semble tout à fait du même ordre - la



contrainte du commandement, tout cela s'inscrit, je crois, en réponse à cette horreur de l'acte comme possible catastrophe qui pourrait survenir. Il y a comme une espèce de déploiement obsessionnel pour prévenir l'acte, que ce soit l'acte sexuel dont on parlait ce matin avec la question de la contraception et de l'eugénisme, ou de l'acte criminel.

Qu'est-ce qui peut empêcher la survenue de l'imprévu ? L'imprévu qu'on baptisera ou diable ou nature (les dieux ont quitté la scène toutes les métaphores peuvent venir y suppléer, le chromosome X peut bien tenir la place du loup garou), ce qui peut surgir sans crier gare, comment le conjurer, comment le prévenir sinon la contrainte ?

Toute une part du développement d'Hanna Arendt sur *La condition de l'homme moderne* est construite comme ça : comment parer à l'imprévisibilité de l'acte ? La société totalitaire est une des « solutions » historiques. Quand on commence à mettre le doigt dans cette logique, c'est comme avec la morale, on n'en finit plus ; plus vous voulez être moral, et plus il faut vous laver les mains. La question de la contrainte en tant que s'opposant à la survenue de l'acte c'est pareil, elle est comme telle jamais finie, il n'y a pas de raison de l'arrêter. Le recours contemporain à la rhétorique de l'éthique ne doit pas faire illusion, il s'agit d'abord de morale, de déontologie sociale. Le Conseil national d'éthique prétend dire au nom de la science, ce qui est bien pour la société et les individus. Cette morale publique quand vient-elle ? Elle vient quand le droit est en péril ou fait défaut. Le recours par exemple au Conseil national d'éthique a été beaucoup utilisé face au fait que les juristes avaient peu de choses à dire, en tout cas dans un premier temps, sur les questions de procréation artificielle. Comme le droit pouvait pas dire, le droit n'était pas posé, le droit positif n'avait pas statué, alors on fait venir l'éthique, l'éthique en l'occurrence la science de Monsieur Changeux. Je crois que la morale c'est tout à fait articulé à la question de la contrainte. La morale c'est la contrainte, la loi c'est autre chose. S'opposer à ces versions post-modernes de l'acte et de la contrainte, résister comme disait C. Louzoun, ça ne signifie pas pour autant récuser ces termes. Je ne crois pas qu'on puisse à la contrainte opposer la liberté, à l'acte opposer autre chose, ce n'est pas ça, mais ce qui est plus intéressant c'est d'essayer de les ajuster dans leur statut à notre propos, à notre place. Pour moi c'est en tant que praticien, c'est ainsi que j'ai compris l'appel de B. Gravier à ne pas désertier ce champ comme il le disait dans *Nervure*, ce champ des soins sous contrainte.

### *Au-delà du juridique*

Je voudrais donc parler de la contrainte à laquelle se soumet l'analyste et qui me semble décisive pour notre réflexion. « Dites ce qui vous passe par la tête », telle est la règle fondamentale, telle est la liberté nouvelle que l'analysant se réjouira de pouvoir enfin expérimenter ... avant de mesurer rapidement quelle contrainte elle représente. Contrainte « extérieure » imposée par l'analyste, qui à son tour viendra à être reconnue pour ce qu'elle est, avant tout la contrainte de l'inconscient. Ceci est connu mais on met moins souvent l'accent sur la contrainte symétrique, celle à laquelle l'analyste donne son assentiment, et qui est « tout simplement » celle de se laisser prendre dans le transfert. Or cet acte de l'analyste se pose sur fond de dessaisissement, non de maîtrise : Freud à plusieurs reprises réitère sa recommandation : c'est sur la base de l'oubli de tout ce qu'il a pu auparavant apprendre, savoir livresque tout autant que savoir des cas antérieurs qu'il convient d'aborder chaque nouveau patient. Recevoir le nouveau venu

dans une ouverture à la nouveauté radicale de sa singularité. Si l'on en prend bien la mesure, on conçoit que d'aucuns puissent reculer devant de tels préceptes : chaque rencontre se fera sans le garde-fou d'un savoir.

Non pas que Freud verse en aucune manière dans on ne sait quelle exaltation obscurantiste de « l'expérience ineffable » puisqu'on sait bien à quel point il était attaché à la rigueur de l'idéal scientifique et combien il a toute sa vie construit des logiques rigoureuses. Non, il s'agit d'une question de méthode qui est en même temps une question d'éthique : chaque nouveau patient sera reçu dans ce risque pris qui est celui de ne pouvoir savoir à l'avance selon quelle modalité du transfert la cure va s'engager et comment l'analyste lui-même va y être saisi. Je crois que, comme je l'ai dit précédemment quelles que soient les conditions de la pratique, c'est toujours de même enjeu dont il s'agit. J'ajouterai que, même si la rigueur impose de dissocier l'acte analytique tel que je l'évoque ainsi et la « simple consultation », l'expérience enseigne que les choses sont loin d'être aussi faciles à distinguer. Il se peut qu'à dire simplement bonjour à un patient, on puisse sans le savoir avoir engagé un travail qui se déroulera pendant de nombreuses années, si du moins on ne se défile pas. C'est pourquoi la rhétorique sur le « contrat de soin » est soit simpliste, soit trompeuse. La forme juridique des actes est essentielle, ce n'est pas au CEDEP qu'il est besoin de le rappeler, mais il nous revient de ne pas en laminer la complexité, que précisément nous savons reconnaître depuis l'expérience analytique. On dira « il a passé un acte, il est d'accord pour une thérapie », et on en trouvera la preuve dans le fait qu'il l'a dit. Comme si c'était vraiment de ça dont il s'agissait dans cet engagement dont la nature inconscient est essentielle. J'irais même jusqu'à dire que poser les choses ainsi, c'est parfois équivalent à faire signer une décharge : le contrat serait symétrique, il a pris la responsabilité de faire de moi un prestataire de service. Eh bien non ! La juridicisation de notre travail émousse me semble-t-il la difficulté et c'est pourquoi je tords ici le bâton dans l'autre sens, en mettant l'accent sur la dimension d'acte, du côté du thérapeute, dans les soins, qu'ils soient juridiquement sous contrainte ou non. La question éthique de ce point de vue prend immédiatement une dimension politique au sens où la question de savoir si une telle place peut être occupée, si quelque chose de cet ordre peut se jouer à l'intérieur de règlements, d'institutions étatiques est on le sait extrêmement délicate. On peut même dire qu'une telle place, celle de l'acte analytique telle que je l'ai rapidement esquissée a quelque chose d'irrecevable étatiquement parlant : cette imprévisibilité du transfert, cette mise en suspend de la finalité de la cure, ces rencontres toujours conjoncturelles et surprenantes ne peuvent pas être reçues comme telles par un système dont la logique est tout autre.

C'est dire que l'espace singulier de l'acte est un combat politique : il n'y a pas de garantie prédictible à l'acte analytique, alors que nous vivons dans un monde où l'on nous fait crouler sous les demandes de garanties, qu'elles soient chiffrées, qu'elles soient statutaires, ou organisationnelles. Dans le champ de la « dangerosité » ou dans le champ judiciaire on nous demande de garantir que les actes ne se reproduiront pas. En bonne logique, comme une réponse subjective ne saurait suffire - même venant d'une personne dans les statuts font l'objet d'une garantie de l'Etat, comme les médecins hospitaliers - on prétend s'en assurer dans la standardisation des réponses, préformées dans des cadres définis validés à l'avance. D'où la vague anglo-saxonne des programmes et protocoles de soins.

Je résume mon propos jusqu'ici : la dimension de la contrainte aux soins, présente dans toute pratique psychiatrique, est par excellence portée à son acmé dans le cadre judiciaire. Ceci impose une réflexion spécifique, mais j'ai choisi ici, suivant en cela un fil du séminaire de *Pratiques de la folie*, de mettre l'accent sur le versant souvent méconnu de la contrainte, et qui celui-là est présent dans toute cure. La contrainte à laquelle l'analyste est soumis - et qu'il ne peut ignorer puisqu'il est passé par là auparavant dans sa propre analyse - est celle dont il sera l'objet, celle du transfert. Ce faisant, j'ai été conduit à souligner qu'il fallait présupposer un acte, à l'orée de toute rencontre, qui est celui de l'analyste : se prêtera-t-il au transfert, ou va-t-il tourner casaque ? Si il soutient cet acte, face au patient, comment le soutiendra-t-il face à l'Etat qui va lui demander des garanties qu'en toute rigueur il ne peut pas donner ?

On voit à quel point la rhétorique de la contrainte et de l'acte sont à présent croisés, sinon embrouillées !

### *Acte (juridique) réussi, acte (analytique) manqué*

Or il faut faire en quelque sorte un pas de plus dans l'écheveau en dépliant ce thème de l'acte. Le face à face justice/psychiatrie s'est joué on le sait principalement sur cette question de l'acte criminel, dont l'article 64 sanctionnait le débat ainsi que le partage des territoires. Le juge pose sa question : le sujet, au moment de l'acte, y était-il ? Je n'ai pas le temps ici de développer l'argumentaire, mais il faut pourtant souligner fortement que le psychanalyste ne saurait sans sourciller faire fond sur une conception juridique des actes qui a sa logique et sa dignité mais qui n'est absolument pas conforme à notre expérience ni notre représentation théorique. La psychanalyse objecte absolument à une théorie des actes conçue comme pleine disposition de soi dans une conscience claire et distincte. Doit-on rappeler d'où Freud tire ses premières réflexions sur l'acte ? Il s'agit de *Psychopathologie de la vie quotidienne* dont le titre à lui seul vient s'inscrire en faux contre l'opinion courante. Les actes manqués, au regard de l'intention de la conscience, sont réussis au regard du désir. Quoi de plus bouleversant qu'un tel propos, si on le prend au sérieux ?

Toute la psychopathologie de la vie quotidienne, la question des lapsus, son travail sur les rêves, c'est cela que Freud met en avant : ce qui est raté du point de vue de l'intention est réussi du point de vue de l'inconscient. Ce qui fait tout de même un drôle d'os dans nos débats avec nos amis juristes et il ne faut pas l'éviter. C'est à dire que la présomption d'assomption de l'acte, la motivation, l'endossement de l'acte, etc. cette rhétorique est d'abord juridique ou, dans notre vocabulaire, moïque. "*Oui, j'ai perdu ma clé parce que ..., j'ai oublié de venir parce que ..., oui je me suis marié avec cette femme parce que ...*", le travail analytique aura ceci de troublant qu'il y déroulera d'autres causalités, qui à l'insu du sujet, ont cependant décisivement ou dérisoirement orienté son existence. La clé perdue pour ne pas rentrer chez soi, le rendez-vous manqué pour nier le désir, le mariage pour satisfaire le voeu infantile de ne point quitter la soeur aimée, etc.

C'est dire que les actes en pleine possession de soi qui sont l'horizon nécessaire de la raison juridique ne sont pas situés de la même façon pour nous, et structurent le malentendu quasi obligé de notre dialogue avec les magistrats.

La psychanalyse n'en est pour autant pas restée muette sur la question de l'acte. D'abord en accentuant sa dimension symbolique, ses coordonnées signifiantes. Un acte c'est évidemment pas simplement le fait de faire un pas, de se bouger. C'est de faire un pas qui porte à conséquence. Il y a un pas célèbre, c'est celui du Rubicon. Si César le franchit, cela aura quelques conséquences pour son avenir et celui de Rome. Après, plus rien ne sera comme avant. Pour autant il n'est pas besoin de motricité pour produire un acte, et la philosophie du langage anglo-saxonne, utilisant du reste abondamment les sources juridiques, a mis en valeur ces paroles qui sont des actes, avec la notion de performatif : c'est un acte à partir du moment où le fait de dire et les coordonnées de ce dire peuvent prêter à conséquence, par exemple le baptême, le mariage, les déclarations de guerre, etc.. Le performatif, c'est la croix des diplomates, gens très précautionneux dans le maniement de la langue comme on le sait.

De telle sorte que lorsque les juristes ou la société nous interrogent sur les actes qui ont été commis et sur le rapport de ces sujets à leurs actes, nous sommes dans une position totalement intenable. Ils nous interrogent sur la représentation que l'on peut se faire du motif pour quelqu'un de faire un acte, et l'identifient au fait que le sujet « y était ». De quel sujet parle-t-on ? Du sujet de la représentation ou du sujet du désir inconscient ? La question en fait, dans le théâtre de la rhétorique juridique, est celle de savoir si le sujet va pouvoir, avec la communauté rassemblée pour le juger, partager un sens acceptable. Il s'agit d'un échange, un échange social : oui j'y étais, je l'ai fait, je l'ai voulu, ou bien non ça m'a échappé, je ne peux retrouver en moi aucune trace de cet acte. Cette rhétorique là, ce discours là, quelqu'un peut tout à fait le tenir, sans que nous en tant que praticiens nous ayons le sentiment « qu'il y était » pour autant. On peut tout à fait avoir l'impression qu'alors même qu'il dit qu'il y était, qu'il l'a assumé, etc., il est l'objet dans cet acte d'une détermination inconsciente absolument terrible.

J'ai souvenir d'un procès récent par exemple où l'homme qui a été jugé était capable de tenir un discours sur les motivations de son acte, dans le même temps qu'il donnait à entendre une espèce de détermination féroce, folle, de ce qu'il avait fait. Il y a un écart entre ce que l'on nous demande concernant les actes, c'est à dire le fait que des sujets de droit, des sujets de l'échange social peuvent dire qu'ils assument ou non leur acte, et ce que nous sommes amenés nous à entendre comme répétition, comme produit d'une histoire insue.

### ***L'acte, pour la communauté***

La question décisive ici est que ce qui fait acte pour une communauté n'est pas nécessairement la même chose que ce qui fait acte pour un sujet. Quelque chose peut bien avoir effet d'acte pour un sujet et ne pas porter à conséquence pour celui qui y est confronté, a fortiori pour une société, pour une communauté. Inversement, il peut très bien se faire que l'on fasse des choses qui aient valeur d'acte, qui sont extrêmement déroutantes, perturbantes, troublantes, inquiétantes, pour une communauté, et que pour le sujet ça n'ait aucune valeur d'acte. Je dirais même que c'est un des enseignements les plus constants de la pratique psychiatrique de secteur.

Ce qui peut faire acte pour un n'a pas forcément valeur d'acte pour d'autres. Quand une société, une communauté, un tribunal, demande est ce que cet acte vous l'assumez, ça veut dire : est ce que ce qui fait acte *pour nous* vous le prenez à *votre*

compte, vous *en tant* que vous faites partie de notre communauté. Cela n'a pas nécessairement à voir avec cette autre question : est ce que c'est un acte pour vous, est ce que vous l'assumez ?

C'est pourquoi il convient de dissocier le registre d'interrogation des actes. Il me semble que cela peut se dire. La parole publique, la citoyenneté des fous, les positions que nous avons pu soutenir sur le fait que fou ou pas, toute personne a droit au commentaire public de ses actes, par exemple à un procès sont des positions que je soutiens. Mais cela ne veut évidemment pas dire, ne saurait signifier en aucune façon, qu'on méconnaît le sujet dans sa folie. On peut tout à fait, me semble-t-il, proclamer ou défendre la dignité pour tout ou chacun - fou ou pas - d'avoir accès aux formes de la citoyenneté d'une époque, aux commentaires de ses actes, sans pour autant méconnaître *en tant que praticien* la détermination de ses actes. C'est difficile, mais cela dépend de la place et du registre dans lequel on intervient.

### ***Portée des actes pour la cité***

Je veux pour terminer ajouter quelques mots sur ce que je disais à propos de la dimension politique des actes, telle que nous pouvons aisément la percevoir aujourd'hui dans la sollicitation violente dont nous sommes l'objet concernant les criminels. Qu'il y ait une dimension politique de nos positions éthiques, chacun peut le mesurer, pour autant qu'on entende comme je le fais ici par politique ce qui concerne la vie des hommes ensemble. Je m'appuie pour ce faire sur l'oeuvre d'Hanna Arendt, que je ne peux ici que brièvement évoquer, en particulier en ce qui concerne la théorie de l'acte.

Pour le dire en deux mots, Arendt distingue le travail, l'oeuvre et l'action. Le travail, dit elle, c'est ce qui permet la reproduction humaine, la subsistance, l'oeuvre c'est la production des objets du monde, qui finissent par peupler le monde et qui font que nous vivons dans un décor d'objets, et l'action c'est autre chose. C'est compliqué parce que vous savez qu'elle a écrit en anglais, mais je crois qu'il est plus approprié de traduire *action* par acte, pour restituer la rigueur de son propos. L'acte chez les grecs, et d'ailleurs on le retrouve dans Aristote, c'est ce qui fait vraiment qu'un homme est un homme. Ce qui distingue un homme, ce n'est pas tellement qu'il est capable de subsister, de produire sa subsistance, selon Aristote, ce n'est pas non plus la production d'objets, c'est par contre le fait qu'il agit sur la place publique. Il convient de distinguer ce qui est du registre de la nécessité et qui est à la maison (dans la maison les rapports sont hiérarchisés, l'ordre règne, sous l'empire de ce qui sera chez les romains le *pater familias*) c'est la nécessité, les rapports y sont contraints. Par contre, l'action pour les grecs ça se passe sur la place publique. Et cela n'entraîne ni plus ni moins que la constitution de la politique. Aristote dit avec une *techné*, un faire, on produit un objet. Une fois que l'objet est produit, c'est une oeuvre, *ergon*, c'est fini - il prend l'exemple du charpentier, de l'architecte - c'est fait et le produit de l'oeuvre est devant vous. Le produit de l'action il n'est pas devant vous. Il est dans l'action elle-même. C'est à dire que l'acte c'est le moment même, on ne peut pas dissocier l'acte, il n'y a pas d'autre produit que l'acte lui-même. Par exemple s'avancer et dire je ne suis pas d'accord. Cela ne vaut que dans l'instant ou vous dites je ne suis pas d'accord, l'instant d'après c'est autre chose. C'est quelque chose de fugace, de temporel et qui en même temps est la seule manière d'après Arendt d'être parmi les hommes, c'est à dire que c'est la manière de vivre avec d'autres. Il n'y a pas d'autre voie. Celui qui reste toujours en deçà, la logique pousse à ce que lui-même s'extrait du champ humain. Il ne peut pas exister en

tant qu'homme s'il ne se risque pas. Quel est donc ce risque ? Le problème des actes humains est le suivant : ils sont imprévisibles et tant du point de vue de l'acteur que du point de vue du spectateur. C'est très intéressant parce qu'il y a toute une filiation philosophique autour de cette affaire, quand on nous demande de prévoir des actes, c'est une rigolade. L'acte, de toujours, est quelque chose qui ne se maîtrise pas. L'imprévisibilité et l'imprédictibilité des actes c'est cela qui est important. Quand vous faites quelque chose vous ne savez absolument pas les conséquences que ça va avoir. Parce que une fois vous l'avez fait ça vous échappe et ça part dans le monde humain, c'est à dire que c'est les autres qui en font quelque chose et si ça se trouve ça va vous revenir d'une façon imprévue, ça va vous revenir d'un autre endroit, c'est l'effet papillon. Il peut se trouver que le fait que vous ayez dit ou fait telle chose, aura des conséquences gigantesques, énormes, ou au contraire rien du tout, un souffle dans le vent. L'écologie ne cesse de nous dire que d'une certaine façon on ne peut pas prévoir, parce qu'il y a des déclenchements de processus tellement différés qu'il faut le prendre en compte autrement. C'est ce qu'explique Ewald par exemple : les assurances ont été obligées de tenir compte de ça, en ne se préoccupant plus de l'imputabilité de la culpabilité mais de savoir qui peut payer. Savoir si un industriel qui a fait telle chose à un moment donné et qui a donné des conséquences dramatiques au niveau des pluies acides 20 ans après, est responsable, ça n'a aucun sens puisqu'au moment où il l'a fait, quand bien même il aurait pris toutes les mesures de l'époque que l'on connaissait, il ne pouvait pas savoir que ça aurait des conséquences pour la planète. Mais savoir qui va payer ça oui, ça garde un sens.

Arendt insiste sur cette imprédictibilité des actes humains. Elle dit la seule réponse que les hommes ont trouvé par rapport à ça c'est la politique, plus exactement c'est la *polis*, la cité, c'est à dire quelque chose de très précis, le fait de raconter publiquement des histoires, de commenter les actes. Raconter des histoires était essentiel pour les grecs qui avaient un grand souci de l'immortalité ; pour être immortel le mieux était que vos histoires soient racontées, faute de quoi vous tombez dans l'oubli.

Je trouve que dans les institutions nous sommes tous les jours confrontés à cela. Il y a des actes qui ont des conséquences. Nous passons notre temps à les commenter, même si certains sont produits comme si de rien n'était, dans un coin, et qui vont avoir des conséquences sur tel autre patient, ou sur nous et qui font ricochet. Beaucoup de psychothérapies institutionnelles sont construites autour de ça. Ce que je trouve intéressant dans Arendt, c'est qu'elle dit que c'est une telle nécessité que c'est la constitution même de la communauté humaine selon les grecs qui en dépend.

Il y a là une note d'actualité pour nous quand on songe au fantasme de prédictibilité après lequel court la médecine. Il faut refuser l'alternative de l'acte et de la contrainte telle que la modernité nous l'assène. Non pas la contrainte pour annuler l'acte mais la contrainte partagée d'une certaine civilité. Je parle à mon tour, après il y en aura d'autres qui vont parler, puis nous partirons, c'est des formes de la circulation de la parole et du commentaire. Il est de multiples formes de commentaires dans une communauté il peut y avoir la politique bien sûr dans sa forme institutionnelle ou pas, le juridique, les récits de toutes sortes, les témoignages, les écrits. Soutenir que les fous ont droit aussi au procès, est à entendre de ce côté là : Ils ont droit à un commentaire, à entendre ce qu'on peut dire sur ce qu'ils ont fait, et à parler à leur tour. Il y a aussi la fiction. Rappelons-nous Marguerite Duras et l'affaire Grégory. Il y a les films, il y a les

récits, les récits minuscules qui circulent : souvenons-nous de ce texte de Foucault magnifique sur la vie des hommes infâmes qui est un très beau texte sur les hommes infâmes, c'est à dire qui n'ont pas de *fama*, qui ne sont pas célèbres. La vie des hommes infâmes se retrouve dans des archives, ça circule, et nous dans nos institutions nous passons notre temps à faire des histoires des hommes infâmes, des hommes qui n'ont pas de *fama* et cela peut avoir quelques conséquences. Pour ceux qui ont lu le livre d'Allouch sur *Marguerite ou l'aimée de Lacan*, l'acte de Marguerite Anzieu, le coup de poignard contre Huguette Duflo la femme de théâtre, n'a-t-il pas pour vertu essentielle de tenter de se faire un nom, c'est à dire passer au public quelque chose dont il est intolérable que ça reste dans le privé ? Les passages à l'acte pour lesquels nous sommes requis n'ont-ils pas souvent cette dimension ?

Il me semble qu'en résumé nous sommes dans la position nécessairement inconfortable de devoir tenir sur une jambe, et l'autre, mais jamais sur les deux en même temps.

Il y a d'une part des actes qui nous reviennent et qui doivent pouvoir se soutenir dans un espace nécessairement singulier, privé ; tels sont les actes thérapeutiques. Il n'y a d'acte possible que dans cet assentiment au transfert qui est la condition nécessaire à un tel travail. Ces actes présupposent cependant leur poids d'imprédictibilité essentielle, c'est à dire au regard de l'Etat qu'ils sont nécessairement l'objet d'un soupçon : comment admettre que la condition du traitement tient à ce point à la singularité de l'engagement, et soit si peu garanti ? La déontologie médicale a su faire reconnaître cela sous la formule bien connue : obligation de moyens, non de résultat.

Il y a d'autre part les actes délictueux ou criminels commis par des sujets, et qui entraînent des commentaires sociaux à propos desquels on nous demande en tant que citoyen, en tant que témoin expert ou praticien, de participer aux commentaires et aux conflits de sens dont ils sont l'enjeu. Il appartient à chacun, dans la possibilité que lui en donne le droit, de décider si et comment il participe au commentaire public des actes.

Mais l'articulation entre les deux est à récuser absolument. On ne saurait lier l'acte thérapeutique à l'acte politique (au sens d'Arendt), déduire l'un de l'autre et réciproquement. Chacun a sa part d'imprédictibilité qui est la condition même de son existence. En liant deux imprédictibles, on ne fabrique pas de la certitude, sauf dans l'imaginaire sécuritaire.

## DISCUSSION

### *Claude Louzoun*

Lancer la discussion sur les deux exposés ne va pas être aisé.

Je commencerai par ce qui est peut-être en filigrane dans les deux exposés : la question du *droit du psy* quand la société lui pose en termes de « devoir » de participer au système répressif. B Gravier pose cette question à partir du *droit au soin* — posé par l'opinion publique, par l'Etat ... et par des psychiatres... comme répression par le soin — dans son exposé comme dans l'intitulé de ce séminaire : *Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?*, intitulé qu'il a proposé et qui nous convient parfaitement. Il est fondamental que tout au long de nos travaux nous ayons le souci du repérage éthique. Notre réflexion porte forcément sur :

- le « jusqu'où les devoirs des psy envers les autres ? » ;
- qu'en est-il des droits de l'autre quand il s'agit des délinquants sexuels ? ;
- comment l'une et l'autre de ces questions s'articulent-elles ou se subordonnent-elles ?
- comment la psychiatrie, une nouvelle fois, peut-elle résister à un détournement répressif ?

- comment — si le problème de l'éthique en psychiatrie et des droits de l'homme et du citoyen est bien indivisible — écarter la noyade dans la logique sécuritaire et la gestion des risques sans pour autant jouer à Ponce Pilate ?

- doit-on (ré)agir dans la dimension du besoin (de qui et pour qui ?), de la demande (de qui et pour qui ?), du droit à l'humanité de toute personne, du droit à la santé pour chacun et pour tous, dans la dimension d'une attitude « *comprehensive* », soit le mot anglais qui ne se traduit qu'exceptionnellement en français par « *compréhensive* » ?

Il y a là un grand nombre d'objets de pensée augmenté de tous ceux qu'explicitement les deux exposés de présentation interpellent.

Donc, j'ai déjà réagi à la présentation de B. Gravier, en disant précédemment tout le bien que j'en pense. Il nous situe déjà dans la nécessité d'une position technique active qui ne soit pas celle des illusionnistes de l'androcur, du comportementalisme, etc. F. Chaumon a raison de se centrer à ce propos sur la tekhnè, c'est-à-dire à la fois art (au sens d'Aristote) et technique. Il nous illustre fort bien d'ailleurs que le « je ne pense pas » classique dans la cure analytique ne peut fonctionner dans le champ qui nous occupe au cours de ce séminaire.

Bel exposé de psychanalyse que le sien, qui me parle, dans lequel je n'ai pas entendu d'emporte-pièce, et dans lequel par contre j'ai beaucoup apprécié ses pièces rapportées : à savoir les références à Hannah Arendt et à Gilles Deleuze.

A propos de l'acte, je voudrai tout de même souligner qu'en ce qui concerne les délinquants sexuels, on ne serait plus, ou plus tout à fait dans le cadre de l'article 64/122-1 du code pénal. En effet, si l'on s'appuie sur la formule de Kant : « Une personne est ce sujet dont les actions sont susceptibles d'imputation » (au sens moral et juridique), le délinquant sexuel est bien l'auteur et le responsable de son crime, mais c'est aussi un aliéné dangereux à soigner à vie. En reprenant la citation de Kant, on pourrait interroger le *distinguo* entre action et acte, *distinguo* bien connu dans l'enseignement de Lacan à propos de l'analyste, mais qu'on ne saurait dupliquer tel que



dans notre réflexion et qu'il serait utile de réfléchir en termes philosophique et anthropologique... un prochain jour.

En guise de transition - boutade à la tendance dans l'exposé de F. Chaumon à tant insister sur la contrainte de la rencontre comme sur la contrainte du transfert, je cite ce propos de Casamayor<sup>1</sup> : « Il n'y a pas, il n'y a jamais égalité entre les contractants. On ne « consent » jamais à rien. On « veut ». On accepte quelque chose qui ne vous plaît pas, parce qu'on veut quelque chose, la paix, par exemple, ou l'oubli... Il y a toujours quelque chose de dramatique dans la rencontre de deux comportements. » Plus tard dans notre séminaire je reviendrai sur l'obligation de soin et sur la contrainte au soin. Mais, première remarque d'évidence : passage à l'acte et acting out ne sont ni semblables ni superposables. Le passage à l'acte correspondrait à une rupture du cadre fantasmatique et à une expulsion du sujet ; et il apparaît que - hors du cas des « serial killers » - le délit sexuel ne serait pas un acte qui veut dire. L'acting-out, traduction de l'*Agieren* de Freud, serait à limiter au cadre analytique, dans un rapport à une défaillance du dire de l'analyste.

On pourrait alors aussi engager des discussions cliniques de nature diverse. Ce qui m'intéresse ici, c'est de remettre sur le tapis vert de notre séminaire le *concept de sujet*, parce que c'est aussi le registre de la signification de l'éthique. D'abord pour souligner une certaine concordance entre la vision juridique et la vision médicale modernisée — petit détour par l'éthique médicale : Jean Bernard, premier président du comité consultatif national d'éthique des sciences de la vie et de la santé en France, la définit comme « la bonne tenue de l'accord entre l'âme et l'environnement » — ou anglosaxonne à ce propos : le sujet est conçu comme un individu concret, un être unitaire dans ses déterminations, conscient, libre et responsable dans son action, situé dans le registre de la signification et de la contingence, intégrant l'ordre symbolique. Je présuppose que tous les participants connaissent la question du sujet traitée par la psychanalyse. Et puis, il y a eu, un temps, cette formule à la mode durant les années 80 : la maladie mentale est une entité *biopsychosociale* ; formule consensuelle accommodée par chacun à sa sauce et à bannir dans son occurrence utilitariste. Quand je parle de la question du sujet ici c'est en tant que complexe agrafé dans les différents champs de discours et d'intervention du CEDEP : corps biologique, voire même pourrait-on hasarder corps sujet ; individu social ; personne (y compris dans le sens de son étymologie grecque) ; sujet de droit et sujet du droit ; citoyen ; et sujet de l'inconscient, soit au total une conception anthropologique, une conception opérationnelle dans le réel.

### **Christian Revon**

Je trouve excellent qu'on nous rappelle de temps en temps l'histoire de la criminologie et de la resituer. Il faut aller en amont et en aval de Foucault, et revenir aux sources sans l'oublier.

Cela dit, les courants de la criminologie à mon sens coexistent. Si on réfléchit à la réaction très spontanée que l'on a vis à vis du crime, vis à vis du criminel, on se dit on n'est pas lombrosien mais on se dit tout de même que ça va être très difficile et qu'en fait

---

<sup>1</sup> ■, magistrat, sociologue, écrivain, in Guy Maruani (sous la direction de), *Psychiatrie et éthique*, Privat, 1979, p. 101.

la récidive est pratiquement sûre. On tient un discours finalement assez défaitiste. Je parle de la première réaction.

Aussi on est parfois saisi d'une telle horreur devant certains actes qu'on se dit ce n'est pas possible cet homme est vraiment fou. On ne fait pas ça quand on n'est pas fou. C'est tellement horrible et tellement incompréhensible, on ne peut tellement peu en rendre raison, ni lui ni personne, qu'on s'oriente du coup du côté psychiatrique, psychologique ou psychanalytique

J'aime assez la pensée de la tradition sociologique, c'est vrai qu'on vient à penser tout doucement que le crime est relativement et statistiquement très régulier. On sait que chaque année en France sont commis à peu près 500 crimes de sang. C'est beaucoup. Sur 59 millions d'habitants. A propos de chaque catégorie de comportements transgressifs, délinquantiels ou criminels, qu'il y ait une certaine permanence et aussi une certaine fluctuation cela nous interroge.

A propos de la délinquance sexuelle je me demande si on à affaire actuellement à une mode? Est-ce un renforcement des services de police, est-ce une sensibilisation de la population, est-ce un accès plus grand des victimes à la parole, à la plainte, aux poursuites pénales? Est-ce un peu tout ça? Parce que c'est arrivé tout d'un coup: maintenant pratiquement entre 30 et 60 % des rôles des cours d'assises sont concernés par des affaires de viols.

Le traitement policier, judiciaire, pénal en général, carcéral, les peines et le traitement en général de ce type de délinquance est une catastrophe actuellement. Nous travaillons totalement à l'aveugle, la justice fait n'importe quoi, elle avance avec de gros sabots et de grosses lunettes noires, elle ne voit absolument rien et elle tape à droite et à gauche comme elle peut. C'est important d'être très sensible à ce problème et aux victimes, femmes adultes, hommes adultes et enfants garçons et filles, on doit cependant se demander où l'on va.

### ***Claude Balier***

Je dénoncerais d'abord votre discours monsieur l'avocat, si vous le permettez, parce qu'il me rappelle un peu trop le repli - dans une autre perspective - de la psychiatrie pendant un long moment où on accusait la société de tous les maux parce qu'on n'arrivait pas à guérir les malades mentaux et que si la société était différente, il y aurait beaucoup moins de malades mentaux.

Mais la justice est ce qu'elle est, et bien entendu elle est dans la contrainte, elle propose un système de représentations qui lui appartient et qui est imposé. Mais c'est au moins un système de représentations par rapport aux patients auxquels on a affaire et dont précisément le système de représentations est défaillant. C'est là que réside le tragique de l'histoire.

On peut reprendre tout ce que nous a dit F. Chaumon sur la contrainte. Est-on vraiment dans la contrainte quand on pratique en prison? Je ne parle pas de l'expert, je parle de la position de thérapeute. Ce que j'ai vu, ce que j'ai vécu dix fois, cent fois, c'est effectivement des gens souffrants. J'allais en prison, non pas parce que j'y étais contraint par la société, non pas parce que la société me demandait de soigner des gens pour empêcher la récidive; j'allais en prison comme tout médecin va partout ailleurs au devant de la souffrance. Je me suis trouvé effectivement face à des gens qui avaient commis un acte qui n'avait pas beaucoup de sens pour eux.

Mais que peut faire la justice si ce n'est intervenir au niveau du corps parce qu'on est alors dans un registre, dans un langage de l'acte où il n'y a pas de sens. L'acte est posé un point c'est tout. Comment le reprendre après? Ce qui se passe c'est que la souffrance survient peu de temps après que l'acte ait donné lieu à inculpation et cette souffrance, cette rencontre avec quelqu'un dont le rôle est d'être dans l'écoute plus quelque chose, mais dans l'écoute d'abord; à partir de ce moment là ce qui se passe c'est un nouvel acte, un acte totalement fondateur vers une ouverture. Tous ces gens nous disent au bout d'un certain temps, "*jamais de ma vie je n'ai parlé comme cela*", bien sûr ils ne l'auraient pas fait s'il n'y avait pas eu une intervention du corps social, quelle qu'elle soit.

Pris dans la contrainte, nous le sommes parce que nous opérons à l'intérieur d'un système dont nous devons tenir compte et qui nous oblige à adopter une attitude d'objet externe, à savoir ne pas être uniquement dans l'écoute; ce qui ne peut se passer comme on le fait avec un patient sur le divan, avec un névrotique. Etre dans l'écoute, alors que nous avons affaire à des gens dont les pulsions n'ont plus de sens, sont démesurées, c'est aller vers une angoisse folle et c'est réveiller des processus de destruction qui peuvent conduire aussi bien au suicide qu'à n'importe quel acte d'agression.

Nous sommes c'est vrai - c'est là qu'est la contrainte - obligés de nous situer dans un système, non pas de répression parce que ce n'est pas notre travail, mais dans un certain système moral, dans un système où on accepte les interdits, et après tout vous l'avez rappelé en parlant de la psychanalyse, l'interdit est fondateur de la pensée, le cadre, etc. qui rappelle l'interdit de l'inceste.

Finalement notre travail au travers de ce dialogue tout à fait nouveau et tout à fait libre, paradoxalement dans la situation où nous sommes, aboutit à ce que le délinquant se découvre comme sujet, découvre ses véritables intentions et d'où viennent ces intentions car il faut remonter aux générations précédentes au moins à la troisième génération pour comprendre quel est l'aboutissement de l'acte. C'est autour de cela que la discussion entre notre institution de santé et l'institution de justice doit tourner à mon sens. Que faut-il inventer pour accorder, - si c'est accordable?, je ne le sais - le but de la justice qui a affaire à un sujet ou qui veut que ce soit tel et le but du thérapeute qui veut qu'effectivement le sujet, le délinquant advienne comme sujet. Est-ce qu'il y a une sorte de connivence possible? Peut-il y avoir une collaboration vraie entre les deux institutions ou bien doit-on penser des choses en termes d'articulations? Il y a là beaucoup de réflexions à venir.

### ***Claude Louzoun***

A propos de l'intervention de Cl. Balier: être dans une attitude d'objet externe est du ressort de l'éthique du thérapeute, mais est-ce si simple que ça de pouvoir dire qu'on est perçu comme objet externe, en allant au delà de l'attitude?

J'essaie d'introduire un regard différent . Dans une contrainte il peut sûrement y avoir une création d'espace de vraie liberté. Mais je me demande si vraiment la bonne question est celle de votre conclusion, c'est à dire le fait que ça s'articule. On a de la difficulté à imaginer ou à imaginer la liberté du thérapeute dans un tel cadre. Le thérapeute est à ce moment là obligatoirement aussi objet de l'institution et pas simplement objet externe pour le délinquant.

Il faut non pas simplement qu'il soit institué à cette place, mais qu'il travaille dans la perspective et dans la logique de cette institution là. Du coup, est-il encore libre?

***Claude Balier***

Articulation ne veut pas dire forcément accordable, c'est là le problème.

***Anne Gerdil***

Tout à l'heure quelqu'un disait "mais que fait la justice?" On a l'impression qu'elle fait n'importe quoi. Je travaille avec des délinquants sexuels, j'ai discuté avec des juges pour enfants et avec des juges d'instruction. Un juge pour enfants m'a dit : "on est obligé de passer par le carcéral parce que nous n'avons en face de nous aucun thérapeute qui nous propose quoi que ce soit et nous devons avant tout protéger la victime."

Quand on y regarde d'un peu plus près, nous ne sommes pas si nombreux à vouloir faire cet accompagnement auprès de délinquants sexuels. D'abord parce que c'est difficile pour nous, ensuite parce que ce n'est pas forcément bien vu, je suis personnellement celle qui reçoit dans mon cabinet des violeurs d'enfants et je peux vous dire toute la connotation désagréable que ça peut avoir. C'est vrai que quand on entend ce qu'ils font ça nous fait pas vraiment plaisir de l'entendre et d'avoir de la compassion pour eux. Pourtant il le faut parce que, comme le dit Claude Balier, ce sont aussi des gens en souffrance, c'est très difficile à faire comprendre aussi. Si on était plus nombreux à pouvoir faire un vrai travail thérapeutique avec ces gens là, on aurait peut être plus de possibilités à offrir à la justice et il y aurait peut être moins d'aberrations du côté de celle-ci.

***Claude Louzoun***

Nous nous trouvons dans une crise de civilisation, ce n'est pas un euphémisme ni une formule toute faite, c'est une réalité profonde.

On peut aussi remarquer dans la pratique de la justice dans ce domaine le degré de relation entre le juge et les travailleurs sociaux ou les appareillages sociaux. C'est comme l'expert en matière d'irresponsabilité. En fonction de l'expert plus ou moins de décisions d'irresponsabilité pénales seront prononcées. Chacun le sait. De même, il y a aura plus ou moins d'abus sexuels poursuivis pénalement ou traités socialement par des mesures éducatives et autres en fonction du juge et des travailleurs sociaux en présence, même si du point de vue de la caractérisation judiciaire l'infraction est du même ordre.

Il s'agit de cette zone de l'imprévisible de la rencontre et de l'imprévisible du signalement et des suites qui y sont données. Ce n'est pas une zone de liberté, parce c'est maintenant de l'ordre du ridicule ou du dérisoire de dire : mais dans son enfance il a été battu ou il a été lui même violé, etc. c'est passé dans le système des représentations populaires jusqu'à l'absurde.

Il faut aussi beaucoup se méfier de ces systématisations du discours parce qu'alors on perd toute crédibilité et toute zone de liberté thérapeutique parce que la seule réponse sera alors: enfermez les, remettez la peine de mort, etc..

***Christian Revon***

Reprenons un moment les choses simplement. Un acte de délinquance sexuelle a été commis. Cet acte doit être sanctionné et loin de moi l'idée qu'il ne doit pas l'être. Il doit être nommé, mais nommé en droit ça veut dire qualifié, cela est certain, et il doit

être sanctionné, c'est à dire il doit y avoir une déclaration de culpabilité, l'affirmation de la responsabilité pénale de l'auteur de l'acte, mais en même temps on ne peut pas faire l'économie d'une thérapie.

Ce sont précisément des actes, qui collent totalement à la personne, qui s'identifient à elle et qui sont en général non maîtrisés par leur auteur, qui ne sont pas explicitement et volontairement voulus, à tel moment et dans telles circonstances, et dont ils ne peuvent en général, répondre consciemment. Je suis tout à fait d'accord aussi sur le fait que la thérapie aide à nommer, à se représenter, et aide à ce que l'acte soit en face, effectivement, et qu'on le voie, car dans le cas d'un délinquant sexuel en particulier, et je ne pense pas que ce soient les seuls cas, l'auteur ne voit pas son acte et il ne voit pas sa victime. Il ne le voit pas, il ne la voit pas, et il n'en répond pas, et c'est là que les différents travaux que j'ai pu lire m'ont beaucoup aidé, car ici on a quelqu'un qui dit " c'est pas moi " et qui d'une certaine façon doute vraiment si c'est lui ou pas.

J'allais dire " il ne sait pas ", mais il doute. Les deux éléments sont simples. Il y a une sanction, il y a une nomination, il y a une qualification, et y a un traitement, et punition à traitement constituent ensemble, a une sanction, sur le corps et le psychisme de l'auteur de l'acte. L'emprisonnement à priori n'est pas choquant, l'emprisonnement ne me choque que lorsqu'il n'y a pas de thérapie ou lorsque c'est un temps mort. L'emprisonnement la plupart du temps, la prison même longue, est un temps mis entre parenthèses. C'est à dire il ne s'y produit rien que une espèce de réduction progressive de la personnalité, qui s'adapte à cet univers concentrationnaire dans lequel il est "stationnaire", sauf quelques exceptions de ceux qui par leur culture et leur volonté, leur savoir ou peut être même leur spiritualité, profitent de ce temps de prison, mais c'est rare.

Reprenons ces deux éléments simples. Il y a un élément social de sanction et il y a un élément thérapeutique. Alors on revient toujours au même problème, parce que ce soit la loi de 90 révisée ou que ce soit des délinquants sexuels ou n'importe quoi, c'est vrai que la psychiatrie se trouve exactement à la frontière et ce n'est pas la peine de dénier un des deux aspects. En ce qui concerne les délinquants sexuels, B. Gravier le signalait, c'est la justice qui est en demande à la psychiatrie, disant : Si vous ne nous proposez pas des protocoles de soins crédibles, nous n'avons pas d'autre solution que de le laisser en prison le plus longtemps possible, cette demande ne me semble pas impossible à satisfaire, mêmes si elle ne recevra pas de " garanties " absolues, de guérison le non récidiviste etc...

### ***Jean-Pierre Legendre***

Je veux faire un rapprochement entre ce que vient de nous dire C. Revon et un thème qui est revenu plusieurs fois dans la présentation de F. Chaumon sur la prédictivité et la prévisibilité.

Je crois que ce que nous demandons, nous dirons thérapie, c'est que quelqu'un puisse se reconnaître comme le sujet qui a commis l'acte, alors que ce qu'on nous demande c'est qu'il ne le fasse plus. Ce n'est pas du tout la même chose. Il y a effectivement une demande qui est un malentendu. quand les juges disent "vous ne savez pas les soigner", ils entendent : "vous ne savez pas les guérir" et c'est là qu'il y a une impasse et qu'il y a deux champs qui ne pourront probablement jamais se recouvrir.

Sinon on est dans la confusion et les docteurs vont dire celui là je ne l'ai pas guéri vous le gardez, celui là je l'ai guéri il peut aller.

C'est aussi le problème de la gestion du risque. On sait très bien qu'on peut avoir une jambe cassée et se la casser de nouveau et qu'un violeur peut violer de nouveau. L'avoir rendu conscient qu'il a commis un viol ne veut pas dire qu'il ne va pas en reproduire un. C'est là qu'il y a un malentendu considérable.

### ***Alain Chabert***

Je ne sais pas trop de quoi on parle : j'ai le sentiment qu'un meurtre rituel avec des éléments sexuels d'une part, un viol collectif commis par une bande d'autre part et des relations sexuelles intrafamiliales, ne sont pas les mêmes choses. On a l'impression qu'on parle de tout en même temps.

Il y a l'aspect de la demande de prédiction mais il y a un problème qui me paraît lié au type d'allégation portée par le corps social par l'intermédiaire du juge qui supposerait qu'il existe une technique non seulement prédictive mais également spécifique par rapport à un symptôme, ce qui me paraît tout à fait curieux. Il existerait une forme thérapeutique particulière liée à un acte particulier, que cet acte soit délictueux ou pas délictueux d'ailleurs.

### ***Anne Gerdil***

Je parle strictement du problème de l'inceste. Giarretto depuis 25 ans s'est mis sous la coupe de la justice qui exigeait pour lui fournir des financements, un taux de récurrence de plus en plus bas. Il est parti avec un taux de récurrence d'environ 50 %. En 25 ans il a amélioré et développé sa technique. Il a pu développer ses moyens avec 15 thérapeutes, et créer un institut spécialisé qui prend en charge l'ensemble de la famille, c'est à dire l'agresseur mais aussi la mère et les enfants. Après 25 ans de perfectionnement d'un type de prise en charge globale, un audit portant sur 8 ans de prise en charge fait par le ministère de la justice a évalué que le taux de récurrence des délinquants traités dans cet institut n'était plus que de 8%.

### ***Jean-Pierre Legendre***

Bettelheim aussi pour des raisons de financement a eu besoin de garantir qu'il guérissait des autistes. Il trichait. Il disait qu'il les guérissait et ce n'était pas vrai mais ainsi il avait les financements. Je préfère une attitude éthique à celle qui garantit des résultats.

### ***P. Rappard***

C. Louzoun parlait de l'offre de la psychiatrie là où Revon parlait de la demande de la justice. Plus haut C. Louzoun parlait encore du sujet supposé savoir. Lacan a bien vu que si la justice nous demande quelque chose c'est qu'on provoque un transfert dans la mesure où on est supposé savoir quelque chose dans le domaine en question.

Chaumon a fait remarquer très justement que les actes humains sont imprévisibles pour l'acteur comme pour le spectateur. Les psychanalystes américains, pris avec ces problèmes de crédits, de subventions en fonction des succès, ont fait des

travaux statistiques depuis les années 1950 et 1970 qui montrent effectivement qu'il est impossible de prévoir l'efficacité ou non d'une cure analytique.

Cela rejoint ce qu'on disait autrement, à savoir qu'il est impossible de prévoir la récidive. On nous demande de prévoir la récidive. Le fait total pour nous c'est la récidive, et la récidive est impossible. Le système français a un inconvénient: on demande aux psychiatres de prévenir la récidive, c'est à dire de prévenir le passage à l'acte, tout en traitant la tendance anti-sociale. Je me réfère à Winnicott qui justifie la thèse qui conteste le système français où c'est l'administration dont nous faisons partie (la santé publique) qui est chargée de prévenir la récidive et donc de maintenir dans les établissements les délinquants et les criminels au delà de la période de soin pour prévenir la récidive.

Dans certains pays étrangers, en Allemagne par exemple, c'est le pouvoir judiciaire qui décide de l'hospitalisation des malades mentaux criminels et délinquants dans des établissements, les médecins sont libres.

J'ai visité une prison pour psychopathes au Danemark dans les années 50 où étaient traités presque exclusivement des pervers sexuels, il y avait deux catégories de personnel: le personnel pénitentiaire et le personnel médico-psychologique. Ces gens collaboraient très bien et proposaient des thérapeutiques allant de la castration des pervers sexuels à la psychanalyse comme condition de libération conditionnelle.

La psychanalyse je ne sais pas ce que ça donnait, mais la castration des pervers sexuels donnait des résultats sur le plan de la prévention de la récidive ce qui se comprend si on fréquente les animaux d'élevage. Si on met un étalon à une charrue ça ne donne rien, si on met un cheval à cette charrue ça marche très bien. En ce qui concerne les comportements animaux, la castration a des effets qu'il convient d'étudier.

Qu'est-ce que l'on offre nous psychiatres? Je pense qu'on est moins ambitieux que Esquirol. J'ai défendu la thèse qu'Esquirol a créé le concept de monomanie - c'est à dire de crime pur, indépendamment de toute composante psychiatrique répertoriée de façon nosographique - à partir du code pénal de 1810.

Le code pénal de 1810 a deux aspects: le prévenu en état de démence ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'y pu résister. Là on retrouve une sorte de contrainte dans le code pénal qui nous ramène à la contrainte qu'évoque Chaumon. Si on aborde la contrainte à travers la névrose obsessionnelle, on se rend compte que la névrose obsessionnelle est le négatif de la perversion et que si on avait d'avantage d'obsédés on aurait peut être moins de pervers sexuels. S'il y a moins de névrosés obsessionnels, c'est parce qu'il y a une crise de religion, la contrainte on la trouve véritablement dans la religion, la délinquance et la criminalité sexuelle seraient plutôt un effet secondaire de la laïcité.

Quel type d'acte thérapeutique? Carl Schneider qui était un disciple de Hermann Simon est d'une certaine manière le responsable du massacre des aliénés en Allemagne sous le troisième Reich, et présentait tel type de thérapie occupationnelle pour tel type de troubles mentaux, ce qui a finalement abouti au massacre des aliénés. Même les questionnaires envoyés aux psychiatres allemands posaient des questions sur ce genre de thérapie, adaptée ou non. La psychiatrie peut conduire à un futur génocide des malades mentaux si on n'y prend pas garde.

### *Heinfried Duncker*

Il faudrait quand même revenir à ces institutions de protection sociale où le psychiatre à tout le pouvoir. Si je reprends ce que F. Chaumon disait, la règle de

l'abstention ne tient pas seulement pour le malade, mais aussi pour le médecin. Qui est ce médecin qui en même temps est le soignant, soi disant dans une position de neutralité et d'écoute, et en même temps celui qui décide à quel moment il peut sortir.? Qu'est ce que le malade peut encore raconter de véritable et quel problème supplémentaire d'un discours intersubjectif ou d'un discours stratégique supplémentaire se pose à la séance et au cadre.

Dans cette position C. Balier a beaucoup plus de chance dans la situation des SMPR où il était de pouvoir introduire un cadre d'écoute et une tentative d'établir une relation intersubjective au moins à certains moments.

Par rapport aux castrations, c'est toujours la même question: Quand on ne comprend pas quelque chose on le réduit à une question de chair, et on pense que quand on a éliminé la mauvaise chair, brûlée peut-être, on est dans la pureté de la race et donc dans la pureté de l'esprit. Je pense que ça ne marchera jamais, mais c'est toujours très tentant pour ceux qui ont le pouvoir.

### ***Franck Chaumon***

Je ne sais pas si un monde d'obsessionnels serait préférable à un monde de pervers. Je crois, par contre, que les obsessionnels, comme beaucoup de névrosés, rêvent, se soutiennent des perversions pour vivre. Comme me disait un monsieur récemment: "je vis d'inhibitions". C'était très juste. Dans un monde où on peut vivre d'inhibitions la réalisation, le passage à l'acte, peut servir à faire parler.

J.-P. Legendre disait que les juges nous demandent qu'ils soient "guéris" au sens qu'ils ne récidivent pas, alors que nous voulons que nos patients soient des sujets de leurs actes. Dès le départ la difficulté est dans le titre du séminaire. Est-ce que les personnes que nous rencontrons sont définissables, au nom de leur souffrance, par ce en quoi elles ont été nommées socialement? Plus simplement, peut-on se contenter de dire que nous essayons d'aborder le soin des délinquants sexuels? Quelque chose ne va pas dans la formulation même. Les délinquants sexuels sont des gens qui ont été indexés en tant que tels par la société selon des procédures diverses. Pouvons nous dire que nous abordons en tant que thérapeutes ou analystes le problème des délinquants sexuels?

Il nous faut aménager les conditions d'un soin à partir d'une définition sociale effectuée d'un autre point de vue. Ni le récuser, ni l'adopter. Tout dépend si le sujet se vit ou non comme identifié à ces noms sous lesquels on l'a rangé. Une perspective analytique ne peut partir que de la parole du sujet, située dans le discours de l'Autre. La « reconnaissance des faits » par exemple ne saurait être, pour nous, juridique, mais reconnaissance dans la parole que le sujet est impliqué soit de son point de vue, soit du point de vue de l'autre. Mais je crains qu'il y ait souvent confusion des places et que, au nom de la psychose, on retrouve une conception préanalytique de « la réalité », de « la loi », etc.

### ***Claude Balier***

Je voudrais revenir sur le problème des récidives et renvoyer la réflexion au niveau de l'articulation que j'évoquais tout à l'heure. Si nous avons notre langage à nous, il n'y a pas d'impossibilité de dialoguer.

Quel est notre langage à nous. Ce n'est certes pas le problème de la récidive, mais celui de la compulsion, de la répétition. Quel est notre rôle si ce n'est de dégager le



sujet d'une aliénation que caractérise précisément la compulsion. Si nous avons bien notre langage à nous nous cesserons à ce moment là de nous laisser piéger par celui de la justice.

### ***Christian Revon***

Il est sûr on ne peut pas réduire quelqu'un à la qualification pénale qui lui est donnée d'être un délinquant sexuel ou autre chose. Le thérapeute doit prendre en compte la personnalité psychique globale de son patient, qui est aussi un délinquant sexuel.

Il se trouve que dans le parcours psychique de cette personne la délinquance est sortie comme ça. J'ai affaire à quelqu'un qui est profondément, me semble-t-il, pervers au sens fort du terme, c'est à dire tel que je ne l'emploie jamais en justice parce qu'il n'est pas compris en ce sens là, et qui est profondément illégal, depuis toujours. Il est tombé là où il ne s'y attendait pas. Il est tombé pour un geste malhonnête vis à vis d'une petite fille amie de sa fille qui venait passer la nuit là. Il n'est pas tombé suite à des coups financiers, des ventes ou des reventes, ce qu'il faisait très couramment, mais il est tombé pour un abus sexuel. Pourquoi l'évacuer ? c'est en même temps très important. On a trouvé peu à peu, en discutant avec lui que ça remonte à très loin. Ça remontait aux relations à une soeur quand ils étaient tout petits. Ce que je dis n'a aucune valeur analytique rigoureuse, mais il n'empêche que cet homme, à un moment de sa vie, est bien tombé là et pas ailleurs.

Pourquoi dire comme F. Chaumon "non il n'y a pas de personnalité pure" ? Ce qui est intéressant, c'est que tu sembles suivre une méthode selon laquelle tu déconstruis, de façon très systématique, chaque donnée d'un problème posé, l'une par l'autre, sans essayer de les tenir ensemble de les organiser d'en trouver le lien, la synthèse. Rien n'est simple, rien n'est saisissable.

### ***Denis Duclos***

Je ne suis pas d'accord avec le terme de déconstruction.

La question est plutôt de savoir quel est le point d'accord minimal, s'il y en a un possible, un langage sur lesquels des gens très différents du point de vue de leur spécialité professionnelle, puissent discuter.

Il y a quelque chose à laquelle certains croient, qui serait la politique, le lieu d'où on serait tous citoyens. Si nous ne sommes pas tous délinquants, nous sommes tous citoyens. On peut peut-être dire qu'on est tous délinquants, c'est alors officialiser comme régime politique le langage de la justice. C'est à mettre en cause dès le départ.

Je ne suis pas du tout convaincu que la meilleure utopie soit celle où les juges sont au pouvoir. Aux Etats-Unis par exemple ils ont beaucoup plus de pouvoir qu'ici parce que la mécanique démocratique est justement une mécanique empirique.

Ici, par contre, elle prétend encore se réclamer d'un idéal et de principes démocratiques. Si on essaie de se mettre à ce niveau, alors nécessairement les questions que les juges posent doivent être posées. Par exemple est-ce qu'on est d'accord non seulement sur le mot délinquance, mais sur le mot sexuel. Il n'est pas du tout évident, comme un certain nombre de spécialistes ont essayé de le dire, que ça soit pertinent de réunir un certain nombre d'actes à partir de la notion de sexe, surtout quand de grands intellectuels respectés nous ont dit que le rapport sexuel n'existait pas.

Lacan m'impressionne, quand il dit des choses pareilles, j'essaie de comprendre ce qu'il veut dire. Le sexe est quelque chose sur lequel certains citoyens s'entendent, ils vont définir cet objet. Pourquoi est-ce qu'on s'entend pour définir que des actes concernent quelque chose qui serait justement de l'ordre d'un organe. L'organe est plus que l'acte, c'est une partie du corps qui définirait l'essence des actes.

Je m'interroge sur les motivations de citoyens qui, collectivement peut-être "se guérissent" de leur non citoyenneté privée dans une forme de citoyenneté publique qui va chercher l'inculpation. Je crois qu'on n'est pas nécessairement d'accord. Comment peut-on discuter tout en sachant que peut-être les motivations individuelles qui nous poussent à promouvoir tel langage plutôt que tel autre comme base commune de discussion sont si éloignées et que ce n'est pas facile d'accepter cette base commune?

### ***Heinfried Duncker***

Depuis maintenant 13 ans je dirige différents centres de "défense sociale" et on m'a toujours demandé, vous en tant que psychanalyste, vous savez ce que c'est la perversion sexuelle, vous pourriez bien ouvrir un centre de thérapie pour les délinquants sexuels. Je m'y suis toujours refusé.

Actuellement on en discute en Allemagne parce qu'il y a eu une rechute grave d'un malade et parce que c'est l'époque. Et je me demande si c'est vraiment nous qui nous posons cette question ou si c'est la société qui nous la pose. Je ne suis pas sûr que nous soyons persuadés qu'il faut des soins différents si quelqu'un a commis un délit sexuel ou s'il a commis un délit d'autre nature, s'il souffre de tel ou de tel trouble grave de sa personnalité. Pourquoi nous posons nous la question, peut être parce que dans la société actuelle le sexuel revêt une image tout à fait particulière.

Après qu'un malade de notre institution ait violemment rechuté, j'ai examiné le nombre de rechutes dans les 10 années écoulées. Il n'y en a pas eu tellement plus qu'avant, mais le battage qui les entoure fait comme si c'est devenu beaucoup plus fréquent. Je me demande si on ne se trouve pas face à un phénomène situé entre la forclusion de l'ordre de la psychose qui se trouve aussi au niveau social, et l'inhibition dans le sens de la défense obsessionnelle. Ce n'est pas un petit glissement que nous suggère la société.

Pendant un certain temps, au nom de la libération sexuelle on a dit: *"la perversion n'est pas si grave. Nous sommes tous un peu pervers et si nous cherchons chez nous ce qui nous fait plaisir, on pourrait se dire que chacun est un peu pervers"*. Nous qui travaillons dans ce domaine savons très bien quelle structure différente dirige un certain nombre de personnalités de structure perverse qui n'a rien à voir avec cette expression "nous sommes tous un peu pervers".

Nous posons des questions auxquelles on ne peut pas répondre, ou auxquelles on ne trouve pas de réponse, du moins pas de réponse satisfaisante pour la société. On dit *"si vous vous ne savez pas comment les traiter, il ne reste qu'à les laisser enfermés"*. Soit nous répondons à cette question et à cette recherche, et on retombe dans le piège. Soit nous ne pouvons pas répondre au nom de l'omniprésence de ces pulsions qu'on ne peut inhiber. Ces gens deviennent dans un certain sens les représentants de la perte de l'inhibition d'autant plus menaçants que craints.

### ***Claude Louzoun***

Il n'est pas question de se rabattre ou sur l'entité clinique, ni sur l'entité juridique, ni sur l'entité sociologique, il s'agit bien de trouver des espaces communs, voire des synergies. En tout cas pourquoi pas un langage commun.

Simplement je ne crois pas que les interventions se situent au niveau de l'indignation personnelle, je crois qu'elle se situe à partir de la place de chacun. Il faut interroger le mot délinquant, il faut interroger le mot sexuel, il faut interroger "peut-on soigner", etc.

### ***Bruno Gravier***

C. Louzoun évoque l'indignation alors que F. Chaumon a parlé de la démesure. La démesure est présente dès qu'on touche à ces questions. C'est ce qui nous amène à tenir des discours à plusieurs niveaux qui ont bien du mal à se croiser, et qui nous parlent de l'endroit où on se trouve qui nous implique et nous mobilise assez profondément,

Le premier niveau est celui du **risque du totalitarisme**. La lecture d' Hanna Arendt est très présente. Nous savons ce à quoi nous ne voulons pas être confrontés. Je pense à des centres comme celui qu'évoquait P. Rappard. H. Duncker rappelait aussi que dans l'histoire ces types de centres ont pu être générateurs de bien des stigmatisations. La question du génocide n'est jamais loin.

L'autre risque qui peut être réactivé avec beaucoup de violence est celui de **la force de l'image**, image crue et violente que je n'appellerais pas une métaphore, et qui surgit dès que l'on aborde la question. Les images deviennent des projectiles emprunts de violence. C'est aussi ce qui nous mobilise dans la question de l'aide aux victimes. La violence faite aux victimes est présente en nous quand on est en face de ces patients ou quand on est sollicités dans ces situations. La lecture simultanée de ces deux niveaux soulève des objections quasi incompatibles. Pourquoi ?

Parce qu'il y a deux occurrences: le prévisible et l'imprévisible. F. Chaumon a bien expliqué l'imprévisible tant du point de vue du spectateur que de l'acteur. L'imprévisible est inhérent à notre démarche clinique. Le prévisible est inscrit dans la récurrence aussi, qu'elle soit statistique ou non. On sait que le traitement ne donne aucune garantie

La récurrence est là comme une hantise, même si elle n'est pas inscrite dans le parcours de notre patient. De là deux discours qui semblent s'opposer. La réaction de C Balier en réponse à l'intervention de F. Chaumon l'illustre bien où on voyait bien qu'il est question de deux niveaux complètement différents.

Il y a le *discours du commentaire*: on passe notre temps à entendre des histoires singulières, individuelles et inconnues et à entendre des histoires d'agresseur et de victime, parfois à travers la même personne. On passe notre énergie à donner du sens. Les juges nous disent: "*votre commentaire c'est du bavardage*". Ça les insupporte et ça nous insupporte en retour qu'ils n'entendent pas que notre bavardage est la réalité clinique. Nous sommes dans la confusion. Celle que dénonçait C. Revon. Nous risquons d'y être encore pour un long moment.

Il y a aussi le discours que nous tenons, nous qui travaillons dans les prisons et que C. Balier a illustré. On sait qu'il y a de l'imprévisible dans lequel on s'inscrit d'entrée dès qu'on soigne. On sait aussi qu'il y a de la souffrance, des choses qu'on a envie de dire ou d'entendre. C'est vrai aussi quand on parle de notre pratique que l'on a très vite

l'écho de ce qu'on ne voulait plus entendre, à savoir le rééducatif, le retour au normatif, la recréation de nouvelles structures, le retour du positivisme.

Notre pratique ne s'inscrit pas dans cette dimension positiviste ou normative. Il y a d'autres choses qui se jouent, dans un autre registre, dans une autre commande et qui vont nous amener à tenter de nommer le fait de *soigner les délinquants sexuels*. Il est question d'autre chose que de soigner les pervers, il est question de soigner quelqu'un dans une situation où plein de signifiants se télescopent . C'est ce qu'on sent maladroitement, qu'on exprime difficilement et que cliniquement on essaye de traduire par le passage de la répétition de l'acte à la compulsion.

Il y a une étroite résonance entre des notions d'ordre différent. Quelque chose qui doit être questionné du côté de la loi : de la loi interne à la loi externe. Ce qui se passe n'est pas dans le champ du rééducatif et nous permet de penser que ce qui va être convoqué dans la rencontre avec le patient se situera dans le registre de la destinée individuelle qui peut se raconter et se parler. Il faut peut être en passer par un certain "forçage" pour dépasser cet antagonisme. L'histoire nous dira si nous nous trompons.

Mais actuellement il est urgent qu'on puisse en parler. C'est ce qu'écrivait R. Major dans l'éditorial de Nervure. Il y a urgence à trouver cette articulation qui aille au delà d'une articulation de situation entre les juges d'un côté, le pénitentiaire au milieu, et les psychiatres de l'autre côté.

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : SOIGNER ENTRE INJONCTION LEGALE ET REPRESENTATIONS SOCIALES?**

### **LIRE ET RELIRE LES LOIS FRANÇAISES ACTUELLES**

*Philippe Rappard*

L'article 122.1 du code pénal du 22 juillet 1992 est entré en application en mars 1994. Cet article 122.1 présente par rapport à l'article 64 du code pénal certaines modifications intéressantes, en particulier la fameuse formule : *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister*. Cette formule *il n'y a ni crime ni délit* a été supprimée et remplacée dans un deuxième temps par : *n'est pas pénalement responsable* parce que dans un premier temps la formule proposée par la commission de réforme était : *n'est pas punissable*, qui était une formule que l'on retrouvait dans de vieux codes pénaux, en particulier le code pénal allemand du temps de Bismarck. Un amendement a fait que la formule *n'est pas punissable* a été remplacée par *n'est pas pénalement responsable*.

Par ailleurs, le deuxième paragraphe de cet article 122.1 a conservé la formule *demeure punissable*. Je rappelle le texte du 122.1 : *n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable, toutefois la juridiction tiendra compte de cette circonstance pour établir la peine et en fixer le régime*. Certains auteurs ont tendance à affubler le deuxième paragraphe de ce 122.1 du nombre 2 et ils parlent du 122.2 alors que le 122.2 en fait est le nouvel article du code qui concerne l'état de contrainte.

#### ***Etat de démence et état de contrainte***

L'originalité du nouveau texte est que l'état de contrainte n'est plus mélangé avec l'état de démence. Il dit : *"n'est pas pénalement responsable la personne qui a agi sous l'empire d'une force ou d'une contrainte à laquelle elle n'a pu résister"*. La formule *"sous l'empire"* existait également dans le code civil à travers la loi du 3 janvier 1968 qui introduisait le principe de la responsabilité civile du malade mental. Jusqu'à présent, en France, le malade mental était considéré comme irresponsable civilement du fait que le civil dépendait du pénal. C'est l'article 489.2 du code civil : *celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation*. Je cite cet article parce que le nouveau code pénal devait en tenir compte: à partir du moment où la responsabilité civile du malade mental était retenue il était difficile d'annuler l'acte. L'acte était là et ne pouvait plus être annulé, car il y aurait eu une contradiction entre le pénal et le civil. La formule *"n'est pas pénalement responsable"* permet au texte de ne pas annuler le crime. J'avais écrit il y a quelque

temps un article intitulé "Le crime n'est plus annulé", qui est paru dans Psychiatrie française.

L'article 489.2 du code civil est intéressant, car il est inapplicable! Il n'a encore jamais été appliqué et très heureusement parce qu'il renvoie en quelque sorte à une réparation absolue, ce qu'ont fait remarquer certains philosophes du droit et certains juristes lyonnais. Dans l'article tel qu'il était proposé dans sa première version figurait le principe de l'équité, c'est à dire que la réparation était en quelque sorte amoindrie en fonction de circonstances extérieures.

Les juges n'appliquent pas cet article 489.2 qui impliquerait donc une réparation absolue du dommage causé à autrui, mais ils renvoient à un article ancien du code civil qui est l'article 1382 que je vous rappelle : *"tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer"*. L'intérêt c'est qu'au civil on est obligé de renvoyer à la faute si on veut éviter effectivement que le malade soit obligé de réparer d'une façon incommensurable le dommage qu'il a causé. Si on fait l'analyse logique et syntaxique de ces articles du code, on s'aperçoit que c'est l'article 489.2 qui est le plus curieux : *"Celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental n'en est pas moins obligé à réparation"*. Il y a des doubles négations que Lacan utilisait et étudiait.

On peut étudier nos codes comme on étudie le discours de l'hystérique. En ce qui me concerne, je considère que le discours juridique et le discours de l'hystérique se ressemblent. D'où l'intérêt pour un psychiatre d'accorder crédit au discours juridique. Si on se réfère effectivement aux quatre types de discours qu'a décrit Lacan, on s'aperçoit que le discours de l'hystérique, comme le discours juridique a pour agent le sujet. Pour nous il est important d'accorder crédit autant au discours juridique qu'au discours de l'hystérique.

### ***Il n'y a droit qu'au moment où un sujet s'adresse à autrui***

La formule "il n'y a ni crime ni délit" qui était utilisée pour plusieurs types de crimes et délits dans l'ancien code pénal est remplacée donc par "n'est pas pénalement responsable". Toutes les situations sont actuellement rassemblées dans un même chapitre du nouveau code pénal de 1992 (article 122.1 à 122.8) intitulé *"des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité"*. Il se termine par l'article 122.8 qui dépenalise les mineurs et détermine les conditions dans lesquelles des peines peuvent être prononcées à l'encontre des mineurs âgés de plus de 13 ans. Ce chapitre des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité envisage tout ce qui peut être dépenalisé tout en évoquant dans le 122.1 cette possibilité de pénalisation même en présence d'un trouble mental. La formule "il n'y a ni crime ni délit" est intéressante à situer par exemple par rapport au discours de Chaumon.

Il y a l'acte d'exister, comment peut-on exister sans ses actes? La formule "il n'y a ni crime ni délit" nous ramène à ce que les philosophes appellent l'être. Il y a l'être et l'existence. Là le droit en quelque sorte entérine l'être, même s'il rejette les actes, il ne rejette pas pour autant la personne, c'est ce que font remarquer les juristes. Ce n'est pas un malade mental qui est rejeté du code pénal, ce sont ses actes. Le droit pénal ancien ne peut pas intégrer effectivement les actes accomplis par le malade mental parce qu'en fait les actes que le droit intègre ce sont des actes qui s'adressent à l'autre. Or les actes accomplis par le malade mental ne s'adressent pas à un autre: en ce sens le discours juridique nous donne de l'autisme une préfiguration intéressante. On comprend mieux la position du droit par rapport au suicide en se référant à cette notion qu'il n'y a droit

qu'au moment où un sujet s'adresse à autrui. Si le suicide échappe au droit ce n'est pas parce que dans tous les cas il est lié à une maladie mentale. Les juristes faisaient remarquer qu'en fait il n'en n'était pas forcément ainsi et que si le suicide ne figure pas dans le droit, c'est parce que l'auteur et la victime sont la même personne et que par conséquent il n'y a pas de sujet de droit. Le suicide échappe au droit un peu pour la même raison que la maladie mentale, mais ce n'est pas pour autant qu'il soit à considérer comme pathologique.

### ***Le discernement***

"*Il n'y a ni crime ni délit*" est une formule qui est supprimée, le droit prudemment nous renvoie à la formule "n'est pas pénalement responsable, la personne qui était atteinte au moment des faits etc."

Un trouble neuropsychique ça existe, le trouble neuropsychique ça n'existe pas, paraphrasons Lacan pour introduire des nuances en fonction des articles définis ou indéfinis. *Un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes !*

Si l'on se réfère aux droits pénaux de certains pays étrangers, en particulier au droit pénal des Etats-Unis qu'on connaît un petit peu parce que les anti psychiatres et psychanalystes américains comme Thomas H. Szasz ont bien étudié nos textes légaux pour remettre en question dans le droit des Etats-Unis la question de l'irresponsabilité pénale. Aux Etats-Unis le discernement, c'est le discernement du bien et du mal. Quand on lit les vieux auteurs (en particulier Maudsley qui a écrit dans la deuxième partie du XIXème siècle et a été traduit en français dans les années 1860) on trouve un compte rendu des procès parce qu'aux Etats-Unis les malades mentaux doivent prouver qu'ils sont fous. Ce n'est pas un expert qui va dire que cette personne était atteinte au moment des faits d'un état de démence, mais en fonction de ce que disaient les témoins et les experts, en fonction de l'acte d'accusation, le jury devait décider si la personne présentait des troubles mentaux ou non.

Les magistrats du procès ne s'en occupaient pas parce que les magistrats représentent le droit et le droit ne s'occupe pas du fait. Comme disent les juristes, on ne discute pas avec un fait. C'est donc les jurés qui devaient réinventer et redécouvrir la psychiatrie à propos de chaque procès de malade mental. C'était un pensum pour les magistrats et Maudsley faisait remarquer que certains magistrats anglo-saxons louaient le pragmatisme français qui, à travers l'article 64 du code pénal de 1810, confiait tout simplement à un expert le soin de dire si le sujet était en état de démence au temps de l'action et évitait ainsi ces débats interminables des jurés. Le discernement donc c'est le discernement du bien et du mal et les auteurs américains disaient que, après tout, la maladie mentale ne sanctifiait pas forcément l'être humain. Ce n'est pas parce qu'on est malade mental qu'on est en dehors du bien et du mal.

Si on y réfléchit il y a un renvoi à Mélanie Klein: quand le paranoïaque qui tue son persécuteur sait qu'il fait bien ou qu'il fait mal, est-ce qu'il se situe par delà le bien et le mal? On verra comment les experts utilisent la notion de discernement. Le premier paragraphe du 122.1 réintroduit en quelque sorte un équivalent de l'ancien article 64 du code pénal. L'intérêt de cet article est le deuxième paragraphe : "*la personne atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement ou entravé le contrôle des actes demeure punissable*". C'est l'introduction dans la loi de la circulaire Chaumié et du principe de la responsabilité atténuée que

critiquaient beaucoup les experts parce qu'il aboutissait à des peines atténuées et ceci pour des sujets dangereux.

### ***Les malades dangereux***

Quand j'étais médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines s'y trouvaient deux cents criminels qui venaient de tous les hôpitaux psychiatriques de France et cent soixante-quinze malades mentaux chroniques de l'hôpital psychiatrique de Lorquin en Moselle. La moyenne à l'époque était de quatre cents malades, donc j'étais favorisé d'une certaine façon, n'ayant que trois cent soixante-quinze malades. En plus j'étais psychiatre de la maison d'arrêt de Sarreguemines, psychiatre de la prison école de Oermingen, expert près de la cour d'appel de Colmar et expert près de la cour d'appel de Metz. J'ai pu ainsi comparer les façons de travailler dans les maisons d'arrêt, dans les prisons, en particulier les prisons écoles ou auprès des expertises et puis dans un hôpital psychiatrique de sûreté puisque l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines résultait de l'application de la circulaire du 5 juin 1950 qui préparait la sectorisation. Cette circulaire prévoyait que les malades mentaux difficiles (comme on les appelait à l'époque parce qu'on ne voulait pas employer le terme dangereux) étaient classés en trois catégories :

catégorie 1: l'agité ordinaire qui pouvait être traité sur place dans des chambres protégées;

catégorie 2: le déséquilibré qui perturbait l'ambiance des établissements ordinaires sans pour autant présenter un danger ;

catégorie 3: les déséquilibrés psychopathes généralement médico-légaux susceptibles de préméditer des réactions criminelles ou des évasions.

J'avais été amené, compte tenu de cette définition, à sélectionner les malades qui étaient proposés pour cet hôpital psychiatrique de sûreté. J'ai lu à l'époque des milliers d'expertises (c'est d'ailleurs ce qui m'a dégoûté des expertises). J'ai constaté que les experts disaient un peu n'importe quoi (en particulier pour les déséquilibrés psychopathes puisque à l'époque il y avait la peine de mort d'une part, et d'autre part les peines courtes). Tirillés par rapport à ces sujets qui commettaient souvent des actes graves, entre la peine de mort ou des peines courtes, ils recouraient à l'article 64 du code pénal.

C'était avant la réforme du code de procédure pénale de 1958, il y avait dans nos établissements psychiatriques ordinaires une quantité assez importante de grands déséquilibrés antisociaux généralement médico-légaux. J'ai à l'époque publié un petit article "*composition de la population de l'hôpital psychiatrique de sûreté de Sarreguemines, service de sûreté et défense sociale*". Sur un total de 209 malades j'avais recensé 131 déséquilibrés psychopathes et 78 malades mentaux ordinaires, (bouffées délirantes, polymorphes et épilepsies, délires chroniques ou schizophrénies).

Il y avait donc à cette époque un pourcentage considérable de déséquilibrés psychopathes généralement médico-légaux. J'avais compté le nombre de délinquants sexuels et le nombre de criminels sexuels. Sur 163 malades médico-légaux (puisque dans la statistique je laissais de côté les malades non médico-légaux), il y avait 10 délits sexuels et 14 crimes sexuels. Disons pour simplifier que pour une population de 200 malades, ça faisait donc 10 %. Si on lit maintenant les travaux des psychiatres criminologues contemporains on s'aperçoit que la proportion dans une population



d'établissements pénitentiaires de criminels et délinquants sexuels est également de 10%.

10 ans après, j'avais quitté l'établissement, j'ai étudié les statistiques établies par les personnes qui étaient venues après et à ce moment là les chiffres s'étaient inversés. Grosso modo on peut dire que 10 ans après au lieu d'avoir 60 % de déséquilibrés psychopathes et environ 40 % de malades mentaux ordinaires, c'était l'inverse et même beaucoup plus. On s'aperçoit que peu de malades mentaux médico-légaux sont actuellement hospitalisés, soit 30 % environ et que le reste ce sont des psychotiques qui ne sont pas médico-légaux mais posent des problèmes de dangerosité dans les hôpitaux psychiatriques ordinaires, et qui représentent de 70 à 80 % des cas.

Qu'est-ce qui a contribué à cette modification de la population des hôpitaux psychiatriques de sûreté qui étaient venus en quelque sorte préparer l'ouverture des établissements et le fonctionnement de la psychiatrie de secteur? C'est le code de procédure pénale de 1958 qui a modifié les questions posées aux experts. En particulier la question de l'accessibilité à une sanction pénale, alors qu'avant c'était trois questions, dont: "le sujet était-il en état de démence au moment des faits?". Les nouvelles questions posées étaient :

le sujet présente-t-il des troubles mentaux, le cas échéant les décrire  
l'infraction qui lui est reprochée est-elle en rapport avec ces troubles  
présente-t-il un état dangereux;  
est-il accessible à une sanction pénale;

le sujet est-il curable ou réadaptable et éventuellement doit-il être placé dans un établissement psychiatrique".

Ces questions ont modifié les conclusions des expertises et ont contribué à ce que les grands déséquilibrés antisociaux, médico-légaux, au lieu d'être placés dans les hôpitaux psychiatriques sont allés dans les établissements pénitentiaires. Les établissements pénitentiaires ont du tenir compte de cette pathologie et développer les Services médico-psychologiques pénitentiaires. Je ne sais pas si c'est l'avis des collègues qui travaillent dans les établissements pénitentiaires, mais c'est ma déduction, à partir de cette réforme de procédure pénale de 1958, qui introduit par ailleurs l'individualisation de la peine en fonction de la personnalité du criminel et du délinquant. Ce code de procédure pénale de 1958 est modifié par un nouveau code de procédure pénale de 1992.

Je me rappelle qu'à l'époque le code de procédure pénale avait été modifié indépendamment de modifications du code pénal. Daumézon avait du mal à supporter cette chose. Il disait : *"je ne comprends vraiment pas qu'on puisse modifier un code de procédure pénale sans modifier le code pénal !"*. Il s'avère pourtant que la modification d'un code de procédure pénale sans modification du code pénal a eu, à mon avis, des effets bénéfiques, effets que la réforme du code pénal à l'époque (réforme que les psychiatres attendaient depuis très longtemps) n'aurait sans doute pas entraîné.

Lors d'une conférence de Picard à "l'Evolution psychiatrique" sur ce nouveau code de procédure pénale, Daumézon avait refusé de discuter, disant: *"je ne discute pas d'un code de procédure; je pourrais discuter éventuellement d'un nouveau code pénal"*. Daumézon ne se croyait pas pour autant autorisé à critiquer les textes de loi en vigueur., (non pas à critiquer le principe de l'irresponsabilité pénale du malade mental, principe qui est admis dans tous les pays d'Europe et qui en France ne fait problème que parce qu'il se traduit par le non-lieu judiciaire et l'internement administratif, c'est à dire que la

décision d'incarcération ou d'hospitalisation échappe au pouvoir judiciaire et rend le médecin donc totalement dépendant en définitive d'un maintien).

### ***Droit pénal et droit civil***

Le deuxième paragraphe du 122.1 ne conclut pas à une réduction de peine, mais à l'obligation pour la juridiction de jugement de fixer la peine en fonction de la personnalité du délinquant. *"Toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance pour déterminer la peine et en fixer le régime"*. C'est dans cette considération que s'inscrit ce qui a été la loi Méhaignerie. J'avais été amené par rapport à cette loi à prendre parti dans ce petit article . "Le crime n'est plus annulé" que j'avais rédigé pour "Psychiatrie française" où je compare le droit civil et le droit pénal, et où j'étudie la situation actuelle en fonction de l'article 489 du code civil, la loi du 27 juin 1990 bien sûr et l'article 122.1 du code pénal de 1992:

J'évoquais aussi l'article 121.1 et 121.2 surtout parce que l'intérêt du nouveau code pénal c'est qu'il introduit une modification dans le statut juridique des malades mentaux mais également dans le statut juridique des personnes morales. Vous savez que du temps de l'ancien code pénal de 1810 les personnes morales, comme les malades mentaux, étaient irresponsables pénalement, ce qui m'avait amené d'ailleurs à faire une étude comparative à partir du droit, du fonctionnement de la folie et de l'état. *"La raison psychiatrique et la raison juridique"* par Philippe Rappard et Monique Buchez-Thizon,

L'article 121.2 dit : *"les personnes morales à l'exclusion de l'Etat sont responsables pénalement selon les distinctions des articles 121.4 à 121.7 et dans les cas prévus par la loi où le règlement des infractions commises pour leur compte par leurs organes ou représentants. Toutefois les collectivités territoriales et leurs groupements ne sont responsables pénalement que des infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de convention de délégation de service public. La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits"*. Le code pénal de 1810 considérait de la même manière les personnes morales et les malades mentaux.

Comme les personnes morales maintenant sont responsables pénalement à l'exception de l'Etat, la thèse que j'ai soutenue dans *"la folie et l'état"* est toujours valable, à savoir que le statut de la folie et le statut de l'Etat sont, en France, les mêmes. Pourquoi l'état est-il irresponsable ? C'est que l'état paradoxalement appelé état de droit n'est pas une personne juridique. L'état est ajuridique, et si on veut le comparer en langage psychanalytique à quelque chose c'est au narcissisme. Je renvoie à *"Psychologie collective et analyse du moi"* ou aux travaux de Freud sur le mythe scientifique du père primitif. Le chef pour Freud c'est celui auquel on s'identifie et dont le narcissisme est absolu. Le chef d'état - on l'a bien vu en particulier avec Mitterand qui jouait le jeu d'une façon très sympathique - est celui dont le narcissisme est absolu.

L'état est ajuridique et pendant longtemps le psychiatre et la folie étaient articulés à l'état. La défonctionnarisation a-t-elle été une bonne ou une mauvaise chose ? J'ai une certaine sympathie pour le statut de fonctionnaire parce que j'ai une certaine sympathie pour le narcissisme !

### ***L'Etat et la société civile***

Nous avons maintenant affaire avec la psychiatrie de secteur à la société civile. Cette distinction état et société civile introduite par Hegel a été mal interprétée. Quand on lit la correspondance de Marx avec Engels, on lit une phrase assez amusante. Marx

faisait allusion à Hegel et à propos des rapports entre la société civile et l'état il disait : "*le vieux a flairé là quelque chose*".

Il ne s'agit pas d'opposer l'état et la société civile; l'état et la société civile sont intriqués, c'est ce qu'évoquait Durkheim. Il faisait remarquer qu'il n'y avait pas relation inverse entre l'état et la société civile. Actuellement dans le cadre de la désinstitutionnalisation et d'une conception fautive du dépérissement de l'état, on croit qu'en démolissant l'état, en demandant à l'état de ne plus être providence et de s'occuper de moins en moins de choses, on va pouvoir développer les relations contractuelles à l'intérieur de la société civile. Durkheim fait remarquer que c'est faux. Si on veut qu'il y ait beaucoup de contrats, il faut qu'il y ait beaucoup d'institutions. Si on veut que la société civile fonctionne bien, il faut que l'état joue son rôle. H. Arendt a étudié les phénomènes de totalisation, ainsi que Jean-Paul Sartre dans " la critique de la raison dialectique " qui envisage (à mon sens d'une façon pour nous plus intéressante que Hanna Arendt) la question des phénomènes de totalisation dans les groupes et le phénomène du totalitarisme.

Les personnes morales maintenant sont responsables pénalement ce qui ne dégage pas de leur responsabilité les présidents, trésoriers ou secrétaires généraux des associations. Cette responsabilité pénale des personnes morale va-t-elle simplifier ou compliquer notre action ? je n'en sais rien. Jusqu'à présent, le fait d'être malade mental n'empêchait pas les malades mentaux d'être membres actifs des associations de malades et des clubs psychothérapeutiques. J'en avais discuté à l'époque avec Charles Osanam, le grand spécialiste de la loi de 1901, qui disait que les malades mentaux peuvent être membres des associations de 1901 puisque la validité du consentement est intuitu-personae et on peut considérer donc que le malade mental s'engage dans une période lucide qu'on ne peut pas vérifier, mais sur le plan juridique ça tient. Par contre, il vaut mieux que les malades mentaux ne soient pas membres du conseil d'administration. A Etampes un malade qui était sous tutelle a été à un moment donné membre du conseil d'administration de l'association. La validité de l'association n'a pas été mise en cause, mais il est évident que maintenant la responsabilisation, la pénalisation des associations loi de 1901 est à prendre en considération.

### ***La perpétuité réelle***

Dans la répression des crimes et délits contre les personnes, (loi N° 492 684 du 22 juillet 1992), les agressions sexuelles et en particulier le viol sont punies de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie (Art. 222.26). C'était le code pénal de 1992, avant la loi Méhaignerie. La question de la perpétuité réelle, de la peine incompressible de 30 ans, du suivi psychiatrique systématique de tous les criminels et délinquants sexuels sans limitation de temps et la subordination de toute mesure d'assouplissement de la peine à une expertise préalable du condamné conforte la thèse de Lacan selon laquelle il n'y a pas d'acte sexuel : le rapport sexuel n'est pas un acte et pose la question de la dépenalisation ou du tout répressif. Je considère que ce que disait Lacan " il n'y a pas d'acte sexuel ", peut aller pour l'article 64 du code pénal. L'acte sexuel n'est pas un acte, pourquoi ? Parce que c'est très narcissique et qu'il n'y a aucune oblativité dans l'acte sexuel.

Lacan (évoquant Edouard Pichon qui avait introduit la notion d'oblativité en psychanalyse à propos du stade génital ) faisait remarquer que la génitalité n'avait rien à voir avec l'oblativité et qu'effectivement le rapport sexuel restait narcissique, et qu'on était confronté dans ce domaine - aussi bien que dans celui de l'état et des institutions - à la pulsion agressive narcissique et que tout le problème était dans la possibilité des sublimations normatives. Pour Lacan on ne pouvait sublimer que dans le normatif et à mon sens c'est l'intérêt de Lacan et c'est une des raisons pour lesquelles il n'est pas rejeté par les juristes. Les juristes acceptent bien deux psychiatres, Lacan et Gilbert Ballet, qui était très au courant de la défense sociale.

### ***La proposition de loi Toubon***

Il est évident que mon collègue et ami Ayme (avec lequel je n'ai jamais été d'accord ) ne serait pas content, parce que maintenant on va nous imposer dans les structures sectorielles ou pénitentiaires, le traitement des personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour toute infraction visée aux articles 222.23, 222.32, 227.25, 222.27 du code pénal et exécutant leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique.

Dans les textes qui sont issus de cette proposition de loi il y a la notion de médical et de psychologique. Si vous regardez les textes d'avant vous verrez qu'il y avait uniquement les expertises psychiatriques. Comme le faisait remarquer Daumézon, l'expertise psychiatrique "c'est complètement idiot". Il suffit de dire si la personne était en état de démence ou si elle présentait un trouble psychique ou neuropsychique. Par contre l'expertise psychologique préconisée par ce fameux code de procédure pénale de 1958, est beaucoup plus intéressante. On voit intervenir les psychologues dans notre profession et à mon sens c'est très opportun. Jusqu'à présent il y avait pas mal de psychiatres qui étaient des psychologues autodidactes, on va dorénavant avoir affaire à des psychologues et on espère qu'ils ne deviendront pas des psychiatres autodidactes.

Tous les établissements et toutes les formes de prise en charge dans les établissements pénitentiaires sont évoqués: les établissements pénitentiaires siège d'un service médico-psychologique régional, les établissements pour peines. On introduit aussi bien dans les établissements pénitentiaires que dans la postcure l'intervention des praticiens, mais dans la mesure où il n'y a pas de dépenalisation et dans la mesure où le thérapeute psychiatre n'est pas impliquée dans la décision de la sortie, il ne faudrait pas qu'on lui demande d'intervenir comme expert tant qu'il est thérapeute. Je pense que c'est un acquis qui ne peut pas être considéré comme totalement négatif.

Il y a cependant l'article 50.35: *"avant leur libération les personnes mentionnées à l'article R 50.33, font l'objet d'un examen psychiatrique en vue de préparer le cas échéant une prise en charge post-pénale adaptée. Ce n'est pas seulement donner un avis, mais ça fait partie des articles de loi qui font du traitement un traitement pénal."*

Dans le 50.35 il y a effectivement un examen psychiatrique. C'est le pendant du L348 de la loi du 27 juin 1990 où on ne demande pas l'avis de deux psychiatres, mais où on demande que la décision soit prise. On accorde effectivement aux psychiatres un pouvoir, mais est-ce qu'on peut vraiment interpréter de la même manière l'article 50.35?

## DISCUSSION

### *Claude Louzoun*

Ce qui fait, entre autres, la saveur des exposés de Philippe Rappard, c'est qu'il nous démontre toujours qu'il n'y a pas de solution de continuité aussi bien dans le droit appliqué aux « aliénés » qu'en psychiatrie; donc pas de discontinuité dans la philosophie, dans la logique, simplement des adaptations. Sans doute a-t-il raison.

Comprendre le projet de loi Toubon ne semble, en première intention, possible, en quelque sorte, que par références ou par contiguïtés. Parce que dans les SMPR on ne fait pas encore de soins sous contrainte, doit-on comprendre que les contrats avec les établissements de secteur signifieraient que le délinquant sexuel condamné va dans les services de psychiatrie générale conventionnés en service libre pour une peine de suivi thérapeutique ? Cela paraît peu probable. Serait - ce plutôt un traitement ambulatoire contraint ou plutôt un placement judiciaire en extra-hospitalier, post-pénal ? Le texte n'est guère explicite sur le statut de la personne condamnée qui doit être soignée.

Deuxième problème. Qui est responsable de cette personne ? L'administration pénitentiaire, le ministère de la justice, le psychiatre ? On suppose que c'est le psychiatre puisqu'il est responsable du traitement. Troisième niveau : de quels soins parle-t-on ? De psychothérapie, de médicaments, ou de mise en cellule à l'hôpital psychiatrique à la place de la prison ?

Il est tout à fait lamentable que des professionnels d'une science si controversée et tant sollicitée réagissent en répondant « présent ! », et en sujets sachant en mal de méthodologie « explicative », de toute puissance expertale médiatique, de stratégie en trompe-l'œil.

### *Philippe Rappard*

On s'aperçoit que les gens font tellement de lois aujourd'hui qu'ils ne savent plus les faire. Pourquoi ? J'avais lu l'introduction que Michel Rocard avait rédigée pour le projet de réforme du code pénal et on s'aperçoit que dans cette espèce de préface il mélangeait l'éthique, la morale et le droit. A partir du moment où on veut faire entrer dans le droit ce qui est de l'ordre de la morale, (c'est une question que posait déjà Kelsen depuis longtemps : "a-t-on intérêt à introduire la morale dans le droit"), à partir du moment où on veut introduire la thérapeutique dans le droit, ça cafouille. On fait trop de lois comme dirait Saint Just, il y a trop de lois et pas assez d'institutions. Toutes ces lois si on y réfléchit bien, ne riment pas à grand chose. J'évoquais par exemple le L348.

### *Franck Chaumon*

D'une manière provocatrice, est-ce que l'absence de réaction des psychiatres à cette mesure qui les lie à la gestion pénale ne vient pas du fait que ça va dans le sens d'une certaine vision de la loi, de l'adaptation et de l'adéquation qui fait florès en psychiatrie ? Une vision où ne sont pas dissociés le registre du soin, du thérapeutique et le registre du fonctionnement social, de la norme et de la loi et qui recouvre complètement l'idée d'adaptation, de guérison, de suppression du symptôme et l'idée de réhabilitation sociale

On rentre là dans des zones de confusions proprement psychiatriques. Que pensons nous de l'idée que les psychiatres aient à dire quelque chose sur la privation de

liberté, sur la possibilité de nouer des contrats, et sur la dangerosité, sur la sortie de prison, etc. On oppose souvent le registre de l'expertise et celui du thérapeutique, c'est souvent un peu commode, parce que c'est souvent ceux qui ne sont pas experts qui le disent. Dans la pratique psychiatrique est-ce qu'il n'y a pas souvent des glissements d'une position de soin à une position qui, au nom de l'intérêt bien compris du malade, voire de ses troubles identificatoires, etc., s'avance à porter des jugements sur la vie possible du patient à l'extérieur et à ne pas toujours mesurer le côté de forçage que ça peut représenter?

### ***Bruno Gravier***

L'article 50.35 doit être complété par l'article 722 qui instaure une expertise pré libération conditionnelle. Ces deux articles induisent une véritable mutation de la fonction de la psychiatrie en prison. Jusqu'à présent les SMPR, et ce n'est pas un hasard, se sont développés dans des maisons d'arrêts, c'est à dire des établissements accueillant principalement des prévenus dans l'attente de leur procès, présumés non coupables. Nous travaillons avec des gens qui sont dans un mouvement qui va les amener à une confrontation à la loi, et dans possibilité d'un va et vient entre une détention ordinaire subie et la décision personnelle de s'engager dans un soin.

Ce décret introduit la notion de **soins après le procès et dans la durée**.

Quand on travaille dans différents types d'établissements on peut mesurer à quel point c'est différent de travailler avec des gens dans l'attente d'une décision et de travailler avec des gens qui sont contraints de gérer psychiquement une décision de justice qui va parfois les amener à subir une incarcération pendant des années. Ce n'est pas la même nature d'accompagnement thérapeutique ni le même type de vécu.

Implicitement ce décret restreint l'intervention des secteurs psychiatriques dans la prise en charge des condamnés et va amener à exclure de plus en plus les transferts d'établissements pour peine en hôpitaux psychiatriques en créant des structures médico-psychologiques pour des longues peines, même si ce n'est pas l'objet du décret puisque l'objet du décret est surtout de mettre en place un dispositif de soins pour les délinquants sexuels. Nous passons là de façon très claire d'une dynamique du soin volontaire et proposé à une dynamique du soin au service du traitement pénal et du pronostic criminologique avec une toute autre assignation de la place du psychiatre. La profession doit faire un choix, l'assumer ou non. On ne peut en tout cas pas aborder ce problème en faisant l'impasse sur cette nouvelle assignation

### ***Heinfried Duncker***

Je voudrais attirer l'attention sur quelques positions qui me paraissent menaçantes. D'une part, l'avantage des SMPR français par rapport aux structures de psychiatrie légale en Allemagne est la question des soins forcés. Les détenus qui ne sont pas condamnés, en Allemagne se retrouvent s'ils présentent des troubles psychiques, qu'ils le veuillent ou non en psychiatrie, dans un milieu thérapeutique et y reçoivent des réponses de nature thérapeutique..

Bien sûr la psychothérapie n'est pas applicable à des gens qui ne veulent pas, mais les gens restent dans l'établissement, même s'ils ne veulent pas faire de thérapie, parfois de durée indéterminée. La sortie comme l'entrée sont décidées par un juge. Le psychiatre est en dehors du coup. Par exemple, si une chambre d'application des peines pense que la durée de privation de liberté par rapport au danger que présente la personne

est trop longue, elle fait sortir la personne au nom de la constitution. Le psychiatre n'est pas concerné et a le droit de dire : *"je ne soigne pas quelqu'un qui ne veut pas être soigné. Je le garde, je le maintiens, je lui propose un traitement mais à la limite je suis tranquille parce que à un moment donné un tribunal va dire sa privation de liberté a assez duré ce n'est plus une question de pronostic"*.

Par contre, à partir du moment où ce sont des experts qui se prononcent sur la sortie on se trouve dans la situation qui est la mienne. En Allemagne, en effet, une partie de la libération est de la responsabilité du médecin. En tout cas toute décision qui précède la levée définitive de la mesure. Il est de mon pouvoir de donner un congé ou une permission, je dois informer le tribunal ou le procureur de la république si je dépasse 21 jours, mais j'endosse la responsabilité.

Si mon pronostic est mauvais, et je rappelle le hasard du pronostic, ma responsabilité est engagée. Ce sera la vôtre à un moment donné. Quelque soit le nombre d'experts appelés à formuler un pronostic, il y aura toujours un moment où le pronostic sera mauvais. - Ou alors on ne formule plus de pronostic parce qu'on se dit c'est trop dangereux.- La psychiatrie sera dans la position de celle qui a failli, donc on ne fait plus de psychiatrie, donc on les enferme à vie. Notre échec justifiera la bonne conscience de la politique d'enfermer à vie une certaine catégorie de gens par rapport à laquelle nous n'arrivons pas à poser de pronostic.

La France risque de se trouver dans la situation que nous connaissons avec les délinquants qui deviennent malades mentaux en prison et doivent être soignés. Vu le danger dans les services allemands quand arrive un malade qui vient de prison il y a deux policiers devant la porte. Ce qui fait que le climat du service n'a bientôt plus rien de thérapeutique. Il y a là raison de s'inquiéter. Il existe des prisons qui ont des départements psychiatriques où on fait aussi des soins forcés. Mais quelques affaires scandaleuses les ont fait abandonner comme à Cologne. A Berlin on a cru pouvoir échapper à des conditions désastreuses en nommant un professeur à la direction de ce service pour qu'il fonctionne scientifiquement, et donc, peut-être, de façon acceptable. Je connais la liberté d'action et de champ des SMPR qui permet justement de fonctionner de façon thérapeutique. Je pense que vous devez réagir par rapport à ça parce que les conséquences en sont claires. Il ne faut pas endosser cette responsabilité là.

### ***Jean-Pierre Legendre***

Je m'inquiète aussi devant l'absence de réaction du corps professionnel. C'est similaire à ce qui se passe avec la loi de 1990 sur les sorties d'essai d'hospitalisations d'office. En fin de compte, je crois que ça repose sur le fait que beaucoup de nos confrères pensent qu'ils sont naturellement les bons tuteurs des malades. L'idée est de les faire échapper à la malveillance à priori évidente de la magistrature pour les passer sous la bienveillance de la tutelle médicale.

Alors nous les faisons sortir de prison et nous nous en portons garants, nous les faisons sortir de l'hôpital psychiatrique et nous nous en portons garants. La contrainte doit continuer dans une dimension qui est celle du secteur hors les établissements aussi pour leur bien. Beaucoup de psychiatres pensent qu'on les rend à leur tutelle bienveillante dans l'évidence que c'est bien pour eux et que ça renvoie peut-être à ce contentement narcissique dont parlait P. Rappard qui fait aussi partie de notre profession.

***Jean-Pierre Martin***

L'article 348 contrairement à ce que vous nous avez exposé au départ ne renvoie plus à la chose jugée pour la sortie et c'est là qu'il y a problème. Pour continuer ce que dit J.P. Legendre, on est en train de commencer à explorer la notion d'expert, et c'est vrai qu'on est confronté de plus en plus à cette notion. Nous nous trouvons de plus en plus en situation d'expert que ce soit dans le domaine des systèmes de santé, mais également dans la pratique au quotidien. Je suis frappé par l'extension de cette fonction qui là n'est pas forcément inscrite clairement dans la loi. Par exemple les juges pour enfants qui nous demandent des avis sur l'état de santé mentale des parents, à propos de placements. Nous sommes confrontés à quelque chose qui dépasse de loin la question de notre propre choix à être expert, dans une position fondamentalement pervertie.

***Christian Revon***

Je voyais le décret d'application de loi qui institue les peines incompressibles de 30 ans et des modalités thérapeutiques qui les accompagnent de la façon suivante: Vous avez au début la suppression de la peine de mort en France en 1985. Ensuite se manifeste une pression sociale plus ou moins forte tendant à la rétablir. En compensation de cette pression sociale, l'établissement d'une peine incompressible de trente ans vient directement satisfaire la pression tendant au rétablissement de la peine de mort. Cette peine de 30 ans incompressible intervient dans des cas particulièrement graves, pas seulement dans des cas de délinquance sexuelle, il faut avoir tué quelqu'un, de moins de 15 ans, il faut l'avoir auparavant violé ou avoir commis sur sa personne des actes de barbarie. Il y a une pression inverse toujours présente (qui mériterait plus d'attention que ce que j'ai cru entendre ici ou là) à la pression qui a aboutit à la suppression de la peine de mort, et qui a posé la question : "qu'est-ce qu'on fait en prison" et pour aboutir à une demande des soins en prison.

Attention, il est quand même très important, de développer les soins en prison et de les généraliser. Actuellement la discussion n'est pas à mon avis celle qui est abordée. Le débat 'est de savoir jusqu'où on peut aller dans les soins en prison, c'est à dire en détention provisoire, une fois condamné et pas seulement pour les peines de 30 ans, jusqu'aux soins post-pénaux. Il y a quelque chose qui est en train de se généraliser. On peut prendre position là-dessus en disant halte là. Mais nous avons un système de vases communicants. Vous avez d'un côté du soin et vous avez de l'autre côté de la prison. Si vous augmentez le soin, vous diminuez la prison. Si le tribunal sait que tel délinquant sexuel, notamment, va être l'objet de soins et si ces soins lui apparaissent suffisamment crédibles, à ce moment là la peine de prison diminue. Si au contraire vous dites attention on nous fait jouer un rôle pénal, alors que nous sommes des soignants, je ne suis pas d'accord. Vous n'êtes pas que des soignants. Le psychiatre n'est pas qu'un soignant. Le psychiatre est le gestionnaire d'un problème de société, du début à la fin et il ne peut et ne doit pas l'ignorer. Si vous refusez les soins, sachez que l'alternative est la prison et peut-être aussi le rétablissement de la peine de mort.

***Bruno Gravier***

La question qui nous est posée peut-être résumée ainsi: jusqu'où peut-on aller dans les soins dans ce domaine et avec les cadres qui nous sont imposés sans se



retrouver en position anti thérapeutique? C'est sur cette question que nous devons prendre position.

Pour nous qui travaillons dans les établissements pénitentiaires où dans ce champ le positionnement est quotidien et obligatoire. Il nous faut réfléchir et travailler notre espace thérapeutique en fonction de ce questionnement et en fonction des menaces qui se profilent. Il est sûr que derrière tout ça il y a des groupes de pression très forts pour le rétablissement de la peine de mort. Nous nous trouvons clairement devant des choix de société. Encore faut-il que le débat puisse être posé.

**CRIME ET ENFANCE : ENTRE SYMBOLE ET REEL, CE QU'ON "FAIT DISPARAITRE", EN  
LAISSANT L'ENFANT PARAITRE**

*Denis Duclos*

*réflexions d'un sociologue, pas mal anthropologue, sur la pensée "psy" dans  
l'organisation du sacrificiel dans la société post-moderne*

Je vais aborder l'objet du délit, l'enfant, puisque on parle beaucoup de crimes sexuels, mais surtout à propos des enfants. En tout cas, le crime est aggravé par l'âge. La différence de générations se cumule à la différence de sexes.

Sur cet objet je vais aborder le narcissisme et l'obsessionnalité, ce sont des étiquettes psychiatriques ou psychanalytiques, qui ont aussi leurs facettes sociologiques, culturelles, ou simplement logiques. Lacan a travaillé dans ce sens là, c'est à dire qu'on est pris dans la logique individuellement ou collectivement.

***A propos du narcissisme***

On peut essayer de trouver d'autres mots. Peut-être quelque chose du côté de l'identité au sens mathématique, la course à la "mêmeté", au même. Quelque chose qui concerne déjà l'énigme du langage, et n'est pas seulement de l'ordre d'une résistance, une sorte de thermodynamique biologique qu'on trouvera chez Freud qui s'interrogeait devant l'énigme du côté primitif du narcissisme. On pourrait dire que ça correspond simplement au côté toujours primitif, toujours natif, de la rencontre entre les êtres humains et la culture. Le narcissisme est peut-être d'abord quelque chose de profondément et basiquement culturel.

D'où la force, l'énergie: c'est peut-être d'abord culturel et puis c'est collectif parce que ça concerne tout le monde en même temps. Il y a l'aspect historique qui commence par l'hystérie dans les années 70. Une des expressions importantes du mouvement féministe, en particulier américain c'est un discours hystérique, c'est à dire d'interrogation sur la symbolique paternelle. Je rappelle que la société américaine est une société, on l'a dit mille fois et plus que d'autres sociétés occidentales, au bord de la question, qu'est-ce que le père, à quoi ça sert? C'est une question qu'on oublie.

Pour comprendre l'importance de l'origine de cette problématique, autour de la criminalisation du sexe, mais aussi peut-être du désir d'enfant ou de quelque chose qui serait autour de l'ordre de l'enfant comme objet, j'ai repris un peu au hasard des revues des années 80 autour des enfants. Par exemple, dans un numéro de la revue "L'homme" sur les enfants, on voit un bébé suspendu à un ruban, marqué "*vendu, fabrication mythique des enfants*".

La revue "Sorcière", N°23, sur l'enfant est une revue qui devait déjà se vivre dans l'éternité, parce qu'il n'y a aucune date. Je compare et je m'aperçois que le narcissisme dont on a parlé c'est peut-être l'Etat d'un côté, mais aussi la relation entre la femme et l'enfant de l'autre. Ce seraient peut-être les deux facettes de quelque chose qui tournerait autour du sexe et qui serait narcissique.

Sans faire de procès, il y a dans ces revues des textes de femmes qui parlent d'un certain narcissisme qui est peut-être plus le leur que celui des hommes étant donné qu'on sait bien que celui des hommes c'est plutôt la femme comme objet,

Ce qui m'amène à une digression sur la criminalité en série, c'est à dire la criminalité qui se comporte en consommatrice d'objets. Les tueurs en séries tuent plutôt des femmes. Les femmes tueuses en séries il y en a moins et elles tuent plutôt des enfants, des fois des vieillards; ceci dit il y a beaucoup moins de femmes tueuses en séries que d'hommes.

Il y a quelques cas récents d'hommes qui ont tué des enfants, par exemple le cas de Hamilton où ont été tués 16 enfants et l'institutrice. Je ne pense pas que ce soit une différenciation tellement pertinente au bout du compte de distinguer ceux qui commettent ce type de crime d'un seul coup ou ceux qui distillent leur criminalité. Je ne sais pas si ça différencie des formes de perversion.

Je vous lis un texte de Leila Sebbar:

*"Une femme avec un enfant, fille ou garçon, se retrouve pédophile et mère, donc incestueuse, le corps à corps ne sera jamais le même que le corps à corps d'un homme avec un enfant, fille ou garçon, parce que qui est de la petite fille dans la femme et la mère est là présent, archaïsme permanent. Pas pour un homme où l'intervention du petit garçon qui le fuit ne change pas son status sexuel masculin ou l'être père n'est pas l'être mère même s'il le mime avec l'enfant dans le maternage.*

*Un enfant est tenu à distance d'un homme, de son corps, souvent alors même qu'il est le père. L'éloignement est tel qu'il faut de la ruse, de la séduction, du rapt pour l'avoir à soi, proche dans le temps et l'espace et ce moment est si précieux, si intense dans la clandestinité qu'il doit être total, c'est à dire qu'il y a toujours pour un pédophile nécessité à posséder le corps d'un enfant sexuellement et pas seulement par le jeu de l'érotique puéril.*

*Une femme est proche du corps d'un enfant, presque propriétaire de droits et de nature si elle le fait, et si elle ne le fait pas sa mémoire millénaire de la maternité la pousse à retrouver, comme si elle les réinventait, les gestes légitimés par l'histoire d'une mère, une femme qui fait un enfant. Il n'y a pas de nécessité pour elle à entretenir un autre rapport de corps avec l'enfant, tant celui-ci est fort et toujours possible, autorisé quand un enfant est là, le toucher, tripoter, embrasser, frotter, torcher, tapoter, mordre, caresser et chatouiller. Une femme peut le faire sans se trouver dans l'illégalité, sans culpabilité, ni mise en scène, un homme non. C'est ce qui fonde la différence des sexes, et c'est aussi ce qui fait la rivalité entre le pédophile et la maman. C'est cette différence repensée dans ce sens que les femmes doivent revendiquer dans la vigilance, comme fondatrice et productrice de territoires à occuper, en particulier celui de la maternité, trop longtemps usurpé contre les femmes. Territoire de pouvoir, le premier et le dernier, lieu de l'origine et de la fin et qui ne soit ni de violence, ni de meurtre."*

Il y avait certainement à l'époque un enthousiasme qui permettait peut-être des expressions plus faciles. Des textes, comme celui de Sylvie Fabre, me semblent aussi significatifs:

*"Mon enfant, mon enfant d'éternel, éternise ses pas, foule l'herbe d'avant le givre et il me faut courir pieds nus pour pouvoir l'attraper avant l'adieu, avant l'adieu l'intercepter et son automne si doux au coeur, son automne ma route le suit au plus près car quelque part l'on y meure dans sa chair tout à la fois donnée et toujours retirée. A moi mon enfant est ce seuil ultime de mes yeux, seuil ultime à franchir qui sans arrêt recule qui jamais ne s'atteint, amour enfant, la solitude est le plus grand éclair,*

*l'immobile changeant. Enfant mon inconnu, mon très voilé, enfant couché là, allongé je te sens mon enfant comme le plus replié et tu es sans doute sur mon visage comme un bonheur marqué, absent de nulle part et tu es en moi cette strate d'essentiel, issue de toute éternité. Excessive présence qui m'ouvre un passage, ton énigme m'ébranle, qui m'ouvre au divin et mes mots ne sont là que pour le dire, mais jamais ne t'excèdent. Mon enfant nu, mon mystérieux qui es-tu, je ne te sais que de mes mains."*

Je ne saurais vous dire pourquoi ça me semble significatif, peut-être sur le fait que dans le rapport existe une sorte d'extrême intimité qui ne serait pas un rapport, mais quelque chose d'encore plus basal que le rapport sexuel dans le narcissisme. On pense tout de suite à Dieu. Si on pense tout de suite à Dieu, il n'y a pas de médiation.

Ca m'a rappelé que l'une des questions posées dans une des religions les plus invasives qui existent, c'est à dire la religion juive comme fondement du monothéisme, c'est à dire où l'individu a beaucoup de mal à faire sa place, qui parle d'un Dieu extrêmement présent, envahissant et actif. L'une des façons de défendre l'enfant était que le père le rachète. Dans la tradition juive existe cette tradition du rachat, qui est ce qu'on rachète plus ou moins symboliquement aux cohens (les prêtres, les sacrificateurs). C'est à dire on le rachète à Dieu, au départ c'était le premier né, voué à Dieu qu'on rachétait.

Ce ne sont pratiquement que des femmes, (sauf Valabrega, *note sur la quête de l'origine*) qui s'intéressent et s'interrogent sur la question de la rencontre de l'enfant avec la culture. Ca peut être sur la fabrication de l'enfant: l'enfant et le fromage puisqu'on sait que dans l'antiquité pendant encore très longtemps, jusqu'à ce qu'on sorte des idées sur la génération spontanée, l'idée existait que l'enfant se formait comme le fromage se caille; le sperme était ce qui permettait de cailler le sang menstruel et donc de lui donner une forme concrète. L'intervention extérieure, l'intervention de mâle, donc ça bute.

Quand le processus de fabrication est-il licite? Il n'est pas licite lorsqu'il s'agit d'une affaire de regard immédiat, donc de concupiscence. Le mauvais oeil est ce qui fait cailler le lait de la mère qui allaite et aussi ce qui peut faire avorter. C'est aussi un oeil de rivalité, l'oeil de la femme jalouse sur la mère, et puis le Muscamp par exemple ; c'est un conte grec sur la fabrication d'un enfant mari à partir d'ingrédients de gâteaux par une jeune fille. Une jeune princesse avec l'aide de son père se fabrique un enfant-mari sur mesure.

### ***L'anthropologie va buter sur la question du père***

Ce n'est pas la peine d'être psychanalyste pour rencontrer cette question. L'anthropologie ne peut pas éviter de poser cette question. Inversement on ne peut pas s'empêcher de poser la question de l'enfant lui-même en tant qu'objet ou en tant qu'entité, hors du registre du conflit, de la dévoration mutuelle, de la rivalité. Par exemple, tous les mythes de la jumeauté. C'est vrai qu'on est bousculé par ce qui apparaît dans la contemporanéité comme une des revendications d'entité d'être, et d'être avec ses objets.

C'est assez frappant dans la revue Sorcière, il y a une assez jolie iconographie: des enfants nus, avec leur mère ou seuls, ou des parties de morceaux d'enfants, par exemple une image qui s'appelle Vue d'Eva où on voit un petit bout de la vulve d'une petite fille, un petit quart de fesse, un oeil, etc. des sortes de petits pavillons carrés, des

doigts. A côté il y a la description des objets d'une petite fille, essentiellement des boîtes. Il y a des boîtes en fer, des trucs en tissu, donc des objets, des contenants, des contenus, et c'est présenté comme la personnalité de la petite fille qu'on nous décrit.

Ceci m'a rappelé le récit d'un prix Goncourt récent sur son vécu personnel de la mort de son fils adolescent. Roman dans lequel le deuil se passe assez vite. Je ne sais pas si la durée normale est l'année et demi dont parle Freud. Dans le récit c'est beaucoup plus rapide. Il pénètre progressivement dans la chambre de son fils et commence par faire l'inventaire de tous les objets qui sont sur les murs ou dans les tiroirs de cette chambre d'adolescent. Il finira d'ailleurs par mettre son bureau d'écrivain dans la chambre de son enfant mort.

N'y a-t-il pas inadéquation entre le narcissisme et puis le narcissisme impossible? Impossible parce qu'il est déjà morcelé par les mots et par les symboles. L'unique voie qui nous reste quand on n'est pas autiste ou complètement fou, est-ce que c'est l'obsessionnalité? je ne sais pas mais l'unique voie qui nous reste pour revenir sur ce narcissisme est précisément de décrire les objets qui composent l'objet, de faire la suite, de les mettre dans des cadres et d'une certaine façon de les rendre équivalents, peut-être pour en décliner la non signification. C'est peut-être ce qu'on appelle le deuil. Je ne sais pas. En tout cas j'ai été frappé par ce rapport entre Dieu, la mort, la mère, l'enfant ou les parents et l'enfant. Le morcellement des objets qui constituent, en quelque sorte, la personnalité de l'enfant, je le mets en relation avec la pornographie habituelle, généralisée dont fait partie le morcellement des parties du corps, des moments de l'acte. Cette espèce de mise en équivalence de cette succession des facettes, des façons de voir, de l'approche du désir ou de la pulsion, est-ce qu'on peut parler de désir? C'est ce qui est en question.

Je ne peux pas raisonner en terme de pathologie ou alors il faudrait voir des pathologies dans la souffrance que n'importe quel discours inflige à l'autre ou à soi même à partir du moment où on le tient, qu'il soit social ou individuel. Le fait de dire ceux qui choisissent ou ceux qui sont fascinés ou qui momentanément sont, ou tardivement parce qu'au fond je crois qu'on retombe finalement dans son narcissisme, c'est notre destinée à tous. La question de pathologiser certaines attitudes relève de la justice mais probablement pas de la psychanalyse, c'est aux psychanalystes à le dire, ni de la culture en tant que telle.

### ***La première pathologie est la culture elle-même.***

C'est quelque chose d'absurde de criminaliser un point de vue individuel sans en même temps relativiser le point de vue culturel d'où quelque chose apparaît comme criminel. Je pense à la tradition anthropologique où même sociologique. B. Gravier a rappelé en commençant que Durkheim était un des premiers à avoir décalé cette vision d'une criminalité qui pourrait être indépendante, une pathologie qui pourrait exister en soi. Dans une position de juriste on tend à arrêter les choses et à commencer à partir de l'arrêt, mais le sociologue (probablement le citoyen aussi) ne peut pas faire ça, car s'il le fait, il arrête sa société dans une forme de discours qui comporte toujours sa pathologie.

Comment étrangement le narcissisme peut-il être centré par les femmes et par d'autres catégories d'êtres ou d'espèces. Par exemple, à propos des homosexuels, Foucault disait qu'au moyen âge le sodomite était un relaps, alors qu'il est devenu simplement une espèce revendiquant son identité à la fin du XXème siècle. Comment passe-t-on de la revendication d'un être avec ses objets de jouissance à une

condamnation hystérique, ou plus loin à une mise en ordre répressive comme le disait F. Chaumon.

Comment peut-on d'un côté avancer une revendication de jouissance donc une revendication de narcissisme comme jamais auparavant dans le registre politique - bien sûr il y a toujours eu cette idée partagée que le narcissisme se trouve autant du côté de la femme vis-à-vis de l'enfant qu'ailleurs, et qu'il faut des séparations symboliques - qu'il y ait cette revendication positive, politique dans la contre culture américaine des années 70 et 80 et que ce soit de la même culture que nous arrive cet idéal répressif, de nouvelle inquisition qui va définir l'indignation sur certains actes par rapport à d'autres. Comment a-t'on en même temps une pornographie civile répandue et en même temps les prémices d'une criminalisation très forte sur pratiquement la même chose? C'est ce qu'on disait à propos de la télévision en Allemagne et même en France où il suffit qu'on change dans l'horaire d'émission pour avoir un exposé du caractère anthropologiquement normal des passions et de la diversité des perversions et avoir en même temps le couperet. On reste dans le cadre de ce que disait Foucault sur le fait que la société bourgeoise capitaliste n'est pas d'abord une société de répression des passions, mais une société qui les suscite, les organise, les nomme, en quelque sorte les construit, construit les objets, pour proposer un achèvement de ce désir sous la forme de la répression juridique.

Il y a l'idée de coalition des passions. Une forme d'organisation qui fait que par exemple, au départ, on laisse la parole à l'hystérique qui se plaint du père pour afficher sa revendication d'être, par exemple l'égalité du travail avec les hommes. Alors tout ce côté du féminisme va tomber aux oubliettes parce que le système refuse tout simplement d'accorder, en particulier dans les hiérarchies, dans ce qui compte, les qualités, par contre il va retenir certaines formes d'accusations. C'est comme si d'une certaine façon on attribuait au père violeur le désir de la mère, le désir de dévoration de l'enfant par la mère.

Cette occultation est effectivement maintenue. Finalement on accuse aussi les mères, donc en fait momentanément on utilise un peu la dérivation de l'accusation hystérique. Progressivement tout va rentrer dans un ordre dans lequel c'est au fond l'acte lui-même, quel que soit celui qui le fait, qui va être jugé. On rentre dans quelque chose de l'ordre d'une obsessionnalité, une contrainte, un système de répartition des contraintes, une économie des contraintes, peut-être produite à partir de l'Etat, comme centre narcissique. Dans ce cas il faudrait d'ailleurs se demander si il n'y a pas plus d'Etat aux Etats-Unis qu'en France. Si dans la mesure où cette culture a produit cette avancée est-ce que justement ça ne correspondrait pas au fait que l'état américain contrairement à l'état français qui conserverait ici un rapport à la citoyenneté définie comme principe ontologique. Aux Etats-Unis, depuis le départ (on le sait en lisant le texte des fédéralistes fondateurs du système américain), on a plutôt affaire à une machine empirique qui règle les problèmes et dont le but est le bonheur des individus. Pour atteindre ce bonheur, on s'arrange. C'est une affaire de mécanique de gestion plutôt qu'une affaire de citoyenneté pure.

Il faudrait rappeler au moment où le modèle américain déferle sur le monde qu'il serait erroné de penser qu'il n'y a pas de contre-modèle. Le contre-modèle n'est pas l'Union Soviétique ou la défunte Union Soviétique mais la théorie française élaborée par des clubs révolutionnaires sur les principes même de la citoyenneté. Il faudrait en avoir davantage conscience. Il s'agit bien d'un modèle philosophiquement élaboré, construit, solide et qui se heurte à des contradictions importantes, comme la contradiction

fondamentale de toute la modernité, à savoir que c'est une abstraction extrêmement difficile à réaliser dans la pratique. C'est l'objection majeure.

Le problème de la référence à Hanna Arendt est qu'elle énonce des principes très intéressants, mais c'est quand même le modèle américain qu'elle défend. Or je crois que là elle a tort. C'est à dire que l'application du principe politique dans son acuité est en fait l'arène politique des citoyens définis simplement justement dans leurs différences et dans leurs oppositions momentanées qui constituent l'essentiel de la démographie. C'est une idée en germe dans la discussion politique française, reprise aux Etats-Unis d'ailleurs avec Rawls, mais qui n'est pas appliquée aux Etats-Unis. La machine politique américaine ne correspond pas à l'idéal que développe Rawls qui est un idéal républicain beaucoup plus proche des principes développés par les théoriciens de la philosophie française.

### *Une société obsessionnelle, qu'est-ce que ça donne ?*

Est-ce que ça rentre en contradiction avec la perversion? Ça rentre en contradiction comme une machine productive, c'est à dire que ça vit de perversion ou de narcissisme et ça l'alimente, c'est à dire que c'est une coalition. C'est un système qui fonctionne comme la société aztèque.

La société aztèque est vraiment le modèle d'une société de criminels de masse. Le modèle américain d'ailleurs, il ne faut pas l'oublier, c'étaient des gens qui venaient du nord. Il y a peut-être quelques petites choses qui restent et sont reconstituées dans l'imaginaire collectif américain. C'est une machine d'abord cosmologique, c'est une machine mathématique, scientifique, et aussi une machine à syncrétisme, c'est à dire qui essaye d'enfermer l'ensemble de la destinée des individus dans des calendriers qui sont eux-mêmes des compromis essentiellement entre le calendrier féminin, le calendrier masculin et un calendrier venu d'ailleurs d'on ne sait où. Il s'agit d'une forme syncrétique extrêmement élaborée que les grecs n'ont jamais eu le temps ni l'occasion de faire parce qu'ils n'avaient pas à constituer l'homogénéité d'un peuple de guerriers pour la domination des autres. Les aztèques sont un peuple de nomades, de guerriers et de mercenaires qui sont au pouvoir à un moment donné de toute une ère civilisée extrêmement diverse et dont il s'agit d'assurer la domination par la distinction. C'est à dire qu'il y a les aztèques et les autres.

C'est sur cette base là que le moteur à dévoration a sacrifié, des milliers, des millions peut-être, de gens tués puis dévorés. C'est sur la base de la confortation de l'homogénéité et de la régularité de cette société qui est une société de mesures, une société dans laquelle presque aucun écart n'est permis. C'est une société extrêmement normée, auto-normée d'après ce que disent tous les témoignages de l'époque. C'est une société sur laquelle on connaît énormément de choses, en particulier d'après ce que dit Christian Duverger. C'est une société où on ne fait pas de bruit dans la rue et où on ne se comporte pas mal. Elle ressemble beaucoup à la nôtre par certains côtés. Tout ceci a un prix, le prix c'est la dépense, c'est la consommation du sang et c'est la consommation aussi du jeu, la consommation de l'imprévisible.

Le calendrier aztèque est un système où un nom de jour est associé à un numéro, ce qui fait que chaque jour est unique sur tout un cycle, tout un temps, toute une temporalité qui va se fermer au bout de 52 ans, et au bout duquel il faut recommencer à zéro. Le problème c'est qu'il y a des trous, à l'intérieur même de chaque année, il y a des trous pour tout le cycle, et ces trous sont des jours où il n'y a pas de nom. Ces jours là il

faut rester réveillé parce que si on s'endort, on ne se réveille jamais. C'est des nuits aussi où, par exemple, les femmes enceintes deviennent des bêtes sauvages.

C'est à la fois une description physique du calendrier et une description des destinées parce que chaque individu est lié au jour où il est né. Il reste alors une marge d'interprétation pour les prêtres, pour les psychiatres de l'époque qui interprètent encore un petit peu les choses qu'ils ne veulent pas sans qu'il y ait beaucoup de place pour l'interprétation. Les psychiatres de l'époque sont en général en nombre suffisant car ils n'ont pas trop besoin de s'engager parce que le système même détermine à l'avance de ce qu'on va être. On peut accepter son destin ou le refuser, mais dans tous les cas pratiquement la profession est déjà désignée.

Mon hypothèse c'est qu'une société, que je nommerais une Zwangesellschaft, une société de contraintes, ne vit que de la consommation du sang et d'une façon très précise. C'est à dire qu'on épuise les gens, on les met dans un état de jeu qui par lui-même est totalement interdit, on a pas le droit de jouer dans la rue, le jeu de balle est associé au sacrifice humain. Le jeu c'est à dire l'énergie individuelle débridée ne peut se terminer que dans le sang et le massacre. En même temps il y a liaison très forte entre les futurs sacrifiés et les sacrificateurs, plus exactement les nobles qui se sont appropriés les captifs, vont les livrer aux prêtres et considèrent ces esclaves ou ces captifs comme des fils. Il y a des cérémonies d'identification familiale avant de les précipiter puis une sorte de phénomène de dégradation dans l'humanité, c'est à dire que le sacrifié n'est pas respecté: On le monte en le tirant par les cheveux, on le tord sur la pierre de sacrifice, on lui arrache le coeur palpitant et on le jette immédiatement. On le fait tomber, on se désintéresse de ce qui arrive. On lui coupe la tête, ensuite ça finit par arriver au marché noir, parce que le peuple n'a pas le droit de manger la viande des sacrifiés avec les nobles.

On écorche la personne, et on se revêt de sa peau. On fait ça aussi à des femmes qui par contre se sont elles-mêmes vouées au culte. Elles représentaient la déesse du maïs, on leur coupe la tête, elles sont portées par un prêtre à un endroit qu'elles pensent être l'accouplement avec le Dieu, on leur coupe la tête, on les écorche et on se revêt de leur peau.

Des sociétés de cette nature, extrêmement ordonnées nous donnent un aperçu sur ce que veut dire la répétition. La répétition, à mon avis, est beaucoup plus dans le social que dans la compulsion individuelle. Dans le fonctionnement du cycle, dans l'implication logique de la nomination des gens, de la définition des destinées, des trous qui restent dans le calendrier qu'il faut combler par l'énergie extérieure, elle est dans la logique même de cette culture.

Je ne suis pas en train de dire qu'on va arriver à un système aztèque, cependant quand on va vers un système obsessionnel, et on peut se demander l'ouverture, le frayage que ça fait dans le narcissisme, en quelque sorte un narcissisme culturel, une culture qui se replie sur elle-même, se ferme et se parfait dans ses propres catégories.

Il ne s'agit pas d'une thermodynamique qui ferait pression d'un côté et devrait se déborder de l'autre, au contraire, c'est parce que ça ouvre la voie. L'ordonnement obsessionnel d'une société ouvre la voie à la violence narcissique. Elle ouvre une avenue parce qu'effectivement elle s'éloigne.



La question que pose l'hystérique d'une personnalité multiple dit au fond que le problème de société actuel est qu'on veut multiplier justement les catégories de personnalités dans lesquelles chacun se trouve et que chaque personnalité va phagocyter l'autre. Il va poser par exemple la question de l'absence du père ou la question de son insuffisance, mais on a l'impression que l'instrumentalisation du narcissisme par le prêtre obsessionnel peut être juridique ou gestionnaire. Faire l'impasse là-dessus nous conduit probablement à quelque chose d'horrible.

Jusqu'ici les grands massacres monstrueux ont plutôt été dus à d'autres logiques, du genre narcissisme des petites différences, la haine de celui qui est comme moi mais qui a ce que je n'ai pas, l'impérial allemand qui dit mais ce n'est pas normal que les anglais aient plus que moi et reconduction du même discours en passant de la guerre de 14 à la guerre de 40 avec une espèce d'échappée psychotique vers la figure de juif qui est justement la figure du père, plutôt persécuteur.

On a peut-être oublié que la mise en ordre tranquille d'une société où chacun est rangé dans sa catégorie parallèle aux autres sans transmission, c'est à dire que les générations ne peuvent plus se toucher. C'est ce qu'on nous dit dans cette nouvelle criminalité. Elle ne peut plus se toucher parce que c'est de l'inceste. Mais l'inceste, en fait, c'est justement ce que cette société répressive est en train d'organiser, c'est à dire que chacun est enfermé dans sa catégorie, il n'a plus le droit d'échanger avec les autres. Ou alors elle ne peut échanger que par un acte de violence. Violer une petite fille est horrible. Mais quand le discours répressif est en train de se centrer là-dessus, ne met on pas en ordre une société où des crimes épouvantables seront rendus possibles par le travestissement du narcissisme qui est à l'oeuvre à travers ça? A travers la suppression du désir surviendront peut-être des actes innommables qui ne pourront être vus que de l'extérieur et du futur. Je pense à une nouvelle guerre, où on volatiliserait un petit bout d'une population à droite et à gauche sans même s'en rendre compte, avec des armes supersophistiquées, et il faudra peut-être seulement attendre quelques décennies pour qu'on s'aperçoive, pour qu'on puisse nommer cette horreur là. Je pense à des phénomènes de cet ordre, quelque chose dont on ne s'aperçoit même pas qu'on est en train de le faire.

## DISCUSSION

### *Claude Louzoun*

Je ne vais pas réagir directement sur l'exposé de Denis Duclos, qui amène tant de choses fortes, mais ce qui me fait intervenir tout de suite c'est sa référence à John Rawls, l'auteur notamment de « la théorie de la justice ».

Il faut savoir quand même qu'on part dans le droit romain de la position d'Aristote qui a une conception téléologique du droit qui est une conception de la justice fondée sur le bien. Kant arrive en disant qu'il y a une priorité du bénéfice du juste sur le bien et il dit que l'idée du juste s'applique de personne à personne ; Kant, c'est le fondement du droit moderne. Il y a également l'utilitarisme, qui fonde le droit anglo-saxon, définissant la justice par la question de la maximisation du bien pour le plus grand nombre. Ce qui veut dire que pour le plus grand nombre on sacrifie des gens, voire une catégorie sociale, une classe sociale.

John Rawls critique aussi bien l'utilitarisme que le droit romain, Selon lui, il n'y a pas de fondation transcendentale de la justice, s'opposant ainsi à Kant. Le Juste est à construire, de manière procédurale, comme résultante de la délibération. Sa théorie est fondée sur « la justice comme équité (fairness) ». Le Juste est le résultat d'un « consensus par recoupement ». La raison, selon lui, tient dans le pluralisme religieux et culturel des sociétés modernes, qui dépendent donc d'un consensus neutre à l'égard des visions du monde ; en ce sens donc nos sociétés modernes doivent s'appuyer sur un consensus par recoupement relativement aux questions fondamentales de la justice politique. Ce consensus s'inscrit dans un contexte d'interaction comme de conflit.

La théorie de Rawls semble bien correspondre à nos sociétés postmodernes, dans lesquelles le juste est à construire en permanence, au cas par cas, au point que Mireille Delmas-Marty parle du flou du droit et d'évolution nécessaire vers un droit commun. La théorie de Rawls présuppose ce que Hannah Arendt appelle l'espace public d'apparition, et qu'il fonde lui sur les préceptes de la discussion raisonnable.

L'affirmation de principe de Rawls est que chaque personne possède une inviolabilité fondée sur la justice, qui même au nom du bien-être de l'ensemble de la société ne peut être transgressé ; pour cette raison la justice interdit que la perte de liberté de certains puisse être justifiée par l'obtention par d'autres d'un plus grand bien. La justice comme équité chez Rawls intègre que la société doit compenser les inégalités naturelles de talents et de capacités ; elle doit limiter l'ampleur des inégalités. Ce qui n'empêche qu'aujourd'hui la notion d'équité est de plus en plus souvent opposée à celle d'égalité dans le cadre des reconsidérations des politiques de protection sociale en Europe. Cela veut dire qu'à la politique de prestations uniformes indépendamment des revenus, se substitue la politique dite de discrimination positive en faveur des plus défavorisés en même temps qu'on réduit les droits sociaux soit globalement soit selon les revenus, au nom des réalités économiques. Ainsi au nom de la solidarité pour les plus défavorisés, on veut remettre en cause les droits sociaux pour tous.

### *Patrick Mérot*

D. Duclos citait "les sorcières" avec un ton assez critique, même s'il prenait beaucoup de précautions en les introduisant. Ce qui me troublait en écoutant c'est que je me disais "ces textes là comment être en désaccord avec?". Ils parlent tout simplement de la différence des sexes et de la différence entre les positions paternelle et maternelle.

L'inceste mère - enfant est la chose la mieux partagée du monde, et la moins dénoncée. On dénonce un inceste, c'est l'inceste père - enfant. L'inceste mère - enfant est au fond, même quand il prend des formes caractérisées et pas seulement métonymiques, quelque chose de bien toléré.

Il y a une situation qui montre bien la folie à laquelle on arrive et dont on a pas mal parlé ces temps ci dans des émissions de télévision ou dans des articles de journaux, c'est, il y a quelques mois aux USA, l'autorisation de l'adoption d'enfants par les couples homosexuels, hommes ou femmes, ou la procréation assistée pour les lesbiennes.

Récemment une émission assez exemplaire et stupéfiante montrait une pratique tout à fait usuelle maintenant dans un certain nombre de centres de procréation assistée aux USA. Qu'est-ce qui triomphe? C'est bien en effet le narcissisme comme fantasme d'auto - procréation, et dans sa forme la plus abominable puisque c'est l'auto - reproduction. Le témoignage en question concernait une femme qui avait à côté d'elle son fils de 13 ans et qui affichait la normalité la plus admirable, la plus idéale comme un modèle dont elle proposait la généralisation.

### ***Philippe Rappard***

A propos des aztèques, vous présentez la compulsivité, la civilisation obsessionnelle comme narcissique. Par ailleurs, vous vantez en quelque sorte (comme le faisaient déjà certains psychiatres toulousains), l'hystérie. L'hystérie qui pour certains se présente comme le salut de l'humanité, est une façon de sortir du narcissisme et de l'obsessionnalité que vous présentez comme un trait psychotique.

La névrose obsessionnelle pour Freud est cette névrose qui a cette même caractéristique que la psychose : la régression. Tandis que dans l'hystérie il n'y a pas de régression.

Sur le plan social, comment ne pas régresser vers le sang? On se demande si à travers l'hystérie vous ne réhabilitez pas également la société de consommation et la société monétaire. Après tout il vaut mieux faire couler l'argent que le sang.

On voit le problème des sublimations normatives qu'on retrouve dans ce que vous appelez les sociétés post-modernes. Les aztèques étaient en quelque sorte une société psychotique.

Il faut des mères suffisamment bonnes, et ces mères suffisamment bonnes sont celles que vous décrivez, qui mordillent leur enfant. Il faut se méfier parce qu'en psychiatrie on a pris à un moment donné les mères comme bouc-émissaires.

### ***Franck Chaumon***

C'est toujours compliqué de saisir une intervention de D. Duclos. Tu as commencé à propos de "sorcières", en faisant me semble-t-il une lecture de la revendication féministe du rapport à l'enfant comme une production post-moderne des identités narcissiques. Ai-je bien compris?

### ***Denis Duclos***

Ca en fait partie, c'est un symptôme. Mais via la criminalisation des délits sexuels concernant les enfants ce sont plutôt les hommes qui se retrouvent en position d'accusés.

***Franck Chaumon***

Est-ce que cela signifie qu'au fond loin d'être un sursaut faisant appel à la loi et à la ténacité cette mise en cause des hommes comme des violents incestueux n'est jamais que la même chose, que la production d'identités multiples dont on voit un symptôme par exemple dans le texte que tu as lu ou dans une certaine revendication de la "mêmeté" féministe?

Quant à l'emploi du terme de narcissisme et concernant le rapport à l'enfant est-ce que c'est de narcissisme qu'il s'agit? Est-ce que narcissisme est le terme le plus adéquat? Tu as commencé en disant le narcissisme finalement c'est un mot de psy, c'est une affaire logique d'identité.

Pour moi le narcissisme a quand même à voir avec le miroir. C'est à dire cette fonction de la réversibilité de l'image qui me semble-t-il dans ce que tu donnes comme exemple n'est pas tout à fait ce qui est en cause. Je verrais la chose plus articulable quand tu parles du morcellement de l'objet, de la petite fille, des corps que l'on découpe, etc.

Est-ce que ce n'est pas plutôt une relation de complétude à un objet que de narcissisme. Qui dit narcissisme dit se mirer dans l'autre. Dans les exemples évoqués ou dans une certaine référence à la clinique, on pourrait plutôt s'inquiéter de la prise du corps de l'autre comme un objet de la pulsion, de quelque chose qui précisément ne retrouve pas le même, mais fait de la complétude en bricolant le corps:

- dans le registre de la sensation et alors on retrouve en effet la déclinaison pulsionnelle, on mordille, on flaire, on rejette comme un caca, etc., alors c'est le registre de la pulsion, l'enfant en tant qu'objet, et que ce soit un morceau d'enfant ou que ce soit un bel enfant comme image (je l'entendrais plutôt comme des morceaux d'enfants c'est à dire l'enfant pris comme morceau). C. Balier insiste beaucoup plus cliniquement sur quelque chose qui est en deçà du sexuel, si on entend par sexuel la ténacité, et en deçà même du narcissisme si on entend par là une image déjà constituée, mais plus ce qu'il appelle de l'originaire.

Peut-être peut-on voir à ce moment là une certaine affinité du capitalisme dans la multiplication et la dérivation métonymique des objets dans la circulation générale des objets et ce fait que d'autres corps peuvent servir d'objets au même titre que les objets de la marchandise. Je trouve intéressant de parler d'abus sexuel, c'est à dire que ce qui est abusif c'est l'usage. Qu'est-ce qui fait réagir si fort dans l'abus sexuel, dans le fait que quelqu'un prenne un corps et particulièrement d'enfant comme objet, sinon peut-être la vérité du fonctionnement capitaliste?

***Jean-Pierre Legendre***

Deux remarques pour prolonger ce que disait P. Mérot tout à l'heure sur la relation de possession de l'enfant par la mère. Il est vrai qu'on voit souvent des mères qui revendiquent très tranquillement comme un droit la possession y compris physique de l'enfant. Alors, évidemment, jusqu'où peut aller le problème de l'abus ?

On a récemment vu cette mère qui a tué son enfant autiste, et je dis enfant alors qu'il s'agissait là d'une adulte, mais elle pourrait nous dire : "c'est ma chair, je la retire de la circulation puisque je ne sais rien faire de cet enfant qui après tout m'appartient". Une

partie de l'opinion publique a trouvé qu'après tout elle était dans son droit. L'impression globale était qu'il y avait là une certaine légitimité. Il y a un arrière plan dans ces histoires de délinquances sexuelles : est-ce que c'est contre nature ou pas ? L'inceste est dans la nature, est-il fondamentalement une perversion ? Entre adultes consentants il n'y a pas de délit d'inceste, il y a un interdit bien sûr, mais il n'y a pas de législation qui le réprime. La perversion sexuelle n'est pas exclusivement marquée par l'inceste, c'est toute la sexualité qui l'est.

Il y a quelque chose à resituer, c'est d'ailleurs ce que dit D. Duclos sur les différences américaines et françaises. Est-ce qu'il s'agit dans la perversion d'un outrage à la raison - qui serait notre principe - ou à la loi qui serait la référence dans le monde nord américain. Là dessus on voit bien comment ça repartage les champs : si c'est un outrage à la raison son traitement est psychiatrique, si c'est un outrage à la loi son traitement est pénal et là il y a une oscillation qu'on voit bien en fonction des modes culturelles.

### ***Bruno Gravier***

Ce qui est souvent qualifié d'inceste actuellement relève de situations qui ne sont pas des vécus d'inceste dans la grande majorité des cas. Il s'agit de situations d'abus qui se commettent dans le cercle familial, mais dans une famille élargie où on n'est plus forcément dans des liens du sang mais dans des liens d'autre nature.

Au moment du procès évoqué par J. P. Legendre, le tribunal fédéral en Suisse a acquitté une femme qui avait tué son mari suite aux mauvais traitements qu'elle avait subis. La présence du fait justificatif que ce soit la souffrance ou la détresse, est pris en compte au delà de l'infraction elle-même.

### ***Denis Duclos***

L'inceste c'est la gestion de l'intimité, par exemple, le fait qu'on amène le psychiatre à décider de la motivation profonde de quelqu'un, de sa destinée, à remplacer le juge. Il y a mélange des genres, qui prend la place de l'absence de la responsabilité privée qui irait avec la citoyenneté dans la transmission, puisqu'il s'agit de transmission.

Je suis convaincu que ce dont parle P. Legendre ce n'est pas du tout du père; peut-être est-ce que c'est de l'autorité? Ce qui est bizarre c'est que justement le caporal Lortie va s'en prendre au parlement québécois, au moment où celui-ci prend des mesures de protection de la langue et d'affichage d'indépendance.

Une nouvel état va se créer dans le fantasme par scissiparité avec le Canada et c'est à ce moment là (c'est ce qu'il donne comme motivations) qu'il veut s'attaquer à des gens qui s'en prennent à la langue française alors que c'est exactement le contraire. C'est une sorte de délire inverse : en réalité l'état québécois auquel il s'en prend est celui qui va marquer l'origine paternelle, la langue. C'est le problème des instances qui ne prend pas en compte cette espèce d'individualité, la consistance du citoyen.

L'unique consistance du citoyen qui peut ensuite indiquer des limites éthiques au juge, est d'être dans une transmission. Le problème est là. On ne va tout de même pas revenir au droit de vie et de mort des pères, parce que ce ne sont pas des mères mais des pères. Ce qui enraie l'inceste et la pulsion narcissique c'est de parler de transmission. On ne parle pas de l'enfant chose, on parle de l'enfant de quelqu'un. Qu'est-ce que le père

dans la société post-moderne? Pas celui de P. Legendre, une sorte de simulacre d'autorité toute puissante, mais est que ce serait le père citoyen ?

***Bruno Gravier***

Ce qui est dit de la gestion de l'intimité pose problème. C'est sûr que le psychiatre ne doit pas tout regarder, ni statuer sur tout, ni penser sur tout ce qui se passe dans un certain nombre de relations singulières. Mais le problème est que ce que nous disent les pédophiles est une défense qui fait appel à une certaine protection de leur intimité qui doit éviter toute intrusion de l'altérité : *"ce qui s'est passé entre l'enfant et moi, que ce soit dans le cercle familial voire à l'extérieur du cercle familial, est de l'ordre de l'intimité, et ça ne vous regarde pas."* ou *"C'est une affaire de famille, c'est mon droit, c'est mon pouvoir"*. C'est aussi une façon de nier la violence

Il faut être très prudents, mais il ne faut pas non plus que cette prudence serve à occulter cette dimension. Quand il y a violence on doit se poser la question de la manière d'intervenir, surtout quand nous nous trouvons par notre position thérapeutique, témoins directs ou indirects de cette violence.

***Claude Louzoun***

Cette discussion pose la question de la manière dont on maintient la famille comme cellule de base de la société. L'idée même que la famille est tellement éclatée et qu'elle est tellement perdue dans l'évolution actuelle de cette société post-moderne, c'est l'idée même qu'il faut continuer quelque chose de la famille.

C'est pour ça qu'on va regarder dans la gestion intra-familiale des violences et des abus, parce qu'il faut bien maintenir l'idée même d'une famille et d'une morale de la famille et du juste dans la famille

L'intervention de Jean-Pierre Legendre me paraissait ambiguë: si on se met à poser la question est-ce que l'inceste existe, et est-ce que c'est tabou ou pas, on va très loin puisqu'on remet en cause l'inceste comme tabou fondateur des sociétés humaines,

***Jean-Pierre Legendre***

Pour dissiper ce qui me semblait être un malentendu dans ce qu'en disait C. Louzoun, je ne suis pas du tout pour la déprohibition de l'inceste. Je trouve simplement qu'il y a une distinction à faire entre les pratiques perverses et l'inceste. Je crois que ça ne s'organise pas de la même façon et c'est pour ça qu'il faut faire une différence.

### **3<sup>ème</sup> PARTIE : CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE**

#### **PRESENTATION DE CAS CLINIQUES : CAS N°1**

*Deborah Castagnoli*

C'est un homme d'une trentaine d'années, incarcéré depuis une dizaine d'année, condamné à la réclusion à perpétuité pour assassinats, enlèvements, attentats à la pudeur avec violence, etc. Ses victimes sont des adolescents âgés de 16 à 21 ans.

Pendant longtemps il a réclamé un traitement psychiatrique qui, faute de moyens dans la prison, n'a jamais pu se faire. Entre temps une relation de confiance s'était cependant nouée avec un infirmier avec lequel je suis ce patient depuis un peu plus d'une année à raison d'un entretien par semaine.

Avant la prise en charge, il avait connu une période où il demandait incessamment de l'androcure probablement pour mieux dénier la violence de ses actes. Il a finalement renoncé à ce traitement.

#### ***Les actes commis***

Tout d'abord nous lui avons demandé de remplir un questionnaire pour parler de ses actes le plus précisément possible et pour éviter d'emblée le déni. On s'est vite rendu compte que sa violence était clivée de l'agression sexuelle.

*"Il y a les viols et il y a les meurtres, dit-il et ces deux choses ne sont absolument pas liées".*

A propos des actes, je reproduis ses propos: *"je suis dans ma voiture, c'est à peu près toujours le même scénario, je roule, je roule, c'est toujours après un conflit au travail ou d'autres frustrations professionnelles, je vois un auto-stoppeur, sans penser je le prends. On commence à discuter, tout à coup, ça me vient. Je le menace avec mon pistolet d'alarme, je prends mon petit matériel qui est déjà dans la voiture, menottes, ficelle, bande médicale pour bâillonner et cacher les yeux car je ne supporte pas de voir les yeux de mes victimes depuis que j'ai vu le regard de (...) ma première victime, avant de mourir où il m'a regardé et m'a dit pourquoi.*

*Je me suis rendu compte que tous les auto-stoppeurs que j'ai violés rentraient d'une fête ou allaient retrouver leur famille. Ils étaient tous dans un état de joie, ils allaient tous recevoir quelque chose, un vélomoteur, un cadeau. Ils étaient tous heureux, en tout cas ils en avaient l'air. Ils m'ont tous parlé de leur famille et de leur profession. Ils me plaisaient physiquement. Je m'arrêtais au bord d'une route, je braquais l'arme"*

(c'est assez particulier, il dit toujours on et ne parle jamais à la première personne)" *on met les menottes, on bâillonne, parfois on essaye de les tranquilliser. On*

*va dans un coin isolé, dans la forêt, parce que je me sens à l'abri dans la forêt depuis que j'étais petit. On les attache à un arbre,.. (suit la description des sévices qu'il inflige)*

*Après je les rhabille, un a cassé ses menottes, une bagarre a suivi, il a essayé de s'enfuir. Je l'ai rattrapé je lui ai donné des coups de marteau jusqu'à ce qu'il ne bouge plus. Puis, je ne sais pourquoi pas, je leur ai donné le feu avec de l'essence. C'est depuis (...) ma première victime, que je fais cela. C'est devenu un rite pour moi. Le marteau, le feu. (...)*

*Après ces choses je me sentais dans un état second, sans identité, comme si j'étais vide, comme si je n'étais plus moi-même. Avant l'acte je me sens excité comme quand on saute à l'élastique et pendant je me sens soulagé, c'est après la panique parce que j'ai tué et j'ai peur de me faire prendre. Par rapport à ces victimes j'ai un sentiment de puissance, je suis le fort, il est faible, et je respecte beaucoup plus les victimes qui me résistent et se débattent que ceux qui m'implorant. Je ne supporte pas ça.*

### ***Eléments d'anamnèse***

Il a deux demi-soeurs issues d'une relation de la mère avec un autre homme, dans la quarantaine l'une et l'autre. La mère est enceinte du patient quand le couple se marie. Il n'aurait pas été désiré. Un frère est actuellement en instance de divorce et a coupé les ponts avec la famille après son mariage.

Beaucoup plus tard il parlera de sévices subis dès l'âge de 6 ans, jusqu'à l'âge de 12 ans au cours desquels son père l'amenait dans une maison où il y avait un homme. Il se rappelle vaguement qu'il était en uniforme, mais ne peut pas se rappeler du visage. Le père partait et il était régulièrement violé, il subissait à peu près les mêmes sévices que ceux qu'il a fait subir à ses victimes, il se faisait habiller en petite fille, en petit garçon, il y avait différents scénarios et son père recevait de l'argent après. Cela a duré pendant plusieurs années.

D'après lui son frère aurait coupé les ponts parce qu'il aurait aussi été victime d'abus sexuels par la même personne. Il parle aussi d'un deuxième frère, qu'il déteste parce que c'est le chouchou des parents bien qu'issu d'un lien extra-conjugal de la mère.

Il aurait été placé alors qu'il avait 5 ans, dans un orphelinat, car la mère serait partie pendant une année avec un amant.

Il a une certaine amnésie de cette période mais se rappelle des coups donnés par un éducateur. Lorsqu'il rentre à la maison un an plus tard, sa mère est enceinte de son frère. Le patient aborde un épisode où il est jaloux de ce frère.

Il ne comprend pas la préférence du père pour cet enfant qui n'est même pas probablement le sien, dit-il. Le père est d'origine française et s'est engagé dans la légion pour fuir son propre père. On ne sait rien des relations entre le père et ses parents. Il est décrit comme alcoolique, violent, constamment saoul. Le patient aurait même songé à le tuer avec un couteau de cuisine alors qu'il dormait un après-midi, se rapprochant de lui en silence.

Le couple des parents ne s'entend bien d'après lui que quand il s'agit d'argent, sinon ils se disputent tout le temps. La mère dispense son affection au patient de manière "utilitaire, monétaire". Celui-ci la protège tout le temps, l'idéalise, tantôt a aussi de l'agressivité. Il nous demande d'emblée de ne jamais la rencontrer et de ne jamais rien lui dire.



Quand il nous parlera des sévices qu'il avait subi, ce qui a pris pas mal de temps dans la prise en charge, d'une manière étrange il se balançait un petit peu dans le bureau, comme un enfant, il avait une voix d'enfant et c'était vraiment comme s'il revivait les viols. Il disait même qu'il avait une douleur au niveau inguinal qu'il avait au moment des viols. Ce côté très enfant, avec des mouvements répétitifs du corps était très impressionnant. Après il y a eu toute une période où il se sentait très vide après nous avoir raconté ça, mais tout en disant "*il ne faut jamais que ma mère sache, c'est ce que mon père m'a toujours répété, ça va la tuer, c'est certain*".

Il a été très affecté par la dépression de sa mère après son incarcération. Il dit souvent "*j'adore ma mère, je hais mon père, mais maintenant ce sont deux vieux parents malades, je ne peux rien faire*".

A l'âge de 10 ans il est envoyé pendant trois mois, pour une raison inconnue dans un foyer pour enfants difficiles. Il y a aussi de nombreux épisodes où il se sent humilié vis à vis de ses camarades de classe, notamment une fessée du père devant les autres enfants, ou la mère qui, pour le punir de sa mauvaise volonté scolaire, l'envoie à l'école avec des habits de fille.

Il y a deux épisodes qui sont présents dans l'expertise psychiatrique dont il parle peu. Un épisode où il est réprimandé par sa maîtresse d'école, il s'est précipité sur elle et la bat de toute ses forces et de ses poings, sans retenue, puis âgé de 14 ans il bat un garçon débile de son village qui a aussi 14 ans. Puis il décrit une période idyllique quand il quitte la maison familiale pour aller faire un apprentissage. Il s'entend très bien avec son patron et aurait songé à cette époque devenir prostitué.

Finalement il arrive à terminer sa formation professionnelle et est engagé par la suite dans son village d'origine où il décrit des conflits fréquents avec son chef direct qui lui reprochait ses erreurs, mais ne voyait jamais ce qu'il faisait de bien. Un jour il a failli le défigurer avec une pioche. Un collègue lui arrête le bras juste à temps

### ***Quelques éléments du travail thérapeutique***

D'emblée nous avons remarqué qu'il se positionne toujours en tant que spectateur de sa propre vie et dans les crimes aussi. Nous avons essayé de décrire la séquence d'événements qui survenaient avant les crimes. On remarque qu'il y avait toujours des conflits au travail. Le premier meurtre se passe une semaine avant la fête des mères et tous les meurtres ont été commis avant des fêtes,

Au cours d'un entretien je lui ai aussi fait remarquer que les sévices survenaient quand sa mère sortait pour aller jouer au loto. Je pensais qu'il y avait là un lien et ça semblait effectivement lui parler.

D'emblée j'en ai plutôt fait un problème de perversion narcissique, qui surtout se défendait de la dépendance du thérapeute dans des mouvements affectifs qu'il pouvait avoir par rapport à moi et à l'infirmier.

Le Dr Balier à qui nous avons présenté le cas nous a indiqué qu'il ne fallait pas essayer à tout prix de chercher un sens dans le concret, telle date, telle chose, mais qu'il fallait plus travailler dans l'intersubjectif,

Le patient a finalement accepté que nous rencontrions sa mère et a envisagé de lui dire tout ce qui s'était passé pendant son enfance tout en s'inquiétant qu'elle ait pu le savoir. C'est sa grande question.

Je pense que cette question devait lui trotter dans la tête avant les crimes: est-ce qu'elle ne le savait pas? N'était-elle pas complice? Est-ce qu'elle n'était pas consciente de ce qui se passait puisqu'il avait présenté des troubles du comportement, à savoir qu'il se tapait énormément la tête contre les murs jusqu'à se sentir vide.

Il a envie de lui dire, de lui demander, mais aussi il a peur avec un fantasme d'anéantissement pour lui-même, c'est à dire "si je lui dis, si je lui demande et qu'elle me dit oui je le savais, c'est fini, je suis fini". Ou je la tue ou je me tue, il n'y a pas d'autre solution. Est en question l'anéantissement d'une sorte de dyade entre sa mère et lui, où un des deux sera forcément détruit.

Nous n'en sommes, bien sûr qu'aux prémices d'un travail thérapeutique.

## PRESENTATION DE CAS CLINIQUES : CAS N°2

*Valérie Le Goff*

Il s'agit d'un jeune patient, âgé de 18 ans au moment des faits et qui vient d'avoir maintenant 20 ans. Il est l'aîné d'une fratrie de 4 enfants dont 2 seulement sont survivants. Le premier enfant né dans la famille serait une fille, décédée à la naissance d'une circulaire. Ensuite est venu notre patient, puis un autre garçon, puis il y a eu une autre grossesse dont le patient dira au début qu'il ne sait pas ce qu'est devenu l'enfant. Quand je le questionnais à ce sujet il ne pouvait guère répondre et avait une sorte de conviction mystérieuse que cet enfant existait quelque part sans qu'il puisse dire où. Il s'agit d'une famille que l'on qualifierait de « à problèmes », le père ayant été un alcoolique extrêmement violent et la mère étant décrite comme étant aussi légèrement alcoolique, sous tutelle.

### ***F. a été un enfant battu,***

Maltraité surtout par son père; cette maltraitance a nécessité son placement en institution dès l'âge de 3 ans. Son frère a également par la suite été placé, mais plus pour des problèmes de vie à la maison (hygiène, nutrition) que pour des problèmes de maltraitance physique réelle. Il a pratiquement passé toute sa vie en institution, ayant rapidement manifesté des problèmes d'acquisitions scolaires nécessitant plus tard un placement en institution spécialisée. Il a également fait des crises épileptiques grand mal ayant nécessité un suivi pendant plusieurs années pour un problème méningé mais qui n'a pas été opéré. Actuellement il n'a plus de traitement, et ne présente pas de symptomatologie de type épileptique.

F. présente un quotient intellectuel très bas, d'environ 70. Durant toute son enfance et son adolescence en institution il a toujours gardé des contacts avec ses parents et a toujours voulu les voir, se mettant dès que possible à fuguer pour rentrer chez lui, ce malgré les mauvais traitements que son père continuait à lui faire subir. La famille elle-même avait de très mauvais rapports avec les directions des institutions et faisait tout son possible pour le récupérer. Toutes les tentatives de formation ou d'apprentissage se sont soldées par des échecs. La scolarité la plus longue a été suivie dans un centre de jour, ce qui lui permettait d'être quand même à la maison vers l'âge de 14 ans. Il a beaucoup insisté pour obtenir cela ce qui a correspondu à une période où son père ne pouvait plus tolérer sa présence. Non seulement il le battait, mais il lui arrivait également de le jeter dehors, le patient devant alors se débrouiller comme il pouvait pour dormir quelque part. C'est ainsi qu'il a commencé à aller chez des gens qui étaient plus ou moins des copains de bistrot du père.

Très rapidement il va nous confier qu'il a été abusé par deux de ces hommes chez qui il pensait avoir trouvé un abri pour la nuit. A l'époque il n'en a pas du tout parlé. Quelques temps après le couple parental a fini par se séparer et il a pu s'installer à la maison avec sa mère et son petit frère.

Vers 17 ans ayant fini par échouer dans les dernières tentatives d'apprentissage mises en place pour lui, il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et a commencé à vivre une relation dyadique fusionnelle avec la mère en dépit de la présence du frère à la

maison. La rente était gérée par son tuteur, toujours sous la responsabilité du Service de la protection de la jeunesse. Il ne faisait rien de toute la journée, ne s'intéressant à rien hormis aux voitures. Sa mère lui paye une place de parking en bas de la maison, où il possède une vieille carcasse qu'il retape plus ou moins, et dans laquelle il peut passer des heures le regard vide et en s'imaginant qu'il roule. Cette voiture est une chose extrêmement importante car c'est le seul point commun qu'il a avec son père qu'il décrit comme aimant beaucoup la mécanique. Depuis la séparation du couple parental il n'a quasiment plus revu son père qui n'accepte pas d'avoir ce fils mis au bénéfice d'une rente, préférant le voir comme un bon à rien et un fainéant plutôt que comme un handicapé.

F. passait donc toutes ses journées à la maison, aidant un peu sa mère, ayant également de vifs conflits avec elle, allant jusqu'à la battre si elle ne lui donnait pas ce qu'il voulait, pouvant également se montrer menaçant ou violent vis à vis de son frère. Il s'est toujours montré extrêmement jaloux de ce petit frère qui n'a pas été pour ainsi dire battu et qu'il a longtemps perçu comme étant le préféré du père, pouvant passer les week-ends avec celui-ci alors que lui-même en était totalement exclu. L'ambiance à la maison était marquée par une fantasmagorie incestueuse importante, F. passant beaucoup de temps à épier sa mère pendant qu'elle visionnait des cassettes pornographiques étant dit-il lui-même plus ou moins caché derrière le canapé du salon.

### *Les délits*

Il y a quelque chose de très frappant quand on discute avec lui: il est extrêmement limité sur le plan intellectuel, doté d'un vocabulaire d'une pauvreté impressionnante, sauf en ce qui concerne la voiture et le sexe. Dans ces deux domaines il se manifeste comme en maîtrise de la situation, il sait tout, a tout vu, a tout entendu et n'a vraiment rien à apprendre de personne, même au niveau du vocabulaire. C'est pendant cette période de désœuvrement, de relation très fusionnelle et très violente avec la mère qu'il a commencé à commettre ses délits, c'est à dire qu'il a abusé de plusieurs enfants, de 3 à 14 ans, les abus consistant en des fellations, masturbations et sodomies.

Il y a eu une sorte de gradation à la fois dans la violence et dans la gravité des actes. Cela a commencé dans sa voiture avec des garçons plutôt grands, séances de masturbation en commun avec un garçon de 14 ans. Celui-ci lui aurait raconté qu'il avait violé sa petite soeur de 4 ans et n'avait pas été surpris quand F. lui avait proposé de le sodomiser. Quand F. raconte cette scène, il ne semble pas percevoir ce garçon comme ayant abusé de la petite soeur. Il semble surtout craindre la réaction des parents si ceux-ci pouvaient être mis au courant. Quant à ce qu'ils font, il le perçoit comme une activité commune survenant sur le même plan et dans la même tranche d'âge. C'est avant tout l'adulte qui est perçu comme un abuseur, pas son camarade âgé de 14 ans et au départ pas lui non plus. Il a également abusé d'enfants dont les parents qu'il connaissait lui avaient confié la garde. En général il attirait toujours les enfants plus ou moins par des éléments de séduction, des bonbons, des cadeaux, de l'argent, des promesses, etc.. Par contre, l'enfant le plus jeune et dont il garde le souvenir le plus précis est également celui avec lequel cela c'est passé de la manière la plus violente. Il avait réussi à l'attirer dans la forêt, un petit bois qui est juste à côté du quartier d'immeubles dans lequel il habite, et là il agissait avec force, sans discussion, violant l'enfant en le maintenant, le bâillonnant pour ne pas entendre ses cris, etc.

***Lors de son arrestation, le sentiment qu'il décrit avoir tout d'abord ressenti était de la surprise.***

Il était avant tout surpris que les enfants en aient parlé à leurs parents, et il était tout aussi surpris que les parents aient porté plainte. Il tombait littéralement des nues, évidemment puisque lui n'avait jamais parlé de ce qui lui était arrivé à ses parents, Lorsque plus tardivement sa mère l'a appris, elle n'a eu absolument aucune réaction, se déclarant simplement surprise que ces gens qu'elle connaissait sous un bon jour aient pu faire des choses pareilles. En effet, quand il avait essayé de parler à sa mère des hommes qui l'avaient abusé, et ce sur le conseil d'un pasteur, il était allé voir cet homme avec sa mère. L'homme avait nié, avait accusé F. de mentir, de fabuler et la mère avait en quelque sorte acquiescé dans le sens de l'abuseur prétendant que cela devait être une erreur ou une incompréhension entre eux.

***Quand les entretiens ont débuté ils ont été très difficiles.***

Il ne comprenait pas en grande partie ce que nous lui disions. Par exemple, il ne savait pas ce que signifiaient les mots "questionnaire, isolé, sentiment". Il y avait donc une grosse difficulté de communication, la seule chose qu'il arrivait à raconter de façon extrêmement aisée et fluente étant les délits. Il ne les a jamais niés, n'a jamais accusé les enfants de l'avoir séduit ou de l'avoir provoqué. Il percevait clairement que les enfants n'étaient pas tellement d'accord, mais cela ne le gênait pas trop. Par rapport à ces événements j'ai ressenti la plus phénoménale contre attitude que j'ai jamais eue. En effet, quand il me racontait comment il violait cet enfant de 3 ans, avec une sorte de sourire qui n'est même pas un sourire vague de débile mais vraiment un sourire amusé de quelqu'un qui se rappelle un bon souvenir, je pouvais ressentir moi-même à son encontre des pulsions extrêmement violentes. Il ne disait d'ailleurs jamais je l'ai violé ou je l'ai abusé, il disait je me suis amusé.

Je l'ai suivi en co-thérapie avec une infirmière, qui tout de suite a réussi à établir un bien meilleur rapport que le mien avec le patient. Elle percevait plus vite que moi les moments où il ne comprenait tout simplement pas les termes que je pouvais employer alors que moi-même je les pensais très simples. Elle a rapidement pris une position plus neutre mais plus bienveillante quand même de "traductrice", traduisant ma pensée en termes plus simples, et aidant le patient à formuler la sienne. En dépit de ces éléments de traduction, le manque de vocabulaire était tel que nous ne trouvions pas de moyen de le mettre en contact avec ce qui se passait à l'intérieur de lui avec ce qu'on peut appeler des sentiments, avec aussi le fait qu'il avait commis des délits, mais qu'il avait lui aussi des droits en tant que victime qui n'avaient jamais été reconnus.

***Au bout d'un moment nous avons du imaginer un nouveau mode de communication en particulier pour exprimer des sentiments.***

Tous les sentiments étaient pour lui traduits par le même mot, la surprise, alors qu'il avait pu ressentir suivant les circonstances de la colère, de la rage, de la joie, etc. Nous avons donc imaginé de passer par la symbolique des couleurs afin de l'aider avant tout à identifier ce qu'il pouvait ressentir. Chaque fois qu'il relatait une histoire quelconque, nous lui demandions quelle couleur il ressentait, il avait l'impression de voir à l'intérieur de lui. Puis progressivement il a été possible d'établir un lien entre la couleur et l'intensité, puis la nature même d'un sentiment ressenti. A présent, il est armé d'un vocabulaire plus étendu et a la possibilité de s'exprimer directement avec différentes personnes, que ce soit l'infirmière référente ou moi-même. Il peut également

me percevoir autrement que comme quelqu'un de menaçant qui lui dit toujours des choses qu'il ne comprend pas et devant lequel il faut fuir. La fuite a toujours été sa technique, dans tous ses essais de formation, en particulier à chaque fois qu'il se trouvait confronté à des choses qu'il ne comprenait pas. Il lui était alors impossible de dire qu'il n'avait pas compris et il prenait la fuite en général au bout de 2 ou 3 jours de stage. Il est désormais capable d'exprimer son incompréhension et peut donc en retour recevoir une réponse et des explications.

Dans la même démarche, il est en train actuellement de porter plainte vis à vis de ses abuseurs, démarche qu'il fait seul avec l'aide de son avocat et non plus en attendant désespérément que ses parents la fasse à sa place. Il a compris que personne ne le ferait pour lui et il a également manifesté un désir de comprendre ce qui pouvait se passer également en lui. Il peut dire qu'il est lui-même un danger et que c'est pour cela qu'il se trouve dans une prison, et, quoi qu'il lui en coûte et très vraisemblablement, il ne retournera pas chez sa mère au moment de sa sortie, mais il ira plutôt dans une institution. Il n'est pas certain que sa mère ait aussi bien compris que lui ce qui va se passer dans l'avenir. Elle a en effet changé d'appartement, prenant un logement plus petit où il n'a plus de chambre à demeure, mais dans le même temps elle a continué à lui envoyer des double messages ayant au moment du déménagement vendu son propre lit pour garder celui de F. dans lequel elle dort.

Il est désormais capable de qualifier de manière extrêmement positive les entretiens que nous avons et qu'il aimerait pouvoir continuer, même après son incarcération. Il peut en parler de manière très touchante, expliquant qu'il est important de parler car si lui-même oublie ce qui s'est passé, ce sera pour les enfants comme si rien ne s'était passé et c'est ce qu'il peut y avoir de pire. Il commence également à essayer de dérouler un peu son schéma fantasmatique, mais avec ses moyens et son authenticité. Pour l'instant il ne s'agit que d'une question d'occasion, et décrit les délits comme non préparés et découlants en fait d'un assemblage de circonstances rendant la réalisation du délit possible.

#### ***Quant aux sentiments ressentis lors des actes.***

Il décrit avant tout une immense rage, mêlée à une très grande peur de se faire prendre et d'être vu. Au moment du délit, surtout avec la plus jeune de ses victimes il décrit être possédé par une sorte de rage aveugle en même temps qu'il revoit, semble-t-il d'une manière très photographique, des films où lui-même était la victime. Il avait bien sûr à ce moment là peur d'être pris mais aussi peur d'autre chose, une chose qu'il ne parvient pas à définir. Cette peur indéfinissable prend dans son récit quasiment le pas sur la rage. C'est la rage qui le pousse à entamer l'acte, mais c'est cette espèce de peur étrange qui parvient à le maintenir dans l'acte jusqu'à la fin. Il ne décrit par la suite pas de honte ou de repentir mais plutôt la peur d'être vu ou dénoncé. Il n'a une nouvelle fois que peu de notion que l'enfant risque de parler aux adultes et surtout que les adultes vont lui rendre une réponse adéquate, c'est à dire l'écouter et le défendre. Actuellement nous en sommes là dans la prise en charge.

C'est un patient qui effectivement est très limité intellectuellement, mais dont la capacité émotionnelle m'a surprise. Je pensais bien pouvoir lui apprendre un certain vocabulaire, mais j'ai été néanmoins étonnée de voir tout ce qu'il arrivait à y mettre. La profondeur des émotions qu'il pouvait avoir a été aussi pour l'infirmière co-thérapeute

une grande surprise. Dans la vie quotidienne il se débrouille très bien compensant la limitation intellectuelle par une sorte de ruse et de pensées extrêmement utilitaires. Il est tout bêtement doué pour survivre. Peut-être que son expérience de vie dans la rue lui a aussi appris à se débrouiller et c'est peut-être paradoxalement à cause de cette capacité de débrouillardise que le traitement risque de se retrouver bloqué. En effet, dans quelle mesure va-t-il essayer de nous fournir des choses qui vont nous faire plaisir afin de nous maintenir comme bonnes envers lui.

*Nous l'avons comparé à un enfant sauvage.*

Peut-être est-il comme tous les enfants qui finalement ne font des progrès que pour faire plaisir à leurs parents. Est-ce une dynamique ou un frein à la thérapie cela reste à déterminer. Je n'ai guère d'ambition démesurée, mais je pense que c'est une personne qui va pouvoir améliorer nettement son fonctionnement psychique, être beaucoup plus humain dans sa relation affective, dans sa relation aux sentiments, à la tendresse. Peut-être pourra-t-il dépasser la relation humaine réduite à un acte bestial, mais je ne l'imagine pas évoluer et développer des objets internes, développer un "équipement" dont il ne dispose pas à la base. Je ne suis peut-être pas très optimiste, mais d'un autre côté les histoires des enfants sauvages comme celles qui sont relatées dans le livre de Lucien Masson sont très tristes, parce que au bout du compte ces enfants sauvages sont fréquemment abandonnés par les gens qui les avaient pris en charge.

Quand ses thérapeutes et ses éducateurs se rendaient compte que leur petit patient ne pourrait aller aussi loin qu'ils l'avaient espéré, la blessure narcissique était trop grande et aboutissait à un rejet et un abandon de l'enfant. Pour ma part, je préfère partir avec des objectifs très limités et avoir peut-être de bonnes surprises.

## DISCUSSION

### Le contexte de la prise en charge

#### *Valérie Le Goff*

Je travaille dans un secteur de détention préventive, il s'agit donc de gens qui n'ont pas encore été jugés. Je vois ce jeune homme dans le cadre de l'unité psychiatrique d'une prison préventive, où on peut faire une prise en charge pluridisciplinaire avec une psychologue, une assistante sociale, des infirmières, des ateliers d'ergothérapie.

C'est une unité de 14 lits, uniquement réservée aux hommes. On sait d'emblée qu'on part avec une donnée temporelle limitée, qui va au maximum jusqu'à environ deux ans. Après, en général les jugements interviennent et les gens sont transférés en exécution de peine.

#### *Deborah Castagnoli*

La particularité du cas que j'ai présenté est que c'est lui qui a fait la demande. Sa démarche était volontaire sans injonction ni obligation de soin. Il est condamné à la réclusion à vie, sans date limite de sortie. Je le vois une fois par semaine dans le cadre de consultations régulières que je fais dans cette prison, toujours avec cet infirmier.

### Le développement de l'affectivité de F.

#### *Valérie Le Goff*

Il a fallu en tout cas 5 mois pour que ça commence. Comment ? En essayant de passer par quelque chose qui n'était pas verbal puisqu'on n'avait pas accès au verbe, pas tout de suite.

Cela s'est fait de façon parallèle, au fur et à mesure, en attirant son attention sur les couleurs qu'il pouvait y avoir à l'intérieur de lui. Que pouvait-il ressentir comme couleur, ou comme chaleur, ou comme froid, ou comme douleur, avec des éléments qui essayaient de correspondre à ce qu'il pouvait ressentir physiquement parce que ça il savait ce que c'était.

Il a progressivement appris à mettre des mots sur ses sensations et ensuite à les faire correspondre avec des sentiments. Là où on n'est pas encore bien arrivé c'est faire le lien entre les sentiments qu'il peut ressentir à un certain moment et ce qui peut se passer à l'extérieur ou le lien qu'il peut faire avec une pensée ou quelque chose qu'on-dit, en fonction de ce que l'on parle. Si on parle de sa mère par exemple, ou de son frère, il est capable d'établir des liens très rapides. Mais si on parle plus de ce qui se passe dans la relation avec le groupe, avec d'autres patients, c'est beaucoup plus difficile parce qu'on aborde immédiatement des choses qui ont trait au conflit ou à sa façon de gérer le conflit en essayant en fait de l'éviter à tout prix. On retombe alors dans quelque chose qui est le résidu de ses fugues. Il n'arrive plus à fuguer physiquement alors il fugue dans sa tête et passe à autre chose. L'affectivité nous est devenue perceptible. Il en est devenu conscient au fur et à mesure qu'il acquerrait un outillage de verbe, un outillage de perception, de réception et de retransmission vers nous à l'extérieur.

#### *Alain Chabert*



**Pourquoi voyez vous ces patients?**

Est-ce que la source de cette rencontre est dans la personne que vous voyez ou est-ce que elle est liée à la mission qui vous est confiée par l'institution qui vous rémunère? De quelle manière peut on combiner ces deux inducteurs de la rencontre

Ce que vous racontez induit des sentiments négatifs par l'extrême violence des actes commis...

**Nous nous trouvons en face d'un abuseur abusé, ou plutôt d'un abusé abuseur, ce qui pose la question: y-a t'il une sorte de cause dans cette histoire?**

Est ce que ce qui s'est passé il y a plus longtemps, quand il était petit, est la cause de ce qui se passe maintenant? Mais alors ce causalisme dont il souffre, au fond c'est dans lui, c'est dans celui qui lui parle. Qu'est-ce que cette histoire qui a précédé une histoire produit sur le contexte, et est-ce qu'on est dans une rédemption?

Il y avait du sexe et puis il y avait de la mort ou de la violence. **Est-ce qu'il tue parce qu'il a eu une relation sexuelle ou est-ce d'abord la violence?** Le reste ne viendrait alors que comme une peinture surajoutée à une histoire essentiellement de violence à l'autre.

***Deborah Castagnoli***

Pour répondre à la première question, il est clair que c'est sa demande. Il y a d'autres patients où c'est beaucoup plus intriqué. Notamment ceux qui doivent être vus parce qu'ils sont sous le coup d'une mesure d'internement en raison de leur dangerosité. Pour ce patient il y a eu aussi des demandes insistantes de la part des autorités parce qu'il y a le risque qu'il sorte un jour, mais il n'y a jamais eu de véritable pression sur nous.

Dans un premier temps après sa mise en détention il était opposé à toute prise en charge. Il refusait de voir un psychiatre. Dans un second temps il s'est rendu compte que la notion d'une sortie possible avait cheminé dans sa tête. Je le vois comme je pourrais voir un patient en polyclinique, qui vient vers moi et qui me demande un suivi. Je crois que pour lui en particulier il y a peu de parasitage par une injonction de soins comme pour d'autres patients.

**La contre attitude n'est - elle pas ce qu'on appelle banalement la haine?**

***Deborah Castagnoli***

Je crois que dans les contre attitudes il n'y a pas que de la haine. Ca peut être aussi d'emblée de la déception, c'est aussi une contre attitude. Ca peut être de l'épuisement d'emblée parce qu'on s'imagine que ça va être lourd et insupportable, ou de l'irritation. Je ne pense pas forcément que dans la contre attitude il n'y ait que de la haine.

***Bruno Gravier***

Dès que l'on évoque les délinquants sexuels et nos contre attitudes on doit aborder la question de la haine. Il ne faut cependant pas perdre de vue que dans tout

travail sur le soin il y a des contre attitudes qui passent par une large gamme d'émotions, de la plus tranquille à la plus violente.

Ce qui est particulier, c'est que justement ça devrait être de la haine, on s'attend à trouver de la haine, et qui dit haine dit absence d'interlocuteur. Il y a la haine aveugle ou la haine qui méconnaît. En fait on est confronté à tout un tas de choses qui nous surprennent. C'est beaucoup plus vaste, c'est beaucoup plus diffus que de la haine car il y a justement un interlocuteur.

### **La question de la causalité**

#### ***Deborah Castagnoli***

Nous ne pouvons pas nous empêcher de faire des liens et des interprétations parce qu'on est devant quelque chose d'incompréhensible et de monstrueux. Il y a un effet apaisant de trouver une compréhension, ou de donner un sens. Dans un premier temps, en tout cas pour mon patient ,je pense que les liens sont plus dans ma tête que dans la sienne. J'espère que tôt ou tard il pourra s'approprier quelques uns de ces liens et en faire quelque chose qui se construit.

#### ***Valérie Le Goff***

Je ne vois pas très bien comment j'aurais pu m'intéresser à ce patient en tant qu'abuseur sans m'intéresser à lui en tant qu'abusé, ce qui aurait été extrêmement parcellaire et non une vision complète de la personne. Lui en particulier ça ne lui aurait pas permis de comprendre quoi que ce soit. De toute façon une histoire personnelle n'est jamais une histoire linéaire et là on voit bien qu'on n'est pas du tout dans le cadre de la linéarité.

#### ***Bruno Gravier***

Il est intéressant que la question de la causalité se pose de cette manière pour ce type de patient dans ce type d'histoire alors que pour d'autres patients il y a des événements de vie parfois dramatiques, des décès, des deuils, des agressions, qui ne sont pas vécus par le thérapeute en termes de causalité.

Ce n'est pas une constante, mais quelque chose qui revient avec insistance. Cette notion d'abus est présente dans la vie des abuseurs que l'on traite.

Est-ce de l'ordre de la pérennisation? Comment se produit la répétition du vécu traumatisant? On est encore loin d'être au clair, mais, par contre, on sait que si on veut les aider c'est sur cette question qu'il va falloir travailler. C'est sur ce qui s'est passé dans leur vécu de victime. Leur propre représentation de ce qui a été tué en eux et de ce qui est de l'ordre d'un déni d'humanité inscrit en eux et répété à travers l'acte.

Il est clair que la question sexuelle s'absente très vite des termes où on peut concevoir la sexualité, elle se parle en termes de violence et on est tout le temps dans la violence. Cette violence se présente dans des contre-attitudes massives telles qu'elles ont été décrites. Le déni de l'humanité est quelque chose qu'on est obligé de recevoir de plein fouet pour pouvoir avancer avec ce type de patient. On voit bien qu'il est question d'un au-delà de la mort, un au-delà de la négation, qui n'est pas le déni d'existence du

psychotique, mais qui est quelque chose d'autre qu'on est bien loin de pouvoir se représenter.

***Claude Louzoun***

Qu'est ce qui aurait présidé au choix de ces deux cas? Est-ce l'esquisse d'une typologie des patients que vous voyez, ou est-ce que ce sont simplement des cas qui vous ont plus parlé ou interpellé que d'autres?

Ce qui m'intéressait aussi c'est de souligner dans les deux cas le niveau de déficience mentale, non pas de difficulté d'élaboration ou de perlaboration psychique, mais vous avez utilisé le terme, et deux fois, de déficient mental.

**Est-ce qu'il y a un lien clinique entre ce type de perversion et quelque chose du niveau intellectuel dans ce que vous en ressentez dans votre pratique?**

D'une certaine manière qu'est-ce qui vous retiendrait de les caractériser par rapport à des catégories cliniques plus connues, plus classiques dans la psychiatrie?

***Valérie Le Goff***

Ce qui me retient d'emblée, c'est que je n'aime pas les étiquettes et que je trouve que les gens évoluent même quand ils sont censés être fixés quelque part.

Déficience c'est par rapport à certaines capacités standards qu'on peut attendre de quelqu'un du même âge, etc. Je ne veux pas parler d'un quotient intellectuel ou de choses de ce type. Nous n'avons pas choisi les cas présentés par rapport à ça.

Ce sont des cas qui nous ont beaucoup touchés. En ce qui me concerne celui là m'a plus touché certainement parce que émotionnellement il m'a le plus bouleversé. Je n'ai jamais eu une telle contre attitude vis à vis d'un autre patient. C'est aussi une de ces situations où justement le thérapeute à mon avis doit sortir de ses étiquettes, de sa formation, où il doit aller vraiment à la rencontre de l'autre.

Il ne s'agit plus de parler symboliquement la langue de l'autre, il s'agit de créer un "proto langage commun" ce qui réclame d'essayer d'imaginer quelque chose, de se fier à son instinct, de se laisser aller à certaines de ses émotions et pas à d'autres. Ceci réclame un investissement personnel qui est autre qu'intellectuel et c'est en ça que ça m'a beaucoup plus touchée.

***Deborah Castagnoli***

Le patient dont je parle est loin d'être bête, par contre, il a effectivement des déficits énormes au niveau de sa capacité de fantasmatisation. Pourquoi ai je choisi de le présenter? je crois que le décalage qu'il y avait entre le bruit qu'ont fait les médias, le nombre d'articles qu'on a pu lire sur lui et l'impression que j'ai eu la première fois que je l'ai rencontré, a été une leçon de vie professionnelle. D'emblée j'avais l'idée de quelqu'un d'extrêmement cruel, de méfiant, de froid, de calculateur comme je l'avais lu.

Je m'interrogeais sur la nature de sa demande. Qu'est-ce qui se trame? Avec cette méfiance qu'on a d'emblée pour tout patient qui a une structure perverse. on se dit mais il doit y avoir le désir de quelqu'un d'autre quelque part et je vais me trouver devant quelqu'un qui va me dire : "voilà maintenant dites moi comment ça se passe et où est le problème".

Mais à mon étonnement c'est quelqu'un qui avait beaucoup de sentiments **apparemment** authentiques. J'ai eu à la fois un mouvement de contre attitude au

moment où il a parlé des crimes, mais en même temps un mouvement assez rapide d'empathie et d'étonnement.

### ***Valérie Le Goff***

La personne doit être prise dans la globalité de sa famille, de son historique et de sa généalogie. Je cherche à l'inscrire dans cette dimension puisque rien n'est plus connu qu'un secret de famille comme chacun sait.

Je suis très embêtée par le fait que ça puisse être perçu comme une causalité, comme quelque chose de linéaire, qui va nous donner toutes les réponses. C'est une donnée qui va circuler dans un système et c'est la circulation et la dynamique dans le système qui va pouvoir, peut-être, nous aider à en tirer quelque chose de thérapeutique.

### ***Jean-Pierre Martin***

Nous nous trouvons dans les deux cas de figures de l'approche des patients en général. Soit il se présente avec une demande et on s'interroge sur ce qui fait qu'il nous fait cette demande à ce moment là. Le deuxième cas de figure c'est ce que nous appelons "apprivoiser" quelque chose du patient pour comprendre ce qu'on fait là et ce qui va se passer avec lui.

C'est ce qui m'a le plus frappé dans les deux façons de présenter des situations. Il y a quand même une certaine tendance à trouver une interprétation à ce qui se passe et je reprendrais la question d'A. Chabert: à qui s'adresse l'interprétation dans un tel système? Est-ce qu'elle s'adresse au patient ou est-ce qu'elle s'adresse à l'institution et plus loin à l'attitude du corps social? C'est une question intéressante, parce qu'elle interfère considérablement dans ce qu'on peut appeler transfert et contre transfert.

### ***Franck Chaumon***

Il est intéressant d'essayer de trouver dans les modalités de travail des autres les contrastes qui nous permettent de mieux penser les nôtres. Je trouve qu'en effet nous sommes forcément confrontés peu ou prou aux mêmes questions.

Je voudrais revenir à la question d'A. Chabert sur la causalité: le fait de dire abuseur abusé, la causalité qui vient comme ça, c'est à dire que ce monstre a été victime d'un autre monstre pourquoi surgit-elle à un moment précis ? Cette pensée qui vient comme un premier niveau d'explication, il se trouve qu'en même temps c'est une pensée assez apaisante pour la société. C'est une pensée qui tout d'un coup met du sens et qui d'une certaine manière fait taire l'horreur de l'acte tel qu'il peut être largement déroulé par les médias. Dès lors qu'un abuseur qui a fait des choses horribles a été lui-même en tant qu'enfant dans une période où il était sans défense, victime d'un autre monstre, alors quelque chose peut-être est apaisé du fait qu'on trouve du sens.

Est-ce que cette idée là n'a pas un certain impact, est-ce qu'elle n'a pas la même fonction d'une certaine façon quand on est pris soi-même dans ce champ? Il peut se trouver que les patients que vous rencontrez sont des cas publics, sur lesquels il y a des enjeux très forts.

On vit tous ça, par exemple: je travaille dans un hôpital de jour pour enfants. La pensée qu'à un moment donné on tient la cause lorsqu'on vient à apprendre quelque chose d'un secret familial, vient régulièrement dans des mouvements transférentiels.

L'appel à la cause familiale est quelque chose d'extrêmement soulageant pour les praticiens. Il se trouve que ce n'est jamais à n'importe quel moment que l'on se raccroche à cette idée d'une reproduction, d'une transmission directe. Chez certains enfants autistes, ce qui est insupportable (c'est peut-être pour ça que je pensais à l'horreur de l'acte) c'est probablement de laisser ouvert cette histoire de cause.

Faire que le sujet endosse en lui-même la responsabilité de son symptôme. C'est ce à quoi me faisait penser la question de A. Chabert, l'idée d'une répétition que l'on puisse ainsi cerner dans le réel est un recours possible par rapport à quelque chose qui est beaucoup plus inquiétant, qui est la répétition propre du sujet lui-même. On l'a entendu beaucoup dans ce qui nous a fait retour de la critique des théories psychanalytiques de l'autisme: c'est la faute aux parents. C'est quelque chose qui fait retour à un moment donné, mais je pense qu'on est pris non seulement dans nos propres mouvements transférentiels, mais dans les idées du temps plus ou moins soutenues par une époque dans la représentation qu'on fait de l'irreprésentable. Notre problème est de nous affronter à ça.

### ***Bruno Gravier***

L'engagement thérapeutique repose sur notre choix. Sur le même type d'engagement thérapeutique que chacun d'entre nous peut avoir en situation de soin, mais dans un lieu effectivement particulier.

Il est important de voir les étapes que ce patient (cas n°1) a franchi: pendant tout un temps il était dans le déni de l'acte et a réclamé des soins de façon extrêmement maladroite, en demandant une castration chirurgicale partielle, un traitement à l'androcure ou en demandant aussi à changer de sexe pour pouvoir aller se prostituer, toute une série de demandes qui restaient en suspens sans réponse articulable par l'institution.

Il a été placé dans une division de haute sécurité, surtout pour le protéger des autres détenus. Il a fallu aussi se protéger du regard des médias. La pression médiatique ou la pression sociale ce n'est pas rien quand on soigne des gens de cette nature.

Petit à petit il réclamait des soins avant que les moyens existent. Ça a été pour certains une illustration des insuffisances de la société dans la prise en charge de ces patients. On voit très clairement aussi que combien une telle situation peut servir à la résurgence d'un discours ultra sécuritaire lié à la revendication d'un traitement qui ne pouvait être proposé - même avant toute indication ou toute évaluation de la possibilité d'un soin et toute définition de ce soin -. On était pas du tout dans une injonction, mais plutôt dans un au delà de l'injonction. Il devenait évident que l'absence de réponse ne pouvait être que le prétexte à un discours violent et incapacitant , tant vis à vis de l'institution que vis à vis de l'équipe soignante. Celle ci devenant en dernier lieu le bouc émissaire de toutes les frayeurs.

Par contre quand nous avons pu le rencontrer dans une dimension qui soit autre chose qu'un alibi ou une apparence de réponse mais une véritable réponse qui s'inscrit dans une éthique du soin, nous avons été surpris par son investissement, malgré le poids et la violence que cet investissement pouvait représenter pour les soignants et indépendamment de tout discours pronostic sur son devenir. Cela a aussi permis d'articuler une parole sur ce qui se passait et sur ce qui était en jeu, tant vis à vis de nous même que vis à vis de tous les partenaires concernés.

## REPERES DANS LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS D'AGRESSIONS SEXUELLES

*Claude Balier*

Les contre-attitudes concernent les réactions individuelles spontanées de chacun lors de la prise de connaissance des faits. Dans le cas qui nous occupe le problème est compliqué du fait qu'il s'agit d'une agression touchant un domaine sensible: la sexualité, évoquant inévitablement la perversion. Or celle-ci est chargée de tout un passé: au XVIIème siècle, à la veille du "siècle des lumières", on brûlait encore les sodomites. Les religions, surtout la religion catholique, ont obscurci le jugement porté sur ces faits par des considérations éthiques violentes.

Les premières approches scientifiques, à la fin du XIXème siècle, contemporaines du "criminel né" de Lombroso, étaient centrées sur une origine constitutionnelle ne laissant pas de place à un espoir thérapeutique. "Inamendable", "incurable", "inaffectif", sont des adjectifs qu'on retrouve souvent accolés à un diagnostic de perversion ou de perversité, encore de nos jours.

Freud a reconsidéré le problème, mais avec beaucoup de prudence. Tout ceci explique les contre-attitudes actuelles:

- soit l'horreur du crime fait naître une position affective de rejet, de dégoût, telle qu'elle entraîne un jugement radical qui ne permet pas d'étudier les faits de manière objective et scientifique. Aucun progrès n'est à attendre de ce côté.

- soit, afin de prendre le contre-pied d'une telle attitude, certains praticiens sont amenés à nier le phénomène singulier de la perversion. Ils rejettent le concept même, ou bien pratiquent l'angélisme en admettant qu'il s'agit d'une "maladie" à traiter tout comme une autre, en esquivant les difficultés particulières à cette organisation mentale.

Cette façon de raisonner n'est pas étrangère à certaines dérives de la transformation de la pratique psychiatrique après la guerre: en donnant des conditions de vie normale aux malades, la guérison vient naturellement.

- parfois, étant donné les affects mobilisés, des attitudes passionnelles se déploient: "ceux qui s'occupent de pervers ne peuvent être que pervers eux-mêmes".

- pour éviter toutes ces positions basées sur les réactions affectives, certains auteurs recommandent de ne plus employer le mot "perversion"; ainsi J. Mac Dougal parle de "néo-sexualité". Ce qui semble très discutable. Nous devrions pouvoir utiliser les termes adéquats, pourvu que nous soyons capables d'en donner une définition claire.

Comme son nom l'indique, le contre-transfert se manifeste dans le cadre d'une relation thérapeutique, en réaction au transfert du patient sur le thérapeute. Or les patients en question font preuve de transferts massifs, impliquant: désir de possession, jalousie, séduction, agressivité, etc. ... Le problème est moins de rester neutre, conformément à la recommandation traditionnelle, que d'être indestructible, c'est-à-dire capable de continuer à penser malgré la violence des affects déclenchés.

La "neutralité bienveillante", selon le terme consacré, doublée d'une écoute, ne suffit pas avec ces patients qui sont confrontés à des défenses de type primaire: clivage, déni, blocages, etc. ... Le thérapeute ne peut se contenter d'attendre des éléments qui ne

viendront jamais. Il convient qu'il adopte une démarche active, notamment pour obtenir des précisions sur les actes commis, le vécu les accompagnant, etc. ... L'expérience montre que le patient s'en trouve finalement considérablement soulagé.

### *Qu'est-ce que la perversion?*

Pour situer mon travail de psychanalyste en prison, j'ai besoin d'affirmer que je m'intéresse beaucoup à la sexualité. Quel psychanalyste ne s'intéresserait pas à la sexualité puisque c'est le phénomène humain fondamental. La sexualité est la capacité d'investir l'autre, de l'investir avec plaisir, de permettre des échanges et l'identification à l'autre. Qu'il soit question ou non de délinquants sexuels n'est pas le problème. Dans toute pathologie il y a une sexualité à concevoir dans son développement qui parvient jusqu'à l'investissement d'un objet au niveau génital, c'est à dire la capacité d'aimer l'autre réellement dans sa différence. Il y a de l'éthique derrière, c'est sûr, et de la morale.

Le travail des psychanalystes c'est la conception du fonctionnement mental. Je me suis trouvé dans des situations où le sujet était caractérisé par un acte, l'acte délinquant. Il est bien entendu que le psychiatre, le psychanalyste, ne s'intéresse pas à l'acte en tant que tel, qui n'a qu'une valeur relative, mais à l'auteur de délits sexuels et à la personne. C'est ce qui nous préoccupe tous. Il est toujours très difficile d'aborder ces questions parce que ça remonte loin.

Nous sommes prisonniers des schémas, y compris ceux des siècles passés. Je ne referai pas l'histoire bien entendu, un ouvrage de Lanteri Laura le fait bien, mais il est certain que les aspects religieux ont pesé lourdement. Il y a très longtemps que les choses ont débouché sur le plan médical d'une façon pseudo scientifique dans la mesure où le problème a été abordé sous l'angle de la constitution de quelque chose où on ne pouvait rien, de la dégénérescence, etc.

Reste en latence dans beaucoup de discussions, l'idée que le pervers instinctif est inabordable, inguérissable, etc. A partir de là il y a eu des contre attitudes qui essayaient d'esquiver le problème. On a beaucoup parlé de la perversion. Des psychanalystes ont dit : "ça n'existe pas la perversion, on est tous pervers bien entendu". On est dans une impasse à partir du moment où on parle véritablement de la pulsion. On essaye de définir une anomalie de la pulsion et en particulier de la pulsion sexuelle. Les classifications internationales en sont là. Quand on parle de paraphilie, de troubles de préférence sexuelle, c'est bien de la pulsion que l'on parle.

Freud, dans les « Trois essais sur la sexualité », partant de la définition d'une perversion à partir de la pulsion, a été amené à dire : "on n'a le droit de prononcer le terme de diagnostic de perversion que dans la mesure où le sujet utilise sa pulsion déviante de façon tout à fait exclusive, à l'exclusion de toute autre activité sexuelle." Evidemment, il venait de décrire l'enfant pervers polymorphe et, bien sûr, il ne pouvait que dire qu'il y a de la perversion dans tout homme et que par conséquent dans tout acte sexuel il y a un côté pervers. Mais sa définition très restrictive ne correspond pas à la réalité parce que ce que l'on voit ce sont des gens qui violent, qui tuent ou pratiquent la pédophilie et qui, par ailleurs, ont une activité sexuelle plus ou moins satisfaisante qui donne parfois l'illusion de quelqu'un qui s'en sort très bien. On va chercher des définitions ailleurs et c'est là que nos difficultés commencent.

On pouvait pratiquer l'angélisme en disant : la perversion ça n'existe pas. Ça a été le cas lors du congrès de psychanalyse de Montréal en 1983. I. et R. Barande ont

présenté alors un rapport sur la perversion en soulignant que la perversion ça n'existe pas, et qu'en tout cas on n'a pas le droit de prononcer le terme. Ils ont traité Joyce Mac Dougall qui travaillait déjà depuis de nombreuses années sur le thème, de moraliste, ou de moralisatrice. Finalement, dans les discussions I et R. Barande ont fini par dire : "mais qu'est-ce qu'on a à parler de perversion, la perversion on ne la connaît pas puisque les vrais pervers sont en prison". Tout d'un coup resurgissait la perversion dont on avait dit qu'on en parlerait pas.. Qui connaît vraiment la perversion? Si on faisait un effort vraiment scientifique pour essayer d'aborder franchement le problème, essayer de voir derrière les actes qui est l'auteur, comment ça se passe, quelle est son organisation psychique, on serait peut-être plus à l'aise pour discuter.

### *Les classifications*

Les américains en ont beaucoup proposé basées sur le comportement, mais elles ne sont pas satisfaisantes, parce qu'il manque toujours un certain caractère, etc. En abordant par l'acte lui-même, on n'obtient pas quelque chose de satisfaisant. Je crois qu'il faut se construire une classification pour soi-même, une classification simple qui nous aide dans notre travail et nous préoccupe. Il faut aussi admettre qu'il y a un certain nombre de sujets hors approche psychiatrique ou thérapeutique. Bien que je ne crois pas du tout à la notion de pervers instinctif, ce n'est pas du tout dans ce sens là que je le dis.

Ce n'est pas parce qu'ils sont inguérissables en soi que la situation est telle que la psychiatrie ne peut pas honnêtement s'en mêler. Pour un sujet qui refuse de se faire traiter quel psychiatre prendra sur lui de commencer un traitement dont on sait qu'il est nul et non avvenu. On sait bien que même des sujets castrés physiquement se sont mis plus tard à prendre des hormones et ont de cette façon commis à nouveau une infraction. Il faut admettre, surtout quand on exerce en prison, qu'il y a des sujets pour lesquels le psychiatre n'a absolument pas à intervenir.

Les choses peuvent changer avec les années, laissons la porte ouverte. De la même façon que certains criminels n'iront pas voir de psychiatre dans la mesure où leur contexte culturel rend ce crime quasi normal. Par exemple ceux qu'on appelle les gens du "milieu", j'en ai connu un certain nombre, c'est dans leur "loi" et dans leur ordre moral. Le crime peut être commis à un certain moment. Je ne vois pas comment le psychiatre pourrait franchir cet obstacle.

En dehors de ça il me semble qu'il faut considérer que les actes sexuels et délinquants sont contingents à une organisation mentale. N'importe quelle organisation mentale peut commettre un acte, une infraction d'ordre sexuelle, y compris les névrosés dans des situations données de stress, de rupture avec une femme surinvestie. Le psychotique peut commettre une infraction sexuelle. Le psychopathe bien entendu, mais parmi d'autres infractions et dans des circonstances données. Je pense par exemple à certains psychopathes qui après une rupture avec une amie n'ont pas supporté la frustration et sont allés la violer. A quoi s'intéresse-t-on à ce moment là? A l'organisation psychopathique et non à l'acte en lui-même.

Il y a des actes sexuels prévalants parce que c'est vraiment un système de défense par rapport à une angoisse sous-jacente. On franchit le stade de la pulsion pour la définition. On en vient finalement au fétichisme en 1927, à la possibilité de créer une organisation d'actions sexuelles pour se défendre d'une angoisse sous-jacente. Quelque chose de dynamique qui permet d'entrevoir des ouvertures dans le cadre d'un traitement ; on n'a plus affaire à une pulsion déviante mais encore une fois à une



organisation défensive. Je crois que c'est là qu'on peut faire un effort pour essayer de distinguer la perversion de quelque chose d'autre.

Il me semble qu'on peut caractériser la perversion par une pratique particulière que J. Mac Dougall a bien précisé: la mise en forme d'un scénario pervers ludique. J. Bergeret a aussi souligné que la violence est secondaire par rapport au plaisir et à l'acte sexuel lui-même. Dans cette organisation la violence est au service des pulsions sexuelles. Ludique veut dire que le sujet se voit en train de jouer, de construire son scénario, qui revient toujours à une sorte de mise en forme d'une scène primitive angoissante. La mise en forme du scénario sert à démontrer que même si on rejoue la scène primitive, il ne va finalement rien arriver. C'est une façon de dénier l'angoisse. On voit de ces gens en prison. La plupart des pédophiles qui agissent avec des grands enfants sont dans l'ordre de la perversion, avec la répétition par conséquent de la mise en forme du scénario pervers

Ce qu'on voit en prison par ailleurs est quelque chose de très proche de la psychose, et il faut alors revoir toute notre nosographie. Ce sont des pathologies imprégnées de facteurs psychotiques. On a évoqué la déficience mentale mais c'est une déficience de psychotique, quelque chose qui est resté au niveau du développement qui a été barré d'une manière ou d'une autre. La caractéristique de ce que j'appelle « perversités sexuelles » pour les distinguer de la perversion est une façon personnelle d'opérer. On distingue aussi la perversité sexuelle de la perversité narcissique puisqu'on sait bien qu'on peut être pervers en dehors du système sexuel. La caractéristique de ces sujets en tout cas est d'abolir leur existence comme sujet et de ne plus exister que dans l'acte.

Les sociologues nous ont reproché de nous occuper des actes :en soi un acte ça ne vous regarde pas en quelque sorte, ou bien si ça vous regarde vous vous faites coïncider. C'est que le sujet lui-même se réduit à l'acte, et se retrouve tout entier dans l'acte. A un moment donné il n'existe plus que dans l'acte qui se joue, c'est le clivage. Une partie de lui fonctionne de façon socialement satisfaisante apparemment, et une autre partie est ancrée dans un système des plus archaïques qui ne peut se traduire que par l'acte. Le sujet où est-il? Le sujet il est précisément absent.

#### ***A propos d'un meurtre d'enfant:***

Le meurtrier avait le fétichisme des cheveux longs chez les petites filles. Il en a rencontré une un jour et l'a tuée dans une succession d'actes où il voulait s'en emparer totalement. La ligoter d'abord dans une sorte de rituel et puis la tuer à un moment donné où elle a fait trop de bruit, non pas par précaution, mais parce que ça a retenti dans sa tête. Je reviens à la pathologie qui a été présentée plus haut. On a parlé de peur, d'une peur extrême et c'est là qu'on est très proche de la psychose. C'est la rencontre avec le double. L'enfant que ces meurtriers ont été un jour et qui va en quelque sorte pénétrer en eux. On est à la limite de l'hallucination et de la prise de possession de soi. On a aussi parlé de haine. Il ne s'agit pas de la haine au sens où nous l'entendons. Ce serait plutôt une espèce de désir de survie pour ne pas tomber dans la catastrophe psychotique.

Tuer l'enfant c'est le remettre à l'extérieur, c'est enfin faire disparaître l'hallucination. De quelle hallucination s'agit il chez cet homme que je vous cite ? C'était en fait la grand-mère qui avait été violée. On avait tué très rapidement le viol et on avait marié la jeune femme pour que les choses soient correctes. Le mari avait endossé la paternité de l'enfant, une fille. On peut imaginer le message que le père a pu faire passer

et celui de la mère à sa fille. Elle-même s'est mariée, un mariage qui n'a pas tenu longtemps, elle a eu l'enfant qui a été l'homme qui a tué la petite fille. Quelle image d'homme avait-elle dans sa tête, et justement elle a eu un garçon. Elle a voulu en faire une petite fille avec des cheveux longs jusqu'à l'âge de 7 ans. Ils s'étaient englués littéralement l'un dans l'autre au point que lorsque j'ai vu la mère, j'ai cru que c'était la soeur jumelle du patient, du délinquant que je voyais. On est dans la psychose. Cet homme s'est sauvé de la catastrophe psychotique par cet investissement des petites filles. Un jour la rencontre avec son double lui a été absolument insupportable.

Tout ça semble très explicatif. Il est vrai qu'on se construit des explications qui nous rassurent. La notion d'identification à l'agresseur ne me convient pas. Cette notion empruntée à Ferenczi qui fait l'abusé devenir abuseur est un peu mécaniciste. On a la tentation de se raccrocher à des systèmes comme cela pour ne pas faillir en quelque sorte, pour ne pas plonger nous-mêmes dans l'irreprésentable, puisque c'est de ça qu'il s'agit.

La thérapie revient à assumer cette confrontation à l'irreprésentable, à en perdre de temps en temps complètement la notion de ce qu'on fait, de ce que l'on est, à être noyé littéralement dans cette prise de possession que réalise le sujet, (on est dans un registre très narcissique), et puis à reprendre pied, montrer que finalement on est indestructible et qu'on continue à penser, à penser sur de nouvelles pistes. C'est ça en définitive un travail thérapeutique à très long terme bien entendu.

Alors qu'est-ce que nous n'irions pas faire si nous n'allions pas en prison pour rencontrer ces gens et tenter de recréer un sujet, car où les trouve-t-on ces gens, ailleurs qu'en prison. Je suis bien sensible au fait qu'il ne faut pas que nous soyons prisonnier d'un système. Il y a quand même quelque chose de très rassurant : avec les nouvelles lois, toute équipe traitante, quelle qu'elle soit, en France, qui travaille en prison est rattachée au ministère de la santé. Elles n'ont pas à faire avec le ministère de la justice. Par conséquent c'est une force considérable de pouvoir être adossé au ministère de la santé qui est notre référent et de pouvoir par conséquent refuser de prendre en traitement quand on pense que la question ne se pose pas de cette façon, ou accepter qu'un sujet sorte du système médical, même s'il y a obligation de soin.

Il est dangereux de s'engager dans le problème de l'obligation de soin après la prison, pourtant je le ferais uniquement d'un point de vue de praticien. Au niveau où nous en sommes de nos connaissances, nous ne pouvons absolument pas garantir qu'un sujet qui a accompli quelque chose de très grave, et qui a utilisé de façon ascendante des délits de plus en plus graves pour se sauver d'une angoisse qu'il ne parvient pas à dominer, puisse se passer totalement un jour d'un soutien. Ce que nous pouvons représenter pour lui d'un Surmoi, qui est en dehors de lui mais qui le complète en même temps, et qui est intériorisé en quelque sorte en permanence parce que il y a une relation positive qui se déploie entre thérapeute et patient.

Ce qui pose franchement un problème que je suis bien incapable de résoudre, est que fondamentalement du point de vue du praticien on peut dire qu'une "condamnation" à une obligation de soin définitive est nécessaire pour certains sujets et auraient avantage à se substituer aux condamnations à l'emprisonnement définitif.

Evidemment, je me rends bien compte que je lance un pavé dans la mare et que ça pose des quantités de problèmes. Objectivement et scientifiquement je ne pense pas

qu'on puisse actuellement voir les choses différemment. Ceci dit il y a quand même quelque chose de très positif, je crois qu'on est en mesure maintenant de pouvoir dire qu'il est possible de faire quelque chose même dans les cas les plus terribles. Mais ne soyons surtout pas naïfs et gardons une extrême vigilance parce qu'on croit à certains moments avoir résolu le problème alors que ce n'est pas le cas: il y a quelque chose qui reste au delà du clivage qui n'a pas été perçu, qui n'a pas été vu.

Il s'agit d'une entreprise très difficile, mais c'est dans la mesure où nous serons confrontés à des cas très difficiles et que nous aurons acquis une certaine crédibilité dans la thérapie qu'on pourra réellement reparler avec la justice d'un autre système que celui employé actuellement.

## DISCUSSION

### *Heinfried Duncker*

Dans l'institution où je travaille, il y a 5 à 6 % des patients, soit une trentaine avec qui je ne sais pas quoi faire. Je ne vois pas quand je pourrais les laisser sortir car je crains qu'ils récidivent dès leur sortie.

Si le tribunal décide autre chose ce n'est plus mon problème, mais si la décision m'incombe, je les garde.

### *Alain Chabert*

Pourquoi une obligation de soin définitive? Si X a présenté un symptôme, quel qu'il soit, qu'est ce qui va amener à lui imposer un soin indéfini? Si nous nous situons sur le versant de l'acte, ce n'est pas le soin qui est définitif, c'est la contrainte sociale. Le corps social se donne pour mission d'empêcher X de recommencer à tout jamais les actes qu'il a commis. Fort bien, mais ce n'est pas un acte médical. Le soin vient par ailleurs. Cette obligation de soin est étonnante, parce que ce qui est définitif c'est l'obligation de contrôle.

### *Claude Balier*

Vous parlez toujours du corps social qui délègue. Je fais partie du corps social, et je le revendique. Je le revendique en particulier dans ma pratique avec les patients.

C'est vrai que ça pose la question de l'obligation de soin. Mais personne ne nie que le Surmoi est indispensable pour compléter l'organisation psychique. Le vide chez les sujets auxquels nous avons affaire est tel qu'ils ont besoin d'une représentation externe. C'est le corps social qui représente le mieux cette représentation externe et nous en avons besoin pour effectuer notre travail. C'est pas nous qui pouvons dire "*désormais je vous interdît de faire tel et tel acte*". Il faut nécessairement que ce soit quelque chose qui se passe en dehors de la relation thérapeutique.

### *Claude Louzoun*

La distinction clinique que fait Claude Balier entre perversion et perversité est particulièrement intéressante. Mais, vous vous doutez bien que je vais réagir sur l'épineuse question de l'obligation de soin. Claude Balier a raison de souligner une chose a priori étonnante : cette obligation de soin est d'abord obligation de soin pour le thérapeute ; et du coup se formerait un binôme à vie ... pour le meilleur et pour le pire en quelque sorte ! Sinon il n'y a plus de transfert, il n'y a plus de relation thérapeutique, il y a simplement du soin. C'est une première remarque qui interroge déjà sur ce que ça voudrait dire l'obligation de soin. D'ailleurs, on dit obligation de soin ; on ne dit pas obligation thérapeutique ou traitement thérapeutique obligatoire.

Le deuxième aspect c'est qu'effectivement on ne peut prévoir qu'une obligation de soin et pas une obligation thérapeutique et ça met en contradiction ce que dit Claude Balier de mon point de vue. C'est-à-dire qu'effectivement on en arriverait à ce que la position logique par rapport à l'obligation de soin soit celle des tenants de l'androcure et

autres traitements médicaux, bien que je précise que je reste un partisan de l'obligation de soin dans certaines conditions très définies et très délimitées, très ponctuées dans le temps et justement pas à vie, même si peut-être que dans ce cas il faudrait du thérapeutique ou de la thérapeutique à vie. Parce que cela veut dire qu'on donne quelque chose qui est matérialisable et qui n'est pas intersubjectif ; parce que cela est signifié comme une nécessité de guérison ou de rémission garantie à vie. Le thérapeutique ce n'est pas de l'ordre du visible, du palpable, mais de l'ordre du sujet dans l'expérience du réel ; la prise de risque que cela contient est toujours du côté du thérapeute alors.

Troisième point qui n'a pas été entendu par les précédentes interventions c'est que Claude Balier a dit : obligation de soin après la prison, c'est-à-dire après que la dette ait été réglée vis à vis de la société. Alors qu'est-ce que ce sujet a à voir une fois qu'il a payé sa dette ? De quoi va-t-il parler ? Ce qui m'inquiète à ce moment là c'est qu'il pourrait s'agir d'une prothèse surmoïque de la part du thérapeute ainsi qu'une place de garant de la non récidive. Je ne dis pas du tout que c'est ce que Claude Balier développe. Je dis même que j'ai un vrai respect pour sa pratique, sa réflexion et ses écrits. Je ne fais que pousser une logique jusqu'à l'extrême. Je perçois mieux la position du législateur espagnol qui condamne « un criminel aliéné » à un traitement psychiatrique pour la durée de la peine qu'il aurait normalement encouru. Le grand risque c'est que finalement on opère simplement selon la réponse qu'attend le corps social d'être des garants de ce que nous ne pouvons garantir, c'est que jamais il ne récidivera ; qu'ainsi on est responsable à la place de, de la personne en question.

Autres interrogations pour moi :

- L'obligation de soin relève d'un droit universel à la santé dans un contexte de santé publique et de santé individuelle dont tout un chacun sait la part de limitation des libertés individuelles que cela comporte. Dans quelle mesure est-ce une mesure de sécurité ? Est-ce que le pénal peut y intervenir ? Est-ce que la dangerosité — je souligne que la dangerosité n'est pas un diagnostic psychiatrique ou médical, mais concerne des questions de définition et de jugement juridique, ainsi que des questions de politique sociale — a à voir avec l'obligation de soin ?

- L'obligation de soins ne doit pas avoir une signification, et ne serait-ce même une coloration, de condamnation et de peine. Alors, au nom de quoi et comment Soigner *et* punir ? En entendant bien qu'il s'agit de sanctionner un acte et de traiter un sujet ; alors que punir puis soigner, ou encore punir *ou* soigner (à vie), sanctionnent un état considéré comme non évolutif ou sujet à d'inéluctables récidives (soit la défense sociale).

- Si l'obligation de soin est conçue comme une forme de contrainte par corps, elle relève de l'appareil judiciaire. Comment éviter alors la création d'établissements spéciaux type hôpitaux psychiatriques judiciaires ?

### ***Heinfried Duncker***

En Allemagne existe ce système d'obligation de soin dans lequel je travaille et où il y a 5 à 6 % de malades que je ne laisserai pas sortir de ma propre initiative. La responsabilité des juges qui estiment que la peine a été purgée est autre chose.

En France la position est relativement facile dans le sens que la justice dit que quelqu'un reste un temps défini en prison. Après on demande aux experts psychiatres de

se mettre d'accord pour déterminer si le détenu est encore dangereux ou non pour que les juges décident. La société est confrontée aux conséquences de ce que les juges ont décidé.

Cette position est relativement plus facile et me soulagerait d'un certain nombre de questions difficiles. Les mesures d'obligation de soin en Allemagne se définissent comme des mesures de traitement **et** de sécurité. Le législateur dit que s'il ne reste plus de possibilités thérapeutiques, il reste au psychiatre d'assurer la sécurité de la société. Il n'en n'est pas déchargé. C'est ce qui est menaçant.

Par ailleurs, il existe dans ce contexte des surprises qui permettent que quelque chose se passe et que des personnes évoluent d'une position du type : *"je n'ai rien fait, ça ne me concerne pas du tout, je ne suis pas malade, je n'ai pas fait ce qu'on me reproche"*, à une position de remise en question qui les amène à changer quelque chose.

Ce n'est pas nouveau, c'est ce que disait Aichhorn. On oublie très souvent que autant Lagache que Schmiedeberg ou Aichhorn ont souligné que la psychothérapie des délinquants connaît deux phases que l'on doit respecter. Parfois on ne dépasse pas la première à cause de l'absence de prise de conscience du sujet. Mais quand le processus se met en route c'est l'autre versant des soins forcés: on contraint quelqu'un malgré lui à se présenter et à faire l'expérience du soin dans l'institution.

### ***Claude Balier***

En vous écoutant j'en arrive à penser que l'obligation de soin, paradoxalement, doit être une demande du patient lui-même qui souhaite continuer la thérapie dans les meilleures conditions possible. Celui qui dit *"je n'ai rien fait puis je paye, etc."* c'est un problème purement pénitentiaire, voire de société, on n'a rien à y faire. On ne sait s'il y aura récurrence mais on sort à ce moment là complètement de la psychiatrie.

### ***Pascale Beau***

Ce rôle de Surmoi externe ne pourrait-il pas être rempli par le juge d'application des peines dans le cadre d'un suivi post pénal ?

### ***Claude Balier***

Ça se passe déjà comme ça. C'est le juge d'application des peines qui prononce l'obligation de soin ou non. Mais ça ne peut pas durer plus de trois ou cinq ans je crois.

### ***Franck Chaumon***

A écouter Claude Balier, il me semblait comprendre un peu mieux pourquoi la référence à son travail et à sa façon de penser pouvait être tellement utile à Bruno Gravier.

Vous avez commencé en parlant de l'histoire et en disant qu'il fallait laisser de côté cette question du pervers inamendable. Votre présentation se situait tout de suite dans la clinique qui nous est la plus commune. Non parce que vous disiez au fond qu'il s'agissait de psychose, mais probablement parce que quand vous en parliez vous étiez

situé très nettement de mon point de vue du côté d'un travail avec des sujets qui présentent des difficultés et en faisant fonctionner pour cela des représentations de leur organisation psychique quels que soient les mots que l'on emploie et qui font place au soin.

Or ce qui me frappe beaucoup après coup c'est qu'au fond faisant cela il me semble que vous luttez pour qu'une certaine position thérapeutique puisse se fonder véritablement sur une éthique du soin et non pas dans ce dans quoi depuis le début de ce séminaire nous sommes encore empêtrés, quelque chose comme une morale des actes. Ce qui est très frappant c'est qu'il nous est difficile de parler de la perversion et des actes pervers d'une place qui ne soit pas celle du discours moral concernant le sexe (les mauvaises plaisanteries ou les échappées des uns et des autres concernant les actes sexuels en témoignent). Cela me faisait penser à une certaine conquête du champ des psychoses par la psychanalyse. Nous avons connu ça aussi du point de vue de la psychanalyse. Les discours sur la psychose qu'ils soient motivés par une certaine lecture de Freud du transfert impossible (en laissant tomber d'ailleurs toute une part de l'oeuvre de Freud), ou du point de vue lacanien sur la forclusion du Nom du père, ont fait que le champ des psychoses ou certains champs des psychoses excluaient la question thérapeutique.

Dès lors qu'une éthique du soin s'absente dans quoi tombe-t-on ? forcément dans la morale ou dans le recours à la loi. Ça a été aussi le cas et c'est aussi le cas dans une certaine psychiatrie dès lors qu'elle sort de la spécificité de sa place. Quand vous en parlez comme ça, et peut-être en vous appuyant sur la référence à la psychose, c'est beaucoup plus clair : on est peut-être moins dans cette question de la récidive (c'est une question judiciaire). La récidive des symptômes comme vous le rappeliez d'ailleurs, ça s'appelle dans notre champ la compulsion de répétition. Dès qu'on dit récidive, même entre nous, on voit bien que l'on se situe dans autre chose; le pas auquel B. Gravier nous invite est celui d'une éthique du soin. C'est très frappant de voir à quel point ça a été compliqué de le tenir jusqu'à présent.

La question que je pose à l'inverse, et je reviens à une différence déjà partagée avec quelques collègues, c'est que cette position là n'a besoin à mon sens d'aucune spécificité particulière. La seule chose qu'on puisse dire c'est que probablement il faut un travail très important et beaucoup d'expérience pour pouvoir travailler dans des conditions difficiles avec des sujets particuliers. Sans doute l'appel de B. Gravier à Balier va dans ce sens là. Pour ce qui me concerne, la position que vous développez est exactement superposable à celle, me semble-t-il, de tout psychiatre qui essaye de tenir sa place. On retrouve exactement les mêmes coordonnées de notre travail; il n'y a pas besoin de s'appuyer sur une définition spécialisée du champ, sinon d'étendre une position, une éthique soignante d'une part analytique probablement mais d'autre part aussi d'une certaine idée du service public avec ses garanties. Ceci ne nécessite peut-être pas de s'appuyer sur un savoir spécifique mais beaucoup plus sur une éthique commune.

### ***Christian Revon***

La dangerosité d'un délinquant, sexuel ou pas, je comprends parfaitement qu'on ne la ressente pas comme étant une responsabilité directe, que l'on soit médecin, avocat ou autre. Nous n'avons pas de responsabilité directe sur la récidive. C'est comme ça que je comprends les résistances à l'obligation de soin.

Fondamentalement, en tant qu'avocat, je ne me sens pas directement investi de la mission de réduire la récidive dans la société française d'aujourd'hui, et je comprends parfaitement qu'un thérapeute n'ait pas ce souci. Mais bien qu'aucune mission officielle ne me soit donnée dans ce sens là, je n'ai jamais commis l'exercice de ma profession autrement que sur cette proposition très simple à savoir si je défends quelqu'un et si je le défends bien, normalement il ne doit pas revenir là. Je ne parle pas seulement des délinquants sexuels, mais de n'importe qui.

Un bon avocat, pour moi n'est pas quelqu'un qui va faire sortir rapidement un détenu, mais est essentiellement, comme un guide, qui va l'amener à traverser cette épreuve et surtout à ce qu'il n'y revienne pas, c'est à dire qu'il ne se fasse pas de nouveau piéger, dans le délit ou le crime et la répression.

L'obligation de soin: ça ne me gêne pas fondamentalement qu'un médecin qui a le souci de la thérapie d'un individu, préconise une obligation de soin, dont il a été précisé qu'elle vient d'une instance externe, la justice, et facilite aussi le travail du thérapeute. C'est un jeu à trois, une instance oblige et ensuite le thérapeute fait en sorte de réaliser son travail. Cette obligation de soin, je n'y vois à priori aucune menace de contrôle quelconque.

Ils nous a été expliqué que l'obligation de soin était surtout de l'ordre de la représentation, c'est à dire qu'il ne fallait pas laisser cet individu, homme ou femme, sans référence aucune. Son problème précisément c'est l'absence totale de représentation concernant ce sujet qui nous occupe. Je pense essentiellement au client que j'ai suivi depuis 2 ans et que je dois défendre bientôt. Le passage à l'acte de cet homme est venu sur un vide complet, qu'il véhicule dans son existence, celle-ci par ailleurs se déroule à peu près normalement, depuis 50 ans. C'est une chance pour l'avocat de pouvoir découvrir que son client n'est en fait qu'un vide qui se déplace dans le bruissement d'une angoisse indéterminée, alors qu'il est médecin qu'il gagne très bien sa vie, qu'il a eu deux femmes, plusieurs enfants, etc. et que tout va bien pour lui par ailleurs. Je l'ai très vite senti comme un ectoplasme, et ainsi cette obligation de soin ne me gêne pas d'autant plus qu'elle fait un lien entre la société et cet individu. Elle fait un lien que je lui donne. Quand on dit c'est lui qui devrait demander des soins je le comprends parfaitement, mais s'il ne le demande pas, je vais le lui donner quand même. Je vais le lui donner comme un don très précieux et ça ne me gêne pas que ce soit coercitif. Parce que c'est son lien à la société qui est en question, sur cette crête là, sur cette difficulté structurelle qu'a été pour lui la relation sexuée, ça s'est cristallisé pour lui comme ça. La difficulté fondamentale, l'angoisse fondamentale, le vide de cet homme, c'est qu'il n'a pas de référence faisant lien. L'obligation de soin rétablit un lien. Un lien à la suite d'un acte qu'il a posé sciemment, et avec pertinence au sommet de son angoisse, et c'est là qu'il faut lui répondre.

### ***Patrick Mérot***

A priori la question de l'obligation de soin me pose beaucoup de problèmes. Mais, quand H. Duncker parlait, je me suis dit qu'après tout l'obligation de soin dont on parle dans ce cas si particulier des pervers n'est ce pas ce avec quoi nous avons à faire tous les jours de façon beaucoup plus banalisée dans le travail avec les enfants. Quand on reçoit des enfants en demande de consultation, est-ce que ce n'est pas quelque chose de cet ordre là? C'est à dire un travail autour de la demande jusqu'à ce qu'un jour cette demande puisse passer du corps social à l'enfant qui est en face de nous. Bien sûr ça ne



porte pas le nom d'obligation de soin, ça ne suscite pas les mêmes débats, entre autre parce que l'enfant n'est pas assez au fait de ce dont il est l'enjeu, mais est-ce que ce n'est pas la même problématique?

## APPROCHES THERAPEUTIQUES: PRESENTATION

Bruno Gravier

### *La récidive.*

On nous dit qu'il faut traiter pour éviter la récidive. Tout le monde connaît, par ailleurs, l'aphorisme si souvent cité lorsqu'est abordé le thème de ce séminaire: "*pervers un jour pervers toujours, donc ils récidivent toujours*".

Pourtant la récidive n'apparaît pas inéluctable si on en croit un certain nombre d'enquêtes et de revues de littérature sur ce thème. Elle oscillerait suivant les études entre 10 % et 15 % pour monter à 41 % pour une catégorie bien particulière, les exhibitionnistes. La récidive semble loin d'être la règle (cf. tableau 1).

Une étude plus provocatrice (Hanson, cité par Proulx) compare 4341 sujets traités à 815 sujets non traités. Le taux de récidive dans ces deux groupes est identique, à savoir 15 %. Donc soigner en l'état actuel de ce qu'on soigne ne garantit pas contre la récidive et ne semblerait pas avoir d'incidence sur cet aspect. Bien évidemment un certain nombre d'aspects méthodologiques doivent être étudiés de plus près à propos de ces études: de quel type de traitement s'agit il? Sur quelle base sont choisis les groupes etc. ?

Faut-il soigner alors que les résultats apparaissent si peu probants? La réponse s'apparente à une tautologie. Il faut soigner pour soigner et non uniquement pour répondre à la demande sociale d'un surcroît de sécurité même si cet aspect ne peut nous laisser indifférent. On la rejoint la question de l'éthique du soin.

Ceci dit, on sait qu'à partir du moment où quelqu'un a récidivé une fois, le risque de récidive va être majeur, c'est une réalité. A partir du moment où il y a eu récidive, les suivantes deviennent hautement prévisibles.

Un autre élément à prendre en considération sur la récidive et l'efficacité des soins, est qu'il n'y a pas d'instrument fiable pour évaluer l'impact du traitement. Quinsey dans un travail intitulé "*Assessing Treatment Efficacy in Outcome Studies of Sex Offenders*" a soulevé une énorme polémique dans la presse scientifique américaine. Quinsey est un chercheur très renommé dans le domaine du traitement des délinquants sexuels. Dans cet article il interpelle Marshall qui est lui aussi très connu et respecté dans ce champ, mais comme clinicien et thérapeute. Quinsey estime qu'on ne peut en aucun cas mesurer l'efficacité des traitements (quels que soient les traitements), parce qu'on ne pourra jamais avoir une méthodologie de validation satisfaisante. Par exemple, une bonne étude se doit de diviser la population étudiée en deux groupes, un groupe qu'on traite et un groupe non traité (ou traité par placebo). Si le choix des groupes est effectué aléatoirement, aucun comité d'éthique ne pourra accepter une telle démarche

Un traitement dans ce domaine a des enjeux beaucoup plus lourds que la mise sur le marché d'un antidépresseur comme on en voit actuellement toute une kyrielle.

Quantité de biais méthodologiques sont très bien analysés dans cet article de Quinsey, notamment en ce qui concerne la comparaison entre deux groupes de gens traités et non traités, le biais méthodologique est facile à comprendre. Le groupe traité sera sélectionné à partir de la motivation. Celle-ci permettant l'entrée dans le traitement

va déjà constituer un biais important par la suite et dans l'évaluation. La réponse de Marshall est qu'actuellement existent des traitements quels qu'en soient l'efficacité. On ne peut pas priver les patients et surtout leurs victimes potentielles de l'efficacité qu'ils pourraient avoir.

J'ajouterai aussi, pour soutenir un engagement dans le travail thérapeutique que le travail clinique nous donne un certain nombre d'outils pour penser ce qu'il en est de cette récurrence et pour penser un certain nombre d'aspects de ce qui est en jeu et qui nous permettra peut-être à l'avenir de faire la différence entre stratégies thérapeutiques et impact du contrôle social. Dans mon expérience, j'ai pu constater que, parfois, des gens

**DELINQUANTS SEXUELS : LA RECIDIVE**  
(tableau 1)

<i>AUTEURS</i>	<i>Nb. de délinquants suivis</i>	<i>DUREE</i>	<i>% DE RECIDIVE</i>
CHRISTIANSEN (1965)	2934	12 à 24 ANS	• 10%
CESDIP (1989)		4 ANS	• 6% (violeurs) • 1.7% (autres délits d'atteinte aux moeurs)
PROULX (1993)			• 19 à 41 % (exhibitionnistes) • 0 à 11% (parents incestueux)
QUINSEY (1984)	86 (violeurs)	22 ans	• 6% pour viols • 9% pour autres actes de délinquance sexuelle
ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES CANADIENS	1164		• 6.2% • 14.6% quand déjà une récurrence
HANSON	4341 sujets traités 815 sujets non traités		• 15% pour les deux groupes
KAHN	221 jeunes agresseurs traités		• 7.5 %

ne récidivent pas parce quelque chose a eu valeur structurante: que ce soit dans l'injonction de la loi, que ce soit dans les mesures d'accompagnement social qui ont été mises en place, etc. Je ne pense pas que les gens qui ne récidivent pas se limitent aux seules personnes qui ne sont pas reprises dans les filets de la justice.

La notion d'obligation associée au soin dans ce domaine nous impose de réfléchir à la manière dont se travaille ce qui est de l'ordre de la loi, de la confrontation à la sanction, du temps de la punition, du temps thérapeutique, de la prise de conscience, etc. il y a un certain nombre de facteurs qui s'entremêlent et dont participe tout l'édifice social. Qu'est-ce qui fait que finalement notre système judiciaire et médical amène une réponse qui si elle est loin d'être satisfaisante n'est pas non plus insignifiante. B. Cordier, par exemple, explique dans de nombreux congrès, mais aussi aux sénateurs et au Comité National d'Ethique que le traitement par androcurie marche puisqu'on a 85 %

de succès! Finalement l'action judiciaire, si on se réfère aux études que j'évoquais plus haut, a un taux de succès comparable.

Il faut être très circonspect. Etre soignant avec ces patients, c'est, à mon avis, se sentir dans une situation où il devient nécessaire de soigner, où nous pouvons aider ces patients à cheminer et à prendre la décision à travers le soin de ne pas récidiver. L'important est que cette décision devienne la leur. Il y a aussi tout ce qui est de l'ordre du contrôle et notre hantise quand ces patients sortent de l'institution qui les a contenu un temps. Il y a parfois bascule entre être psychiatre et être **citoyen**-psychiatre. Que devient alors le devoir de citoyenneté? Pour moi, cela peut signifier notre engagement à restituer à notre patient ce que l'on peut pressentir de ce qu'il est capable de contrôler ou de ne pas contrôler à partir de ce que nous connaissons de lui.

Les études sur la récidive indiquent aussi que nous ne sommes pas en face du même type de délinquance sexuelle entre ce que l'on peut observer dans les ghettos de grandes villes américaines et les pays européens.

Les taux varient aussi en fonction de la durée d'observation de la cohorte suivie. La plus longue que j'ai pu retrouver a suivi des gens pendant 24 ans. Une étude sur la récidive doit aussi se penser différemment si elle s'inscrit dans une dimension prospective (on prend un groupe de gens et puis on va voir ce qu'ils vont devenir), ou une dimension rétrospective (à partir des dossiers).

La nature de la récidive doit aussi être prise en considération, s'agit-il d'un autre délit sexuel (récidive spéciale) ou d'un délit de toute autre nature (récidive générale). Les résultats peuvent être ainsi considérablement biaisés en fonction de l'usage qui en est escompté.

### *Les traitements biologiques*

Les premiers qui ont traité et produit du "scientifique" sur le traitement ce sont les nord américains en posant en premier lieu la question des traitements biologiques.

Le traitement biologique actuellement est en nette perte de vitesse même aux Etats-Unis. En Angleterre, il y a une quinzaine d'années, plusieurs milliers de gens étaient sous androcure (Acétate de cyprotérone). Actuellement il n'y aurait plus que quelques dizaines de patients traités de cette façon. La faveur pour ce type de traitement oscille sans aucun doute en fonction des pressions médiatiques ou de l'angoisse qui peut surgir lors de certains crimes.

Quoiqu'il en soit des présupposés éthiques, ces traitements ont des indications des plus limitées. Par exemple pour les pédophiles qui ont des fantasmes obsédants, des fantasmes sexuelles qui les identifient très clairement comme des fantasmes gênants qui reviennent suivant un mécanisme quasi obsessionnel. On n'est pas dans l'obsessionnel, mais c'est quelque chose qui est présenté comme tel. On dit que ça peut permettre dans ces cas là un certain type de baisse de pression, et peut mettre à distance la compulsion à agir.

Les questions éthiques sont nombreuses: la commission nationale d'éthique en France a estimé lors d'un premier avis qu'il s'agit encore d'un traitement expérimental (ça fait quarante ans qu'on se sert de l'androcure!), et n'autorise la prescription d'androcure que dans les semaines qui vont précéder la sortie de prison. En aucun cas elle n'autorise un traitement d'androcure de longue durée dans les prisons en estimant que le consentement dans la prison est biaisé.(en France il faut aussi remarquer que l'androcure n'a pas l'autorisation de mise sur le marché pour cette indication).

Il est intéressant de remarquer qu'à propos du projet de loi Toubon, deux ans plus tard cette même Commission nationale consultative d'éthique change diamétralement d'avis en allant jusqu'à recommander l'obligation de prescription d'un tel traitement à vie. La commission d'éthique anglaise estime qu'un tel traitement peut être admis dans la mesure il permet d'engager les gens dans une démarche psychothérapique. En tous cas la dimension volontaire d'un tel traitement reste primordiale. Les consentements déguisés ou contraints ne peuvent conduire qu'au dévoiement thérapeutique et à la catastrophe. Des récurrences existent sous androcure, aux USA où un tel traitement peut être prescrit par la loi existe aussi un important marché noir de produits venant se substituer à la sécrétion de testostérone inhibée par ce médicament.

les plus fervents zéloteurs de ce produit estiment que, puisque la délinquance sexuelle est une question d'hypersexualité, la récurrence sera éradiquée avec un médicament comme l'androcure qui inhibe cette hypersexualité. Après tout ce qui s'est dit ici vous voyez bien qu'il n'est pas question d'hyper sexualité mais de violence sur l'autre. De plus l'androcure n'a qu'une action très partielle sur la testostérone, par exemple elle va inhiber certaines érections spontanées sans inhiber les érections provoquées par un stimulus érotique ou autre. On a vu des quantités d'utilisations perverses de l'androcure dans la genèse de certains délits ou crimes sexuels.

### *Les traitements cognitifs*

Ces traitements sont très utilisés en Amérique du Nord, mais, il faut le souligner, avec une grande circonspection, notamment à l'Institut Philippe Pinel de Montréal. On est loin de l'engouement des journalistes ou du dogmatisme de certains collègues européens qui érigent ces traitements en norme thérapeutique.

Il faut, par exemple, remarquer que les thérapeutes canadiens n'acceptent pas de prendre en charge dans les unités de l'institut Pinel les auteurs de crimes graves (tel que celui présenté dans la première observation). Ils estiment que de tels cas ont peu de possibilités évolutives et restent, malgré tout traitement, à très haut risque de récurrence. Pour de tels cas la prise en charge reste principalement du registre pénitentiaire. Ce qui n'interdit pas une approche psychiatrique. Celle ci aura cependant une toute autre finalité qu'un traitement se veut une alternative à la peine de prison et une préparation à la réinsertion.

Les traitements cognitifs sont de différents ordres (voir aussi le livre de J. Aubut et coll., les agresseurs sexuels, Maloine ed., 1993):

**La modification des préférences sexuelles** : est le traitement cognitif type. Il consiste dans l'investigation de la "fantasmatique" sexuelle et sa rééducation au moyen de stratégies cognitivo comportementalistes. Il existe un détournement par les auteurs québécois de la notion de fantasme. D'après moi cette acception concerne plus le scénario pervers tel qu'il revient avec insistance dans la contrainte psychique et l'exigence corollaire du passage à l'acte ce qui s'inscrit à l'inverse du fantasme tel que nous le décrivons suivant une acception psychanalytique.

Il s'agit donc d'identifier les mises en scène sexuelles déviantes qui provoquent chez les patients une érection que l'on mesure au moyen d'un pléthysmographe. Une fois les stimuli déviants identifiés les patients subissent des séances de déconditionnement au moyen de méthodes aversives.

**L'entraînement aux habilités sociales**, il s'agit d'un néologisme qui reprend le terme américain de "social hability" c'est à dire la capacité de ces délinquants à s'engager dans des relations sociales adaptées. Cette approche thérapeutique repose sur la prise en compte d'une certaine déficience qui a pu être plus ou moins mise en évidence dans les deux observations précédentes. Il ne s'agit pas véritablement d'un déficit intellectuel (celui-ci vient plutôt se surajouter à d'autres incapacités) mais d'un véritable handicap relationnel à percevoir ce qu'il en est de l'autre dans les interactions quotidiennes. Quand on travaille avec ces délinquants sur une longue période on prend conscience de l'importance de la compréhension de ce que représente leur vie sociale, relationnelle, comment ils peuvent négocier leur conflictualité quotidienne. Ces différents aspects qui rejoignent certains aspects de la psychothérapie institutionnelle ou de la communauté thérapeutique ont été codifiés dans les approches cognitives qui utilisent des instruments d'évaluation de ces habilités sociales (auto contrôle, cahiers de rapport quotidien, etc.).

**L'éducation sexuelle** : pourquoi proposer de l'éducation sexuelle à ces délinquants? Parce que ceux-ci sont dans une méconnaissance de ce qu'implique la sexualité aussi bien sur les plans anatomique que physiologique et, bien sûr, émotionnel. Parler de sexualité avec eux c'est aussi aborder la peur voire la panique qu'ils ressentent envers autrui voire avec eux-mêmes. Les mécanismes de méconnaissance viennent aussi renforcer le sentiment de menace qu'ils peuvent éprouver en présence de quelqu'un, femme ou enfant, dont la seule représentation vient mobiliser des affects infantiles où s'associent frayeur et excitation.

**L'approche bio-psycho-sociale de la prévention de la récidive** : c'est ce qui permet de tenter une représentation des facteurs qui peuvent conduire au délit. Dans tout délit se retrouvent des facteurs qui participent de la volonté délictuelle, de la capacité du délinquant à laisser de côté ses inhibitions, d'un certain nombre de facteurs extrinsèques qui vont le conduire à mettre en oeuvre le délit, etc.

Indépendamment de la relation du patient à son histoire, souvent douloureuse, ou de la violence qui l'habite, nous retrouvons souvent (sans parler de causalité) des éléments affectifs, relationnels, professionnels, etc. qui vont mettre d'une certaine façon le délinquant en situation de passer à l'acte. Chez les délinquants particulièrement récidivants il est souvent possible d'identifier une séquence de pensées, d'émotions, de scénarios, d'événements identifiables qui se retrouvent avec une certaine constance et autorisent une sorte d'auto-contrôle.

**TRAITEMENT DES DELINQUANTS SEXUELS  
PRINCIPES GENERAUX**

**Tableau 2:**

***AFFRONTER L'INIMAGINABLE, L'IMPENSABLE ET  
L'INQUESTIONNABLE***

***ANALYSER LES OBSTACLES AU TRAITEMENT:***

- **CONTRE-ATTITUDES PERSONNELLES**
- **BENEFICES ESCOMPTES PAR LE PATIENT**
- **MALAISE DE LA RENCONTRE**

***PLACE FONDAMENTALE DE LA LOI***

- **LA LOI N'A PAS PRIS SENS**
- **LE TRAITEMENT COMMENCE PAR L'ACCEPTATION PAR LE DELINQUANT QUE LA LOI LE CONCERNE**

***NECESSITE D'UN TRAITEMENT D'EQUIPE***

***LE TRAITEMENT NECESSITE DE S'AFFRONTER A LA VIOLENCE ET A LA MORT PSYCHIQUE***

Ceux qui ont été capables de s'engager dans un processus thérapeutique avec une certaine authenticité peuvent identifier certains éléments qui leur sont propres et peuvent avoir valeur de signal d'alarme. Ainsi le Centre de Psychiatrie Légale de Montréal a mis en place un suivi de ce type. Quand ces délinquants se sentent au risque d'une récidive, ce qui correspond souvent à des périodes de désorganisation et de résurgence d'angoisses non maîtrisées, ils viennent voir leur thérapeute ou se signalent à l'agent de probation qui les suit conjointement et peut décider d'une réhospitalisation, ou d'un réajustement du cadre thérapeutique ou légal. C'est bien dans cet espace que se situe la disjonction entre soin, obligation de soin et contrôle social. La clarification des rôles et des responsabilités permet de distinguer ce qui revient au thérapeute et ce qui revient aux autres partenaires de la scène sociale.

**Les groupes de soutien** peuvent être de différents types. Certains se sont construits sur le modèle des groupes de self-help tels que les Alcooliques anonymes, les Narcotiques anonymes, voire les joueurs anonymes. D'autres groupes de soutien se sont constitués à partir du modèle développé par Giarretto à San Diego qui s'est répandu dans toute l'Amérique du Nord (au Québec ce modèle est connu sous le vocable "Parents Unis") et commence à se développer en Europe. Ce type de groupe obéit à un protocole particulièrement codifié sur un nombre de séances planifié à l'avance qui doit permettre au délinquant de franchir un certain nombre de niveaux pour finalement prévenir la récidive. Les objectifs du groupe sont ainsi préélaborés ce qui permet au groupe d'être animé par des professionnels de différents horizons qui n'ont pas forcément une expérience du travail thérapeutique. L'engagement dans de tels groupes fait, aux USA du moins, partie des exigences définies par l'autorité judiciaire qui est informée de la moindre absence et peut la sanctionner. Giarretto a construit son succès (du moins auprès des magistrats) sur la publication de taux de récidives particulièrement bas, ce qui renvoie à toute la discussion évoquée plus haut.

Le travail de groupe indépendamment de ces aspects qui prêtent à discussion apparaît amener certains bénéfices thérapeutiques notamment en permettant de s'attaquer aux mécanismes de déni qui mettent en échec l'engagement thérapeutique. En effet face à un membre du groupe qui exprime sa certitude de ne plus être au risque de récidive ou son déni de l'envahissement pulsionnel par des scénarios violents ou déviants, les autres membres du groupe apparaissent plus à même lui renvoyer leur propre scepticisme. L'étayage fourni par le groupe autorise des mécanismes d'identification croisée et aide tant les membres du groupe que les thérapeutes à se confronter à ce qui est si difficile à exprimer.

### ***La psychothérapie***

Elle pose toujours la question de la violence. Comment essaye-t-on de penser et de construire un travail thérapeutique avec ces délinquants? Traiter ceux-ci c'est d'abord affronter *l'inimaginable, l'impensable et l'inquestionnable*. On ne peut pas faire l'économie de cet affrontement. On doit toujours se poser la question de ce à quoi ces patients nous empêchent de penser. Quand on commence à les suivre, par leur discours banalisé, quasi normalisé ils nous éloignent de l'inimaginable de leur comportement, ils nous éloignent de l'impensable, ils nous éloignent de l'inquestionnable. Ce qui nous arrange bien et nous aide à rester humains, vivants psychiquement, mais nous éloigne toujours plus de leur réalité psychique en renforçant sans cesse le clivage. Il nous faut toujours y revenir dans la prise en charge. L'analyse de nos contre attitudes vis à vis de la violence de ces patients ne peut que reposer sur la prise en compte de ces zones d'ombre. C'est à mon avis, la seule manière de pouvoir construire une ébauche de compréhension de ce qui peut se jouer dans cette relation à hauts risques.

L'analyse des bénéfices que peut retirer le patient du traitement concerne en premier lieu, et avant l'analyse des bénéfices secondaires, la réalité de la situation. Même si la nécessité du traitement ne fait aucun doute ainsi que la volonté et la capacité du patient de s'y engager, il n'est jamais possible de faire l'économie de l'exercice et de faire lucidement la part des choses. Il faut avoir l'honnêteté de ne pas s'engager dans un processus de soin quand ce type de bénéfice apparaît trop manifeste et occupe toute la scène sans être vraiment reconnu et verbalisé. Tout le monde sait que si une thérapie est commencée avant le procès les juges seront mieux disposés vis à vis du justiciable. L'effet sera encore plus fort si la comparution s'accompagne du certificat de bonne conduite thérapeutique. Après le procès, l'attestation d'un traitement inexistant aura aussi des effets sur l'application des peines en prolongeant des systèmes pervers dans lesquels personne n'est dupe de la réalité de l'engagement thérapeutique, et en premier lieu le magistrat, mais où tout le monde, à commencer par le patient, se réfugie derrière l'attestation pour faire mine d'y croire.

Il est important de savoir ne pas s'inscrire dans ces jeux de dupes pour, à l'inverse, être à même de pointer les mouvements réels qui peuvent se produire même lorsque des bénéfices de réalité viennent soutenir la démarche thérapeutique. C'est dire qu'une incitation thérapeutique peut prendre toute sa valeur si elle ne s'inscrit pas dans une démarche vide de sens mais si elle vient, au contraire, étayer quelque chose qui se mobilise. L'exercice est certes périlleux et nécessite une inlassable clarification.

**Le malaise de la rencontre** est la première manifestation de cette relation inquiétante qui peut s'établir avec ce type de patient. C'est le témoignage du mode de



relation dans lequel il nous plonge d'emblée et qui procède à la fois de la fascination, de la séduction et du déni. C'est aussi le témoignage de l'écart qui existe entre une certaine banalisation de la situation thérapeutique et ce qu'il nous fait éprouver de la violence qu'il expulse régulièrement de lui-même parce qu'il est incapable de l'éprouver ailleurs que dans l'acte et qui est du registre de la violence, voire de la haine.

Le travail d'équipe est aussi fondamental car le face à face individuel est terriblement difficile à tenir et menace notre intégrité psychique et notre humanité à tout moment. Le face à face fait aussi courir le risque de la pérennisation d'une relation qui n'a rien de thérapeutique mais n'est que la reviviscence de la relation d'emprise qui a pu

**TRAITEMENT DES DELINQUANTS SEXUELS  
CHAINE THERAPEUTIQUE  
Tableau 3**

**RECONNAISSANCE DE L'ACTE**



**EMPATHIE POUR LA VICTIME**



**LOI**



**SOUFFRANCE PERSONNELLE**



**SOIN**



**IDENTIFICATION DES FACTEURS  
DE RISQUE**

s'instaurer par le passé entre l'agresseur et sa victime ou son entourage. Le travail d'équipe permet un étayage mutuel et l'élaboration d'un cadre suffisamment solide pour préserver l'intégrité thérapeutique.

***Pour conclure : La place fondamentale de la loi***

On l'a dit et redit, celle-ci est tout à fait essentielle. Nous savons, surtout lorsque nous travaillons en prison que les délinquants, comme les pervers, connaissent très bien la loi. Ils la connaissent mieux que nous, mais sans avoir pu l'intérioriser. Beaucoup de magistrats connaissent ces délinquants qui arrivent avec le code pénal, en connaissent toutes les subtilités mais pour qui la pratique de la loi n'est qu'un exercice de style, vide de sens.

C. Balier évoquait la nécessité de mettre en place une instance externe qui viendra peut être combler ce vide ou en tout cas rappeler au patient quelque chose qui lui fait défaut intérieurement. Le traitement commence par l'acceptation par le délinquant que la loi le concerne, ce qui signifie "j'ai fait". Quelles que soient les

approches thérapeutiques c'est indispensable. On ne peut pas soigner quelqu'un qui dit "*je n'ai pas besoin, je n'ai pas fait, je n'y suis pour rien*".

Il arrive que la rencontre entre ces patients et un thérapeute en milieu pénitentiaire témoigne d'une véritable souffrance. Il peut s'agir d'une souffrance dépressive qui est plus du domaine de la honte que le détenu éprouve du fait de son incarcération et des faits qui lui sont reprochés que du domaine de la culpabilité. La honte peut aussi conduire à des passages à l'acte dramatique ce qui légitime un soin. Il est cependant difficile de s'engager dans un soutien autre que ponctuel. C'est toute la question de l'accompagnement thérapeutique du déni.

Le tableau 3 essaye de donner une représentation de ce qu'il peut en être du cheminement thérapeutique dans le cadre d'une demande de soin qui va au delà du traitement de la honte. On peut mesurer toute l'importance du repérage de ce qui est de l'ordre de la loi et de son action et de ce qui est de l'ordre de notre espace thérapeutique

Dans le soin aux délinquants sexuels il faut inlassablement clarifier les rôles: préciser qui fait quoi. Le piège est qu'à un moment ou l'autre on se retrouve, nous thérapeutes, en situation de **dire** la loi. Ce n'est pas à nous de le faire si nous voulons rester thérapeutes. **Rappeler** que la loi existe est fondamental, en particulier dans le travail thérapeutique. La **dire** comme peut la dire un juge ou une autorité d'exécution des peines est autre chose. Dans ce contexte l'indépendance statutaire vis à vis des autorités officielles, pénales et pénitentiaires est essentielle. Il y a une espèce de va et vient où on doit toujours pouvoir se poser la question "est-ce qu'il ne nous met pas en situation de dire la loi?".

Par contre je pense la reconnaissance de l'acte et la naissance de l'empathie pour la victime ce ne vont pas s'originer dans le travail thérapeutique. Le travail thérapeutique va peut être se greffer là dessus mais c'est d'abord la rencontre avec la loi qui est primordiale.

### ***Deux remarques de fond:***

#### ***Frank Chaumon***

Le dernier tableau pose un problème parce qu'il se renverse complètement dans un cadre qui impose des soins forcés. Dans une thérapie ordinaire ça fonctionne exactement à l'inverse. L'empathie avec la victime vient à la fin. La souffrance personnelle de celui qui commence à se sentir un peu concerné, c'est le début de toute possibilité de travail. Tout le système du dernier schéma est sur la tête .

#### ***Jean Pierre Legendre***

Dans l'obligation de soin il y a aussi quelque chose du côté du thérapeute qui ne peut pas lâcher son patient et le laisser partir. On retrouve là une problématique des psychiatres en général et des thérapeutes d'enfants quand ils arrivent à l'âge adulte

Si on pousse les choses, ce système qui ne concernerait pas que les gens volontaires bien sûr, s'appliquera à toute personne sortant de prison. En suivant le raisonnement de D. Duclos on risque de multiplier les passages à l'acte dans la société, quel que soit l'effet sur l'individu donné. Il y a quelque chose de l'ordre d'une société de contrôle, c'est à dire quels que soient les effets sur l'individu lui-même, ça rejaillira ailleurs en risquant d'être pire que ce qu'on attendait.

## **4<sup>ème</sup> PARTIE : INSTITUTIONS ET DELINQUANCE SEXUELLE**

### **SOIGNER LE DELINQUANT SEXUEL EN INSTITUTION: L'EXEMPLE DE L'ALLEMAGNE**

*Heinfried Duncker*

Les conditions cadres des possibilités thérapeutiques pour les délinquants sexuels en Allemagne sont définies, pour les délinquants sexuels comme pour tous les autres délinquants, en fonction de leur responsabilité pénale (imputabilité) : pleinement responsables ils doivent purger leur peine en prison, irresponsables, ils sont admis dans un hôpital psychiatrique.

Il existe aussi, en principe, pour les délinquants sexuels reconnus responsables, la possibilité de bénéficier d'un traitement psychothérapeutique pendant leur détention ou pendant la période de libération conditionnelle.

Les conclusions de la commission d'experts indépendants statuant sur la question de la prise en charge des délinquants sexuels et de la commission pour la décentralisation des mesures de sûreté (chargée de définir les modalités de placement dans les institutions de psychiatrie légale) ont été formulées en fonction de l'établissement de conditions cadres communes (responsabilité complète, diminuée ou irresponsabilité) mais aussi en fonction d'exigences formelles ou plus spécifiques qui seront posées aux institutions appelées à s'occuper de la prise en charge de ce type de délinquants

La possibilité ou l'impossibilité d'une véritable prise en charge se mesurent finalement en fonction du degré de mise en application des conditions idéales définies par les différentes commissions citées plus haut. On doit aussi tenir compte du fait que le traitement et la réhabilitation de ces délinquants ne sont envisageables que s'il existe une véritable acceptation sociale d'un tel travail. Si cette acceptation est remise en cause, comme c'est le cas actuellement à Eickelborn, l'idéal thérapeutique de tout traitement perd partiellement ou totalement son fondement.

#### ***Le déroulement de l'action pénale en Allemagne***

En Allemagne la décision est depuis longtemps tombée comme fait en faveur de quelque chose de l'ordre du contrôle social et du traitement forcé. En Allemagne les voix critiques se posent moins le problème du cadre dans lequel ils travaillent (Est-ce qu'il y a ou non un lieu où on fait des traitements forcés?) que la question du droits des gens qui y sont placés. Quels droits ont-ils et quelles voies de recours ont-ils? Si on parle du cadre il faut examiner celui dans lequel on travaille. Le cadre dont je parle est très différent des SMPR ou des unités pour malades difficiles, du moins tels que je les ai connus dans les années 70.

Au cours de l'enquête policière, après le crime, quelqu'un constate qu'il y a eu au moment des faits ou dans le comportement de la personne, quelques troubles qui pourraient paraître psychopathologiques. A ce moment là, au cours de l'enquête, le

tribunal peut décider qu'il n'y a pas de détention préventive mais qu'il y a un internement provisoire. Cet internement provisoire est aussi un temps d'expertise, qui se fait dans les mêmes lieux que l'internement thérapeutique qui s'en suit. L'expertise est versée au dossier et conduit obligatoirement à un procès.

Au cours du procès les faits incriminés sont constatés en présence de l'auteur. Il y a bien eu l'acte et il y a bien commentaire de l'acte, il y a bien désignation de l'acte. S'il s'agit d'un meurtre ou d'un viol, il y a qualification par la justice.

La personne peut passer de détention préventive à un internement provisoire et inversement si l'expertise dit qu'il n'y a pas de pathologie, ou qu'au moment des faits le comportement n'était pas lié à la pathologie, ou qu'il n'y a pas de relation entre la pathologie et le crime pour lequel il est inculpé, il peut très bien aussi repasser de l'internement provisoire à la détention préventive.

Le jugement qui suit détermine internement *ou* peine ou internement *et* peine. Il peut y avoir des gens condamnés à un internement et à une peine d'emprisonnement. S'ils sont considérés comme de responsabilité largement atténuée une peine accompagne obligatoirement la mesure d'internement. En règle générale, la mesure thérapeutique est placée avant l'emprisonnement, mais le temps des soins forcés est décompté du temps d'emprisonnement jusqu'au 2/3 de la peine. La fin de ces mesures est obligatoirement la libération conditionnelle avec un temps de probation allant de 3 à 5 ans. La seule exception à cette règle est prévue pour le cas où au cours de l'internement on constate qu'il était sans fondement. Dès lors la mesure est levée sans temps de probation. Il faut que le diagnostic soit sérieusement remis en question ou que la durée de l'internement n'est plus proportionnelle au danger émanant de ce malade. Parmi les obligations du temps de probation il peut y avoir des soins, comme il peut y avoir des obligations de ne résider qu'à tel endroit, ou de prendre le travail à tel endroit, ou de se tenir à un certain nombre de règles de comportement, ne pas boire d'alcool, et quand on a enfreint les conditions de probation, je pense que c'est comme en France, celle-ci peut être révoquée. C'est le cas général.

### ***Les mesures de défense sociale en Allemagne ont une longue histoire.***

Cette histoire commence au 18ème siècle lorsqu'il y a eu la première fois l'installation d'une double modalité de punition associée à une prise en charge thérapeutique. Ce passage a été bref, six ans, parce qu'à cette époque là les peines criminelles étaient des peines où on coupait la tête, la main ou tout autre châtiment corporel, etc., ce qui ne se laissait pas associer à un quelconque système thérapeutique.

Une deuxième tentative a eu lieu après la première guerre mondiale, au cours de la république de Weimar, où les premières ébauches d'une législation de thérapie et de sécurité comme ça s'appelait à cette époque ont été proposées par les parlementaires, mais ça n'a pas abouti. Quelques affaires meurtrières sanglantes comme l'affaire de Haarman et du Oberlehrer Wagner, un tueur en série assez fou, ont amené à réfléchir à ce genre de mesures.

La loi sur les criminels dangereux a finalement été votée en 1933 par les nazis. Ce qui était important à cette époque là était le renversement de la teneurs des premières ébauches, la sécurité se plaçait avant l'aspect thérapeutique. Etaient exclus des mesures thérapeutiques ou de la diminution de la responsabilité tous les psychopathes. Cette loi est restée valable jusqu'en 1975, où il y a eu une grande réforme du code pénal

allemand, qui a transformé en particulier les mesures d'emprisonnement et les mesures de thérapie forcée.

Un des principaux aspects de cette réforme concernait le régime carcéral et la disparition des différences entre les peines criminelles (réclusion) et les peines correctionnelles (emprisonnement) comme en France. Il y a une peine privative de liberté, qui peut aller de 6 mois à perpétuité, mais il n'y a pas de différence ni d'établissement, ni de régime dans les établissements.

Le législateur exigeait une nouvelle loi sur le déroulement de l'enfermement et de l'emprisonnement. Une loi de plus de 100 articles règle en détail ce que sont les droits et les obligations des prisonniers. Cette loi est une loi fédérale et les prisonniers peuvent en demander l'application par voie judiciaire.

Le nouveau Code Pénal, en ce qui concerne les mesures de traitements et de sécurité, contient 5 articles qui nous intéressent:

\* **l'article 62** du code pénal dit "*qu'une mesure thérapeutique et sécuritaire ne peut être prise que si les délits commis ou attendus sont en relation avec la gravité de cette mesure*". C'est à dire quand il n'y a pas de délit important **attendu** ou **commis**, il ne peut y avoir une telle mesure parce que la législation allemande dit traitement plus sécurité. Cette mesure représente une charge supplémentaire pour le criminel, qu'on est en droit d'exiger de cette personne uniquement s'il y a un danger tout à fait particulier ou imminent. Après une série d'articles règlent:

- l'internement en hôpital psychiatrique (article 63) ;
- l'internement en cure de désintoxication (article 64) ;
- l'internement en établissement socio-thérapeutique ; cet article a été abandonné tout simplement parce qu'il n'y avait pas de financements pour construire ces établissements (article 65) ;
- l'internement purement sécuritaire, pour des gens ayant commis des crimes particulièrement graves sur une période particulièrement courte (article 66). Il y a à peu près une centaine de personnes en Allemagne qui tombent sous cet article.

\* l'article 67 fixe les durées d'internement, les modalités de passage d'un lieu à l'autre, etc.

Ce qui arrive aux délinquants sexuels en Allemagne est ce qui arrive à tout criminel en fonction de ces voies et des modalités d'internement qui en découlent. Pour être en internement médico-légal, il faut être soit en état d'irresponsabilité, soit dans un état de responsabilité largement atténuée. La traduction française qui a été faite dans les codes pénaux européens n'est pas juste. Il n'y a pas de responsabilité atténuée en Allemagne, il n'y a qu'une responsabilité **largement** atténuée. Ce "largement" a une importance par rapport aux catégories concernées parce qu'il ne suffit pas d'être malade, mais la maladie doit avoir une gravité tout à fait particulière.

L'expert psychiatre ne doit pas seulement discuter l'existence d'une pathologie, mais il doit aussi constater la gravité de cette pathologie. C'est une question extrêmement controversée dans la psychiatrie allemande. Tous ceux qui se réclament encore de Kurt Schneider disent que la psychose est une maladie suffisamment grave pour que de toute façon il en résulte l'irresponsabilité. Par contre, il refusait cette diminution de responsabilité à toutes les formes de psychopathies. Pour les psychiatres d'orientation « psychiatrie sociale », la gravité d'un trouble ne se situe pas à travers le degré dans lequel ce trouble gêne la personne dans sa conduite générale de la vie, y

compris les domaines qui ne sont pas en rapport direct avec le crime en question. La gravité pour eux résulte donc du degré d'inhibition dans la vie en général occasionné par le trouble. Cela est particulièrement important pour les diagnostics attribués à cette catégorie juridique de « *l'autre déviation mentale grave* », c'est-à-dire les troubles graves de la personnalité et les déviations sexuelles, dont l'importance se démontre à travers le degré dont la conduite de la vie en général est centrée autour du trouble.

### ***Les soins en Allemagne***

Dans les hôpitaux qui vont prendre en charge ces malades vous retrouvez cette clientèle appartenant aux "*autres déviations mentales graves*" que sont les troubles graves de la personnalité. Dans l'hôpital d'Eickelborn qui accueille à peu près 350 patients, on retrouve environ 60 % de gens qui souffrent de troubles de la personnalité graves. Tous ceux qui relèvent de cette catégorie en général ne se retrouvent pas dans les hôpitaux forénésiques parce qu'il ne faut pas seulement avoir commis un crime pour qu'une telle mesure soit décidée, mais aussi qu'il y ait le risque que survienne un autre crime du même style.

L'article 63 stipule :

- la personne doit avoir commis un crime grave
- il doit être en relation de causalité avec un trouble psychopathologique grave
- il doit y avoir des raisons précises faisant craindre qu'en raison de cet état il puisse de nouveau commettre des crimes graves.

Les actes illicites graves doivent être spécifiés. Il ne suffit pas que l'expert dise on ne peut pas les exclure, il faut qu'il précise quel acte grave on pourrait être consécutif à son état et en raison de cette maladie. Il est important d'évoquer ces conditions générales, parce que l'internement en hôpital psychiatrique concerne en Allemagne de 3000 à 4000 personnes. C'est une autre question que celle des UMD en France où ne se trouvent que 600 à 700 personnes pour toute la France.

Les criminels en prison ont bien un droit à l'accès aux soins. En ce qui concerne la psychopathologie, le problème devrait être clair: il y a expertise, l'expert dit que la personne n'est pas gravement malade. Théoriquement il ne devrait pas y avoir de malades psychiatriques en prison, parce que ceux qui sont malades vont à l'hôpital, ceux qui ne sont pas malades vont en prison. En fait, le triage tel que les juristes l'ont prévu dans leur beau schéma ne fonctionne pas. De nombreux prisonniers souffrent de troubles graves de la personnalité, parce que des psychiatres ne reconnaissent pas les troubles de la personnalité en tant que maladie et en restent à ce que Kurt Schneider a dit : "*plus c'est compréhensible, plus c'est normal et moins c'est pathologique*".

Les psychiatres allemands et la psychothérapie n'ont quelque chose en commun de manière obligatoire que depuis un an où une nouvelle formation de psychiatre a été décidée au niveau national et associe formation psychiatrique et formation psychothérapique, ce qui est déjà un progrès.

Les troubles de la personnalité sont considérés comme une variation de la norme qui rejoint d'une certaine manière l'opinion "tout le monde est un peu pervers". Ces psychiatres tentent d'exclure le malade et de leur établissement et en corollaire de toute possibilité évolutive. Ils disent ainsi que ces patients ne sont pas curables. Ainsi ils renforcent les courants qui disent : s'ils ne peuvent être soignés et représentent un danger, il faut qu'ils restent enfermés à vie. Les délinquants sexuels se trouvent, en particulier,

devant le risque d'une double exclusion. Exclue des soins d'une part, ils le sont aussi des possibilités d'amélioration. Le préjugé d'impossibilité d'amélioration nourrit les voix qui réclament l'exclusion à vie de la société.

En prison, la thérapie est théoriquement possible. L'accès aux soins est régi par les règles du code de la santé publique : les détenus ont droit à tous les soins, sauf aux soins dentaires et aux prothèses des jambes, etc., à part ça ils ont tous le droit de se faire soigner comme à l'extérieur, mais ils n'ont pas le droit de choisir leur thérapeute. Le résultat est qu'en ce qui concerne la psychothérapie ça ne peut pas tellement fonctionner parce que si je ne peux pas choisir avec qui je parle, je ne peux pas véritablement faire une psychothérapie.

À la suite de quelques rechutes gravissimes a été nommée une commission d'experts concernant le traitement des délinquants sexuels en prison. Ces experts ont exigé des prises en charge psychothérapeutiques dans la prison, y compris des services spéciaux pour les délinquants sexuels. Sans entrer dans les détails de cette discussion, il faut savoir que cette recommandation ne se transformera pas en réalité parce qu'il n'y a pas les fonds nécessaires pour ce genre de services et parce que la justice ne veut pas de psychothérapie à l'intérieur de la prison.

### *L'internement forénésique*

Celui-ci obéit aux lois des Länders. En Bavière existent, par exemple, d'autres dispositions légales qu'en Westfalie, la constitution allemande le permet. **Forénésique** vient de forum et désigne les questions psychiatriques qui ont trait à la loi<sup>2</sup>. Pendant longtemps j'ai parlé de psychiatrie légale. Le Pr. M. Colin à Lyon m'a fait remarquer quand je lui ai envoyé un texte que je ne devrais pas parler de psychiatrie légale, mais de psychiatrie forénésique, alors j'ai appris à parler de psychiatrie forénésique.

Quand quelqu'un est déclaré irresponsable et mis en psychiatrie forénésique, il est remis à l'autorité de tutelle sanitaire. Les affaires sanitaires constitutionnellement ne dépendent pas de la fédération, mais sont sous la responsabilité de chaque Land. Chaque Land doit définir ce qu'il fait de ces gens. Il existe une extrême variété dans les lois et règles de l'internement forénésique, dans les droits et les obligations des malades, et dans l'organisation.

Il y a des Länder où dans chaque hôpital existe un petit département de 50 à 70 lits qui prend en charge les malades forénésiques de la contrée, c'est le cas en Bavière ou en Rhénanie. Dans d'autres Länder existent de grands établissements centraux qui s'occupent de l'ensemble des malades internés du Land (selon cette mesure), en Hesse existe un établissement d'environ 300 personnes, en Westfalie trois établissements représentent à peu près 600 lits, en Basse Saxe vous avez un établissement d'environ 250 lits.

Chaque Land a une législation relative à ses droits avec des différences considérables. Par exemple, ai-je le droit ou non de lire le courrier du malade ? Théoriquement non parce que c'est interdit par la constitution, mais en Bavière la loi stipule que l'établissement a le droit de renoncer à lire le courrier du malade quand il y a des raisons de croire qu'il n'y a pas de danger qui en émane.

---

<sup>2</sup> Cette traduction littérale de l'allemand *Forensich* ou de l'anglais *forensic* n'a pas son équivalent en français et pourrait aussi se définir par ce qui qualifie le champ de la psychiatrie légale clinique dans le strict domaine pénal. Certains estiment que ce qualificatif pourrait s'appliquer aussi au domaine civil mais il implique clairement la notion de prise en charge psychiatrique des transgressions dans un contexte légal. M. Colin a aussi parlé de Médecine légale psychiatrique.

Quand ai-je des raisons de croire qu'il n'y a pas de danger qui émane d'une lettre? Pratiquement jamais, et si par hasard une lettre que je n'ai pas lue contenait des éléments dangereux pour l'établissement, je suis fautif. Donc tout le monde contrôle le courrier des malades. En Westfalie j'ai le droit de lire la lettre d'un malade si j'ai des raisons concrètes de croire que dans cette lettre il y a quelque chose d'écrit qui menace la sécurité de l'établissement. On peut facilement imaginer que je n'ai quasiment jamais de preuves suffisamment importantes pour que je lise la lettre d'une personne. Les droits des malades se mesurent à ce genre de question.

La question des soins forcés est du même ordre. Je n'ai pas le droit de traiter quelqu'un contre son gré avec un médicament, sauf s'il y a danger vital, c'est à dire ça n'arrive quasiment jamais que je puisse traiter quelqu'un contre son gré. En Bavière, j'ai le droit de ne pas traiter s'il n'y a pas de danger pour la personne. Dans certains Länder la question des traitements contre le gré de la personne n'est pas réglée dans la loi.

### ***Les recours***

Une loi sur l'emprisonnement règle combien de temps un détenu peut être dehors, quand il peut lire, comment il peut avoir une télévision etc. Il y a une voie de requête claire. La première instance est la direction de l'établissement puis l'autorité de tutelle, si les deux ne modifient pas leur décision, la personne peut se plaindre à la chambre d'application des peines, et si la chambre d'application des peines n'est pas d'accord avec ce qu'ils veulent, ils peuvent recourir devant l'instance suprême dans les affaires d'application des peines. Les décisions de ces deux instances contre l'avis des établissements sont assez fréquentes. En ce qui concerne la loi sur les internements il existe la même voie de recours, elle est relativement peu utilisée parce qu'il y a une autre voie. Les hôpitaux ont une loi hospitalière qui prévoit que tout hôpital psychiatrique doit bénéficier de l'aide soit d'un ombudsman, c'est à dire un avocat des malades, soit d'une commission parlementaire des plaintes.

En Westfalie, comme l'autorité de tutelle des hôpitaux publics est un établissement régional public dépendant des communes, disposant d'un parlement, le choix a été fait d'une commission des plaintes. Cette commission est parlementaire, les plaintes sont examinées et sont traitées devant la commission qui décide. Si elle décide que la nourriture n'est pas assez bonne, l'hôpital peut faire ce qu'il veut, la nourriture va être modifiée. Ces commissions de plaintes ont changé énormément de choses, non seulement dans les situations concrètes de l'internement forénésique, mais dans les situations des hôpitaux en général.

### ***La durée de l'internement***

*L'article 67* du code pénal allemand traite de la durée de l'internement selon l'article 63. Celui-ci est théoriquement illimité jusqu'à la perpétuité.

*L'article 64*, c'est à dire l'internement en cure de désintoxication ne peut durer que 2 ans, se rajoute alors la peine. C'est à dire c'est la peine à laquelle quelqu'un est condamné plus les deux ans maximum.

L'internement sécuritaire pur ne peut pas dépasser 10 ans lors de sa première application, et s'y rajoute obligatoirement la peine. Il y a des passages possibles entre les différentes modalités d'internement si au cours de l'internement on constate qu'une autre modalité serait la meilleure, mais elle pas illimitée. On peut passer de l'internement



psychiatrique en internement de désintoxication ou inversement, on peut passer de l'internement sécuritaire pur vers un internement thérapeutique, mais pas l'inverse.

Le contrôle se fait par la chambre d'application des peines. Ce n'est pas un juge mais une chambre criminelle de 3 juges professionnels qui examine chaque cas de malade au moins **tout les ans** en internement psychiatrique, **deux fois par an** au moins en internement pour désintoxication, et **une fois tous les deux ans** en internement sécuritaire. Il y a une règle générale: quand une mesure de ce type est prononcée on passe d'abord en thérapie et ensuite à l'emprisonnement.

### ***L'hôpital de Eickelborn***

A l'admission, on pose un diagnostic thérapeutique, c'est à dire quelles sont les mesures de thérapie qui sont nécessaires pour un malade. A partir de ce département de diagnostic et d'admission, les malades sont orientés dans trois services différenciés qui ont des projets thérapeutiques différents, l'un étant d'inspiration plutôt psychanalytique, l'autre met en avant des problématiques ou des modalités de type sociothérapeutiques, et le troisième est le service de psychiatrie générale (traitements médicamenteux pour psychotiques, etc.).

Le malade subit à l'intérieur de l'hôpital un cursus qui part de l'admission vers les services thérapeutiques et les secteurs de réhabilitation. Les unités psychiatriques sont en général, sauf deux services qui n'ont pas encore été reconstruits, des petites unités de soins de 10 et 15 personnes, organisés sur le modèle de la communauté thérapeutique.

Suivant la distribution des diagnostics dans ce centre la majorité des malades dont on s'occupe se retrouveraient théoriquement en France non pas dans les UMD, mais dans les SMPR. Mais la question est que justement tous ne se retrouveraient pas en SMPR parce que nombre d'entre eux qui y sont sans qu'on leur ait demandé leur avis, ou sans qu'ils aient formulé eux-mêmes une demande, ce qui pose problème.

la durée des séjours dans ces établissements dépend effectivement de ce que pense un Land et de la réalité politique de chaque Land. Elle varie entre 2,9 ans et environ 8 ans suivant le Land. Il s'agit de durées moyennes de séjours. Ces chiffres signifient aussi quelque chose. Quels sont les malades qui restent au delà de la durée moyenne? Dans le groupe des gens hospitalisés depuis plus de 5 ans, la répartition diagnostique n'est plus la même. Les psychotiques sont quasiment tous sortis et les patients souffrant de troubles de la personnalité sont tous encore là.

### ***Le problème actuel est celui des sorties.***

Qui décide des sorties et comment sort-on de cet établissement? D'une part naturellement par la décision de la chambre d'application des peines qui au bout de x années examine ou réexamine le cas d'un malade et déclare qu'il doit être libéré. Le tribunal constitutionnel a décidé très clairement que la durée de l'internement doit être relative à la gravité des délits.

Mais la durée de l'internement est aussi fonction du risque de récidive. C'est à dire qu'on nous pose la question "est-ce que vous pensez qu'il ne commettrait pas en dehors de l'établissement un nouveau crime semblable à celui pour lequel il a été admis?". Question fort difficile. Si le psychiatre estime qu'il ne risque pas de commettre un nouveau crime, la chambre d'application des peines prononce la libération. Si le

psychiatre dit qu'il pense qu'il va recommencer la chambre d'application des peines en général le maintient à l'hôpital, avec comme limite la question de la relativité.

Ainsi de nombreux malades, depuis cette décision du conseil constitutionnel, ont été libérés malgré un pronostic négatif. Ces libérations ont montré qu'il existe non seulement un problème de faux pronostic négatif, mais aussi un faux pronostic positif. De manière caricaturale je dirais que 50% des patients peuvent sortir, mais je ne sais pas lesquels.

La loi en Nord Westfalie me prescrit de faire un traitement au plus vite et au plus proche de la réalité, c'est à dire dans des conditions libérales, d'ouverture du service et de sortie des malades. Ces sorties là sont de l'autorité du médecin directeur de l'établissement. C'est à dire à chaque fois que je décide de la libération d'un de mes malades, je décide aussi que je pense qu'il ne devient pas récidiviste.

S'il récidive, ce qui est arrivé il y a un an et demi, c'est ma faute et on recherche si on ne doit pas m'inculper pour complicité de meurtre. Ce procès court toujours parce que l'enquête n'est toujours pas terminée après un an et demi. La chambre d'application des peines ne libère pas nos malades si on a pas avant cette libération demandé ou mis en place des mesures de libération provisoire. Actuellement l'opinion publique crie sécurité avant thérapie et crie plutôt sécurité vis à vis des thérapeutes

La discussion publique réduit le délinquant à son symptôme, et le thérapeute au facteur de risques. Si le thérapeute est un facteur de risques il fait en permanence plus attention à ne pas être source de risques et à pouvoir se défendre, que de faire attention à ce qui se passe dans la relation intersubjective. Donc il transforme son discours thérapeutique en discours stratégique et tombe dans le piège propre au malade. L'intersubjectivité est une chose à trouver et non pas une chose qui est au début.

On a l'impression que quand on discute actuellement des délinquants sexuels, en Allemagne, on discute la question de la conception bouchère. Est-ce une question de viande ou non d'être pédophile. Nombreuses sont les voix qui réclament qu'on enferme ces délinquants à perpétuité dans des prisons dorées, mais sûres, sans espoir de sortie, en les mettant en quelque sorte dans un entre deux temps de la mort, c'est à dire hors de toute communication sociale. La castration on n'en parle plus, elle est rendue quasiment impossible, mais la discussion publique ravive ce genre de chose. On fait semblant, comme si en enlevant la mauvaise viande on se serait débarrassé du problème.

### ***Quelques éléments bibliographiques***

\* Westfälisches Zentrum für forensische Psychiatrie, H. Duncker, in O. Dormoy, Soigner et/ou Punir, L'Harmattan ed., Paris 1996, 243-262.

\* Le placement judiciaire involontaire en Allemagne, H. Duncker, in Louzoun C. Et Salas D., Justice et Psychiatrie, Erès, Toulouse, 1998, 119-128

## DISCUSSION

### *Alain Chabert*

A côté de la double procédure pénale que tu as exposée, existe-t'il une procédure d'internement analogue à notre loi de 1838 pour quelqu'un présentant des troubles mais n'ayant pas commis (et ne souhaitant pas commettre) d'actes qui pourraient être considérés par les autres comme illicites?

### *Heinfried Duncker*

Il y a bien sûr une loi sur l'internement non pénal, mais comme d'habitude en Allemagne - là aussi c'est une grande différence par rapport à la France - tout internement, toute privation de liberté est une affaire jugée et ne peut jamais être un acte administratif, à la différence de la France. La loi de police n'autorise pas d'internement au delà de 48 heures.

Dans le cadre des internements psychiatriques, en cas d'urgence, il est prévu qu'entre 24 et 48 heures, un internement peut être fait par l'autorité administrative qui doit être approuvé obligatoirement par un arrêté judiciaire, sinon il est illégal.

### *Bruno Gravier*

Comment fonctionne la commission d'experts appelée à statuer sur le traitement des délinquants sexuels?

### *Heinfried Duncker*

Suite au crime commis par un malade qui bénéficiait de quatre heures quotidiennes de permission, deux commissions d'experts ont été nommées. L'une était une commission d'experts européens et traitait de la décentralisation. Elle a exigé la diminution du nombre de lits de cet hôpital, et a décrit quelles devraient être les normes d'un nouvel établissement de contrôle social en Allemagne.

Une deuxième commission - où participaient un psychanalyste, un psychiatre et deux psychologues, et en tant que juristes un professeur de criminologie de Munich et un représentant du parquet - a été mandatée pour étudier la question du traitement des délinquants sexuels, et s'est surtout intéressée à la question du pronostic. Quels sont les critères de qualité que doit remplir le pronostic que nous posons quand nous libérons progressivement ces patients. Ils ne disent pas grand chose par rapport à notre thérapie qui n'ait pas été déjà dit.

Je n'ai pas tellement parlé des contenus thérapeutiques, sauf une chose et ça en accord avec l'autre commission. On refuse catégoriquement toute solution de service spécialisé dans la question de la délinquance sexuelle. On parle de service spécialisé dans des soins concernant un certain type de troubles, mais jamais un type de criminalité. A partir de certaines catégories pathologiques, comme les psychoses graves, il peut exister des services spécialisés qui n'excluent pas, dans le cadre de séjours de longue durée le mélange avec, par exemple des patients ayant certains troubles graves de la personnalité.

Pour les débiles profonds ou handicapés mentaux profonds les besoins sur le plan pédagogique sont différents de ceux des psychotiques. Il y a une différenciation des services acceptable, mais pas dans le sens d'une catégorisation de malades suivant l'âge, le délit, la nationalité ou la couleur des cheveux.

***Philippe Rappard***

Le système allemand rappelle un peu le système italien. Le nombre de malades que vous indiquez est de 4000; dans les hôpitaux psychiatriques judiciaires italiens le chiffre est du même ordre. Je voulais simplement faire remarquer que ce qui obère votre action est qu'on vous demande de vous prononcer sur la dangerosité. En France on nous demande de nous prononcer sur la dangerosité lorsqu'il s'agit de malades internés par l'administration, mais lorsqu'il s'agit de sujets placés après procès, et là j'en reviens à l'arrêté Toubon, on ne demande pas aux psychiatres de se prononcer sur la dangerosité, c'est un progrès.

***Heinfried Duncker***

C'est bien pour cette raison que je disais de garder votre position. Je vous envie de ne pas avoir à vous prononcer sur le pronostic légal de vos patients, question qui n'a rien de psychiatrique. Il m'est possible de libérer un patient pour une durée indéterminée, que ce soit 3 heures ou 5 mois, le temps reste néanmoins compté comme temps d'incarcération. Ma responsabilité est alors engagée et je dois obligatoirement poser un pronostic criminologique comme si la criminalité, ou la récidive étaient uniquement de l'ordre psychopathologique. Nous pourtant savons tous que la rechute et la dangerosité criminelle d'un malade qu'on libère ne sont pas seulement une question psychopathologique mais dépendent d'un ensemble de facteurs situationnels accompagnant les conditions de libération.

Je suis, depuis un an et demi, l'objet d'une enquête du parquet qui doit déterminer si j'ai pris la décision de libérer ce patient de manière sérieuse ou non. Deux professeurs ont estimé que ma manière de faire était sérieuse. Cela n'a pas suffi au parquet qui a mandaté un troisième expert.

Jusqu'à présent trois médecins ont été condamné pour complicité de meurtre suite à des décisions de libération. Dans ces trois cas, cependant des erreurs flagrantes ont pu être mises en évidence : ces médecins ne connaissaient pas les malades qu'ils avaient libérés, il n'y avait pas eu d'examen préalable à la libération, le dossier médical était incomplet.

***Bruno Gravier***

Les actions judiciaires intentées dans un tel contexte se doublent d'un remue ménage médiatique et social très violent qui décuple la présomption de culpabilité qui pèse sur le médecin responsable de telles institutions. Derrière cette pression il y a aussi la volonté de certains de voir se développer des établissements où ces délinquants seraient internés à vie. Le système allemand est loin d'être isolé. C'est plutôt le système français qui fait exception, les TBS en Hollande fonctionnent sur un principe identique.

A une plus petite échelle, le canton de Vaud a créé une commission interdisciplinaire qui permet de décentrer la responsabilité de telles décisions des thérapeutes vers un groupe d'experts. Malgré le recul encore faible dont nous disposons, cette commission a permis d'améliorer les processus décisionnels pour lesquels la psychiatrie est interpellée et surtout de travailler sans avoir le sentiment d'être perpétuellement pris à la gorge ou d'être continuellement obligé d'évaluer le risque criminologique dans toutes nos entreprises thérapeutiques.

***Philippe Rappard***

En France dans les services de sûreté où les admissions se font en deuxième instance à partir de l'administration, c'est une commission du suivi médical qui se prononce sur la sortie de ces malades mentaux criminels et délinquants. Le médecin ne donne pas directement son avis.

J'ai été médecin chef d'un service de sûreté, je ne prenais pas la décision de donner un conseil ou de faire sortir le malade. En France c'est la décision du préfet et de la commission du suivi. Mais le système est différent parce qu'il ne s'agit pas de placements par voie judiciaire.

***Heinfried Duncker***

Vous négligez une chose dans cette question de la décision de sortie. Quand vous laissez sortir quelqu'un définitivement, auparavant il faut bien avoir fait des petits pas vers l'extérieur. C'est bien ce qui assure la qualité de la réhabilitation.

On ne peut pas dire que quelqu'un est interné jusqu'à telle date et qu'après il est libre. Tout ce temps où une mesure thérapeutique est corrélée à des mesures de libération, est une période particulièrement périlleuse exigeant des pronostics quotidiens sur l'état du patient. Vous ne pouvez pas faire l'impasse sur cette période qui reste de la responsabilité de l'établissement et du médecin qui dirige l'établissement.

Une commission ne réduit pas cette responsabilité, même si elle en a très longuement discuté, parce qu'en dernier ressort si l'autorité judiciaire n'y a pas été associée celle-ci déclarera que sa décision a reposé sur l'avis des médecins. Ainsi l'opinion publique place de nouveau la responsabilité chez les thérapeutes.

***Paul Arteel***

Tout ceci éclaire assez bien la question d'un certain type de judiciarisation, en particulier celle centrée sur la défense sociale parce qu'effectivement j'ai cette expérience à travers les patients belges qui tombent sous le coup des mesures de défense sociale et qui se réfugient en France; il y a d'ailleurs des patients allemands dans les services, qui fuient et essayent d'échapper à ce système.

Il est vrai qu'on est toujours dans une position où il faut argumenter dans le sens de l'obligation de résultat. C'est bien ce qui bloque la démarche thérapeutique. C'est une des grandes limites à ces systèmes de judiciarisation.

***Christian Revon***

En Westfalie, par exemple, comment fonctionne la commission des plaintes? Est-elle efficace?

***Heinfried Duncker***

C'est un instrument important dans le cadre de tout internement, qu'il soit médico-légal ou civil. Cette commission des plaintes est une sous commission parlementaire qui a une administration à son service. La liste des membres de cette commission et les voies de recours doivent être affichées dans chaque service. La commission contrôle l'affichage dans chaque pavillon, qui doit être visible par chaque malade. Quand un malade est admis, on doit lui expliquer oralement et de façon écrite les dispositions légales, il a en sa possession les textes de lois et les textes de requêtes qui doivent être expliqués

Effectivement les malades utilisent cette voie, ils téléphonent à ce service administratif de la commission parlementaire. Environ 50 % des plaintes en Westfalie

émanent des hôpitaux de psychiatrie forénésique. Une collaboratrice de cette commission va écouter les plaignants à peu près une fois par semaine. Il y a des plaintes raisonnables et justes. Les collaborateurs des établissements n'aiment pas tellement cette commission des plaintes parce qu'il faut qu'ils répondent à des questions souvent difficiles, mais, du fait de cette commission, les excès et abus de pouvoir sont extrêmement limités.

Par contre la question de la durée de séjour est du domaine des contrôles annuels. Le patient bénéficie alors d'un avocat qui le défend au cours de l'audition par la chambre d'application des peines.

**LA PAROLE DE L'ABUSE(E) : COMMENT REAGISSENT LES INSTITUTIONS DE SOINS ?  
L'EXEMPLE D'UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO - JUVENILE.**

*Jean-Pierre Legendre*

Elle n'est pas venue pour le viol, mais plus tard, à cause de la réaction des élèves de sa classe qui l'ont mise en quarantaine pour avoir dénoncé deux d'entre eux. Au cours d'une soirée, ils ont été "trop loin" et elle a porté plainte. Elle a 15 ans, accusatrice et culpabilisée, dépressive, abusée, désabusée ...

Si j'introduis cette discussion par cette illustration parmi bien d'autres, c'est que d'emblée elle pose les niveaux de complexité entre lesquels oscillent cette question. Viol de son intimité, de son corps, comme viol de l'intimité du groupe qui est le sien. Viol de l'ambivalence de son désir, crédit de sa parole.

Encore ce cas pourrait paraître plus simple que d'autres : les faits sont reconnus, c'est le non consentement qui est mis en doute, et les agresseurs sont extérieurs à la famille. Le plus souvent les situations que nous rencontrons présentent une dimension incestueuse, sinon le père lui-même, d'autres figures de type parentale : beau-père, ami de la mère, oncle... voire famille d'accueil. C'est précisément à propos d'une famille d'accueil qu'un procès est en cours dans notre département où la direction des services sociaux est mise en cause pour négligence. Très fréquemment, il s'agit de familles disloquées et la rivalité entre les différents pôles parentaux colore le tableau et favorise le signalement. L'enfant au retour d'un séjour chez les "autres" peut présenter des troubles extrêmement divers qui mettent en jeu la suspicion d'un autre "parent" qui se demande, ou nous demande : "mais qu'est-ce qu'ils lui ont fait ?". Les modalités de la révélation sont très variables et je soulignerai qu'il est fréquent que ce qui pourrait s'énoncer comme "plainte" de l'enfant soit souvent désigné comme "aveu". Coupable d'avoir dénoncé, ou coupable de ne pas avoir dénoncé, l'enfant victime est presque toujours fautif pour quelqu'un et donc pour lui-même.

A partir de cette suspicion, l'ensemble des adultes interpellés va vouloir savoir ce qui s'est vraiment passé. Caresses, pénétration ou pas, combien de fois, depuis quand? Je ne vais pas faire ici un catalogue : chacun l'imaginera entre l'horreur, la tendresse et la gaudriole. C'est normal, ces questions nous concernent tous et suscitent l'imagination. Les énoncés de la révélation en seront souvent infiltrés : "est-ce qu'il t'a fait ça ?". Il faut tenir compte que les premiers à recevoir ce récit ne sont généralement pas neutres. Mais après, les professionnels concernés peuvent-ils si facilement le rester ? Autour de ces situations il est habituel de voir se constituer un clivage entre ceux qui y croient et ceux qui n'y croient pas. Nos propres équipes n'y échappent pas. Le souci d'une vérité établie mobilise chacun et une place, me semble-t-il quelque peu crédule, est faite de l'examen physique qui objectiverait des traces incontestables. Cette "vérification anatomique" se révèle souvent peu probante. Il n'est sans doute pas raisonnable de récuser le principe de telles investigations cliniques mais il faut cependant savoir qu'elles peuvent représenter pour l'enfant une autre forme de traumatisme répétant d'une certaine manière le viol lui-même. Dans l'affaire du Mans, le défaut de cet examen a pu être reproché à notre collègue, le Dr Chouraqui et il serait regrettable que cette exploration devienne systématique pour se protéger du risque de faute professionnelle.

Pendant toute la longue période d'enquête et d'attente d'un éventuel procès, cette question de la vérité va accompagner la démarche de chacun et amener l'enfant à de nombreuses répétitions, elles aussi susceptibles d'être traumatisantes.

Si nous avons vu au cours de ce colloque qu'il n'était pas simple de dégager un profil type des abuseurs, il est encore moins évident de tracer un portrait psychologique commun aux abusés ni de pouvoir prédire l'importance d'un tel traumatisme sur le développement ultérieur. Sans banaliser ni dramatiser nous devons essayer d'adapter à chaque cas singulier l'aide souhaitable. Souvent il nous est demandé de faire parler l'enfant au prétexte qu'il doit en avoir besoin. Certes, mais il faut se garder d'empêcher systématiquement l'organisation défensive d'une part de refoulement nécessaire.

Je ne décrirai pas ici la grande diversité des thérapies qui dépendent de chaque situation propre à chaque enfant. Je reviendrai plutôt sur le vécu des soignants et leur attitude face à ces situations.

En tant qu'équipe de psychiatrie infanto-juvénile, si nous sommes de plus en plus fréquemment conduits à faire, à partir du CMP, les signalements, il reste plus habituel que nous ayons à voir des enfants au delà de cette première étape, quand il ne s'agit plus de la révélation mais plutôt de son accompagnement. Il arrive que ces faits soient rapportés par les parents au sujet de leur propre enfance alors que c'est leur enfant que nous suivons.

Ainsi que je l'ai déjà signalé, même chez les professionnels, la neutralité ne va pas de soi. En dehors même du contexte particulier d'une expertise, la question du crédit de la parole de l'abusé reste au coeur des interrogations. Nombre de nos partenaires nous créditent même, un peu facilement, d'une capacité technique à déceler le vrai du faux. "Alors Docteur, vous pouvez nous dire s'il y a mensonge ou non ?" Je pense qu'il y a là un piège considérable faisant plus appel à notre conviction qu'à notre position d'écoute. Si, faute de preuve, le magistrat peut juger sur la foi de son intime conviction, cette attitude ne saurait être celle du thérapeute. Cette situation se trouve souvent compliquée quand après une expertise psychiatrique les parents reviennent nous dire : "il a vu le Dr Untel, psychiatre expert, et il nous a dit que c'était faux, ou vrai". Certes, dans la logique de la justice, et l'expert intervient dans cette logique, il est nécessaire de tenter d'établir la vérité, par contre il me paraît nécessaire que pour l'enfant, il y ait au moins un lieu où la question ne soit pas posée dans les mêmes termes. Plutôt : "c'est vrai que tu me dis cela", et non pas "ce que tu me dis est vrai". La parole doit être entendue et respectée pour elle-même sans la réduire à la simple adéquation aux faits qu'elle exprime.

Cette position d'écoute ne cherchera pas à établir la réalité des faits mais visera plutôt à prendre en compte la réalité psychique de l'enfant. Cette attitude ne saurait être généralisée à l'ensemble des professionnels auxquels sera confronté l'enfant. Elle n'est pas une attitude plus juste mais une attitude différente liée à la spécificité de notre fonction. Elle n'est pas toujours bien comprise par nos différents partenaires (services sociaux, justice ...) qui regrettent que nous ne soyons pas unis dans une commune attitude vis à vis de l'enfant et de sa famille. Il nous apparaît pourtant tout à fait nécessaire que celle-ci puisse différencier une place singulière et qu'un espace de parole libre soit possible sans être automatiquement référé au double registre vérité/mensonge.



La confusion des genres est toujours un risque majeur dans nos pratiques et celle-ci infiltre souvent le "traitement" de ces affaires. Nous avons déjà dénoncé celle-ci dans le cadre de la réforme de l'article 64, nous la retrouvons dans la révision de la loi de 90 et plus nettement encore dans les projets de loi spécifiques sur les délinquants sexuels. Cette tendance me paraît aggravée du fait que si traditionnellement on trouve nombre de psychiatres s'investissant d'une mission de défense sociale, aujourd'hui, des magistrats férus de psychologie, voire de psychanalyse seraient tentés d'utiliser leur décision de justice dans une perspective de traitement voire comme acte interprétatif.

L'attitude précédemment décrite n'est évidemment pas spécifique aux affaires d'abus sexuels et sans doute peut paraître de la plus grande banalité mais nous pouvons remarquer que ce sont dans ces cas là que la neutralité paraît habituellement plus difficile à soutenir, tant du fait des pressions extérieures que de la propre réaction des soignants. Faut-il rappeler la remarque de Freud dans *"l'avenir d'une illusion"* : *"L'ignorance est l'ignorance, il n'en dérive aucun droit à croire quoi que ce soit"*. C'est aussi bien pour des raisons techniques qu'éthiques, qu'il est nécessaire que notre réelle "ignorance" soit garantie à l'enfant afin que sa parole ne soit pas confisquée au profit de nos croyances.

Brièvement, pour illustrer mon propos, je vous rapporterai une situation récente assez exemplaire des cas que nous rencontrons dans notre pratique.

Il s'agit d'une petite fille, singulièrement prénommée Angélique, qui a aujourd'hui 11 ans. Ses parents vivent depuis longtemps dans une situation relativement marginale, en caravane, et sont bien connus des services sociaux. Ceux-ci, après décision du juge ont été conduits à la placer dans une famille d'accueil depuis déjà de nombreuses années (7 à 8 ans je crois). Il y a 4 ans, lors d'un retour de week-end dans cette caravane, elle avait confié à son assistante maternelle que son papa avait fait des choses, qu'il voulait toujours faire la sieste avec elle et qu'il l'avait caressée dans sa culotte. Son récit était resté assez flou et inconstant mais une enquête avait cependant été déclenchée. Il n'y avait pas de traces significatives à l'examen gynécologique et l'expert psychiatre avait conclu qu'elle devait mentir. L'affaire avait été classée et l'enfant, tout en restant dans la famille d'accueil et malgré ses réticences, avait continué à rendre visite à ses parents. L'assistante maternelle, tout en gardant la conviction que la petite fille avait dit vrai a du obtempérer à la demande des services sociaux ce qui n'a fait qu'aggraver le conflit qu'elle entretenait déjà avec ceux-ci. Nous n'avons connu Angélique au CMP qu'au décours de ce premier épisode. Elle présentait des troubles mineurs de la conduite et surtout une grande inhibition perturbant ses acquisitions scolaires. Elle a participé à un groupe thérapeutique dont l'effet a pu paraître positif et n'a plus reparlé de son accusation.

L'inquiétude des travailleurs sociaux était plutôt focalisée sur le caractère très possessif de l'assistante maternelle, mais compte tenu du profond attachement d'Angélique à sa nourrice, le changement de famille d'accueil ne fut pas réalisé.

Angélique allait plutôt bien et n'était plus suivie au CMP quand survint un nouveau rebondissement. La famille d'accueil s'étant désunie elle-même, les services sociaux considérèrent que le placement d'Angélique devait être modifié. C'est au cours de ce nouveau conflit qu'Angélique réitéra ses plaintes accusatrices à l'encontre de son

père (impliquant la complaisance coupable de sa mère). Cette fois-ci les descriptions étaient plus précises et nettement affirmées sans variantes.

Nouvelle enquête, nouvelle expertise et nouveau clivage entre ceux qui rappellent le premier épisode et ceux qui voient une nouvelle manipulation de l'assistante maternelle pour conserver la garde d'Angélique. Cette nouvelle révélation tombe à pic et même sans suggestion aurait pu être inventée par Angélique pour garantir sa place chez cette deuxième maman à laquelle, bien sûr, elle était très attachée. Faute de preuve, il n'y a pas eu de condamnation du père, mais, dans le doute, le juge pour enfants décida que la rencontre avec la famille naturelle devrait dorénavant se dérouler en présence d'une assistante sociale. Angélique et l'assistante maternelle chez qui elle fut maintenue, s'arrangèrent comme elles purent de cette nouvelle donne. Par contre, c'est l'assistante sociale chargée de ce dossier qui vint me consulter, non pas pour une simple concertation, mais bien à propos de son malaise personnel confronté à cette situation. Elle avait accompagné les parents dans une démarche de resocialisation, avec un nouveau logement où était prévue la chambre où viendrait les rejoindre Angélique et elle ne pouvait mettre en doute leur réel attachement à l'enfant, pas plus qu'elle ne pouvait mettre en doute le récit d'Angélique. L'injonction de juge, la logique de son service, les réflexions critiques qu'elle entendait au CMP, tous ces éléments lui rendaient la situation insupportable. Je n'avais pas de vérité à lui révéler, ni de décision à lui faire prendre. Je ne pouvais que l'accompagner à vivre ses doutes.

Je ne parlerai pas de la suite de la prise en charge d'Angélique elle-même, que je ne suis d'ailleurs pas personnellement. Je voulais plutôt, par le récit de ce cas, attirer votre attention sur l'accompagnement des accompagnateurs d'autant qu'il m'avait été suggéré d'évoquer la réaction des équipes confrontées à ces situations. J'en profiterai par contre pour insister sur la nécessité de soutenir une place différente et suffisamment à distance si nous voulons pouvoir apporter notre aide avec autant de prétention que de modestie.

## DISCUSSION

### *Caroline Legendre*

J'ai été très sensible à tout ce que vous disiez par rapport au crédit de la parole de l'enfant et ces histoires de croyance, de vérité. J'y suis confrontée régulièrement en tant qu'expert psychologue, où j'ai souvent à faire des expertises psychologiques d'enfants victimes d'abus sexuels

Quand vous dites que la position de thérapeute est tout à fait différente de celle du juge et que l'important c'est évidemment de croire en la vérité de l'enfant, je pense aussi que c'est vraiment une position que l'expert, qu'il soit psychiatre ou psychologue, doit également soutenir. C'est vrai qu'il me paraît très important que l'expert, je parle en tant qu'expert psychologue, ait ce souci avant tout de la vérité psychique de l'enfant et non pas de la véracité des faits.

Je suis scandalisée quand j'entends des experts qui osent dire c'est une menteuse. Ce n'est vraiment pas à un expert de le dire, c'est vraiment le travail du juge. C'est vrai qu'il arrive encore qu'on nous demande des expertises de crédibilité mais c'est quelque chose que je refuse.

Quand j'ai un enfant en expertise ce qui est important c'est de repérer des éléments traumatiques, de croire sa parole et de voir ce qu'on peut éventuellement conseiller par rapport à des éléments traumatiques.

### *Claude Louzoun*

Qu'on le veuille ou non, l'expertise de crédibilité a son crédit et les experts psychologues ou psychiatres s'y prêtent ; et les juges en demandent et en redemandent, même si certains disent par ailleurs qu'ils n'y croient pas. Quant à l'expertise de personnalité, les juges l'utilisent souvent pour « comprendre » ou pour contrôler ou pour contester les expertises des psychiatres. Cela dit nous n'avons fait qu'aborder, et non traiter la question des abus sexuels.

### *Patrick Mérot*

J'ai eu aussi à connaître de telles situations. La ressemblance entre un cas et un autre est assez étonnante. Je voulais souligner un point qui n'a pas été évoqué mais qui a été bien mis en valeur par l'affaire du Mans qui est la pression très forte à laquelle nous sommes soumis, en particulier autour de la question du secret médical par rapport à l'émergence de ces affaires ou des situations d'enfants en placement familial.

Il n'y a plus d'espace pour quelque chose qui serait un temps de secret puisque dès lors que la situation apparaît et avant qu'on puisse en dire quoi que ce soit, elle est d'emblée connue par plusieurs personnes. On sort de la stricte définition du secret médical, on est alors obligé au signalement, et on met en marche la machine : l'expertise, les examens médicaux, etc. Ce sont des conditions de travail à peu près impossibles.

### *Anne Gerdil*

Je voulais revenir sur la question de l'enfant qui s'amuse à des jeux érotiques. J'ai voulu aller voir aussi du côté des enfants normaux à qui il n'était jamais rien arrivé et

qui s'amusaient à la récréation comme tout le monde. J'ai donc fait des campagnes de prévention d'abus sexuels.

Je suis très étonnée de voir à quel point, déjà à l'âge de 9 ans, voire un peu plus jeune, il y a déjà une différence dans la perception du jeu érotique. Chez les garçons c'est perçu comme rigolo, ce n'est pas traumatique, chez les filles le discours qu'on entend le plus souvent est "c'est dégueulasse". On se rend compte qu'ils ont déjà une perception radicalement opposée.

### ***Jean-Pierre Legendre***

Je n'ai pas du tout abordé, par manque de temps, ce qu'il en est du trauma psychique de ces abus. Je me suis limité aux réactions dans les équipes, mais j'en dirai quand même juste un mot : on ne peut pas systématiser. Un trauma avec une connotation sexuelle ou d'autres violences, c'est tellement affaire de cas particulier qu'on ne peut pas en faire une standardisation, de même que les thérapies qui s'en suivent dépendent complètement de la personnalité du sujet.

On peut sûrement retrouver des éléments communs, mais c'est vrai que l'importance du suivi est très variable. C'est pour ça, d'ailleurs, qu'après, des gens nous disent "*tout vient du fait qu'on m'a pas crue quand j'étais petite*", "*quand j'ai dit que mon oncle m'avait fait des choses*". Quelquefois on peut se demander quelle fonction de souvenir écran ça prend par rapport à toute une histoire, mais il ne faut pas négliger l'impact du traumatisme réel quand les faits ont eu lieu. Je pense que c'est toujours dans cette brume qui passe du souvenir écran à des faits historiquement validables. Il faut également se rappeler, comme le disait Tosquelles, que, "*l'histoire c'est ce qu'on raconte et non ce qui s'est passé*".

### ***Heinfried Duncker***

Quand on ne tiens pas compte de cette position évoquée tout à l'heure: "je suis psychologue et non pas juge, je n'ai pas à prouver quelque chose" on aboutit à ce qu'on observe actuellement en Allemagne.

A Münster et dans deux autres villes des éducateurs se sont vus inculpés à la suite de plaintes d'enfants, voire de parents. Il n'y a pas eu chez les enfants d'examen corporel. Il y a eu des examens de psychologues qui avaient à examiner la véracité et ils ont tous trouvé que ce que disaient les enfants était vrai.

Ils ont présenté des poupées anatomiques aux enfants et vu que les enfants savaient quoi faire avec ces poupées anatomiques, leurs dires devaient être vrais. Le résultat est un procès monstre où tous les enfants étaient témoins et devaient déposer devant la chambre criminelle. Le résultat est que personne n'est condamné parce que finalement rien ne pouvait être prouvé. le juge a dit qu'ils ne sont pas crédibles. C'est à dire peu importe que les faits aient eu lieu ou non, avec le procès et avec les dires et avec l'audition, ils sont advenus à une espèce de réalité psychique parce que les enfants ont affirmé et réaffirmé, etc., en fin de compte on leur a dit vous n'êtes pas crédibles parce que l'auteur présumé est pas condamné, ce qui fait que les enfants sont doublement traumatisés, qu'il y ait ou non eu vraiment des actes d'agression sexuelle.

### ***Claude Balier***

Je me suis laissé dire qu'il y avait finalement peu de travaux sur les jeux sexuels entre enfants et que de toute façon ça n'a pas de valeur prédictive, pour l'avenir. Mais lorsque un enfant oblige un autre enfant à faire ceci, il y a là déjà des pulsions sexuelles au service de la violence et de l'écrasement de l'autre.

### ***Jean-Pierre Martin***

J'ai une expérience assez proche de ce que décrit J.-P. Legendre avec le Point Jeune de Lille qui accueille des jeunes en situation de rupture, en fugue, etc., Il y a effectivement toute la dimension du trauma psychique mais aussi à qui la situation est adressée.

Les deux seules fois où au Point Jeune, sur dix ans (alors qu'on entend ça tous les jours), on s'est résolu devant la matérialité des faits, à proposer à l'adolescente, d'aller porter plainte pour des viols, l'éducatrice s'est trouvée dans la situation suivante: dans le premier cas l'adolescente n'a rien pu dire devant la police et dans le deuxième cas elle a fugué pendant le trajet. L'éducatrice a été interrogée par la police sur cette affaire pendant plusieurs heures, c'est à dire qu'elle s'est retrouvée en situation d'association de malfaiteurs; dans les deux cas également les deux adolescentes ont rompu immédiatement avec le Point Jeune. C'est à dire qu'il y avait un sentiment de trahison de quelque chose, une levée du secret. Cela souligne la complexité du travail psychique qui se fait autour d'une telle révélation.

### ***Franck Chaumon***

Sur cette affaire de vérité, je voudrais faire part d'un témoignage parce que pour le reste j'étais très sensible à ta façon d'exposer qui répond à ce que je ressens et à ce que je rencontre. J'ai eu l'occasion de participer à un colloque organisé par le CEDEP et la Mire sur le traumatisme psychique et que dans le cadre de ce colloque il y avait des réunions préparatoires auxquelles j'ai participé pour ce qui me concernait sur la question de l'expert, de la vérité et j'ai entendu deux témoignages qui m'ont beaucoup intéressé.

Le premier était celui de Simone If, une des créatrices du planning familial et qui maintenant préside un collectif de femmes, SOS femmes violées, et le deuxième celui de la présidente de l'Association des victimes du terrorisme qu'on a vu beaucoup à la télévision depuis. J'ai été très frappé par ce dont tu parlais concernant le doute, c'est à dire la vérité ; comme dit l'autre, « la vérité n'est pas toute » et qu'il y a des temporalités de la vérité. Par exemple, Simone If se faisait l'écho d'une accusation portée par les femmes qui venaient dans ces groupes en disant "on a été en thérapie, ou en analyse pendant des années, avec le sentiment que rien n'y faisait car on nous entendait, on nous écoutait, mais on ne croyait pas ce qu'on disait" et dans ce cadre là d'une certaine façon la parole, qui pourtant était l'enjeu, ne s'incarnait pas.

Laisser en suspens ne signifie pas qu'on ne croit pas les gens ou qu'on pense que ça ne se passe pas, mais qu'on veut à travers ce qui se dit faire advenir, etc. Il n'empêche que c'était vécu, reçu et apporté comme témoignage et pratiquement comme témoignage à la collectivité comme un déni de reconnaissance. Ce qui me paraissait intéressant c'est que la critique n'était pas nécessairement la critique du travail psychothérapique, de la psychanalyse en tant que telle, mais il m'a semblé que c'était la critique du temps, des temporalités. Ce que je trouve très délicat dans toute cette affaire de victimologie c'est

que du coup il y a toujours des experts qui disent il faut d'abord reconnaître les faits ou il faut d'abord la psychothérapie ou il faut en urgence les psy sur le terrain.

Or, ce qui m'a beaucoup frappé dans ce que j'ai entendu et dont j'ai discuté après, c'est que les différents temps sont imprévisibles. Je reviens au cas par cas. Dans l'établissement de la vérité la référence à la vérité juridique, c'est à dire à l'établissement et à la qualification des faits, est présente mais la vérité du sujet n'est pas superposable. Ce n'est pas l'une *ou* l'autre, mais l'une *et* l'autre, selon des temporalités à discuter dans chaque cas. Je ne veux pas revenir sur ce que je disais au début, mais il y a différentes façons de raconter les choses, il y a différents lieux de la vérité et ça circule. Il ne faut ni figer les parcours, ni normer les réponses.

### ***Jean-Pierre Legendre***

Dans le même sens, mais en le disant peut être un peu autrement: le temps certes, mais aussi en fonction des places. C'est peut être une autre façon de dire la même chose, mais je crois que c'est ce que je critiquais chez ces juges-psy ou autres, où tout le monde devrait avoir une position commune. Je crois qu'il est important de préserver des espaces et des temps distincts. Autant l'enfant a besoin que certains puissent le croire, et que ce soit avalisé son récit tel quel, autant je pense qu'il est aussi indispensable qu'il rencontre des gens pour lesquels, le fait de savoir si c'est vrai ou pas n'est pas la question. Je crois que des fois c'est, cet espace là aussi qui peut manquer. Souvent il y a une espèce de collusion à fondre tout dans un bloc, dans une position où effectivement on va savoir si c'est vrai ou pas. Je crois que de toute façon on y est acculé, mais il y a des rôles différents.

Le corps social délègue plusieurs fonctions. Les juges sont des juges, les médecins restent des médecins, les assistantes sociales sont des assistantes sociales. Bien sûr on va connaître les mêmes affaires, mais comment préserver les places afin qu'elles soient distinctement repérables pour des fonctions qui justement n'ont pas à être confondues en une seule. C'est quelque chose de nécessaire à l'enfant. Il est important que l'enfant soit cru mais il est important qu'il sache que parfois on croit seulement que c'est ce qu'il nous dit et non pas ce qui s'est passé.

## CONCLUSIONS

Claude Louzoun

*Entre pression sociale et injonction légale, peut-on soigner les délinquants sexuels ?*

Avec cette fois-ci la complicité agissante de l'association « Pratiques de la Folie », nous avons tenté de créer une partition de musique concrète, pourtant sur un sujet à passions, un sujet difficile, pointu, lieu et enjeu d'une nouvelle configuration des relations justice/psychiatrie, lieu et enjeu actuel des confins de la mission sociale de la psychiatrie, lieu et enjeu des limites de l'humanité de l'homme.

Certes, comme l'a souligné D. Duclos, on aurait pu interroger le terme *délinquant*, le terme *sexuel* ; on a considéré comme acquis que le délit sexuel relève du pathologique; par contre, nous avons interpellé le rabattage du crime ou du délit sexuel sur la psychiatrie en tant que relais, partie intégrante, solution de l'appareillage répressif.

***Ce n'est pas aux "psy" de dire le Bien et le Juste.***

Ce n'est pas aux "psy". de gérer les dangers de l'agir humain comme les impasses de la justice ou la sécurité des personnes, ou encore de leur trouver solutions ou parades. Pour autant, personne n'a proposé qu'on se défausse de ce problème et des réponses à y apporter.

Chacun pourra lire et entendre dans les travaux du CEDEP la place dans nos réflexions de la clinique, de la tekhnè, de l'éthique, du politique, du juridique, juger de leur pertinence et de leur richesse. On pourra vérifier combien les approches psychiatriques, psychanalytiques, philosophiques, sociologiques, juridiques parlées tout au long de ce séminaire donnent lieu, à la fois à des convergences sérieuses et au maintien de différences, mais de toute façon à une communauté critique sévère. Peut-on en dégager une position, une démarche, une éthique communes ? Je le pense. Sans doute la publication des textes présentés ici peut donner la mesure de la capacité effective de répondre à l'interrogation de ce séminaire, la mesure de notre capacité à rester « en travail », la mesure de notre capacité à être des intellectuels agissants et pas seulement des professionnels critiques.

On a vu aussi qu'à partir d'un tel thème on retombait, F. Chaumon l'a souligné à juste titre, sur des choses inhérentes au champ de la psy et au champ des recouvrements justice et psychiatrie

On le voit au niveau la demande, qu'est-ce que c'est que cette histoire de demande, qui demande en réalité? On l'a vu au niveau de l'obligation de soins et du traitement forcé, on l'a vu aussi dans la nécessité de poser sans arrêt la question du cadre y compris dans sa temporalité et pas simplement dans sa localisation.

Si on ne pose pas cette question de la temporalité, on arrive à la proposition - que j'ai critiquée dans ce que proposait C. Balier - de l'obligation de soins à vie. Qu'est-ce qui fait que j'accepterais de me lier à vie avec un individu, quel qu'il soit - même comme thérapeute -? C'est aussi l'éternelle discussion de "*l'analyse terminée, analyse interminable*". Si on part du principe qu'il y a quelque chose du soin qui ne s'achève

jamais sauf par la mort, par la sanction de la mort, on reste dans une dimension indéfinissable et une problématique insoluble.

### ***La position éthique***

J'ai été très sensible à la formulation de H. Duncker qui signalait que le thérapeute peut devenir ou intervenir comme facteur de risque. A un moment donné, que ce soit dans les contraintes de sa mission sociale lorsqu'il s'agit de signaler par la loi ou que ce soit dans l'obligation de participer dans certains lieux au système répressif, à la coercition ou à la contrainte - ne serait-ce que dans la représentation ou dans sa seule présence. Et quoique le thérapeute s'en défende, il s'instaure un certain rapport à la contrainte. C'est là qu'il faut introduire la position éthique comme fondatrice.

Dans un certain nombre de situations que ce soient celles décrites par F. Chaumon ou celles du psychiatre ou du thérapeute en prison, il faut annoncer à la personne concernée, celle qui est en face de lui, quelle est l'éthique du soignant dans l'affaire. Il l'annonce dans le sens de ce qu'il dit et de ce qu'il restitue aux tiers. Si cette annonce n'est pas faite on part non seulement dans le fait que celui auquel nous adressons va nous manipuler, délibérément - pas par la logique de l'inconscient - , mais dans un agir conscient et programmé.

C'est ce que H. Duncker appelait le thérapeute de la stratégie qui n'est plus le thérapeute de l'inconscient. Le thérapeute se retrouve alors dans une hypersensitivité au regard des autres. Terme que j'utilise volontairement, autant pour parler de l'hypersensitivité à une émotion, à une influence, à une réaction bien sûr, mais aussi au sens du paranoïaque sensitif de Kretschmer.

D. Duclos a posé le problème du paradigme de la paternité. Il a alors cité P. Legendre. On aurait pu aussi s'interroger sur ce que disent des philosophes comme Hans Jonas ou Emmanuel Levinas. Il faudrait aussi s'interroger sur le rapport à l'éthique médicale paternaliste et au mouvement hygiéniste dont sont issus les psychiatres du service public. Si on ne met pas les éléments en interrelations dialectiques plus rien ne peut être compris: on ne se fait plus comprendre ou on ne comprend plus l'autre dans sa demande sociale et institutionnelle.

### ***Le consentement***

Entre la demande et l'obligation de soins quelque chose se parle plus en plus dans le domaine de l'interface justice et médecine et pas seulement en psychiatrie, c'est la question du consentement. Le piège de départ est que la société demande des traitements efficaces. Elle ne demande pas qu'on soigne, elle demande des traitements efficaces. La question de l'obligation de résultat est présente en permanence. Pas uniquement pour les délinquants sexuels d'ailleurs.

L'obligation de résultats existe dans les faits aussi bien pour le psychotique que pour l'enfant en échec scolaire ou pour toute autre situation. Cette demande rejoint complètement le paradigme de la psychiatrie industrielle, c'est à dire celle des échelles et des diagnostics statistiques mais aussi celle d'un certain traitement: un délire impose la prescription d'une dose de neuroleptique ce qui résumerait le traitement.

### ***La dangerosité***



J'ai été étonné que les praticiens ne travaillent pas davantage cette notion. Dans la définition de la dangerosité il y a danger présumé énoncé par une autorité, comme on est présumé incapable quand on refuse son traitement. Si on ne décline pas les notions de dangerosité, de situation dangereuse, d'état dangereux, seule la demande sociale prime. Un magistrat m'a signalé que s'il s'appuie sur la dangerosité cela signifie que le juge ne dit plus le **droit**: il dit le **fait**, et il lui faut donc une assertion scientifique qui lui garantisse qu'il s'agit de faits scientifiques pour ne plus avoir à dire le droit. Qu'est-ce que cela veut dire pour le "psy", qu'il soit expert ou praticien?

C'est aussi la question de la victime. Pas seulement de l'abusé, mais de la victime et du traumatisé. Même s'il y a eu une procédure judiciaire, que la victime ait été crue ou non, qu'en est il de ce besoin exprimé de ne soigner le traumatisme qu'à partir du moment où il a été mis sur une autre scène?

*la question de l'articulation droit et soin.*

Il est nécessaire de différencier ce qui est de l'ordre de l'intériorisation de la loi avec un grand L et le fait que la personne prenne en compte la loi et les faits qui lui sont reprochés. Etre objet de la loi ne veut pas forcément dire que la loi a pris sens.

P. Rappard a rappelé que la justice ce n'est pas le Juste avec un grand J, le principe d'éternité et d'absolu, c'est une justice qui est l'expression des normes et des nécessités sociales et qu'en ce sens là c'est une justice de classe.

## INDEX

---

### A

Aichhorn · 9; 89  
Allouch · 23  
Ancel · 8  
Arendt · 14; 17; 21; 22; 23; 24; 25; 36; 44; 57; 60  
Aristote · 21; 25; 60  
Aubut · 96

---

### B

Balier · 27; 28; 29; 33; 34; 37; 62; 68; 81; 87; 88; 89;  
90; 122; 124  
Barande · 83  
Beau · 89  
Beccaria · 6  
Bergeret · 84  
Bernard · 26  
Bettelheim · 31  
Bonger · 8  
Buche-Thizon · 43

---

### C

Cabanis · 6  
Casamayor · 26  
Castagnoli · 65; 74; 75; 76; 77  
Cenac · 9  
Chabert · 31; 75; 78; 79; 87; 112  
Changeux · 17  
Chaumié · 8; 41  
*Chaumon* · 13; 25; 26; 27; 31; 32; 33; 36; 37; 39; 47;  
56; 61; 62; 78; 90; 101; 122; 124

---

### D

Daumézou · 42; 43; 45  
De Greeff · 6; 7  
Debuyst · 8  
Deleuze · 14; 25  
Delmas-Marty · 60  
Di Tullio · 6  
Duclos · 35; 52; 60; 61; 62; 63; 102; 125  
Duncker · 11; 33; 35; 36; 48; 87; 89; 92; 103; 112;  
113; 114; 121; 125  
Durkheim · 5; 7; 44; 55  
Duverger · 58

---

### E

Engels · 44  
Esquirol · 6; 32  
Ewald · 22

Ey · 9; 16

---

### F

Ferri · 6  
Foucault · 23; 26; 56  
Freud · 9; 13; 16; 18; 19; 44; 52; 55; 61; 81; 82; 90;  
118  
Friedlander · 9

---

### G

Gerdil · 29; 31; 120  
Giarretto · 31; 98  
Gravier · 1; 3; 5; 11; 17; 25; 30; 36; 48; 51; 55; 63;  
64; 76; 79; 90; 93; 112; 113  
Guéri · 7

---

### H

Hanson · 93  
Hegel · 11; 44

---

### J

Jonas · 125

---

### K

Kant · 25; 60  
Kelsen · 47  
Klein · 40  
Kretschmer · 6; 125

---

### L

Lacan · 9; 11; 17; 23; 26; 32; 35; 39; 40; 45; 52  
Lacassagne · 5; 7  
Lagache · 9; 89  
Lanteri Laura · 82  
Le Goff · 69; 74; 76; 77; 78  
Lebovici · 9  
Legendre *J.P.* · 31; 49; 50; 62; 64; 116; 121; 123  
Legendre *P.* · 63; 125  
Levinas · 125  
Lombroso · 6  
Louzoun · 11; 17; 25; 28; 29; 32; 36; 47; 60; 64; 77;  
87; 124

---

*M*

Mac Dougall · 81; 83; 84  
Major · 37  
Marshall · 93; 94  
Martin · 50; 78; 122  
Marx · 44  
Maudsley · 40  
Mérot · 60; 62; 92  
Merton · 8  
Morel · 6; 11

---

*P*

Pinatel · 8  
Pritchard · 6  
Proulx · 93

---

*Q*

Quetelet · 7  
Quinsey · 93; 94

---

*R*

Rappard · 32; 36; 38; 43; 47; 61; 113; 114; 126  
Rawls · 57; 60  
Revon · 26; 30; 31; 32; 34; 50; 91; 114

---

*S*

Sartre · 44  
Schmiedeberg · 89  
Schneider C. · 12; 33  
Schneider K. · 6; 11; 106  
Stanciu · 8  
Szasz · 40

---

*T*

Tarde · 7  
Tosquelles · 121

---

*W*

Weil S. · 10  
Winnicott · 32