

UNIVERSITÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

ÉCOLE DOCTORALE : SEPT – Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps

EA 3188 - Laboratoire de Psychologie

À Propos de Pédophilie

Un échec d'assomption subjective ?

Thèse de Doctorat de Psychologie clinique
Sous la direction du Professeur Houari MAÏDI

Par Denis GRÜTER

Soutenue le 21 décembre 2018

Devant un jury composé de :

Houari MAÏDI	Professeur à l'Université de Franche-Comté	Directeur de Thèse
André MARIAGE	Professeur à l'Université de Franche-Comté	Président du Jury
Magali RAVIT	Professeure à l'Université Lumière Lyon 2	Rapporteur
Christophe ADAM	Professeur à l'Université libre de Bruxelles	Rapporteur
Bruno GRAVIER	Professeur à l'Université de Lausanne	Examineur

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Prologue	5
Introduction	7
Chapitre 1. Etat des lieux sur la violence sexuelle et la pédophilie	12
1. Données historiques et anthropologiques	12
1.1. Antiquité, Moyen-Âge, Ancien Régime	13
1.2. Traitement judiciaire et social des affaires de mœurs au 19 ^{ème} siècle	14
1.3. Début du 20 ^{ème} siècle et libération sexuelle	16
1.4. Les années 1980 - 1990 : La prise en compte des victimes	17
1.5. Les années 2000 et l'hypersexualisation	19
1.6. Représentations des violences sexuelles dans la population	20
2. Ampleur des violences sexuelles	22
3. Aspects juridiques concernant les violences sexuelles	23
3.1. En droit Français	23
3.1.1. Secret professionnel et obligation d'information	25
3.2. En droit Suisse	26
3.2.1. Mesures et internement	27
3.2.2. Secret professionnel et échanges d'informations	28
4. Les violences sexuelles au regard de la clinique	29
4.1. Repères psychiatriques	29
4.1.1. Classifications internationales des violences sexuelles	29
4.1.2. Définitions internationales de la pédophilie	30
4.1.3. Classifications cliniques	32
5. Regard psychanalytique sur le phénomène pédophilique	35
5.1. Pédophilie et perversion	35
5.2. Perversion sexuelle/perversion narcissique	36
5.3. Fantasme de pédophilie originaire vs traumatisme	36
5.4. Place de l'enfant dans la société	37
5.5. La revendication pédophilique	38
Synthèse du Chapitre 1	39
Chapitre 2 : Aspects psychopathologiques des violences sexuelles	40
1. Polymorphisme clinique	40
2. Psychopathologie des auteurs de violence sexuelle	41
2.1. Problématique psychique	41
2.1.1. Vécu de victimisation précoce	41
2.1.2. Un environnement familial pathologique	42
2.1.3. Des effets du trauma	43
2.2. Mécanismes psychiques à l'œuvre	46

2.2.1.	Le déni psychique	46
2.2.2.	Le clivage du Moi	47
2.2.3	L'identification projective	47
2.2.4.	La relation d'emprise	48
2.3.	Psychopathologie de l'agir sexuel violent	49
2.3.1.	Passage à l'acte / recours à l'acte	50
2.3.2.	L'affect inachevé	51
2.4.	Psychopathologie des agirs pédophiles	52
2.4.1.	Un traumatisme fondamental	52
2.4.2.	Le choix porté sur l'enfant	54
2.4.3.	Deux grandes organisations mêlant destructivité et érotisme	55
Synthèse du Chapitre 2		60

Chapitre 3 : Processus de subjectivation/symbolisation **61**

1.	Des traumatismes primaires	61
2.	Subjectivation/symbolisation	62
2.1.	Notion de subjectivation	62
2.2.	Notion de symbolisation	63
3.	Impéritie du bébé humain à la naissance	64
3.1.	Naissance à la vie psychique	64
3.1.1.	Le double ancrage corporel et interactif	64
3.1.2.	Les pensées primitives	66
3.1.3.	L'intériorisation de l'objet primaire	67
3.2.	Quand l'environnement primaire est inadéquat	67
3.2.1.	Survivre à la destructivité	68
3.2.2.	Lorsque l'événement ne peut faire scène : le clivage au moi	70
3.2.3.	Mécanismes de survie psychique	71
3.2.4.	Expression par l'acte	71
Synthèse du Chapitre 3		72

Chapitre 4 : Dispositifs thérapeutiques **73**

1.	Externalité de la demande de soin	73
2.	La double perspective : défense sociale/intériorité souffrante	74
3.	Modèles théoriques	75
4.	Difficultés du thérapeute dans l'entrée en relation	76
4.1.	La confrontation à la violence	76
4.2.	La configuration psychique des auteurs de violences sexuelles	77
4.2.1.	Fusion plutôt que transfert	77
4.2.2.	Relation d'emprise	78
4.2.3.	Identification projective	78
4.3.	Une alliance thérapeutique possible ?	79
4.4.	Construire un cadre thérapeutique claire	80
5.	Evaluations préliminaires	82
5.1.	La reconnaissance de l'acte	83
5.1.1.	Classification du niveau de reconnaissance du délit	83
5.1.2.	Trois aspects génériques des non-reconnaissances	84

5.1.3. Un indicateur du travail thérapeutique	86
5.2. La capacité de mentalisation	86
5.3. L'engagement dans la thérapie	87
5.4. Des questionnaires aménageurs de la relation	88
6. Modalité thérapeutique	91
6.1. Relation d'étayage	91
6.2. Thérapies actives	92
6.2.1. Le travail d'équipe	93
6.2.2. La cothérapie	94
6.2.3. Thérapie de groupe	96
7. Désistance	97
Synthèse du Chapitre 4	99
Chapitre 5 : Analyses cliniques	100
1. Cassandre	101
Synthèse de la vignette clinique de Cassandre	117
2. Achille	119
Synthèse de la vignette clinique d'Achille	133
3. Henry	135
Synthèse de la vignette clinique de Henry	142
4. Jean-Yves	143
Synthèse de la vignette clinique de Jean-Yves	150
5. Marc	152
Synthèse de la vignette clinique de Marc	167
Chapitre 6 : Discussion	169
Conclusion	174
Bibliographie	178
ANNEXES	190
L'entretien Clinique de Lausanne	191
Soutenance	252
Résumés	263

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à Monsieur le Professeur Houari Maïdi pour avoir accepté de diriger ce travail de recherche, pour son accompagnement, sa disponibilité, ses conseils, son optimisme indéfectible et ses encouragements chaleureux.

Je remercie vivement Monsieur le Professeur André Mariage, Madame le Professeur Magali Ravit, Monsieur le Professeur Christophe Adam, Monsieur le Professeur Bruno Gravier de me faire l'honneur d'apporter un regard critique et constructif à mes réflexions en participant à mon jury de soutenance.

Je remercie chaleureusement les professionnels de l'équipe de l'Unité Sanitaire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon intervenant à la Maison d'Arrêt de Besançon, et les professionnels de l'équipe du Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois de Lausanne.

Je présente un remerciement tout particulier à ma famille, qui constitue pour moi cet espace d'intimité bienveillant me ramenant à l'essentiel. Dans les tribulations de la pratique clinique, l'amour est une ressource vivifiante, l'énergie familial un cap pour structurer ma pensée et guider mes émotions.

Je remercie les patients qui, acceptant l'expérience de la parole, m'ont fait l'étrange grâce de leur enseignement.

Je ne saurai oublier d'adresser une pensée pour les hommes, les femmes, les enfants dont le parcours a malheureusement été marqué par un abus sexuel. Le travail clinique avec des agresseurs vise l'humanisation et la pacification des relations. La prise en considération des victimes et le souhait de voir s'interrompre le cycle infernal de la violence en sont la toile de fond.

Prologue

Malédiction !

Thèbes est en proie à la discorde et à la violence. Son roi boiteux, Labdacos, est mort et son fils Laïos, encore enfant est trop jeune pour le remplacer. Les prétendants au trône se déchirent et ourdissent les pires desseins visant à éliminer l'enfant légitime. Pour sauver sa vie, le jeune Laïos est contraint à la fuite.

L'enfance de Laïos est marquée par le trauma. Orphelin dès son plus jeune âge, ses premiers liens d'amour et de sécurisation se trouvent brisés. Expatrié, il se voit violemment arraché de la familiarité de son environnement sensoriel et perceptif. Promis à la mort par ses ennemis, l'ambiance baignant son quotidien est saturée d'hostilité, d'angoisse et de danger. Même ses nouvelles figures d'attachement, Lykos et Nyktée qui le recueillent, sont assassinés par les usurpateurs du royaume de Thèbes.

Cet exil dure pendant toute la jeunesse de Laïos, et il est déjà adulte quand il trouve refuge à Corinthe, chez le roi Pélops, qui lui offre généreusement l'hospitalité et le garde auprès de lui.

L'accueil est inconditionnel et bienveillant, mais Laïos, abîmé par les épreuves terribles et trop précoces de son existence, se trouve quelque peu désorienté quant à la place qui lui incombe naturellement parmi les adultes et dans les relations entre hommes et femmes.

Il tombe sous le charme du jeune éphèbe Chrysippe, fils de son hôte. Fasciné par l'adolescent, il entretient avec lui une relation privilégiée, l'emmène sur son char, lui apprend ce qu'un homme doit savoir, se comporte en mentor, mais en même temps lui fait la cour et cherche à obtenir une relation érotique que Chrysippe refuse.

La distanciation de l'objet de sa convoitise est insupportable pour Laïos dont l'histoire est déjà meurtrie par la perte dramatique des personnes aimées. Blessé d'être éconduit, il prend par la force ce qu'il ne parvient pas à obtenir par la séduction. Par cet abus, Laïos impose au malheureux Chrysippe la violence et la souffrance qu'il porte en lui depuis toutes ces années.

Choqué, honteux, Chrysippe se suicide. Cycle infernal de la violence, il retourne contre lui-même le meurtre de son enfance.

Malédiction !

Pélops, trahi sous son toit, fou de douleur devant le crime de Laïos et ses conséquences funestes, lance contre lui une imprécation solennelle invoquant l'anéantissement de la lignée des Labdacides.

Pendant ce temps, Laïos retourne à Thèbes. Accueilli triomphalement par le peuple, il recouvre enfin le trône qui lui revient de droit et prend Jocaste pour épouse.

Souverain adulé par sa nation, époux comblé, Laïos fait l'omerta sur la sinistre histoire de Chrysis, et tout semble rentré dans l'ordre.

Mais même enfouies et tuées, les affres de la violence demeurent actives. La malédiction lancée par Pélops charrie son lot de haine et de ruine.

La génération boiteuse se poursuit avec Œdipe, le fils parricide et incestueux, ses fils Étéocle et Polynice, meurtriers fratricides, et jusqu'à Antigone, condamnée à être emmurée vivante, toute la descendance de Laïos est vouée à la destruction.

Légendes, fables... Pourtant les récits mythiques évoquent la tragédie de la condition humaine.

L'histoire de Laïos et Chrysis ne présente-t-elle pas des éléments tout à fait réels et traversant les époques ?

Introduction

*Quelle peine infligerez-vous à celui qui détruit la chair, mais est lui-même détruit en son esprit ?
Khalil Gibran, Le Prophète*

Malik est un jeune homme de vingt-six ans, en attente de procès en Maison d'Arrêt. Multirécidiviste, il connaît les incarcérations depuis son adolescence. Vols, recels, trafic de drogue, conduite sans permis, violence sont les chefs d'inculpation qui le ramènent régulièrement en prison pour plusieurs mois. Dans la prison, il joue les durs, à l'extérieur, il se décrit comme un petit caïd. Dans les entretiens psychologiques, il parle de son parcours de vie, du quotidien en prison, de ses rêves et ambitions pour l'extérieur, de ses relations affectives tumultueuses. Il se plaint d'une affection, qu'il dit être une maladie rare et, semble-t-il, psychosomatique dont il ne parvient pas à se défaire depuis des années et dont l'aspect disgracieux l'embarrasse et le complexe. Les symptômes se manifestent par des séries de kystes qui apparaissent et disparaissent spontanément, en plus ou moins grand nombre. Leur survenue régulière déconcerte Malik qui, dans ces moments, déteste son corps et se sent comme un pestiféré.

Par association sur le thème du sentiment de saleté, de souillure, Malik en vient à déclarer avoir subi, dans son adolescence, un abus sexuel par une personne de la famille.

Cette révélation provoque en lui un profond bouleversement pendant plusieurs jours : une confusion de ses pensées, de ses sentiments et de ses émotions où se mêlent la haine et la honte, le désir de vengeance et le dégoût de lui-même, le besoin de soutien et le sentiment d'indignité. Des questionnements se bousculent, les frontières sont floues. Malik s'interroge sur sa participation à l'abus, sur sa trop grande confiance. L'a-t-il souhaité ou a-t-il été manipulé ? Sa famille pourra-t-elle supporter cet événement ? Sera-t-il rejeté ? Et si la famille implose, qui en portera la faute ?

Long cheminement pour essayer de réordonner son espace interne, sortir de la confusion, réagencer son histoire...

Beaucoup plus tard, dans un moment plus calme, revenant sur son parcours délinquant et sur l'accession à une position où il s'emploie à susciter soit la sympathie, soit la crainte vis-à-vis des jeunes gens du quartier où il a grandi, Malik me dit : « Je voulais être intouchable. »

Je ne peux m'empêcher d'entendre cet « intouchable » qui indique une position sociale dans le milieu de la petite délinquance, sur un autre niveau simultanément, celui d'un remaniement défensif pour tenter d'évacuer le vécu dans lequel « être touché » correspondait à une violence à laquelle il avait été soumis. « Intouchable », quitte à faire porter à d'autres le poids de sa haine. « Intouchable » peut-être au prix d'enfouir la mortification dans son corps, lequel, manifestant occasionnellement son abjection, impose par l'aspect qu'il présente une mise à distance.

Quel que soit leur lieu d'activité, la plupart des psychologues ont accueilli, dans l'exercice de la clinique, des récits de patients, victimes à un moment ou l'autre de leur vie, d'agressions sexuelles. Les professionnels sont témoins de l'ampleur du chaos produit par ces violences. Les adolescents victimes ne se suicident pas tous, comme dans le mythe, mais la meurtrissure est profonde. La violence suit son cours en quête de nouvelles décharges ou de possibles représentations aptes à la contenir.

La révélation lors de séances de psychothérapie n'est qu'une étape dans un long parcours de reconstruction que chaque sujet poursuivra plus au moins loin, selon sa pénibilité.

Une particularité du psychologue exerçant en prison ou dans un service acceptant de recevoir des patients sous obligation judiciaire, est de recevoir aussi dans ses consultations des auteurs de violence sexuelle.

Lesdites prises en charge thérapeutiques mettent le clinicien sous différentes pressions : Une pression externe de l'opinion publique et de l'instance judiciaire qui somment, par la thérapie, d'empêcher la récidive, de mettre le délinquant hors d'état de nuire. Une pression interne au clinicien par la captation traumatique dans l'horreur des faits commis et par les questionnements et doutes quant à l'avancée de la thérapie. Enfin, une pression venant du patient lui-même par ses attaques du cadre thérapeutique, parfois conscientes dans un certain refus d'une thérapie vécue avant tout comme une sanction, parfois inconscientes dans l'émanation de ses mécanismes de défense.

Dans ces conditions, le cap de la mise en sens passe par des réflexions éthiques et psychopathologiques approfondies.

Psychologue depuis plus de quinze ans, j'ai exercé dans un service hospitalier intervenant en Maison d'Arrêt en France, puis actuellement dans un service hospitalier intervenant en prison et dans une consultation ambulatoire spécialisée dans les prises en charge

psychothérapeutiques pour des personnes présentant une problématique de sexualité déviante, en Suisse. Cette thèse de doctorat constitue pour moi une occasion de réflexions et d'élaborations théorico-cliniques concernant ces années de pratique.

Au-delà du récit de l'agression elle-même, qui déploie à chaque fois une scène pénible, divers questionnements surviennent à l'écoute des auteurs de violence sexuelle, et qui plus est quand la ou les victimes sont des enfants.

De tels actes sont aujourd'hui réprimés avec une telle évidence qu'ils paraissent impossibles ou « contre-nature ». Aussi, accueillir et échanger avec un patient qui ne comprend pas « ce qu'il y a de mal » dans les faits qui lui sont reprochés, envahit le professionnel d'un étonnement teinté d'un certain malaise.

Constater la récurrence pour le même type d'actes pédophiles, par une personne qu'on estimait impliquée dans sa thérapie amène des doutes concernant la conduite de celle-ci ou les capacités d'évolution du patient.

Entendre un patient auteur de violences sexuelles pédophiles dire avec une certaine impuissance qu'il est conscient du mal induit aux victimes par ses actes, qu'il en connaît aussi les conséquences délétères sur sa propre vie, qu'il souhaite ne plus les commettre, et pourtant, malgré lui, passe parfois à nouveau à l'acte, suscite chez le professionnel quelques interrogations.

Je citerai aussi celui qui, contre toute évidence, nie farouchement les faits qui lui sont reprochés et crie à l'injustice, ou encore celui qui déclare une amnésie partielle ou complète sur l'évènement délictueux.

Ces tableaux un peu caricaturaux sont rencontrés plus ou moins partiellement, souvent dans un certain mélange, chez les patients rencontrés.

Une attitude peut être celle du rejet, en considérant ces individus comme « pervers » ou « manipulateurs », ou encore « inaccessibles au soin ».

Une autre attitude peut être celle de la tentative de compréhension en « prenant au mot » ces individus et en se demandant quel sens et quelle fonction ces actes et ce discours, aussi choquants et aberrants soient-ils, prennent dans l'économie psychique de leurs auteurs.

Cette démarche d'analyse associe le matériel clinique aux apports théoriques autour d'une question centrale, pour paraphraser Verschoot (2018) : « comment ces violences à caractère sexuelle sont-elles advenues ? »

Cette interrogation suggère des aléas et des difficultés dans la construction même du sujet. Ainsi, la première question qui guide ce travail est la suivante :

L'acte pédophile peut-il être considéré comme un échec d'assomption subjective ?

En tant que praticien de terrain, la préoccupation qui pour moi en découle est celle de la démarche de soin. Aussi, la seconde question qui guide ce travail peut être posée en ces termes :

Le soin aux auteurs d'acte pédophile peut-il être considéré comme une relance du processus de subjectivation ?

Ce travail s'inscrit dans une expérience clinique et sa méthodologie est basée sur l'étude de cas rencontrés dans le cadre de séances de psychothérapie. À ce titre, le matériel utilisé provient d'une relation intersubjective incluant le verbatim des patients et l'implication subjective du thérapeute.

Ce travail se présente en cinq chapitres :

Le premier chapitre propose un état des lieux sur la violence sexuelle et la pédophilie. Il cherche à brosser une vision large de cette problématique à partir de champs divers : Historique et anthropologique, sociale, juridique, clinique et psychanalytique.

Le deuxième chapitre aborde la problématique des violences sexuelles en générale et de la pédophilie en particulier sous l'éclairage psychodynamique.

Le troisième chapitre explore la construction de la subjectivité et le processus de symbolisation. Les conséquences des embûches dans ce parcours sont également abordées.

Le quatrième chapitre rend compte des particularités et difficultés du suivi psychothérapeutique d'auteurs de violence sexuelle. Des repères concernant la mise en place de ce type de prise en charge sont abordés.

Le cinquième chapitre présente les vignettes cliniques de cinq hommes ayant commis des actes de violence sexuelle de nature pédophile, rencontrés dans le cadre de suivis psychologiques à visée psychothérapeutique, en prison ou au sein d'une consultation spécialisée dans le traitement des problématiques de sexualité déviante.

Le sixième et dernier chapitre est une discussion.

Enfin, une conclusion synthétise les réflexions et observations de ce travail, et ouvre des perspectives de questionnements, d'investigations et de recherches ultérieures.

Chapitre 1 : Etat des lieux sur la violence sexuelle et la pédophilie

Les violences sexuelles attisent dans le discours populaire des images tranchées et extrêmes. L'agresseur est volontiers revêtu de la représentation du monstre (Zagury, 2003), figure de l'impensable émergeant à chaque époque (Foucault, 1975) et qui à l'ère contemporaine prend les traits d'un homme banal et sans histoire, agissant en secret une monstruosité d'autant mieux cachée et insaisissable qu'elle est imperceptible. Au summum de l'abjection, la pédophilie, agression des représentants les plus innocents de la société, a statut dans l'opinion publique, d'aberration et de crime particulièrement odieux. Le rejet du pédophile hors de l'humanité paraît une évidence pour nos contemporains des sociétés occidentales. Pourtant, l'Histoire nous apprend que l'encadrement et l'interdiction des pratiques sexuelles entre enfant et adulte ne fait pas consensus à travers les époques et selon les peuples.

1. Données historiques et anthropologiques

S'appuyant sur des données historiques et transculturelles, Ames et Houston (1990) relèvent que la réprobation de la sexualité d'adultes avec des enfants n'est pas universelle et que de telles pratiques, hors de la sphère familiale, sont loin d'être nouvelles.

Ainsi, au 18^{ème} siècle, des relations sexuelles entre adulte et enfant, plus particulièrement du même sexe, sont tolérées en Chine, au Japon, en Afrique, Turquie, Egypte, Maghreb et dans les zones islamiques de l'Inde. Par ailleurs, ces auteurs décrivent des pratiques sexuelles ritualisées entre adultes et enfants dans certaines tribus de Mélanésie. Par exemple, des rituels homosexuels impliquant de jeunes garçons ; des jeunes filles, dès huit ans, utilisées dans le cadre de cérémonies, le liquide séminal recueilli chez l'enfant après la relation sexuelle étant censé disposer de pouvoirs médicaux ; dans des tribus de Papouasie, dans la région de Kimam, des jeunes mariées « testées » par plusieurs hommes-prieurs lors des noces afin de s'assurer de leur aptitude au mariage.

André (2011) indique que si toute société humaine, passée ou présente, opère à propos de la sexualité une différenciation entre le permis et l'interdit, la ligne de partage varie selon les époques et les civilisations, offrant des combinaisons infinies.

La nature des rapports entre adultes et enfants tels que nous les connaissons aujourd'hui en Occident, constitue en réalité le résultat d'un long processus.

1.1. Antiquité, Moyen-Âge, Ancien Régime

Dans l'Antiquité romaine, la ligne de démarcation séparant la sexualité permise de la sexualité proscrite se fait entre activité et passivité. Cette dernière, considérée comme féminine, étant interdite à l'homme libre car dégradant sa virilité.

Leurs contemporains grecs, se référant à des conceptions similaires, considèrent l'amour entre hommes adultes comme avilissant et indigne d'un citoyen honorable. En revanche, la relation entre un homme mûr et un adolescent est autorisée, et même encouragée. Ainsi, l'éromène, un jeune garçon tout juste pubère est placé sous la protection de l'éraсте (l'amant adulte), chargé de le former à la vie sociale et politique. Parallèlement, ils entretiennent des rapports sexuels dans lesquels l'éromène occupe toujours un rôle passif. Le rapport entre l'éraсте et l'éromène est considéré comme éducatif avant tout, constituant pour l'adolescent un rite de passage à l'âge viril. Cette relation prend fin avec l'apparition de la première barbe chez le jeune homme.

La montée du Christianisme modifie la ligne de partage entre sexualité permise et interdite. Le dogme chrétien contribue à condamner de telles pratiques, non pas pour protéger les garçons, mais dans un souci de différencier la sexualité admise, procréatrice, de la sexualité réprimée car jugée contre-nature. Ainsi, est rejetée toute sexualité qui ne se revendique que du plaisir et pas de la contribution à l'ordre des générations. Il convient donc de détourner les populations des « péchés » que constituent l'onanisme, la fornication, l'homosexualité... Ces mesures n'apportent en revanche aucune protection pour les jeunes filles : Si les lois médiévales interdisent le mariage des filles avant douze ans, il n'est pas exceptionnel de trouver des fillettes de dix ans, mariées à de très vieux messieurs.

Ariès (1975) considère qu'à partir du 15^{ème} siècle, germe une idée de l'enfance mieux accompagnée par les adultes, plus éduquée. Cette idée poursuit son chemin chez les moralistes et les éducateurs du 17^{ème} siècle. Avec une prise de conscience de l'innocence et de la faiblesse de l'enfance, le devoir des adultes consiste à préserver la première et armer la seconde. Cependant, cette conception demeure l'apanage d'une minorité de légistes, de

prêtres ou de moralistes. Pour la majorité, et plus particulièrement dans les classes populaires, l'enfance est courte. Passé les cinq à sept premières années, l'enfant passe sans transition dans le monde des adultes. Poussés très tôt à la sexualité, les garçons, notamment dans les milieux aristocratiques, peuvent être initiés tout jeune par des femmes adultes de l'âge de leur mère.

Petit à petit, les classes d'âges s'organisent autour d'institutions : école, collège, et plus tard, à la fin du 18^{ème} siècle, le service militaire qui va contribuer encore ultérieurement à circonscrire la période d'adolescence.

1.2. Traitement judiciaire et social des affaires de mœurs au 19^{ème} siècle

Martin (1996), à partir de l'étude des archives judiciaires portant sur les affaires sexuelles en Vendée au 19^{ème} siècle, met en lumière l'état d'une société locale au travers des histoires individuelles. Il décrit la brutalité des relations sociales, la soumission totale des femmes aux hommes et des enfants aux parents, la mise à disposition du corps des plus humbles au bon vouloir des plus riches sans soucis de respect ou d'individualité. Donnons pour exemple les filles de milieux ruraux défavorisés, placées comme domestiques et absolument soumises aux propriétaires du lieu. Ces rapports humains se jouent sur fond de promiscuité où les domestiques d'une ferme, hommes, femmes et enfants, dorment fréquemment dans la même pièce avec des lits partagés par plusieurs protagonistes d'âges différents.

Dans ce contexte mêlant puritanisme, méconnaissance concernant le corps et la sexualité, et liberté des mœurs, les litiges (agressions sexuelles, viols) font d'abord l'objet de tentatives d'accord entre les protagonistes ou leurs familles, parfois médiatisées par un représentant de la société locale. La référence judiciaire n'étant invoquée qu'en cas d'échec de la tractation. Même alors, l'investigation et le procès sont influencés par le respect des familles, la crainte de la dénonciation et le postulat du pouvoir néfaste de séduction des jeunes filles et des femmes. Aussi, dans la pratique judiciaire, il n'est pas rare de rejeter les plaintes, soit faute de témoignage extérieur aux protagonistes, soit que le viol est considéré comme la conséquence grave mais non criminelle d'un jeu de séduction qui a mal tourné, où la responsabilité se trouve partagée, avec une partie des torts imputée à la victime.

L'auteur relève à partir des années 1845-1850 une modification dans la prise en considération des problèmes d'agressions sexuelles, visible par la forte augmentation du nombre d'affaires jugées. Ainsi, après 1850, les femmes agissent de plus en plus clairement sur le terrain judiciaire, poussent leurs maris et pères à rompre les solidarités locales en s'exprimant devant les tribunaux, constituent une solidarité entre femmes pour avoir raison de la résistance que la communauté leur oppose, et que soient dénoncés et punis les abus sexuels jusque-là tolérés. Se faisant, elles ne se font pas seulement garantes du respect de leur corps, elles viennent aussi modifier la nature des relations entre hommes et femmes.

Martin (1996) considère ce tournant comme une incorporation progressive par toutes les couches de la population des possibilités offertes par la loi de la Nation dans les pratiques quotidiennes. « Le progrès résiderait dans l'usage augmenté de la parole et de la conscience réflexive pour qualifier les pratiques, pour rompre les tabous communautaires, pour permettre aux individus de se différencier et de s'affirmer. » Cependant, cette intégration de la loi rencontre des limites puisque l'omerta accable encore, à l'époque, les familles et voisins témoins d'un inceste.

Ambroise-Rendu (2003), dans une analyse de la médiatisation de la pédophilie au cours du siècle dernier, distingue plusieurs périodes selon la manière dont ce phénomène est appréhendé dans l'espace public.

Au début du 19^{ème} siècle, des procès ont lieu pour juger des crimes sexuels, des médecins viennent s'exprimer en qualité d'experts, mais la presse ne s'y intéresse pas du tout. À partir des années 1880, on assiste à l'essor des dénonciations d'attentats à la pudeur sur enfant, tandis que les autres crimes marquent plutôt un recul. Ce mouvement se situe dans un contexte de réflexions sur l'enfance en général et sur le statut des enfants dans la société. Par exemple, l'enfance, symbole de la Nation, devient un souci majeur de la Troisième République. L'étude du professeur de médecine légale, Auguste Ambroise Tardieu, publiée en 1860, sur les sévices, mauvais traitements et violences sexuelles exercés sur des enfants, a probablement contribué à ce revirement. C'est également vers cette période qu'apparaît le mouvement Hygiéniste.

En 1898 est votée la loi sur la répression des violences, voies de faits, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants. Il semble qu'en parallèle, la population s'indigne

davantage devant les crimes sexuels commis sur des enfants, aboutissant à l'augmentation des dénonciations.

L'époque demeure cependant marquée par la morale et l'intolérance concernant le sexe. Dans les affaires de crimes sexuels, la question invariablement posée ou suggérée concerne le consentement de la victime, fillette ou jeune fille (jamais des garçons), manifestation de la suspicion de vice qui plane autour des jeunes filles.

1.3. Début 20^{ème} siècle et libération sexuelle

Après la Première Guerre Mondiale, le silence revient sur la problématique des violences sexuelles. Ambroise-Rendu (2014) repère une plus grande méfiance des médecins experts déposant dans les procès, vis-à-vis des enfants, avec tout un travail pour ne pas risquer de donner crédit à un faux témoignage d'attentat à la pudeur. En cela, ils tiennent certainement compte de l'article de Dupré, en 1905, sur la mythomanie infantile.

Ainsi, des années 1920 aux années 1970, demeure dans la société une forme de déni de la réalité des violences sexuelles commises sur enfants. Les sévices commis sont condamnés au nom de la morale et la pudeur et non pas dans une considération de l'enfant, de son intégrité physique et psychique. La parole de l'enfant victime est minutieusement examinée, surtout si son origine sociale est modeste, la suspicion de complaisance aux rapports sexuels, voire de vice, pesant lourd sur celui-ci.

Parallèlement, émerge petit à petit, probablement en partie avec l'arrivée des conceptions de Sigmund Freud et de la psychanalyse, l'importance d'écouter les enfants. Il s'agit d'une idée et d'une pratique assez nouvelle, comme celle de considérer l'enfant comme un sujet à part entière, qui a besoin d'un environnement spécifique pour se développer harmonieusement.

Avec la révolution sexuelle des années 1970, la presse s'empare des thèmes de l'inceste et de la pédophilie, mais avec cette nouveauté qu'elle les inscrit dans une remise en question globale et radicale de l'ordre social, moral, familial, et de la sexualité. La liberté sexuelle est entendue comme une libération de l'être humain, un projet politique. Certains avancent donc que cette libération concerne aussi les enfants.

Au cours de ce « temps de la plaidoirie » (Ambroise-Rendu, 2003), il règne une certaine permissivité intellectuelle au profit des pédophiles, investis d'un statut contestataire de la

société bourgeoise, et trouvant leur place dans le mouvement de libération des mœurs et du droit à la différence des « amours minoritaires ». Des écrivains comme Gabriel Matzneff ou Tony Duvert s'expriment à la télévision et dans de grands journaux nationaux.

C'est dans les années 1970 que le terme de « pédophile » est repris par ses défenseurs, tiré de l'ouvrage édité en 1886 par Richard von Krafft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, pour exprimer leur amour, y compris charnel, des enfants.

Ainsi, ils se lancent dans une plaidoirie qui revendique l'amour des enfants, l'amour pour les enfants, et leur libération des familles à l'éducation répressive supposée brimer leurs désirs et pulsions. Dans ce discours, les pro-pédophiles insistent sur le respect du consentement des enfants avec lesquels ils établissent des relations sexuelles.

Ils entament d'ailleurs des actions pour tenter de modifier les lois sur l'attentat à la pudeur, afin de décriminaliser les relations sexuelles entre adultes et enfants.

Verdrager (2013) fait remarquer que si le mouvement pro-pédophile est surtout porté par les milieux de gauche, libertaires, prônant une symétrie entre l'adulte et l'enfant, un certain discours pro-pédophile se fait également entendre dans les milieux d'extrême droite sur des conceptions opposées.

Dans ce dernier, c'est l'asymétrie entre adulte et enfant qui est valorisée, avec une idée d'initiation de l'enfant par l'adulte, par le biais de l'obéissance et de la soumission. Un tel discours est pétri de valeurs militaires et de références idéalisées à la Grèce Antique.

Malgré tout, une nouveauté à retenir de cette époque est la place faite à l'enfant. Si la parole ne lui est pas donnée dans la presse, il est néanmoins évoqué comme une personne ayant des sensibilités, capable de discernement, de choix, et habité de désirs.

1.4. Les années 1980-1990 : La prise en compte des victimes

Pour Ambroise-Rendu (2014), un événement marquant pour le tournant des mentalités concernant les violences sexuelles, est le témoignage à la télévision d'Eva Thomas en 1986, à l'occasion de la parution de son livre « Le viol du silence ». Il s'agit, en France, de la première personne, se présentant à visage découvert, pour se déclarer victime du viol qu'elle a subi par son père. C'est donc par le biais de l'inceste que le problème des abus sexuels sur les enfants commence à se révéler.

Ainsi, la fin des années 1980 voit se briser la loi du silence et s'ouvrir le temps de la réflexion et de la condamnation. Les médias cherchent à mettre en lumière le sujet de l'enfance maltraitée sans les réserves ni les ambivalences des époques précédentes, à mesurer l'ampleur et la nature du phénomène, à dénoncer l'exploitation sexuelle des enfants, à reconnaître les abus sexuels au sein des familles.

L'enfant occupe alors dans les médias une place centrale en tant que victime. La parole leur est directement donnée pour qu'ils puissent dire leur souffrance. Les effets de la pédophilie sur les enfants sont donc pour la première fois abordés sans équivoque à partir du témoignage direct des victimes. C'est la découverte que les méfaits de l'agression sexuelle sur les enfants se conjuguent aussi au futur. Ainsi, des victimes expriment qu'elles en portent le poids longtemps, parfois des dizaines d'années plus tard. Dans ce mouvement de reconnaissance, la réalité des abus sexuels au sein des familles n'est plus dissimulée. Sont abordés aussi les thèmes du commerce de la pornographie infantile, de la prostitution et du trafic d'enfant.

En 1995, à l'occasion de la très populaire émission de télévision « Bas les masques » sur le thème des agressions sexuelles sur enfant, parmi les victimes qui viennent témoigner, il y a pour la première fois la présence de garçons. C'est également un fait peu connu à l'époque qui est mis au grand jour, à savoir que des garçons ou des hommes peuvent également être victimes de viol.

Dans ce contexte, en 1996 est révélée en Belgique « l'affaire Dutroux », sombre histoire de rapt, de séquestration, de viols et de meurtre d'enfants et de jeunes adolescentes. Cette affaire crée une onde de choc, y compris au niveau international, sur la population alors prête à entendre les sévices commis et la récupération des médias plus habitués à traiter ces thèmes. Des mouvements sont initiés pour réformer l'organisation des polices en Belgique mais aussi pour promouvoir la protection de l'enfance.

La société a donc traversé une mutation dans son rapport aux histoires de mœurs, passant de la discrétion autour de ce thème embarrassant pour une population ployant sous une chape de moralisme, à une revendication débridée des jouissances sexuelles sous toutes leurs formes, puis à une reconnaissance du vécu de l'enfant et à la condamnation des actes susceptibles de le faire souffrir.

1.5. Les années 2000 et l'hypersexualisation

Nous l'avons vu, les années soixante ont été remarquables pour la libération sexuelle, marquées surtout par une libération de la parole. Progressivement, au cours des décennies, la sexualité cesse de relever du domaine de la morale pour s'inscrire dans celui de l'épanouissement et du bien-être. Toutes les pratiques sexuelles sont considérées comme normales du moment qu'elles ont lieu entre adultes consentants et ne portent pas atteinte à l'intégrité des partenaires. Pourtant, l'omniprésence des images et messages à caractère sexuel, qui s'est imposée ces vingt dernières années dans l'espace public génère des inquiétudes et amène De Sutter (2009) à se demander si nous ne sommes pas passés « de la libération sexuelle à la dictature sexuelle ».

Ainsi, dans les années 2000, apparaît le concept d'hypersexualisation pour qualifier un phénomène présent dans tous les pays d'économie de marché, touchant les enfants dès huit à douze ans jusqu'aux jeunes adultes, et consistant en l'érotisation de l'image corporelle des filles, les transformant en « enfants-femmes sexuées ». Pour Jouanno (2012), « L'hypersexualisation se rapporte à un phénomène social qui relèverait de stratégies humaines autour d'une mise en scène «sexualisée» du corps dans le but de séduire l'autre. Cette stratégie peut s'entendre de deux manières : - soit elle est mise en œuvre directement par les jeunes filles, - soit elle l'est à travers la publicité, les médias, les clips vidéo, internet... Cette «mise en scène sexualisée» est jugée socialement en inadéquation avec la maturité psychoaffective mais aussi physiologique des jeunes filles. C'est le caractère «inapproprié» des expressions, postures ou codes mis en scène par la jeune fille ou la représentation qui en est faite (dans les médias par exemple) qui génère le malaise social.»

Cette tendance provient d'un envahissement dans l'espace social de messages et codes à caractère sexuel réducteurs, inspirés directement des stéréotypes véhiculés par la pornographie (homme dominateur, sexiste, violent, femme-objet séductrice et soumise). Il est considéré comme préoccupant dans la mesure où il aurait une incidence directe sur les rapports entre les femmes et les hommes et leurs comportements sexuels.

Dans une vision plus générale, Maïdi (2012) commente : « les médias et les messages publicitaires contribuent largement à forger une image mythique du corps phallique, harmonieux et beau. Ils encouragent amplement une culture de l'image du corps et une glorification du corps érotisé. Indubitablement, avec l'évolution et le progrès technique,

nous vivons une nouvelle civilisation de l'image et du corps, voire dans une civilisation inédite de l'image du corps narcissique et « adolescentrée » »

Cet « adolescentrisme » impose le corps sexualisé comme une norme à l'ensemble de la société, et influence les pratiques sexuelles des jeunes, ainsi que leurs représentations du corps et de la sexualité. L'image imposée est celle d'un corps éternellement jeune, impubère, sans pilosité et où les caractéristiques sexuelles adultes sont gommées.

De plus, l'hypersexualisation renvoie à une projection de la sexualité adulte sur l'enfant. Elle expose précocement des enfants à des signes et des messages sexuels qu'ils n'ont pas la maturité psychique d'intégrer. Elle met en scène des jeunes filles dans des postures ou selon des codes en inadéquation avec la maturité psychoaffective et physiologique de celles-ci. En cela, elle constitue des effractions traumatiques continues qui ne sont pas sans effet sur les enfants qui y sont confrontés.

Ainsi, sous l'influence médiatique et la pression d'une société hypersexualisée, les codes se trouvent brouillés. D'un côté les grandes personnes cherchent à effacer les signes de la maturité et de l'autre les enfants sont traités comme des « mini-adultes », accoutrés pour être objets de convoitise et agents malgré eux de séduction des adultes au travers d'artifices les dépassant complètement.

Par ailleurs, avec une meilleure prise en considération des victimes d'abus, une acuité pour le consentement dans les relations sexuelles, une certaine réorganisation du rapport entre les hommes et les femmes, l'ambiance générale présente un certain paradoxe : D'une part, une surexposition du sexuel ; et, d'autre part, un accroissement de la sévérité concernant les conduites sexuelles transgressives.

1.6. Représentations des violences sexuelles dans la population

Si la prise en compte de la parole des victimes a contribué à reconnaître l'ampleur du phénomène des violences sexuelles et impulsé une volonté d'agir contre celui-ci, Manzanera (2018) relève la persistance de certains stéréotypes issus de la « culture du viol ». Ainsi, un sondage de l'institut IPSOS sur « les français et les représentations sur le viol », réalisé sur un échantillon représentatif de la population française de 18 ans et plus (Mercier, Barea, 2015) révèle que :

- pour 4 français sur 10, la responsabilité du violeur est atténuée si la victime a une attitude provocante ;
- pour 2 sur 10, une femme qui dit « non », ça veut souvent dire « oui » ;
- 1/3 des 18-24 ans estiment que les femmes peuvent prendre du plaisir à être forcées lors d'une relation sexuelle ;
- 17% des sujets interrogés estiment que forcer sa conjointe à avoir un rapport sexuel alors qu'elle le refuse n'est pas un viol.

Cette enquête met donc en lumière, dans la population, outre une confusion persistante entre la contrainte et le consentement, le maintien de représentations erronées. Ainsi, dans la représentation de plus de la moitié des personnes interrogées (55%) un viol se passe essentiellement dans l'espace public (rue, parking...), plutôt avec menace, et par un inconnu pour 44%. Loin de cette image d'Epinal, la réalité est que la majorité des viols sont perpétrés dans un lieu familial par une personne connue de la victime.

La violence sexuelle, par la désorganisation qu'elle opère, tant au niveau individuel que collectif, s'accompagne d'une charge émotionnelle débordante et contagieuse pénible à élaborer. Les représentations sociales qu'elle suscite, tendent, d'un côté à l'inhumanité de l'agresseur, prédateur d'une victime innocente et sans défense ; et de l'autre, celui d'une victime dont la disponibilité supposée dédouanerait au moins en partie son agresseur, le plaçant en position d'être lui-même victime d'une plaignante illégitime. Ces positions extrêmes permettent au quidam d'évacuer le malaise en éloignant le crime de sa sphère intime ou de sa vie quotidienne.

Les réactions en découlant vont dans le sens d'un opprobre contre les auteurs avérés et d'une demande de réparation pour les victimes, soit par un durcissement des sanctions, soit au travers d'un investissement de la sphère publique, par le biais des réseaux sociaux, notamment.

Dans ce contexte, les agressions d'enfant, victimes innocentes par excellence, destinataires naturels de l'attention et de la protection sociale, suscitent un émoi tout particulier.

2. Ampleur des violences sexuelles

Le phénomène des agressions sexuelles s'est aujourd'hui imposé comme un problème de société et de santé publique dont il est utile, pour mieux l'appréhender, de cerner l'ampleur et la nature. Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé pour la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans (2009) cite plusieurs études :

En 2006, une enquête en France indique que 16% des femmes et 5% des hommes interrogés déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de viol au cours de leur vie.

Parmi ces personnes,

- 59% des femmes et 67% des hommes rapportent que les premiers rapports forcés ou tentative se sont produits avant l'âge de 18 ans
- 46% des femmes et 62% des hommes déclarent n'en avoir jamais parlé avant l'enquête.

Une étude américaine de 2007 sur des pédophiles recrutés dans des programmes de traitement relève une moyenne de 236 actes et 148 victimes par pédophile.

Avec une certaine libération de la parole, tous ces chiffres sont en augmentation depuis les années 1980, mais demeurent très certainement sous-estimés.

Les études varient mais on considère qu'environ deux-tiers des auteurs d'infractions à caractère sexuel ont été eux-mêmes victimes d'agression sexuelle alors qu'ils étaient mineurs de 15 ans. (65% dans l'étude de Balier et al., 1996)

Ce sont les agresseurs sexuels de mineurs non incestueux qui récidivent le plus (60%) et les violeurs de mineurs incestueux qui récidivent le moins (8%). Pour ces derniers, le fait que leurs enfants grandissent pendant le temps de l'incarcération constituant vraisemblablement un frein aux possibilités de récidive.

La prise de conscience progressive de l'ampleur du phénomène amène les autorités publiques à des actions pour l'accueil et le suivi des victimes, un durcissement des sanctions vis-à-vis des auteurs ainsi que des études et recommandations pour la prise en charge thérapeutique de ces derniers.

3. Aspects juridiques concernant les violences sexuelles

3.1. En droit français

Le droit français postule le principe de la liberté sexuelle, fondée sur le consentement entre les partenaires. La majorité sexuelle n'est pas une réalité juridique¹. En revanche, au titre de la protection des mineurs, est estimé à quinze ans l'âge à partir duquel le ou la jeune est capable d'avoir un consentement éclairé.

Les violences sexuelles sont inscrites dans le code pénal² : Dans le livre II concernant « Des crimes et délits contre les personnes », le chapitre II traite « Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne », et la section 3 de ce chapitre s'intitule « Des agressions sexuelles ».

L'article 222-22 indique que : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. » Il est précisé dans ce même article que la nature des liens qu'entretiennent par ailleurs l'agresseur et la victime ne modifie pas la qualification de l'agression, y compris les liens du mariage ; et que des agressions sexuelles commises à l'étranger contre un mineur par une personne résidant habituellement sur le territoire français, tombe sous le coup de la loi française.

La contrainte peut être physique ou morale. Si les faits sont commis sur un mineur de quinze ans la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes.

Si la personne mineure a plus de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise peuvent résulter d'une différence d'âge significative entre elle et l'auteur majeur ou de l'autorité qu'exerce cette dernière de droit ou du fait de son âge.

La tentative du délit est également punie.

Parmi les agressions sexuelles, la loi distingue :

- Le viol (articles 222-23 à 222-26) est un crime défini comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise (...) ».

¹ <https://www.planning-familial.org/articles/majorite-sexuelle-quelle-majorite-sexuelle-008818>

² Legifrance.gouv.fr

- Les agressions sexuelles autres que le viol (articles 222-27 à 222-31) sont des délits.

Viol et agressions sexuelles sont aggravés par plusieurs circonstances, dont la commission sur un mineur de quinze ans ; la commission par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; la commission par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; lorsque la mise en contact entre la victime et l'auteur a été effectuée par message ou réseau électronique.

- L'inceste (articles 222-31-1 et 222-31-2) : Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par un ascendant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu, une nièce ou le conjoint d'une de ces personnes, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait. Si l'agresseur était titulaire de l'autorité parentale sur la victime, la juridiction de jugement peut en prononcer le retrait total ou partiel en ce qui concerne la victime, ainsi qu'en ce qui concerne ses frères et sœurs mineurs.

- L'exhibition sexuelle (article 222-32).

- Le harcèlement sexuel (article 222-33) est décliné selon deux définitions :

- « Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » La répétition est retenue si elle est agie par plusieurs personnes, après concertation entre elles, ou sans concertation mais en sachant que les propos ou comportements caractérisent une répétition.
- « Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers. »

Ces faits sont aggravés par plusieurs circonstances, dont la commission sur un mineur de quinze ans ; la commission par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; la commission par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; lorsque la mise en contact entre la victime et l'auteur a été effectuée par message ou réseau électronique.

Toujours dans le livre II du code pénal, le chapitre VII traite « Des atteintes aux mineurs et à la famille ». La section 5 intitulée « De la mise en péril des mineurs » mentionne notamment des infractions relatives à :

- La corruption de mineur (article 227-22), notamment l'organisation par un majeur, y compris par le biais de communication électronique, de réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles auxquelles un mineur assiste ou participe ou - d'assister en connaissance de cause à de telles réunions.
- Les propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou se présentant comme tel en utilisant un moyen de communication électronique (article 227-22-1).
- La pédopornographie (article 227-23), déclinée dans la diffusion, fixation, enregistrement, transmission d'image ou de représentation de mineur dans une situation à caractère pornographique ; la consultation, l'acquisition ou la détention d'une telle image ou représentation.
- Les messages à caractère violent ou pornographique (article 227-24).
- L'incitation ou la contrainte faite à un mineur afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle ou commette une mutilation sexuelle (article 227-24-1).
- Les atteintes sexuelles sur mineur (articles 227-25 à 227-27-3), sans violence, contrainte, menace ni surprise, présentent des points communs avec le viol et les agressions sexuelles en ce qui concerne les circonstances aggravantes, la prise en considération de l'inceste, les règles d'application de la loi pénale à l'étranger pour des personnes résidant habituellement sur le territoire français.

3.1.1. Secret professionnel et obligation d'information

L'article 226-13 du Code pénal sur le secret professionnel interdit la révélation d'une information à caractère secret à toute personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession.

L'article 226-14 précise que le secret professionnel n'est pas applicable dans plusieurs cas:

- Des privations, sévices, y compris atteintes ou mutilations sexuelles infligées à un mineur ou une personne vulnérable, dont il a connaissance dans l'exercice de sa profession.
- Des privations, sévices, qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. L'information ne peut se faire qu'avec l'accord de la victime, sauf si celle-ci est mineure ou vulnérable. Dans ce cas, son accord n'est pas nécessaire.
- Le caractère dangereux pour elle-même ou pour autrui des personnes qui le consultent et qui possèdent une arme ou manifestent leur intention de s'en procurer une.

3.2. En droit suisse

Le Code pénal suisse stipule qu'il s'applique à quiconque commet un crime ou un délit en Suisse ou à quiconque se trouve en Suisse et a commis à l'étranger l'un des actes suivants : traite d'êtres humains (art. 182), contrainte sexuelle (art. 189), viol (art. 190), acte d'ordre sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance (art. 191) ou encouragement à la prostitution (art. 195), si la victime avait moins de 18 ans ; acte d'ordre sexuel avec un enfant (art. 187), si la victime avait moins de 14 ans ; pornographie qualifiée (art. 197, ch. 3), si les objets ou les représentations avaient comme contenu des actes d'ordre sexuel avec des enfants.

Le titre 5 du Code pénal Suisse s'intitule « Infractions contre l'intégrité sexuelle » et recense divers types de délits et crimes :

L'acte d'ordre sexuel sur un enfant de moins de seize ans (article 187). Il est précisé que l'acte n'est pas punissable si la différence d'âge entre les participants ne dépasse pas trois ans et qu'en cas de circonstances particulières ou de mariage ou partenariat entre l'auteur et la victime, l'autorité peut renoncer à la poursuite.

D'autres actes d'ordre sexuel sont notifiés, précisant s'ils ont lieux avec des mineurs âgés de plus de seize ans dans le cadre d'un rapport de dépendance (article 188) ; la contrainte sexuelle (article 189) ; les actes d'ordre sexuel commis sur une personne incapable de

discernement ou de résistance (article 191); l'abus de détresse (article 193); l'exhibitionnisme (article 194).

Le viol (article 190) qualifie la contrainte exclusive d'une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel par l'usage de menace ou de violence, en exerçant sur sa victime des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister. Cette définition fait polémique à l'heure actuelle car jugée trop restrictive par certains³.

La pornographie (article 197) est condamnée dans la mesure où l'auteur expose à du matériel pornographique un mineur de moins de seize ans ou une personne qui n'en veut pas. La pornographie illicite concerne des actes d'ordre sexuel avec des enfants, des animaux, des excréments humains ou comprenant des actes de violence.

3.2.1. Mesures et internement

Concernant des délinquants souffrant d'un grave trouble mental, le Code pénal suisse prévoit qu'une mesure puisse être ordonnée si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions ; si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige ; et si les conditions prévues sont remplies.

Pour ordonner une mesure, le juge se fonde sur une expertise psychiatrique qui se détermine sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement ; sur la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions et sur la nature de celles-ci ; sur les possibilités de faire exécuter la mesure.

Ainsi, lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel (article 59), à condition que le crime ou délit commis soit en relation avec ce trouble et que la mesure le détournera, selon toute vraisemblance, de nouvelles infractions en relation avec ce trouble. Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement approprié, éventuellement fermé, voire, dans un établissement pénitentiaire.

Le juge peut également ordonner un traitement ambulatoire (article 63) au lieu d'un traitement institutionnel.

³ Busslinger, B. (vendredi 16 février 2018). Laurence Fehlmann Rielle : «La définition du viol est trop restrictive en Suisse». Le Temps. <https://www.letemps.ch/suisse/laurence-fehlmann-rielle-definition-viol-restrictive-suisse>

Ajoutons que le juge peut ordonner une mesure d'internement, voire d'internement à vie (article 64) si l'auteur a commis un acte particulièrement grave par lequel il a porté ou voulu porté gravement atteinte à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle d'autrui et si, en raison des caractéristiques de la personnalité de l'auteur, des circonstances dans lesquelles il a commis l'infraction et de son vécu, il est sérieusement à craindre qu'il ne commette d'autres infractions du même genre ; ou en raison d'un grave trouble mental chronique ou récurrent en relation avec l'infraction, il est sérieusement à craindre que l'auteur ne commette d'autres infractions du même genre et que la mesure de traitement institutionnel semble vouée à l'échec.

3.2.2. Secret professionnel et échanges d'informations

Le secret professionnel, défini dans l'article 321, énonce les professions qui y sont soumises et auxquelles font partie les médecins et les psychologues. Sont punis ceux qui révèlent un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de celle-ci. La révélation n'est cependant pas punissable si elle est faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'autorise par écrit.

Dans le canton de Vaud, une directive encadre les échanges d'informations entre les professionnels de la santé délivrant des soins aux personnes sous le coup de la justice pénale et les autorités pénitentiaires et judiciaires, et précise le devoir d'information des professionnels de la santé vis-à-vis desdites autorités⁴. À ce titre, les professionnels de la santé fournissent régulièrement un rapport, notamment à l'autorité judiciaire et à l'autorité de placement, avec l'accord du patient, concernant le suivi et l'évolution du traitement ordonné ainsi que sur les éléments du suivi thérapeutique.

⁴ Directive concernant l'échange d'informations entre les professionnels de la santé délivrant des soins aux personnes sous le coup de la justice pénale et les autorités pénitentiaires et judiciaires

4. Les violences sexuelles au regard de la clinique

La problématique des violences sexuelles se situe au carrefour du judiciaire, du social et du soin, sans que l'une de ces trois dimensions ne puisse prétendre embrasser toute la complexité du phénomène. Le champ sanitaire cherche à élaborer des références sémantiques rendant compte de ses préoccupations singulières.

Roman (2012) propose de catégoriser les termes utilisés selon le domaine concerné :

- agressions sexuelles : nomination générique qui nécessite la référence à un corpus législatif clairement identifié ;
- infractions à caractère sexuel : désignation explicitement juridique ;
- abus sexuels : utilisé dans le champ clinique, sociologique mais qui contient une référence à la quantité et à une norme morale ;
- violences sexuelles : c'est la référence clinique qui domine, mettant l'accent sur la participation de la violence dans les processus de la vie psychique.

Manzanera (2018) insiste sur le fait que les réflexions quant au terme à privilégier traduisent la volonté de proposer une formule rendant compte des différents domaines concernés par la problématique et traduisant l'importance d'une approche multidisciplinaire.

4.1. Repères psychiatriques

4.1.1. *Classifications internationales des violences sexuelles*

Au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit les violences sexuelles de la façon suivante : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. » L'incapacité à donner son consentement est également évoquée (ivresse, maladie mentale...) en complément de la définition principale.

Le terme de « violences sexuelles » n'est habituellement pas employé dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) et la Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} édition (CIM-10) dans la mesure où cette notion dépasse le cadre des troubles psychiatriques (Manzanera, 2018). La conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie en 2001 sur la psychopathologie et le traitement des agresseurs sexuels souligne la disjonction entre les principales classifications internationales des troubles mentaux et les catégories pénales du fait de leurs finalités respectives. En effet, les classifications psychiatriques tiennent compte du sujet dans sa diachronie (la récurrence ou la persistance des troubles), tandis que les classifications pénales se centrent sur la commission et l'intention de l'acte.

Si elles ne sont pas directement nommées comme telles, les violences sexuelles se retrouvent en partie dans les troubles paraphiliques du DSM-5 et les troubles de la préférence sexuelle de la CIM-10. Le trouble paraphilique, dans le DSM-5, est caractérisé par des intérêts sexuels intenses et persistants impliquant diverses conduites sexuelles particulières et entraînant une détresse ou une altération du fonctionnement chez le sujet lui-même ou un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes. Notons qu'afin d'établir un diagnostic différentiel entre un trouble paraphilique et un usage non pathologique de fantasmes, de comportements ou d'objets sexuels, un des critères observés est celui du consentement des partenaires (First, 2016). Ainsi, la frontière discriminant la relation entre deux individus de la violence entre l'agresseur et sa victime, se situe autour de la notion de consentement.

4.1.2. Définitions internationales de la pédophilie

Dans le DSM-5 (APA, 2016), le trouble pédophilie (302.2) constitue une catégorie des troubles paraphiliques et caractérise des fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, des pulsions, une activité sexuelle impliquant un ou des enfants prépubères (généralement âgés de treize ans ou moins) pendant une période d'au moins six mois. L'individu doit être âgé de seize ans ou plus et avoir au moins cinq ans de plus que l'enfant. L'attirance sexuelle pédophile peut être exclusive ou non exclusive et concerner des garçons, des filles, ou les deux. Il est à spécifier si l'attirance se limite à l'inceste.

Pour la CIM-10 (OMS, 1993), la pédophilie (F65.4) figure dans le cadre des troubles de la personnalité et se définit par une préférence sexuelle pour les enfants, qu'il s'agisse de garçons, de filles ou les deux, généralement d'âge prépubère ou au début de la puberté.

Dans ses recommandations concernant la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans, le Haute Autorité de Santé (HAS, 2009) précise que si les catégorisations pénales des agressions sexuelles ne recouvrent ni la clinique psychiatrique, ni la psychopathologie, les définitions des classifications internationales ne recouvrent que partiellement le champ des violences sexuelles dans la mesure où elles ne rendent pas compte de la complexité et de la diversité des problématiques rencontrées. De plus, les auteurs de ces recommandations font remarquer que l'acte d'agression sexuelle n'est pas nécessairement sous-tendu par une pathologie psychiatrique.

Dans les recommandations pour le « repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances intrafamiliales chez le mineur » (HAS, 2011), la Haute Autorité de Santé définit la maltraitance sexuelle envers un mineur par : « le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle. Ceci constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique, le mineur n'ayant pas la maturité et le développement suffisants pour en comprendre le sens et/ou les conséquences. » Les auteurs du rapport précisent que : « Les activités sexuelles ne se limitent pas aux actes sexuels avec pénétration caractérisée, elles comprennent toutes les formes de violences sexuelles ou d'incitations avec emprise psychologique. »

Ainsi, cette définition étend la notion de maltraitance sexuelle à tout mineur, et pas seulement à ceux de moins de quinze ans. De plus, au regard de son intégrité physique et psychique, toute notion de consentement paraît exclue dès lors que l'activité sexuelle implique un mineur. Enfin, ils proposent une définition très large des violences sexuelles, débordant les actes caractérisés et introduisant un mode particulier de relation entre un auteur et sa victime, avec la notion d'emprise psychologique.

4.1.3. Classifications cliniques

Baron-Laforêt (2008) identifie des classifications plus cliniques, rendant mieux compte de la singularité de la situation, de la dynamique en jeu au travers de l'agression commise. L'auteure reprend la classification de Groth (1977), qu'elle estime particulièrement adaptée à la pratique :

Agressions sexuelles sur enfant				
Attentat à la pudeur		Viol		
Fixation	Régression	Colère	Puissance	Sadisme

Catégorie « attentat à la pudeur » : l'auteur de violence sexuelle obtient ce qu'il veut de la victime par la persuasion, la séduction ; il propose à la victime un pseudo-rapprochement, une pseudo-relation. Deux sous-catégories se retrouvent dans ce groupe :

- La fixation, avec une préférence sexuelle pour les enfants. Peu de désinhibiteur utilisé en général. Les contacts avec les adultes sont limités ou formels. L'auteur se méfie des adultes et idéalise le monde de l'enfance comme un monde sans agressivité, compréhensif, sincère, etc. ;
- La régression : les délits apparaissent à une période de la vie, en série, ils sont limités dans le temps, dans un contexte d'échec, de perte, avec recours fréquent à un désinhibiteur.

Catégorie « viol » : l'auteur de violence sexuelle utilise des menaces, l'intimidation, la force physique. L'enfant est le réceptacle de l'hostilité ou du désir de domination et de soumission de l'agresseur. Trois sous-catégories sont distinguées :

- La colère : l'agression est commise pour se venger des injustices qu'il estime avoir subies. Il utilise l'obscénité, des injures et plus de force que nécessaire pour maîtriser les victimes ;
- La puissance : l'auteur de violence veut être maître de la situation, qu'on lui obéisse. Il n'utilise pas plus de force que nécessaire pour contrôler sa victime. Il donne des ordres, dirige l'échange, interroge la victime sur sa vie personnelle, etc. ;
- Le sadisme : selon un rituel précis, la victime est enlevée, agressée. La douleur, les cris de la victime et sa terreur suscitent l'excitation.

Ducro et Pham (2017) décrivent, dans une perspective cognitivo-comportementaliste, les quatre principaux modèles étiologiques de l'agression sexuelle sur enfant recensées dans la littérature :

La théorie préconditionnelle de Finkelhor (1984)

Ce modèle repère quatre conditions nécessaires à un comportement déviant :

- La motivation pour l'agression sexuelle d'un enfant comprend la congruence émotionnelle avec les enfants, l'excitation sexuelle de type pédophile et la difficulté à avoir de la satisfaction concernant les besoins émotionnels et sexuels avec des partenaires adultes consentants.
- Surmonter les inhibitions internes qui vont contre l'agir sexuel violent.
- Surmonter les inhibitions externes
- Surmonter la résistance de l'enfant

La théorie multifactorielle de Marshall et Barbaree (1990).

Dans cette théorie, l'abus sexuel est la conséquence de l'interaction d'une série de facteurs de vulnérabilité avec des éléments conjoncturels transitoires.

Parmi les facteurs de vulnérabilité, on peut trouver des expériences de carences éducatives et traumatismes dans l'enfance, des modèles internes en lien avec la sexualité et l'agression, des faibles compétences sociales, des facteurs biologiques.

Les éléments conjoncturels transitoires regroupent le stress, l'intoxication à une substance, des affects négatifs, la présence d'une victime potentielle.

Ces facteurs peuvent porter atteinte à la capacité de l'individu à contrôler ses comportements et aboutir à une agression sexuelle.

La théorie quadripartite de Hall et Hirschman (1992)

Ces auteurs proposent un modèle en quatre facteurs :

Premier facteur : L'activation sexuelle déviante, considérée comme la motivation primaire de l'agression sexuelle sur enfant.

Deuxième facteur : Des distorsions cognitives axées sur la description et la justification du comportement sexuel à l'encontre d'un enfant.

Troisième facteur : Les difficultés émotionnelles dans le sens d'une perte de contrôle, une désinhibition, une mauvaise régulation des émotions.

Quatrième facteur : Des problèmes de personnalité liés à des expériences précoces adverses, comme facteur de vulnérabilité.

Le modèle de cheminement amenant à l'agression sexuelle de Ward et Siegert (2002)

Ces auteurs stipulent qu'il existe différents cheminements menant à l'agression sexuelle d'enfant. Chaque voie impliquant un mécanisme de base dysfonctionnel et des facteurs de vulnérabilité.

Première voie : Le déficit de l'intimité amène à des difficultés à établir des relations saines avec autrui. Certains pour des difficultés dans les habilités sociales. D'autres du fait de traits de personnalité narcissique ou antisociale.

Deuxième voie : Les problèmes de régulation émotionnelle. Le postulat est que les auteurs de violence sexuelle ont des difficultés à identifier et gérer leurs émotions et souffrent d'isolement émotionnel.

Troisième voie : La composante cognitive. Cette voie inclut les attitudes et croyances qui soutiennent les contacts sexuels avec les enfants, les distorsions cognitives et les attitudes procriminelles.

Quatrième voie : La composante sexuelle. Il s'agit des schémas sexuels déviants et des scripts sexuels, c'est-à-dire les indices internes et externes qui indiquent la possibilité de contact sexuel.

La cinquième voie est relative à de multiples mécanismes dysfonctionnels.

5. Regard psychanalytique sur le phénomène pédophilique

5.1. Pédophilie et perversion

Freud, en 1905, considère les perversions sexuelles comme des tribulations dans le cours du développement psychosexuel. Celles-ci peuvent se traduire soit par des fixations ou régressions à un stade prégénital de la relation d'objet, soit par suppression ou arrêt prématuré de la période de latence suite à la confrontation à une excitation sexuelle excessive.

Freud (1905) évoque à ce moment la pédophile, en les rangeant dans les déviations par rapport à l'objet sexuel et définit trois catégories : Ceux pour qui l'enfant est l'objet sexuel exclusif, qu'il considère comme exceptionnels. Des individus, considérés les plus nombreux, devenus lâches et impuissants, pour lesquels l'enfant constitue un substitut pour leur sexualité. Ceux pour qui la pulsion sexuelle impérieuse est impossible à différer et qui, ne trouvant pas de partenaire adéquat, se rabat sur un enfant.

En 1908, Freud indique que le premier mouvement d'identification du petit enfant se fait sur le modèle du double homosexué. D'où l'angoisse du petit garçon lors du constat de la différence des sexes et le maintien d'une conception de sa mère porteuse d'un pénis. En cela, il ne reconnaît que partiellement l'altérité de sa mère, ce qui lui permet de nuancer l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration.

Pour Freud, les pervers ne parviennent pas à dépasser ce mode relationnel de type spéculaire.

En 1927, Freud amène le concept de fétichisme dont il fait le paradigme de la perversion. La matérialité anatomique de la différence des sexes engendre pour l'enfant un sentiment d'horreur. Pour continuer à investir la perception, l'enfant la modifie, grâce au mécanisme du déni. Par ailleurs, l'enfant surinvestit un objet de la réalité qui prend la valeur d'un substitut du pénis manquant de la mère. Cet objet constitue le fétiche.

Conséquence directe du déni, Freud propose le concept de clivage du Moi. Ce phénomène permet de faire coexister au sein du Moi deux attitudes contradictoires, l'une déniait la réalité, l'autre l'acceptant.

Ces éléments rapidement brossés constituent des repères de bases pour une appréhension psychanalytique des phénomènes pervers.

5.2. Perversion sexuelle/perversion narcissique

Dans les perversions sexuelles, la satisfaction recherchée est érotique avant tout. Cependant, Mc Dougall (1980) fait remarquer qu'il s'agit avant tout d'une « solution » visant à contourner l'angoisse de séparation et l'angoisse de castration. L'auteure fait remarquer que la nécessité de répéter de façon immuable le même scénario en lien avec la sexualité pré-génitale révèle la fragilité de l'économie psychique du sujet et le poids mis sur cet acte érotique.

Le concept de perversion narcissique, introduit par Racamier (1992), désigne la recherche d'une jouissance, non pas sexuelle, mais narcissique, dans un sentiment de triomphe mégalomane, au détriment d'autrui. Cette organisation vise à éviter la dépression originelle en réfutant toute représentation de soi défaillante. La blessure narcissique est projetée sur autrui, qui est alors rabaissé et dénigré.

Balier (1996) amène le concept de perversité pour rendre compte d'une organisation psychique utilisant la destructivité pour se préserver du sentiment de vacillement identitaire. Ainsi, autrui est attaqué physiquement ou psychiquement, dans un contexte de désinhibition pulsionnelle. L'agir destructeur est direct, n'empruntant aucune médiation fantasmatique, et procure au sujet une récupération narcissique proportionnelle au sentiment d'avoir anéanti l'autre vécu comme menaçant.

5.3. Fantasme de pédophilie originelle vs traumatisme

La relation entre l'érastrate et l'éromène de la Grèce antique, nous l'avons évoqué plus haut, est empreinte de soumission absolue de l'enfant par l'adulte mais répond à certaines règles sociales. Le mythe de Laïos abuseur de Chrysippe met en scène le drame résultant de leur transgression.

Denis (1993), s'appuyant sur le mythe, considère le fantasme de la pédophilie paternelle comme un fantasme originelle organisateur du psychisme. Sa proposition est que dans les temps inauguraux, c'est au nom de son désir pour l'enfant que le père le dégage de la

position d'objet de la mère en imposant l'interdit de l'inceste. L'auteur prend la précaution de différencier le scénario imaginaire dans l'esprit de l'enfant du contact sexuel direct avec le père, dans la réalité, qui lui, entraîne la malédiction...

Balier (1993), quant à lui, insiste sur la violence insupportable que constitue la séduction, violence d'autant plus dangereuse qu'elle est masquée par l'ambiguïté du terme. En effet, « séduction » dans son sens général renvoie au charme et à la douce jubilation alors qu'appliquée à l'enfant elle conduit à la destructivité et au traumatisme. Pour appuyer ses dires, l'auteur rappelle l'ampleur des abus sur enfants et les effets délétères qu'ils engendrent.

Maïdi (2008), à propos du même épisode de la famille des Labdacides, compare la séduction incestueuse, négation de l'existence même de l'autre maintenu sous contrainte, à un véritable homicide. Le destin funeste de Chrysippe peut ainsi être considéré comme une illustration de celui de jeunes suicidants rencontrés par les professionnels du psychisme, et dont l'anamnèse révèle dans de nombreux cas la présence traumatique d'évènements incestueux ou autres abus sexuels.

5.4. Place de l'enfant dans la société

La protection de l'enfant telle que nous la connaissons dans les sociétés occidentales actuelles est un phénomène assez nouveau. André (1998) considère la place imaginaire occupée par l'enfant dans nos sociétés et l'abjection provoquée par celui qui l'agresse comme un symptôme. L'enfant occidental est élevé au rang d'idole, un être pur et innocent, dont l'univers n'est peuplé que de rêves et de jeux. Parallèlement, les adultes déchoient de leur position parentale et s'infantilisent. L'auteur fait remarquer qu'en même temps qu'est célébré ce culte de l'enfant (enfant-roi), ce dernier est considéré de façon tout à fait singulière comme un coût pour la famille. « Alors que dans toutes les phases de la civilisation qui nous ont précédé, comme dans toutes les cultures qui entourent aujourd'hui encore notre îlot d'occident, l'enfant a toujours été considéré comme la première richesse, chez nous il est à présent une charge dont il paraît normal à chacun que l'Etat nous rembourse les frais. » (André, 1998). L'enfant, qui jusque-là était une richesse, est devenu aujourd'hui un luxe.

La psychanalyse, quant à elle, nous apprend depuis Freud (1905) que la sexualité se manifeste pleinement dès la prime enfance. La sexualité infantile décrite par Freud est riche, étendue, intense et exploratoire. Elle ne peut pas être rabattue à une forme inachevée de ce qui sera plus tard la sexualité adulte. C'est au contraire, la sexualité adulte qui constitue une expression résiduelle et appauvrie par le refoulement de la sexualité infantile.

Par ailleurs, l'enfant constitue pour l'adulte un objet sexuel (Freud, 1932) en ce sens qu'il suscite l'investissement libidinal au travers d'émotions, de contacts dans les soins et le jeu, des sentiments d'amour et de haine qu'il déclenche. Au travers des interactions, l'enfant intègre ce statut, peut prendre conscience du pouvoir de séduction qu'il exerce sur les adultes et en tirer parti.

5.5. La revendication pédophilique

André (1998), situant la pédophilie dans la structure classique des perversions, propose d'en dégager le projet. Il part du postulat que le projet pervers consiste à revendiquer ce qu'il considère comme une exigence morale supérieure à celle édictée par la société, à savoir l'exigence de jouir. À ce titre, la pédophilie survalorise la sexualité infantile « perverse polymorphe » pour donner « une leçon de morale aux bien-pensants ». Le pédophile est fasciné par une figure idéale de l'enfant, pur et innocent, chez qui il reconnaît une sexualité complète, masculine et féminine. Au travers de son dévolu, il cherche à faire apparaître une figure idéale de lui-même : une enfance magnifiée et teintée d'un érotisme prétendument spontané et non coupable.

Dans son projet, le pédophile entend préserver l'enfant de la violence et de l'hypocrisie des adultes en lui apportant l'amour et l'initiation qui serait celle d'un « vrai » père, un père qui incarnerait dans le réel le fantasme originaire de pédophilie paternelle décrite par Denis (1993). Par ce positionnement, il se place en rivalité hostile et directe avec l'amour maternel et entend restaurer un « amour paternel » qui soit total. Les parents sont visés par la revendication pédophile, considérés comme brimant l'accès des enfants à l'érotisme, et une réforme « morale » est postulée concernant la famille, la société, les institutions et visant à « libérer » les enfants. Ainsi, le pédophile est intimement persuadé que sa revendication se fait au nom et pour le bien des enfants.

Synthèse du Chapitre 1

La problématique des violences sexuelles se situe à un carrefour qui concerne à la fois les champs social, judiciaire et sanitaire.

Les violences sexuelles, et notamment celles commises sur des enfants revêtent un statut particulier selon les cultures et les époques, allant de la tolérance, voire de l'encouragement, à la répression et la criminalisation. L'opprobre porté sur de telles conduites dans les pays industrialisés est le fruit d'un long processus social mouvementé par la volonté de l'Etat d'infiltrer le droit jusque dans l'intimité des familles, les évolutions des rapports sociaux, notamment entre hommes et femmes, les revendications de minorités à être entendues. Dans les pays occidentaux, les années 1990 ont marqué un tournant par une prise en compte et une considération toute nouvelle pour les victimes. Le phénomène des violences sexuelles, alors reconnu comme un problème de société est plus finement étudié. Son ampleur est mesurée, montrant l'importance de son impact sur la population. Cette quantité d'abus révélés est en partie due à la libération de la parole concernant des actes anciens, mais aussi à une forme de banalisation dans la population de certains comportements répréhensibles, liée à la « culture du viol » et à « l'hypersexualisation » véhiculés dans la société comme des stéréotypes.

Un rappel des définitions juridiques permettent de qualifier les violences sexuelles.

Le champ sanitaire cherche aussi à mettre en avant son vocabulaire propre pour définir le phénomène. Un repérage est recherché dans les classifications psychiatriques, mais qui ne peuvent rendre compte que partiellement du phénomène. Des modélisations plus centrées sur la clinique sont alors invoquées, avec une prédominance des courants cognitivo-comportementalistes.

La théorie psychanalytique apporte des éclairages, en partant du modèle freudien de la perversion. La pédophilie est ensuite prise comme point de départ de réflexions concernant le développement intrapsychique individuel, puis au regard de la société.

Chapitre 2 : Aspects psychopathologiques

1. Polymorphisme clinique

En axant la problématique des sujets pédophiles et autres auteurs de violence sexuelle sur l'aberration des actes commis, la tendance a longtemps été d'appréhender ces sujets uniquement sous l'angle de la perversion. Cette qualification, souvent relayée, encore aujourd'hui, par la presse, contribue à entretenir l'atmosphère sulfureuse entourant ces personnes, et à justifier l'image de la monstruosité.

Du côté des soignants, l'embarras autour de la « structure perverse » dans laquelle se trouvaient immédiatement classifiées ces personnes, contribuait à déterminer leur inaccessibilité aux soins.

Pourtant, dès 1905, Freud indiquait que les troubles de la pulsion sexuelle de type pédophilique n'étaient pas l'apanage de sujets malades mentaux, mais se retrouvaient sans aucune différence chez des sujets bien-portants.

Cette observation confirme le constat toujours actuel que l'acte commis ne permet pas à lui seul de rendre compte d'un fonctionnement psychopathologique précis.

Adam (2018) rappelle que depuis la Conférence de consensus de 2001 portant sur le thème « Psychopathologie et traitement actuels des auteurs d'agression sexuelle » les experts semblent s'accorder sur les points suivants :

- Les conduites sexuelles déviantes prennent des formes cliniques variées.
- Elles peuvent apparaître dans une infinie diversité de configurations psychopathologiques qui débordent les catégories habituelles de la nosographie psychiatrique.
- Elles correspondent moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de «solution défensive» par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance.

Une fois admises les différences cliniques et l'impossibilité de constituer une entité nosographique, Balier et Bouchet-Kerval (2008) proposent des points communs relatifs à

ces « solutions défensives » : L'insuffisance des défenses mentales, et la présence constante et dans tous les cas de troubles plus ou moins graves du narcissisme.

Ces éléments constituent un point de départ pour poser des repères permettant de réaliser une évaluation du fonctionnement psychique des auteurs de violence sexuelle.

2. Psychopathologie des auteurs de violence sexuelle

2.1. Problématique psychique

2.1.1. *Un vécu de victimisation précoce*

Les données biographiques des auteurs de violence sexuelle révèlent des vécus de maltraitance infantile fréquents et marquant la problématique psychique de ces sujets. Ainsi, la « recherche-action » de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996) constate qu'environ un tiers des auteurs de violence sexuelle déclare avoir subi des actes d'ordre sexuel durant leur enfance.

Ce chiffre est corroboré par Abbiati et al. (2014) dans une étude sur la victimisation dans l'enfance des auteurs de violence sexuelle. Ces auteurs indiquent que plus de la moitié de ces sujets signalent avoir fait l'objet de violences psychologique et/ou physiques, dans le milieu familial, avec des pair, ou encore dans le contexte éducatif.

Les vécus d'humiliation et de honte sont importants et concernent des privations, la dévalorisation de l'aspect physique, les difficultés avec les figures d'autorité. Une très grande majorité des sujets (85%) mentionnent des événements pénibles au cours de leur enfance, liés à des séparations, de la violence, des maladies, des décès et alcoolisations de proches.

Les auteurs observent qu'une part importante des sujets de leur étude ne se présentent pas spontanément comme ayant été victimes de maltraitances, non pas par oubli mais plutôt dans une forme d'assentiment ou de soumission. Ainsi, plusieurs sujets relatent d'authentiques sévices, en les qualifiant de simples punitions, ou en les considérant comme anecdotiques.

Un tel phénomène pourrait être interprété comme un mécanisme « d'identification à l'agresseur ». Ce concept, que nous reprenons plus bas, a été évoqué par Ferenczi (1932) puis repris par Anna Freud (1949). Cette dernière décrit un renversement des rôles et un

renversement de la position passive en position active, le sujet passant de « menacé » à « menaçant ». Ce renversement n'est possible que suite à l'introjection, au moins partielle, de l'objet angoissant, qui permet d'assimiler, au moins en partie, l'événement pénible.

Abbiati et al. (2014) relatent surtout la discordance entre les récits traumatiques énoncés par les sujets, et l'absence de participation émotionnelle. Les sujets verbalisent une souffrance concernant les événements vécus, mais la qualification de celle-ci reste vague et/ou banalisée, « la fréquence, l'intensité ou la cause des punitions semblent évacuées, le peu d'affects exprimés reste flou et mal défini ». Plutôt qu'un renversement des affects comme dans l'identification à l'agresseur, ces observations tendent à illustrer une confusion de la pensée, rendant difficile l'intégration et la restitution des événements et des affects dans l'histoire psychique du sujet.

2.1.2. Un environnement familial pathologique

Ciavaldini (2001) rejoint cette description, dans l'enfance des auteurs de violence sexuelle, de vécus de violence, humiliation, séduction, emprise, à l'intérieur même de la famille. Verschoot (2018) insiste sur l'omniprésence au cours de l'enfance des auteurs de violence sexuelle, d'un climat délétère dans lequel la frontière entre le sexuel et le non-sexuel est indubitablement floue, l'espace privé de chacun des membres de la famille est mal défini et insuffisamment protégé du fait de l'absence de limites clairement posées concernant ce qui relève de l'intime et ce qui relève du collectif.

Cette atmosphère incestuelle, « où souffle le vent de l'inceste, sans qu'il y ait inceste » (Racamier, 1995), agit sous les atours de la banalité du quotidien mais induit en silence et en secret, une emprise sur la psyché et le corps de l'autre, et insuffle la perversion dans les relations et la désorganisation de la pensée. Racamier (1995) considère l'incestuel comme une déclinaison pathologique de la séduction narcissique. Dans sa version psychotisante, la séduction narcissique (Racamier, 1992) induit l'exclusion du tiers et nie l'altérité. Sa finalité consiste à neutraliser tout désir de différenciation de l'enfant et s'apparente à un « meurtre du sexuel » au sens d'une destruction des velléités d'investissement libidinal et d'ouverture au monde.

Autre modalité pathologique de la séduction narcissique décrite par Racamier (1992), la perversion narcissique constitue une véritable possession de l'autre, véhicule l'emprise et

l'absence de limites et contrarie les possibilités de représentation, provoquant des ravages dans la psyché de l'autre, enfant comme adulte.

Cet environnement destructeur infiltre de manière insidieuse les relations interpersonnelles et la vie psychique du sujet. Ces transactions sont tellement incluses dans le fonctionnement familial habituel qu'elles font office de normalité.

Aussi, elles sont particulièrement difficiles à déceler au premier abord, dans l'entretien clinique avec les auteurs de violence sexuelle, et encore plus difficiles à reconnaître par le sujet lui-même, tant elles sont noyées dans un vécu à l'apparente banalité. Elles ne se dévoilent qu'au fil des entretiens et investigations cliniques, poussées par l'envie de comprendre et les demandes de clarifications du thérapeute, devant ce qu'il perçoit en filigrane comme violence ou humiliation insidieuses, comme confusion dans les places, dans les genres ou dans les différences de générations.

2.1.3. Des effets du trauma

Freud (1920) fait du traumatisme un événement essentiellement psychique, en le définissant comme une expérience d'effroi résultant d'une effraction du système pare-excitation. Ainsi, le moi, incapable de lier les quantités d'excitations internes ou externes qui se présentent à lui, se trouve débordé et en souffrance.

Ferenczi (1932) propose une conception du traumatisme plus matérielle et événementielle. Il démontre comment des attitudes inadéquates d'un adulte envers un enfant constituent une « confusion des langues » et opèrent des effets dévastateurs sur la personnalité en développement du jeune sujet.

Il distingue trois types d'agressions d'adultes sur l'enfant qui entravent le développement psycho-affectif de ce dernier : « L'amour forcé » et autres abus sexuels, qui peuvent entraîner « les mêmes conséquences pathogènes que la privation d'amour » ; « les mesures punitives insupportables » entraînant toutes les conséquences de la dépression ; « le terrorisme de la souffrance », que l'on appellerait aujourd'hui « parentification » (Boszormenyi-Nagy, Spark, 1973) où l'enfant se trouve en position de devoir aplanir toutes sortes de conflits familiaux dans l'espoir de « pouvoir jouir à nouveau de la paix disparue, et de la tendresse qui en découle. » (Ferenczi, 1932)

Pour supporter la situation, l'enfant, incapable d'agir sur l'environnement, développe des réactions adaptatives « autoplastiques », c'est-à-dire qui modifient sa personnalité. Dans une identification à l'agresseur, consistant à l'introjecter au moins partiellement, l'enfant tend à faire disparaître celui-ci de la réalité extérieure, et à le rendre ainsi plus contrôlable comme objet intrapsychique. Cette opération, lui permet de préserver une part en lui où est maintenue la situation de tendresse antérieure.

Winnicott (1975) décrit des traumatismes particulièrement difficiles à élaborer car ils s'inscrivent en creux. Ils ne sont pas liés à des événements qui se sont passés mais plutôt à ce qui n'a pas eu lieu. Ainsi, les carences, l'inadéquation précoce des réponses de la figure d'attachement primaire aux besoins fondamentaux de l'enfant, le défaut d'investissement. Ces aléas induisent des angoisses impensables, sentiments d'agonie, de chute sans fin face auxquelles le Moi tente de se défendre contre l'effondrement de sa propre organisation.

Janin (2005) reprend les théories du traumatisme et en décrit diverses dimensions. Il distingue un « noyau froid » du traumatisme, non assimilé par le moi, lié à l'absence de figure secourable pour le sujet en détresse, et portant une atteinte narcissique silencieuse mais pourtant active ; et un « noyau chaud » du traumatisme correspondant à des événements pénibles objectivables.

Le traumatisme psychique se déploie dans un après-coup, à l'adolescence ou à l'âge adulte, temps de sexualisation qui le fait entrer dans une logique nouvelle. Enfin, l'auteur propose une situation particulière de traumatisme qu'il nomme « collapsus topique » où un événement réel vient dupliquer un fantasme. Donnons pour exemple une séduction réelle d'un enfant, qui duplique, pour celui-ci, le fantasme originaire de séduction. De tels événements brouillent la séparation entre l'espace psychique et l'espace extérieur, le sujet ne sait plus reconnaître si la source de l'excitation est interne ou externe et perd, au moins temporairement, la capacité d'opérer une épreuve de réalité.

Ainsi, les situations de collapsus topique génèrent une « perte du sens de la réalité ». Dans ces circonstances, les états de repli psychique sont à considérer comme des efforts d'autoguérison du collapsus topique par une tentative de réparation de l'enveloppe psychique. De même, le surinvestissement de la réalité interne ou bien de la réalité matérielle témoignent du fait que le sujet est aux prises avec le collapsus topique. Enfin, une tentative d'autoguérison du collapsus topique peut se manifester dans la recherche

répétitive d'événements extérieurs susceptibles de mobiliser à nouveau la vie mentale. Cette troisième voie peut aboutir à une véritable traumatophilie.

Maïdi (2008) synthétise ces considérations en distinguant trois catégories de traumatismes psychiques :

- Les carences narcissiques précoces liées à la « défaillance et déficience de l'environnement lorsque les besoins fondamentaux psychoaffectifs, voire organiques, des enfants ne sont pas respectés. » Cette inadéquation de l'environnement se réalise dans un excès du « trop », lorsque l'excitation externe est excessive et débordante, ou dans un excès de « pas assez », dans un manque d'excitation originaire. Cette catégorie de traumatisme fait l'objet d'un chapitre spécial.
- Les blessures narcissiques liées à des expériences traumatiques de la petite enfance opérant une rupture dans la continuité narcissique. Il peut s'agir d'abandons, déceptions, pertes objectales dont le deuil a été problématique. Ces blessures maintiennent le sujet dans une douleur psychique, souffrance à l'état pur car non symbolisée. L'enjeu thérapeutique est d'accompagner le sujet « à développer son aptitude à souffrir, c'est-à-dire à penser plutôt que subir la douleur narcissique. »
- Les traumatismes sexuels qui surgissent lorsque le désir de l'adulte est agi à l'endroit de l'enfant. Cette séduction traumatique est antœdipienne et renverse le processus œdipien normal.

Le parcours de vie des auteurs de violence sexuelle est marqué par des traumatismes nombreux et continus relevant des trois catégories citées ci-dessus. Cependant, Verschoot (2018) insiste sur la modalité « froide », « en creux » qui prédomine dans les vécus traumatiques de ces sujets. Peu intégrés, générateurs de retrait, de confusion, ces traumatismes subis dans l'enfance occasionnent, comme le précise Ciavaldini (2009), la constitution d'un Moi poreux, aux limites mal définies, inapte à contenir de manière satisfaisante les tensions psychiques internes ou provenant de l'environnement.

Restreint dans sa capacité d'élaborer psychiquement ces tensions, le sujet se trouve en proie à une menace de désorganisation psychique. Il en résulte un sentiment d'insécurité, manifeste dans le repli sur soi pour se protéger de l'impression d'être à la merci de la toute-puissance féroce de l'autre, le manque de confiance en soi et la méfiance, voire la

défiance envers autrui. Dans un grand nombre de cas, l'excès de conformité aux normes sociales offre une protection dans la mesure où il permet d'ignorer, voire de dénier les souffrances internes.

D'autres tentatives de rempart à l'invasion des tensions sont mises en œuvre par des procédés auto-calmands, le développement d'auto-érotismes, ou encore, comme nous le développons plus bas, l'agir.

2.2. Mécanismes psychiques à l'œuvre

Ce contexte environnemental perturbé par carence en objet, manque de satisfaction, retournement sur soi des mouvements érotiques ou haineux, soumis à l'excès d'excitations non métabolisables, induit une insécurité profonde, une imprécision dans les limites, une angoisse existentielle, une rétorsion de la sphère affective. Dans cette situation interne de vacillement permanent, l'appareil psychique établit un équilibre précaire en mobilisant des défenses intenses.

2.2.1. *Le déni psychique*

Le déni est un mécanisme de défense inconscient par lequel le sujet se détourne d'une perception dérangeante susceptible de perturber son équilibre fragile. Freud (1927) précise qu'il ne porte pas sur la réalité de la perception mais sur sa signification. L'angoisse intolérable associée à la perception est annulée par surinvestissement érotique et narcissique d'un autre élément. Ce mécanisme tend à exclure du champ de la pensée tout ce qui véhicule de la conflictualité, qu'il s'agisse d'affects, de vécus psychiques internes, de relations à l'autre.

Ciavaldini (1999, 2009) décrit l'ampleur de la zone de désaveu observée chez les auteurs de violence sexuelle, comprenant la non-reconnaissance de l'acte et de ses conséquences, de la victime, de la violence... Il ajoute (Ciavaldini, 2009) que « la plus percutante des non-reconnaissances se rencontre quand il s'agit d'évoquer la victime qui n'est pratiquement jamais perçue pour ce qu'elle est, mais fragmentée perceptivement. » Ainsi, le déni entame la réalité pour n'en investir que certaines parties et en rejeter d'autres, tout en installant l'illusion que le sujet continue d'évoluer dans une réalité entièrement objective.

2.2.2. *Le clivage du Moi*

Corollaire direct du déni, le clivage est un mécanisme inconscient qui fait coexister simultanément au sein du Moi, deux attitudes deux courants de pensée opposés dont l'un dénie les effets de la perception et l'autre les reconnaît (Freud, 1927).

Bayle (2003) distingue deux types de clivages :

- Les clivages fonctionnels protégeant la psyché de l'expansion d'un événement psychique non-métabolisable. Ils se mettent en place consécutivement à d'autres mécanismes de défense : le déni de l'événement insupportable et l'idéalisation d'un substitut rassurant. Dans le meilleur des cas ils ne durent qu'un temps, jusqu'à ce que la situation puisse être intégrée. Mais il arrive qu'ils se maintiennent si l'événement demeure inélaborable et constitue une blessure narcissique trop profonde.
- Les clivages structurels transmis à l'enfant par son entourage. L'enfant construit alors son appareil psychique, amputé de raccords entre certaines représentations et affects, privé de certaines symbolisations. Ainsi, le sujet est porteur dès le départ d'un certain chaos qu'il recouvrira éventuellement d'un « faux-self ».

Bertrand (2007) souligne que le clivage opère une disjonction « entre une partie qui souffre, mais ne le sait pas, et une partie qui sait, mais ne souffre pas », se manifestant, à l'occasion, par un discours désaffecté. Chez les auteurs de violence sexuelle, cette désaffectation du récit est particulièrement repérable (Ciavaldini, 2006).

Balier (2005) illustre pour ces sujets, le maintien simultané de deux attitudes contradictoires sous l'effet du clivage, sans possibilité de relation dialectique : « Ce qu'ils disent tous, c'est qu'ils ne se reconnaissent pas dans cet acte, sans pour autant le nier : « C'est moi et c'est pas moi » ».

2.2.3. *L'identification projective*

L'identification projective consiste à se débarrasser d'une partie indésirable de soi par projection dans l'autre. Par ce mécanisme, le sujet se reconnaît comme « bon » et considère l'autre comme « mauvais ». En outre, il vise à nuire, posséder et contrôler l'autre. Ainsi, l'autre, en tant que tiers, est neutralisé.

Bayle (2003) distingue deux autres formes de mécanismes d'identifications destinées à écarter le tiers :

L'identification adhésive fonctionne comme si le sujet et l'autre étaient deux surfaces collées, ne partageant qu'une seule peau. Dans ce contexte, la séparation n'est envisageable qu'au prix d'une souffrance et d'un arrachement.

L'identification vampirique crée une totale confusion entre soi et l'autre. L'un habite l'autre, et réciproquement dans un enchevêtrement inextricable.

Casoni et Brunet (2003) mettent en évidence qu'au-delà de la nuisance, l'identification projective peut constituer une forme régressive d'appel à communiquer, non pas par des mots, mais en forçant l'autre à ressentir en lui la souffrance du sujet, afin qu'il lui vienne en aide.

2.2.4. La relation d'emprise

Dorey (1981) définit la relation d'emprise comme un phénomène intersubjectif composé de trois dimensions :

- Une action d'appropriation et de dépossession de l'autre, qui se traduit par un empiètement sur son domaine privé et une réduction de sa liberté.
- Une domination exercée sur l'autre, par laquelle il se trouve maintenu dans un état de soumission et de dépendance plus ou moins important.
- Enfin, marquer l'autre de son empreinte, comme pour sceller ce mouvement d'appropriation-domination par l'inscription d'une trace.

La finalité est de porter atteinte à l'autre en tant que sujet désirant, et donc d'anéantir toute singularité, toute spécificité propre, toute différenciation.

Ce mouvement signe une lutte contre le sentiment de passivation et d'impuissance qu'exerce le désir de l'autre dans le psychisme mal structuré du sujet. Dans ce contexte, le contrôle absolu de l'autre annihile sa potentialité désorganisatrice. De plus, la destructivité qui lui est imposée vise à le ramener à la fonction et au statut d'objet entièrement assimilable. Ainsi, cette action permet au sujet d'endiguer l'effraction qu'il vit en lui et l'angoisse consécutive, en adoptant une position active et en retrouvant un sentiment de sécurité interne par l'illusion d'une réunification avec l'objet. Ainsi, la relation d'emprise

conduit le sujet qui l'impose à renforcer le déni de la séparation, à rejeter tout conflit psychique, à augmenter son sentiment de valeur narcissique au détriment de l'autre.

2.3. Psychopathologie de l'agir sexuel violent

Plutôt que des classifications et autres typologies des auteurs de violences sexuelles, Balier (2000-a) prône pour un effort de compréhension des modalités psychiques qui sous-tendent les actes. Il opère une distinction entre deux contextes de survenues d'agirs sexuels violents :

- les manifestations « contingentes » à une pathologie susceptible de produire d'autres symptômes, généralement isolées ou épisodiques ;
- les manifestations « prévalentes », répétitives car constituant la modalité défensive majeure de lutte contre l'angoisse sous-jacente. C'est bien de celles-ci dont il est question dans ce travail.

À partir des trois phases de développement proposées par Aulagnier (1975), Balier (2000-a) cherche ensuite à identifier diverses formes de violences afin d'en comprendre le sens dans la dynamique psychique du sujet :

- L'originnaire : Concerne les prémices de la représentation avec la référence au pictogramme. Cette phase résulte d'un défaut d'existence de l'enfant dans le regard de la figure maternelle. Le processus de transformation de la pulsion est déficitaire. L'angoisse sous-jacente, de l'ordre de l'anéantissement, appelle des mécanismes de défense radicaux. De cette phase, relèvent les actes d'agressions les plus violents.
- Le primaire : Cette phase est marquée par la prise en compte de la réalité et de la séparation d'avec l'objet. Si une ébauche d'identité est constituée, la construction narcissique demeure incomplète et le sujet s'évertue dans la recherche d'un double censé le combler. L'acte en découlant, répétitif et monotone, n'apporte jamais la satisfaction escomptée. L'autre est ramené au rang de fétiche, fonctionnel et interchangeable. Les agressions correspondant à ce stade relèvent plutôt d'attouchements pédophiles, d'agressions sexuelles sans recours au viol, d'incestes sans fixation exclusive sur l'un des enfants...

- Le secondaire : Cette phase correspond à l'avènement du « Je ». Elle se situe dans le champ névrotique, avec une certaine intégration des interdits du meurtre et de l'inceste, et l'édification d'un Surmoi. Cependant, certaines carences narcissiques peuvent chercher réparation dans des fixations pédophiles ou autres, non sans culpabilité. Dans les agressions relevant de cette phase, l'attachement à l'objet, bien qu'abusif, peut être considéré comme authentique.

Ces champs constituent des repères pour aborder des actes et des fonctionnements psychiques complexes à appréhender. Ils ne représentent pas nécessairement des organisations stables et exclusives. Si bien des auteurs de violence sexuelle ont tendance à perpétrer des actes selon des schémas similaires, un nombre non négligeable récidivent dans des actes de plus en plus graves.

Ainsi, le narcissisme fragile des auteurs de violence sexuelle réagit aux vicissitudes de l'environnement par des efforts d'équilibres plus ou moins précaires.

Balier (2003, 2008) différencie deux manières opposées de traiter les traumatismes précoces par l'intervention plus ou moins prédominante de la destructivité ou de la libido, au travers des notions de « passage à l'acte » et « recours à l'acte ».

Ciavaldini (2005) propose une compréhension métapsychologique de la survenue de l'agir violent sexuel avec la notion « d'affect inachevé ».

2.3.1. Passage à l'acte / recours à l'acte

Balier (2008) élabore sa réflexion à partir des deux formes de traitement des traumatismes infantiles proposés par Freud (1939).

D'un côté, la forme « positive » s'emploie à intégrer le traumatisme à la sexualité et à tenter de le maîtriser par la répétition active.

De l'autre côté, la forme « négative » lutte contre le retour des éléments traumatiques, aboutissant à un appauvrissement du Moi par contre-investissement global de l'activité psychique. Balier associe la forme positive au « passage à l'acte » et la forme négative au « recours à l'acte ».

Le passage à l'acte est inscrit dans le champ libidinal. Il se substitue à des réactivations de représentations conscientes ou inconscientes des traumatismes infantiles qui ne peuvent pas être contenues, et provoquent un état de détresse. Le passage à l'acte vient décharger vivement la tension insupportable, et, ce faisant, court-circuite la pensée. Ainsi, si la pensée est court-circuitée, c'est que pensée il y avait. Ainsi, dans cette configuration, une certaine mentalisation est opérante.

Le recours à l'acte, même s'il peut aboutir à une violence sexuelle, n'est pas sexuel dans le sens où il est en-deçà du plaisir et de la relation à l'autre. Il survient dans une éclipse de la pensée. L'angoisse sous-jacente n'est pas représentable mais insuffle une menace d'effondrement et de néantisation. Il constitue une tentative d'échapper à une menace d'anéantissement.

Le recours à l'acte cherche alors l'anéantissement de l'autre au profit de l'assomption narcissique du Moi. Il répond à une logique binaire : anéantissement ou toute-puissance, ce qui revient à une lutte pour réduire l'imaginaire maternelle inconsciemment menaçante, à un état d'objet devenu inoffensif car contrôlable.

2.3.2. *L'affect inachevé*

La froideur et la difficulté, pour ne pas dire l'incapacité, de nombreux auteurs de violence sexuelle à mobiliser leur vie affective est un fait reconnu. Senon (2001) souligne pour nombre d'auteurs « l'importance de l'alexithymie (...) marquée par l'incapacité à exprimer et reconnaître ses sensations, le recours à l'agir, la pauvreté de la vie imaginaire et le discours événementiel. »

Ciavaldini (2005) interroge cette observation par l'angle de la « construction des capacités de reconnaissance psychique de ses éprouvés. » Bayle (2003) définit l'affect comme « la manifestation physique (motrice ou sécrétoire) psychisable des mouvements pulsionnels dans le corps du sujet et de ses objets. » Ainsi, lier l'agir aux avatars de la construction de l'affect, et pas seulement à un mouvement de décharge, inscrit cet événement dans « une perspective métapsychologique » (Roman, 2018) et le ramène dans une dimension historique individuelle.

Comme nous l'avons développé, le contexte familial dans lequel se sont développés les auteurs de violence est très souvent marqué par des carences multiples (Ciavaldini, 2003).

Dans un tel environnement, la relation à la figure maternelle primaire ne favorise pas, pour l'enfant, la construction psychique lui permettant d'évoluer du percept vers la dimension représentationnelle qu'est l'affect. Ainsi, pour le sujet, l'affect demeure inachevé (Ciavaldini, 2005). Dans la continuité, cette défectuosité de l'affect fait obstacle à la transformation vers la représentation et entrave le processus de subjectivation. L'effet est pour le sujet un sentiment de déperdition identitaire par l'envahissement des stimuli inadmissibles à la satisfaction de la représentation, formation d'une véritable toxicité interne.

Le sujet n'est alors équipé, pour établir son lien à l'autre, aux objets, au monde, que d'un panel affectif déficitaire, fruit d'une transmission familiale dysfonctionnelle. Au cours de son développement, il peine à éprouver ses propres affects et de là, achoppe à reconnaître les affects chez les autres.

« L'agir violent sexuel surgit là où l'affect s'est inachevé dans sa construction et à la place de celui-ci. » (Ciavaldini, 2009). S'il correspond à l'évacuation d'une surcharge excitative impossible à régenter, il témoigne surtout de l'échec à expulser les parts toxiques de la psyché. Il constitue, en quelque sorte, un appel à la figuration à l'endroit où est interrompue la voie qui devrait normalement aller du perceptif à l'affect et de l'affect à la représentation, trouvant sa satisfaction dans cette dernière.

2.4. Psychopathologie des agirs pédophiles

Il est aujourd'hui admis que l'agir pédophilique ne peut être expliqué par une aberration pulsionnelle, ni par un excès de pulsion sexuelle, observée la plupart du temps comme peu active. Ciavaldini (2006) pose la pédophilie comme le négatif de la « situation anthropologique fondamentale » de Laplanche (2002), en tant qu'elle définit une relation asymétrique entre un adulte et un enfant offrant les conditions, pour ce dernier, de la constitution de l'inconscient sexuel et du Moi.

2.4.1. *Un traumatisme fondamental*

Dès son plus jeune âge, et alors qu'il est dans un état de dépendance à son environnement, le sujet vit des situations de détresse persistantes issues de perturbations des relations avec l'objet primaire et d'une absence ou insuffisance d'investissement libidinal par ses parents.

Ces éléments inscrivent en lui un traumatisme fondamental que Bouchet-Kervalla (2001) décline de la façon suivante :

Une carence fondamentale de l'amour parental, que Bouchet-Kervalla (1996), reprenant Denis (1993) nomme « carence de la « pédophilie » parentale primaire ». L'environnement primaire se manifeste au sujet comme une mère paradoxale, omniprésente par son absence (Ciavaldini, 2006) : retrait brutal et prématuré de l'image parentale, déficit sévère, discontinuité excessive où la trop longue absence de l'image parentale est émaillée par des moments de présence intrusive ou sur-stimulante, apportant de l'excitation plutôt que de la sérénité.

Les effets sont confusionnants dans la mesure où est jouée à l'envers la fonction alpha de Bion (1962) : Au lieu de proposer à l'enfant une représentation susceptible d'apaiser l'excitation tout en inscrivant une figuration de la satisfaction psychique, la réponse à la tension est une excitation plus importante. Le résultat est l'impossibilité pour l'enfant de construire une instance interne à laquelle il peut faire appel pour produire lui-même les représentations apaisantes, l'incapacité à intégrer, par la voie de la représentation, l'excitation pulsionnelle dans le psychisme, et par conséquent, le maintien de la dépendance du sujet à l'environnement. Une telle situation ne permet pas d'établir de façon satisfaisante l'instauration d'une assise identitaire et l'organisation des processus d'intrication pulsionnelle.

L'environnement primaire a cependant dû jouer son rôle de pare-excitation au cours de la vie de l'enfant, sinon il n'aurait pas survécu, et le sujet a conservé dans son psychisme des traces de cette « mère suffisamment bonne ». Aussi, dans les moments de détresse psychique ou d'invasion pulsionnelle, il cherche l'apaisement dans cette instance maternelle mais ne rencontre alors que la désorganisation et l'emprise.

Un échec des processus d'identifications croisées aux deux parents, qui fondent la stabilité de la représentation de soi. Le père, même présent, n'est pas investi comme support identificatoire. Il ne remplit pas la fonction tierce, protectrice pour l'enfant, séparateur de la mère, garant de la loi symbolique.

La mère, quant à elle, par trop absente ou discontinuée dans sa présence, n'offre pas non plus un support identificatoire stable. En l'absence de figure tierce, la mère est vécue par

l'enfant comme omnipotente et toute-puissante, exerçant un contrôle absolu et aléatoire sur son corps, ses pensées, ses plaisirs et frustrations. Non bridée par une nécessité autre, elle entretient avec l'enfant une relation incestuelle, voire incestueuse.

Dans ce contexte, la seule identification disponible au sujet est celle d'enfant fétichisé, appendice de la mère, là pour elle mais dans l'impossibilité de pouvoir la combler.

Des expériences de rejet brutal par le couple parental, vécues comme le souhait des parents d'expulsion radicale de l'enfant qui se sent indésirable. Dans ces conditions, l'enfant ne peut pas élaborer la scène primitive qui devient un point de fixation ; la représentation de la sexualité adulte, l'intégration de la différence des sexes et des générations sont problématiques.

Bouchet-Kervella (1996) illustre ce traumatisme fondamental comme « la disparition de la représentation de soi dans le regard de l'autre. »

2.4.2. Le choix porté sur l'enfant

Pour Balier (1996), le sujet pédophile, par son choix inconscient de partenaire sexuel porté sur l'enfant, cherche une solution à son propre vécu de détresse infantile. L'auteur relève deux éléments dans le discours de ses patients pédophiles :

- La sollicitude pour l'enfant, être fragile, à protéger, digne d'amour et d'affection, avec le souci affiché de ne pas lui faire de mal (sic), évoque la dépendance impuissante de l'enfant à l'instance maternelle.
- L'attraction pour des caractéristiques physiques ou des qualités supposées des enfants, relevant du registre de la féminité, rappelle l'érotisation dont la mère entoure les soins dispensés à l'enfant.

Ainsi, au lieu du traumatisme fondamental, le pédophile cherche à retrouver sensuellement l'unité avec la mère qu'il se refuse à perdre. Il retourne sur un mode positif l'expérience du vide en investissant l'enfant comme « un soi-même idéalisé dans le regard de la mère. »

L'enfant constitue donc un fétiche pour le sujet pédophile. Il prend valeur de phallus de la mère, ou plus largement de substitut de la mère absente, maintenant l'image idéalisée d'une mère « totale », omnipotente et sans cesse présent pour son enfant.

L'agir pédophile avec l'enfant-fétiche idéalisé et surinvesti vise à colmater l'angoisse catastrophique et dénuée de représentation et constitue une stratégie de survie psychique.

2.4.3. Deux grandes organisations mêlant destructivité et érotisme

Selon la précocité du traumatisme, la nature des blessures narcissiques, la prégnance de l'angoisse, le sujet pédophile tente de se fabriquer un équilibre interne autour de différentes modalités de défenses conjuguant de manière plus ou moins prédominante la destructivité et la libido érotique. Deux grandes organisations défensives peuvent être décrites à partir de la notion de perversion / perversité proposée par Balier (1996) :

Une organisation défensive fondée sur le recours à la destructivité, relevant plutôt de la perversité narcissique. Elle concerne des sujets ayant vécu des carences narcissiques et un désinvestissement parental massifs et précoces.

Pour échapper aux angoisses catastrophiques de néantisation, le Moi recourt à des défenses massives et radicales visant à le couper de toute représentation ou affect susceptibles de raviver les expériences infantiles terrifiantes.

Dans ce contexte, la rencontre avec un enfant peut constituer un « collapsus topique » (Janin, 2005) avec le fantasme parental infanticide ou des vécus primaires d'effroi, et provoquer un bouleversement intérieur.

Ainsi, le sujet en prise avec une excitation ingérable pour son Moi, se trouve débordé dans ses capacités de représentation. Désorganisé par la tension pulsionnelle, sa subjectivité s'efface, dans un état de régression où l'urgence est l'arrêt de l'excitation sous peine d'anéantissement psychique, de dissolution dans cette force excitative, « en détruisant au plus vite le lien entre la perception de l'enfant externe et le retour en force des angoisses internes d'anéantissement » (Bouchet-Kervella, 2001).

L'agir violent met en acte une manifestation de la toute-puissance narcissique du sujet sur l'enfant réduit à un objet manipulable. Sa récupération narcissique provient d'un

retournement de la situation terrifiante interne : à la place d'être dans un état d'impuissance, livré à la puissance mortifère de ses parents, c'est lui qui devient actif et omnipotent et manipule l'enfant contraint à la passivité. Ce mouvement radical vise à détruire tout rapprochement qui tendrait à identifier l'enfant comme un double potentiel.

Une telle organisation peut conduire au viol, voire au meurtre d'enfant.

Une organisation défensive fondée sur le recours à l'érotisation, relevant plutôt des perversions sexuelles. Elle concerne des sujets ayant reçu de l'environnement primaire certains apports narcissiques et libidinaux de base. Mais cette relation primordiale s'est avérée trop précaire, trop discontinue ou a disparu prématurément, laissant l'enfant en détresse face à la haine, à l'angoisse dépressive et au vide.

Au cours de son développement ultérieur, le sujet lutte contre le vacillement identitaire et la menace d'effondrement par une recherche d'excitation sensorielle érotisée. Cette quête vise à retrouver des traces de la relation satisfaisante à l'objet primaire, de les surinvestir ou les idéaliser afin de nier la douleur dépressive et le manque affectif de la séparation, et de renforcer un sentiment de contenance corporelle et d'identité personnelle par le biais de l'excitation.

Bouchet-Kervella (2001) décrit l'organisation de ce processus défensif autour de scénarii érotiques avec des enfants :

L'affirmation de « la haute valeur érotique des enfants pour un adulte » permet au sujet pédophile de dénier le désintérêt, voire la morgue, de ses parents vis-à-vis de l'enfant qu'il a été. Ainsi, la survalorisation et l'idéalisation érotisées de qualités réelles ou imaginaires prêtées à l'enfant tentent de réaliser le souhait du sujet de se voir comme enfant parfait dans le regard de sa mère.

L'enfant ainsi investi remplit une fonction de « double externe », c'est-à-dire que le sujet pédophile perçoit en l'enfant, comme dans un miroir imaginaire, « l'assurance de sa propre intégrité corporelle et de son idéalité ». En cela, il prétend attester du maintien de la relation fusionnelle à sa mère, à jamais permanente et satisfaisante, qui, en niant la séparation et le manque consécutif, dénie au passage la différence des sexes et des générations, et renverse la blessure narcissique originale.

La revendication d'une séduction réciproque entre l'adulte et l'enfant, par laquelle le sujet pédophile postule le « consentement », voire la « demande » de sa victime et évacue toute idée de violence engendrée par son acte est très fréquente. « Tout se passe comme si les relations avec l'enfant devaient démontrer, par identification alternative, une pseudo-réciprocité d'échanges idéalement satisfaisants sur tous les plans avec la mère primaire, pour mieux dénier l'inquiétante imago maternelle persécutrice ou rejetante qui se profile à l'arrière-plan. » Cette dernière est généralement projetée sur le monde des adultes, perçu comme hostile et insatisfaisant.

Ainsi, pour le sujet pédophile, l'attachement au fétiche et la convocation d'un scénario immuable enraciné dans un modèle relationnel pré-génital idéalisé, sous une forme compulsive, voire addictive, représente une solution perverse indiquant l'intensité de la blessure narcissique.

Le but inconscient de cette solution perverse est de transformer la désorganisation des expériences traumatiques et la destructivité de la relation primaire carencée en excitation triomphante et omnipotente.

Bouchet-Kervella (2001) propose un tableau résumant les organisations défensives fondées sur le recours à la destructivité ou fondées sur le recours à l'érotisation.

Tableau récapitulatif

	Défenses fondées sur le recours à la destructivité (perversité narcissique/psychose)	Défenses fondées sur le recours à l'érotisation (perversions sexuelles érotiques)
Traumatismes narcissiques de base	Déficit majeur d'amour parental primaire : sentiment d'avoir été dès le début un enfant indésirable. Parfois atmosphère familiale de violence, négligence des besoins élémentaires, ou maltraitance.	Perte trop soudaine ou trop précoce des échanges sensuels et narcissiques primaires avec la mère. Sentiment d'être devenu secondairement indésirable pour le couple parental
Type d'angoisse	Terreur innommable de néantisation, d'intrusion, de confusion sujet/objet dans les relations avec autrui.	Effondrement de l'estime de soi et vacillement de la représentation identitaire en cas d'échec relationnel (déception, abandon, humiliation, rejet).
Mode relationnel	Pauvre, défensivement fondé sur la domination d'autrui.	Quête de relations affectives et érotiques comme support vital du sentiment d'existence.
Défenses mises en œuvre contre les traumatismes	Traumatismes archaïques impensables, maintenus à l'écart de la vie psychique en raison de leur impact désorganisant. Clivage radical et déni massif des affects de détresse. Représentation identitaire fondée sur un idéal de toute-puissance phallique.	Figuration des traumatismes subis, sous une forme déguisée qui les renverse en leur contraire. Clivage oscillant en alternance entre déni et reconnaissance de la détresse narcissique et de la dépression. Représentation identitaire dont l'instabilité est combattue par le recours à l'excitation sensorielle érotisée.
Place de la rencontre avec l'enfant dans l'économie psychique, et modalités sexuelles utilisées	Perception de l'enfant externe comme être faible et passif, qui ranime soudain les vécus infantiles désastreux internes: moment d'effraction brutale du clivage protecteur de la cohésion du moi, et de confusion psychotique dedans/dehors. Annulation radicale du risque d'identification confusionnelle à l'enfant fragile, soit par l'affirmation d'une toute-puissance phallique dominatrice (viol dénué d'investissement érotique), soit par la suppression de l'objet externe inducteur du retour des traces traumatiques (meurtre). Identification directe et massive à des images parentales omnipotentes et mortifères.	Surinvestissement érotique et narcissique de l'enfant comme double externe idéalisé doté d'une séduction irrésistible. Affirmation de l'attrait érotique de l'enfant pour l'adulte, visant à dénier et renverser en son contraire le désintérêt parental subi. Confusion entre affectivité et sexualité : pratiques sexuelles « douces », d'allure plus « maternelle » que génitalisée, visant à incarner une représentation idéale des échanges mère/enfant trop tôt perdus. Projection des aspects négatifs des images parentales sur le monde des adultes

Ainsi, l'enjeu pour le sujet pédophile est de dénier et colmater les profondes blessures narcissiques issues de traumatismes narcissiques précoces irréprésentables concernant les relations fondamentales à l'objet primaire.

Dans le versant de la perversité, il s'agit d'expulser radicalement de la vie psychique tout élément susceptible de raviver l'angoisse agonistique.

Dans le versant de la perversion sexuelle, il s'agit de maîtriser cette angoisse en la figurant dans des scénarii qui en inversent le sens afin de la renverser en plaisir.

Mais quelle que soit l'organisation défensive et les modes opératoires violents, Balier (1996) rappelle que pour la maturité psychique inaboutie du sujet pédophile, l'autre n'est pas encore constitué comme sujet à part entière mais plutôt comme double, et en tout cas comme une menace. L'enfant représente alors la part non symbolisée et fascinante du sujet lui-même. Le mécanisme pédophile qui se met en œuvre, qu'il soit qualifié de « doux » ou de « violent », agit une violence apparentée à un « meurtre de l'âme ».

Aussi, si la distinction des modes d'organisation donne des repères théorico-cliniques intéressants, ils ne sont pas exclusifs. Balier (2001) insiste sur ce fait en mentionnant des sujets commençant par des attouchements et récidivant de manière de plus en plus grave. Au-delà des comportements, l'auteur insiste sur l'importance de l'intrication pulsionnelle reposant sur l'équilibre plus ou moins stable entre libido narcissique et libido d'objet.

Dans ce contexte, « le narcissisme si fragile des agresseurs qui ont besoin du recours à l'objet fétichisé ne représente pas une garantie formelle au cas où les conditions environnementales viendraient à défaillir gravement. »

Synthèse du Chapitre 2

Les conduites sexuelles déviantes ne répondent pas à une catégorie de la nosographie psychiatrique. Elles sont considérées comme des « solutions défensives » face à des angoisses majeures liées à des carences précoces.

L'étude psychopathologique des auteurs de violence sexuelle montre une problématique psychique marquée par des traumatismes primaires dans un environnement défaillant. Pour faire face à cette situation précaire, l'équilibre psychique utilise des mécanismes de défense archaïques.

Les agissements sexuels violents sont appréhendés dans leur dimension structurale, en tant que passage à l'acte déchargeant la tension envahissante en court-circuitant la pensée ; ou en tant que recours à l'acte qui survient dans une tentative d'échapper à une menace de néantisation.

Ils sont également appréhendés dans leur dimension historique en tant qu'affects inachevés, en quête de représentation.

Puis sont présentées les spécificités des agissements pédophiles, avec une place centrale du dysfonctionnement des interactions précoces à l'environnement. La nature et les modalités de l'agir pédophile constituent une défense contre les angoisses agonistiques issues de ces expériences primaires délétères.

Chapitre 3 : Processus de subjectivation/symbolisation

Les auteurs (Balier, 1996 ; Ciavaldini, 1999) relèvent chez les auteurs de violence sexuelle une altération de la capacité de mentalisation. De cette insuffisance résulte l'emploi de mécanismes de défense archaïques et la profonde difficulté à accéder à la représentation et à l'affect qui lui est lié.

Aussi, Ciavaldini (1999) considère que la possibilité d'un changement psychique pour ces sujets passe par une amélioration de sa capacité à mentaliser. Il propose de désigner par le terme de « pragmatique de la mentalisation », « ce qui sera efficace pour permettre à des sujets délinquants sexuels de parvenir à mentaliser enfin leurs actes dans le registre de l'intersubjectivité. ». En outre, cet auteur insiste sur l'importance de travailler la dimension affective, le processus de subjectivation reposant sur celle-ci (Ciavaldini, 2007).

Ce terme de « mentalisation », caractérisant le processus qui permet d'intégrer la pulsion dans la psyché du sujet par l'activité représentative, est utilisé classiquement par les psychosomatiques. Il semble équivalent au terme de symbolisation conceptualisé par Roussillon (2014). Aussi, je propose d'approfondir ce point en revisitant les concepts liés à la naissance de la vie psychique, à la symbolisation et à la subjectivation.

1. Des traumas primaires

La pratique psychanalytique avec des patients et dans des situations « limites » (Chabert, 2007) met en évidence des souffrances et traumas qui ne s'inscrivent pas dans une problématique œdipienne mais plutôt avec des avatars dans la constitution du narcissisme.

Roussillon (1999) les désigne comme « traumas primaires » pour les distinguer des « traumas secondaires » liés au refoulement et aux problématiques névrotiques.

Les traumas primaires, quant à eux, sont gouvernés par le mécanisme du clivage. Ils se caractérisent par l'absence d'inscription de l'évènement traumatique dans l'espace de pensée du sujet. Le déroulement du processus n'obéit pas au principe de plaisir-déplaisir mais plutôt à celui de la compulsion de répétition « au-delà du principe de plaisir » (Freud, 1920). Les défaillances narcissiques plongent le sujet dans un désespoir et une honte sans issue.

Bertrand (2007) considère comme un problème de subjectivation cette impossible représentation du trauma, ni comme évènement dans le psychisme, ni même sous forme d'un « jeu » dans une symbolisation primaire.

2. Subjectivation, symbolisation

2.1. Notion de subjectivation

Bertrand (2005) indique que la notion de subjectivation reprend, dans une perspective un peu différente, la question du sujet amenée par Lacan, ouvrant des perspectives théoriques et des implications pratiques.

À partir de la célèbre formulation de Freud (1923) : « *Wo es war, soll ich werden* », Lacan (1956) repositionne le pulsionnel comme emplacement au sein duquel « je » (*Ich*) a le devoir, au sens moral, d'établir son être. Le sujet (je) réalisant en cela le travail de la culture (*Kulturarbeit*). Pour affirmer encore son propos, Lacan (1966) propose sa fameuse traduction « accentuée » : « Là où c'était, là comme sujet dois-je advenir ». Sa thèse opère une distinction radicale entre le Moi, produit de multiples identifications aliénantes, et le sujet, du côté de la vérité, sujet de l'inconscient et assujetti à ses pulsions.

La notion de subjectivation s'intéresse à la structuration du psychisme dans la mesure où l'assomption subjective correspond à l'appropriation ou réappropriation subjective de motions pulsionnelles inconscientes. Ce processus concerne la réminiscence de souvenirs sous l'action de la levée du refoulement, mais aussi des vécus qui, n'ayant pas été symbolisés, demeurent isolés ou clivés à l'état de traces psychiques brutes, hors de toute mémoire, mais toujours actifs sous forme d'agirs compulsifs.

Ainsi, le processus de subjectivation demeure, par essence, inachevé, et le sujet, selon la formule de Lacan, ne réalise jamais la visée identitaire unifiante du Moi et reste inévitablement divisé.

La subjectivation nécessite la présence d'un autre, lequel par son soutien du processus, contribue à constituer ou rétablir un espace intérieur chez le sujet. Par ailleurs, la subjectivation passe par la symbolisation des vécus, traces mnésiques, traumas primaires, en vue de leur intégration psychique.

2.2. Notion de symbolisation

Etymologiquement, le symbole désigne un objet coupé en deux, permettant aux détenteurs de chaque fragment de se reconnaître en réunissant les parties en leur possession⁵.

Ainsi, le symbole, en réunissant deux univers étrangers, opère une reconnaissance et la persistance d'un lien ancien.

Pour Winnicott (1971), l'objet trouvé-créé symbolise l'union entre le bébé et la mère, au point où s'inaugure leur état de séparation. L'activité de symbolisation participe de la constitution d'un univers transitionnel. On a donc affaire à une forme plus ou moins élaborée de mise en pensée de la séparation, et à ce titre de reconnaissance de sa subjectivité.

Roussillon (2014) définit la symbolisation comme un processus d'organisation progressif de la perception et de sa signification au sein du psychisme, en quatre temps :

- Le premier temps est somatique et correspond à la perception des stimuli à un niveau corporel
- Le deuxième temps correspond à l'investissement de la perception par la libido, au niveau du Ça. Il s'agit d'un premier mode d'organisation, à un niveau pré-représentatif et pré-subjectif.
- Au troisième temps, Le Moi est affecté par cette perception organisée et investie libidinalement et l'intègre à un niveau primaire de symbolisation. La perception devient alors une représentation de chose.
- Au quatrième temps, la perception devenu représentation de chose se fraye un chemin jusqu'au Préconscient et, se heurtant à la censure, subit un travail de mise en sens. Elle devient une représentation de mot, permettant une formulation par le sujet de ce qu'il admet avoir perçu.

⁵ Trésor de la langue française informatisé. <http://stella.atilf.fr/>

3. Impéritie du bébé humain à la naissance

La naissance humaine est prématurée dans la mesure où le bébé lorsqu'il arrive au monde est incapable de survivre, ni même d'appréhender seul son environnement. Livré, à son arrivée au monde, à un univers sensoriel qui le déborde, tout être humain est marqué d'un fond traumatique, inhérent à la condition humaine d'impéritie à la naissance.

Dans cet état de vulnérabilité extrême, le bébé se trouve dans une dépendance absolue aux adultes, pour lui prodiguer les soins nécessaires à sa survie, mais aussi pour le protéger de l'invasion ingérable des sensations et excitations de l'environnement. Ce lien étroit et intense permet au bébé de construire son appareil psychique.

3.1. Naissance à la vie psychique

La naissance de la vie psychique du bébé humain repose sur un trépied théorico-clinique (Golse, 1999) :

- Le double ancrage corporel et interactif
- Les pensées primitives
- L'intériorisation de l'objet primaire

3.1.1. Le double ancrage corporel et interactif

L'ancrage corporel renvoie à la primauté des sensations et à la mise en place par le corps et dans le corps des processus de symbolisation.

Ainsi, Allouch (1992) soutient que le corps est d'emblée psychique ; elle utilise le terme de corporéité pour désigner le fait d'exister en tant qu'être incarné dans un corps. En cela, elle reprend Freud (1923) qui énonce que le moi est dérivé des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il met ainsi en avant la préséance du Moi-corps : « Le Moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface. »

Allouch (1993) rappelle que ce processus d'étayage du sensoriel, du kinesthésique et de la « surface du corps » s'effectue par l'énergie libidinale et inscrit, bien ou mal, des traces mnésiques. Les expériences de maternage, si elles ont été répétées et suffisamment bonnes, pourront amener le bébé à construire un noyau d'identité.

À cette étape de la vie, les angoisses du bébé sont de morcellement du corps, d'anéantissement de la vie, de chute sans fin, de liquéfaction, d'explosion... L'accrochage sensuel, sensoriel ou kinesthésique chez le nouveau-né en proie à un état de désorganisation témoigne du travail adhésif qu'accomplit la psyché pour échapper à l'angoisse catastrophique. Le regard suspendu, agrippé des deux premiers mois de la vie témoigne de l'identité adhésive (Haag, 1984).

Ainsi, ces angoisses ont aussi un rôle positif dans le développement puisqu'elles poussent le bébé à s'accrocher, à se coller pour se constituer une identité dans son lien à l'objet maternant. « Elle [l'identification adhésive] permet une familiarisation avec les afférences sensorielles proximales à partir desquelles le bébé pourra construire son moi corporel et psychique différencié. » (Ciccone, Lhopital, 1991).

L'ancrage interactif souligne la nécessité d'en passer par l'autre, pour que ce processus de « psychisation du corps » puisse avoir lieu.

En effet, c'est au travers d'une interaction humanisée dans le cadre d'une relation d'attachement, stable, fiable et sécurisante que le bébé pourra donner progressivement forme et sens à ses éprouvés ainsi destinés à devenir perceptions.

« Le nourrisson existera comme individu – et d'abord comme corps individué - dans la mesure où sa forme et sa substance auront été imaginées, reconnues, parlées, accueillies par un autre devenu signifiant à travers cette relation » (Allouch, 1992).

Cet « autre devenu signifiant » est avant tout la mère dans sa fonction de « maternage ». Ainsi, Winnicott (1956) définit la préoccupation maternelle primaire en précisant que cet état atteint par la mère : « fournit un cadre (setting) dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se manifester, ses tendances au développement à se déployer, et où lui, l'enfant, pourra ressentir le mouvement spontané et vivre en propre des sensations particulières à cette période primitive de sa vie. »

Doray (2007) indique que Freud (dans l' « Esquisse d'une psychologie scientifique », 1895) considère que la base de la réciprocité et de la compréhension mutuelle constitue

« la source première de tous les motifs moraux » et se situe dans la réponse de la mère aux besoins du bébé, à travers les soins qu'elle prodigue.

Ainsi, pour Doray (2007), l'incompétence première du nourrisson à s'adapter à son environnement trouve une issue dans l'installation très précoce d'un « pacte éthique » au nom duquel il est secouru par un autre (la mère) et qui lie chaque humain à son humanité.

3.1.2. Les pensées primitives

Par les concepts de « capacité de rêverie de la mère » et de « fonction alpha », Bion (1962) indique que la mère fournit à son enfant un « appareil à penser les pensées ». Elle reçoit les éléments bêta de l'enfant, définis comme des éléments bruts, toxiques, impressions des sens improductifs pour la pensée, et les convertit en éléments alpha, à savoir des éléments mnésiques métabolisables par l'enfant. Ces éléments constituent les prototypes des premières pensées, que Bion nomme « protopensées » et qui fournissent le matériel de base de l'activité psychique (pensée inconsciente, rêves, fantasmes...).

Selon Freud (1932), l'inscription de ces pensées primitives qu'il appelle des traces mnésiques, dépend des premières expériences de satisfaction avec la mère qu'il qualifie de « première séductrice ». C'est du besoin intense de la mère, issu de cette relation, et de sa présence/absence que le bébé générera le fantasme compensateur. Il s'agit dans un premier temps de l'hallucination du sein satisfaisant comme réponse à la frustration.

Le jeu du Fort-Da (Freud, 1920) constitue une autre étape dans ce chemin de la symbolisation, puisque le petit Ernst négocie la pénible expérience de séparation en ramenant sa mère à une bobine qu'il peut manipuler à sa guise. Par-là, il fait perdurer le lien qui l'unit à sa mère tout en s'affranchissant d'une dépendance trop excessive, en opérant une certaine maîtrise sur la situation qu'il vit.

L'étape ultime de la symbolisation correspond à une activité psychique élaborée dans laquelle le processus de la pensée donne sens et intègre les mouvements de la réalité extérieure.

3.1.3. L'intériorisation de l'objet primaire

Au début, l'objet primaire qu'est la mère contient physiquement et psychiquement le bébé et l'aide à constituer les premiers signifiants élémentaires. Cette étape se joue sur un fond de présence maternelle, c'est-à-dire de fonction maternelle.

Puis, s'opère un moment de bascule au cours duquel le bébé est capable de rejouer dans son corps et sa gestualité quelque chose de la fonction maternelle. Ceci se produit surtout lors de creux interactifs, ce qui correspond à une présence physique de la mère mais avec une distanciation psychique relative. Enfin, l'enfant devient capable d'évoquer symboliquement sa mère absente. L'objet primaire contenant est ainsi passé au statut d'objet contenu.

Ainsi, la maturation des processus de symbolisation de l'enfant implique une double dynamique de décentration et d'inclusion du contenant primordial. Par ce cheminement, l'enfant passe d'un statut de dépendance et toute-puissance vers une reconnaissance de l'autre comme autre, semblable et différent, en lien et séparé, ouvrant la possibilité d'une relation de réciprocité.

3.2. Quand l'environnement primaire est inadéquat

Le pacte éthique proposé par Doray (2007) sous-entend une adéquation des soins maternels aux besoins du bébé dans une ambiance de chaleur humaine. Des soins prodigués de manière froide et distante, dans lesquels l'enfant est manipulé comme un objet plutôt que considéré comme une personne, rendent difficile l'intégration d'une contenance interne.

Ainsi, l'absence prolongée de la mère ou une discontinuité excessive de la relation ne permettent pas à l'enfant de constituer ses bases narcissiques, son sentiment de continuité d'existence.

À l'extrême, l'étude de Spitz (1965) sur l'hospitalisme démontre combien, même dans des situations où les soins vitaux sont assurés, l'absence de référent adulte stable et permanent rend impossible, de façon extrême et dramatique, la subjectivation du petit humain.

3.2.1. Survivre à la destructivité

Dans le dualisme pulsionnel (pulsion de vie / pulsion de mort), amour et haine sont mêlés.

Winnicott (1971) met en avant le rôle de l'agressivité dans le développement affectif de l'enfant, particulièrement en ce qui concerne la construction de l'objet externe « non-Moi ».

Le premier objet d'amour qu'est la mère, par son indisponibilité régulière, fait vivre un manque au bébé. Ce manque, désagréable en soi, est en plus blessant dans la mesure où il lui fait ressentir sa dépendance et entame son omnipotence. Ainsi, le bébé ressent à l'égard de sa mère un sentiment ambivalent, fait d'amour et d'hostilité. L'hostilité étant d'autant plus grande que son amour est grand.

L'enfant projette donc ses pulsions agressives sur l'objet qui doit y survivre pour pouvoir être alternativement aimé et détruit. C'est de cette manière qu'est intégré psychiquement l'objet « non-Moi ».

La qualité de cette intégration de l'objet et le devenir de la destructivité dépendent de la réponse ou réaction de l'objet à qui s'adressent les pulsions agressives.

Winnicott (1971) parle de la manière dont l'objet « survit » ou « ne survit pas » à la destructivité du sujet. Il ne s'agit pas, bien sûr d'une survie physique mais d'une survivance dans les éprouvés et les affects du sujet, une survivance de l'objet pour la subjectivité du sujet. Malgré le versant hostile et destructeur dans l'investissement pulsionnel du sujet pour l'objet, ce dernier reste présent affectivement et dans une interaction vivante.

Aussi, pour cet auteur, un objet qui « survit » à la destructivité du sujet, n'exerce pas de représailles contre le sujet ni du côté d'une violence, ni d'une destructivité en retour ; et n'opère pas un retrait subjectif et affectif.

Roussillon (2017) ajoute une troisième caractéristique en indiquant que l'objet continue à se montrer créatif dans ses réponses et réactions. Une manière de montrer qu'il est affecté par cette destruction mais qu'il reste vivant et créatif, et ainsi toujours en mesure de fournir une réponse apaisante au sujet.

Par ces trois caractéristiques dans sa réponse, l'objet témoigne de sa survivance et fournit une réponse apaisante qui ouvre la possibilité d'intégration subjective de la destructivité.

Si l'objet « survit »

Au début de la vie le bébé se vit dans une fusion avec sa mère et avec son environnement. Au fur et à mesure des expériences, l'objet (la mère) est découvert, appréhendé, investit comme autre sujet, et en même temps le bébé se découvre et s'appréhende comme sujet lui-même.

L'advenue du sujet et la construction de l'objet sont deux phénomènes combinés. Le sujet se reconnaît sujet en même temps qu'il appréhende un objet extérieur à lui.

Dans son investissement pulsionnel, le sujet « agresse », « détruit » l'objet dans son monde intérieur, au niveau du fantasme et de la représentation. L'objet « survit » comme autre sujet dans le monde extérieur, celui de la réalité objective. Ainsi la destructivité dans le monde intérieur n'a pas d'effet de destruction effective dans le monde extérieur. Le monde intérieur, des représentations, peut se différencier du monde extérieur, objectif. Le sujet différencie l'activité représentative et imaginative de l'action effective. Il peut donc développer sa créativité sans que cela menace l'existence du monde objectif.

Si l'objet « ne survit pas » à la destructivité et à l'engagement pulsionnel

L'objet qui « ne survit pas », c'est-à-dire qu'il ne fournit pas au sujet la réponse attendue, se produit ce que Roussillon (2017) appelle une « déception narcissique primaire » qui met en souffrance l'identité du sujet et ampute sa subjectivité.

La souffrance et la rage proviennent de l'inadvenue de ce qui était attendu. La destruction est alors avérée et le sujet se trouve dans une impasse face à deux choix impossibles : soit renoncer à l'expression de sa destructivité et s'amputer d'une part essentielle ; soit renoncer à l'objet et à tout ce qu'il apporte.

L'échec d'intégration subjective provient du fait que le sujet ne peut se construire qu'en interaction avec l'objet. Ainsi, si l'objet « ne survit pas », l'expérience éprouvée avec lui cesse et le sujet se trouve amputé de cet enrichissement. Il « ne survit pas » non plus à la destructivité en ce sens qu'il se voit retiré de la scène, dans une expérience subjective « sans sujet ». Celle-ci est vécue dans un état de confusion psychique et laisse une béance de l'être.

Si l'objet qui « ne survit pas » exerce des représailles, il produit pour le sujet un retour amplifié de sa destructivité. Les deux violences se mêlent, le sujet se trouve confus, il ne sait plus si la violence vient de lui ou de l'autre. Cette situation provoque un état de sidération psychique ou déclenche une violence aveugle.

Si l'objet qui « ne survit pas » est dans un retrait, l'expérience est celle de la mort ou de la disparition du lien avec l'objet. La destructivité est vécue comme efficiente, destructrice dans la réalité et se précipite en noyau de culpabilité primaire. À terme, peut se développer soit un refus des liens, soit une attaque des liens qui pourraient se créer.

La rencontre avec une forme de « non survivance » de l'objet a donc un effet traumatique pour le sujet. Elle marque le développement futur du sujet dans la mesure où l'expérience non intégrée tend à se répéter pour tenter de trouver une issue psychique.

3.2.2. Lorsque l'événement ne peut faire scène : Le clivage au moi

Dans des situations de déplaisir extrême, l'éprouvé de douleur psychique aiguë (détresse, agonie, terreur...) n'est pas symbolisable dans la mesure où le sujet ne peut pas se le représenter ou s'y figurer lui-même. Cette expérience terrible est vécue dans un sentiment de solitude absolue et hors de toute temporalité. La réalité de l'événement se présente de manière si envahissante qu'elle ne peut être liée à d'autres représentations et se tempérer par la chaîne associative de la pensée.

Ainsi, le recours à la métaphorisation n'est pas réalisable. Dans l'incapacité de recourir à des ressources internes ou externes le sujet ne parvient à se dégager du déplaisir qu'en se retirant de l'expérience en cours et en se coupant de ses éprouvés. Roussillon (1999) a nommé ce mécanisme désespéré « le clivage au moi », une manière de sacrifier une part sensible de soi pour survivre malgré tout.

La mise en place d'un tel mécanisme engage le sujet dans une dynamique et des mécanismes de « survie psychique », au détriment d'un fonctionnement de « vie psychique » fondé sur une transformation du principe de plaisir en principe de réalité. En cela, le sujet se voit en quelque sorte, au moins en partie, banni de l'ordre symbolique, jeté dans une solitude accablante, aux marges de la communauté humaine.

En outre, ce contexte psychique désorganisé obère les conditions de distinction entre le dedans et le dehors, le Moi et le Non-moi, le sujet et l'objet, sous-tendues par la possibilité de supporter, d'intégrer, de penser la perte de l'objet qui apportait autrefois la satisfaction.

Pour Hoffmann (2012), la conséquence de cette difficulté à établir une « limite » psychique se manifeste dans les « pathologies de la limite », des « subjectivités sans sujet » se fabriquant une forme de consistance identitaire par l'articulation à des normes sociales et communautaristes, construisant ainsi des « solutions élégantes » à la psychose.

3.2.3. Mécanismes de survie psychique

Les traces mnésiques restées à l'état brut font retours, mues par la compulsion de répétition, menaçant le sujet de désorganisation. Afin de se défendre, celui-ci cherche à contrecarrer ces réactivations du trauma, par des stratégies de survie psychique.

En premier lieu, l'évitement de tout ce qui pourrait réactualiser la situation traumatique par des comportements phobiques. Mais ceux-ci ne se révélant généralement pas suffisants, ils se voient associés à des stratégies de neutralisation affective.

Le sujet, pour se protéger, impose une forme de paralysie de son monde interne et érige une sorte de cuirasse entre lui et le monde extérieur.

La survie s'effectue donc au prix d'éloigner le sujet de ses éprouvés, de le désengager de sa vie affective, de perdre l'empathie pour l'autre et la bienveillance pour soi, d'étouffer ses capacités de partage d'affect, base de la relation à l'autre et d'entraver son inscription dans la communauté humaine.

3.2.4. Expression par l'acte

Amputé de sa richesse affective, le sujet tend à exprimer en actes ce qu'il ne parvient pas à communiquer par le discours social, en imposant à l'autre, parfois jusqu'à l'agression, ce qu'il a rejeté de lui-même.

Dans ce contexte, la sexualité a une place toute particulière, en ce sens qu'elle engage le corps, l'acte, le plaisir. L'éprouvé de plaisir sexuel peut parfois procéder à une certaine liaison dans l'appareil psychique des traces traumatiques qui font retours.

De plus, c'est une voie par laquelle le sujet peut projeter dans le partenaire, « quelque état répudié de soi » (Roussillon, 2007). Le sujet procède à faire vivre à l'autre l'affect pénible, afin de se dégager lui-même du malaise et de le retourner en son contraire : la honte est transformée en fierté, la tristesse en jubilation, etc. (Bonnet, 2008) Il retrouve un regain d'activité, à l'endroit même où il se vivait soumis par les retours des éléments non symbolisés.

Ce processus peut conduire à des conduites de « néosexualité » (MacDougall, 1978), voire à des agressions sexuelles (Balier, 1996).

Synthèse du Chapitre 3

Les traumatismes primaires, issus des avatars de la constitution du narcissisme occasionnent des difficultés de subjectivation.

La subjectivation correspond à l'appropriation de motions pulsionnelles inconscientes par l'intégration psychique. Ce phénomène passe par un travail de symbolisation.

La naissance à la vie psychique, assomption du sujet, est présentée dans son ancrage au corps et aux interactions. Elle conduit à l'intériorisation de l'objet primaire en même temps que pointe la subjectivité de l'enfant.

Quand l'environnement primaire est inadéquat, un clivage au Moi peut s'opérer par protection contre des angoisses agonistiques. La subjectivité s'en trouve blessée et peuvent apparaître des « subjectivités sans sujet » ou des tentatives d'expression par l'acte.

Chapitre 4 : Dispositifs thérapeutiques

1. Externalité de la demande de soins

Une particularité des prises en charges thérapeutiques d'auteurs de violence sexuelle, longtemps considérée comme un écueil, réside dans la source de la demande de soin. Ainsi, les patients auteurs de violence sexuelle sont rarement demandeurs par eux-mêmes mais, en venant consulter un thérapeute, répondent plutôt à une exigence externe émanant du monde judiciaire ou du champ social (Lecocq, 2011).

Cette modalité d'entrée dans le soin engage des réflexions éthiques sur le positionnement du soignant entre santé et contrôle social (Colin, 2003) et un enjeu pour les équipes soignantes conviées à développer des approches thérapeutiques pour des sujets présumés inaccessibles à tout changement (Gravier, Roman, 2016).

En quelques sortes, cette externalité de la demande peut être considérée comme structurelle aux sujets auteurs de violence sexuelle, dans la mesure où, lésés quant à la constitution d'un espace interne suffisamment solide, leur procédé de régulation psychique passe régulièrement par l'entourage. Il n'en est pas autrement dans l'acte violent qui constitue, sous une forme dramatiquement pathologique, un appel à l'autre pour restaurer l'atteinte subie par une image idéale de soi (Balier, 1996).

Il n'est alors pas étonnant que, tout comme la demande, l'acte commis soit également vécu comme extérieur, même si le sujet agresseur sexuel reconnaît pourtant en être l'auteur (Gravier, 2018).

Pour Ciavaldini (2008) un tel dispositif a toute légitimité puisqu'il tient compte de l'inachèvement du développement psycho-affectif du sujet auteur de violence sexuelle.

Ainsi, le sujet ne se trouve pas dans la situation, impossible pour lui, de choisir un soin ou d'en faire la demande, c'est l'environnement qui prend acte de son dysfonctionnement psychique et assume à sa place la position de « demandeur » de soin.

2. La double perspective : défense sociale/intériorité souffrante

Le contexte de soin à la demande d'un tiers place le thérapeute devant un questionnement éthique à propos de la finalité de sa mission.

D'un côté, l'appareil judiciaire qui prononce une obligation de soin, la société civile, les acteurs politiques attendent du traitement une contribution à la défense sociale et à la lutte contre la récidive.

D'un autre côté, la pratique thérapeutique se conçoit avant tout au bénéfice du patient en visant à soulager sa souffrance intérieure.

Cette double perspective induit des modalités d'interventions thérapeutiques différentes. Ainsi, Marshall et al. (2005) relèvent deux grands modèles d'interventions psychothérapeutiques auprès des auteurs de violence sexuelle :

- Le modèle de gestion du risque dans lequel l'objectif est avant tout de protéger la communauté en évitant les risques de récidive violente de la part de l'auteur de violence sexuelle. Ce modèle considère le trouble psychologique présenté par le patient comme incurable, mais estime possible d'apprendre à le gérer. L'amélioration de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles de l'auteur de violence sexuelle sont souhaitables mais ne constituent pas l'objectif principal du traitement.
- Le modèle du changement a pour objectif principal l'amélioration de la qualité de vie de l'auteur de violence sexuelle, notamment au travers d'un travail sur ses compétences sociales, ses valeurs, son estime de soi, etc. Dans ce modèle, c'est par l'amélioration du bien-être de l'auteur de violence sexuelle que le risque de récidive se trouvera réduit.

Un positionnement thérapeutique trop rigidement enclot dans une conception de la prise en charge psychothérapeutique des auteurs de violence sexuelle est susceptible d'aboutir à une double impasse. Soit que le professionnel s'isole avec son patient dans un huis-clôt thérapeutique, s'exposant aux mécanismes de clivage et à la complicité des dénis. Soit qu'il perde sa fonction soignante, se réduisant à un agent du contrôle social.

Aussi, Gravier (2018) préconise de tenir compte de cette double perspective, en développant une approche clinique rigoureuse, et intégrant le risque de répétition d'un acte délictueux, désignant dans le champ judiciaire, un événement que le clinicien peut penser du côté de la compulsion de répétition (Ciavaldini, 2008).

3. Modèles théoriques

En France, la Haute Autorité de Santé (2009) identifie des pratiques de prise en charge inspirées de deux grands courants théoriques :

- Le modèle issu des techniques cognitivo-comportementales (TCC) entend aider l'auteur de violence sexuelle à la gestion de ses dysfonctionnements relationnels et sociaux, en corrigeant certains comportements, dans le but d'éviter le passage à l'acte et de se réadapter à la vie sociale.
- Le modèle fondé sur la pratique psychanalytique, se donnant pour objectif d'accompagner le développement psychique déficitaire de l'auteur de violence sexuelle, de l'aider à se subjectiver pour, au-delà de travailler sur son risque de récurrence, lui permettre de se réinsérer dans la communauté humaine. Ce travail reprend le développement du sujet humain en passant notamment par l'identification des affects et leur mentalisation.

Ciavaldini (2012) propose une prise en charge humaniste, entée sur le courant psychodynamique, mais admettant d'autres approches en appoint, et incluant des évaluations de la situation du patient auteur de violence sexuelle ainsi que de la thérapie elle-même.

Un programme de soin est ainsi construit, avec des objectifs étagés, visant à :

- Réorganiser le système défensif psychique et augmenter la capacité de mentalisation. Il s'agit d'un horizon thérapeutique avec l'idée qu'une réorganisation de la configuration psychique du patient rendra obsolète la conduite délinquante.
- Renforcer le contrôle pulsionnel en aidant le patient auteur de violence sexuelle à acquérir des compétences sociales et affectives conduisant à des relations satisfaisantes avec son environnement, à développer sa capacité de maîtrise de son excitation sexuelle, à corriger les distorsions en matière de sexualité, à identifier les

situations (sociales, affectives) favorisant le passage à l'acte, pour les éviter, s'en échapper ou y mettre fin.

- Augmenter, à terme la qualité de vie du patient auteur de violence sexuelle. Cette amélioration a pour indice une meilleure insertion sociale, professionnelle et affective, autant d'éléments qui sont connus pour minimiser les risques immédiats de passage à l'acte et qui font partie d'un risque moindre de dangerosité criminologique.

4. Difficultés du thérapeute dans l'entrée en relation

Au-delà des interrogations éthiques précédemment nommées, la clinique des violences sexuelles met le thérapeute à rude épreuve, du fait de la réalité traumatogène de la violence commise, et du fonctionnement psychique particulier des patients.

4.1. La confrontation à la violence

Confronté à l'horreur des actes commis par son patient, parfois à la médisance de ce dernier vis-à-vis de sa victime, ou à son égocentrisme dans l'appréhension de sa situation, le thérapeute se trouve fréquemment pris dans des mouvements contre-transférentiels négatifs intenses. Ces derniers, teintés de frayeur, colère et dégoût s'avèrent éprouvants pour le professionnel et susceptibles d'entraver sa fluidité de pensée.

Malgré l'affliction qu'ils procurent, Prins (1991) met en garde contre une tendance, peut-être protectrice, des professionnels, à édulcorer ces contre-attitudes pénibles et à se focaliser sur ce qui va bien dans le suivi en occultant les indices plus préoccupants.

L'auteur invite les professionnels à lutter contre leur déni, à reconnaître et travailler leurs sentiments de répulsion et d'horreur vis-à-vis des actes commis, et recommande à ceux qui s'engagent dans ce type de suivis, d'être prêts à affronter « l'impensable, l'inquestionnable, l'inimaginable » tout en travaillant leurs propres angoisses et les tâches-aveugles de leur contre-transfert.

4.2. La configuration psychique des auteurs de violence sexuelle

L'histoire précoce des sujets auteurs de violence sexuelle, marquée par une relation cruellement insatisfaisante à la mère, ne leur a pas permis de métaboliser leur propre destructivité, ni de construire un sentiment de continuité d'être, les plongeant dans des vécus agonistiques (Roussillon, 1999).

Ainsi laissés à eux-mêmes dans un environnement insécurisant, contaminés par un processus de passivation, phénomène destructeur dans la mesure où il conduit à l'impuissance devant le sentiment de catastrophe identitaire (Green, 1999), ils ont été amenés à développer une économie psychique de survie dont l'enjeu fondamental relève de stratégies de défense contre l'effondrement et d'efforts pour se sentir réel.

Leur appareil psychique, effracté par des blessures agonistiques, « tend vers une quête de l'inanimé, de la clôtüre et du forclos » (Houssier, 2007). Ce fonctionnement implique des modalités relationnelles particulières qui se révèlent également avec le thérapeute.

4.2.1. *Fusion plutôt que transfert*

Le gel des capacités associatives, caractéristique d'une économie de survie psychique, conduit le sujet vers une indifférenciation, plutôt qu'un échange fondé sur une relation d'altérité (Ciavaldini, 1999). La tentative, plus ou moins heureuse, d'adaptation à l'environnement social par la construction de la personnalité en faux-self (Winnicott, 1954) et l'usage du clivage obscurcit la distinction entre le sujet et l'autre et tend à confondre les propres pensées du patient avec celles de son entourage, et en l'occurrence de son thérapeute. En découle un attachement relevant plus du collage que du transfert (Savin, 2012). L'investissement affectif marqué par l'adhésion massive ou le rejet total, tend à soumettre le thérapeute à des mécanismes d'identification projective avec désir de possession, jalousie, séduction, agressivité...

4.2.2. Relation d'emprise

Le patient agresseur sexuel emploie avec son thérapeute son mode relationnel habituel, fortement incliné par la nécessité de maîtrise et d'emprise.

Dorey (1981) décrit l'emprise comme une action d'appropriation par dépossession de l'autre, exercice d'un pouvoir conduisant à contrôler, subjuguier et manipuler l'autre, volonté de marquer l'autre de l'empreinte de sa propre figure.

L'emprise implique donc la destructivité de la pensée et de l'humanité de l'autre. Les effets sur le thérapeute sont notamment repérables par le malaise diffus qu'il peut éprouver, parfois la fascination, mais surtout le discours implacable et cohérent du patient, de démenti de la violence qu'il a fait subir (Gravier et al., 2000).

4.2.3. Identification projective

Le psychisme du professionnel est soumis à la déliaison et au vide de pensée que le patient, dans son inaptitude à l'éprouver, projette sur lui, comme dans une tentative de l'appréhender en retour.

Il s'agit là d'un mécanisme d'identification projective par lequel la souffrance traumatique, le vécu d'impuissance et les mécanismes de déliaison y-conséquentes sont introduits à son insu chez le thérapeute (Houssier, 2007).

Par substitution, ce dernier se trouve placé dans un état de passivation masochique et le patient, qui s'en est destitué au détriment du thérapeute, « jouit de la position déléguée à un autre par identification » (Green, 1999).

L'effet chez le thérapeute s'apparente à une sidération de la pensée, une incapacité d'élaboration et de liaison des représentations et des affects.

4.3. Une alliance thérapeutique possible ?

Dans ce contexte de grand bouleversement inter et intra subjectif, Balier (2005) ne préconise pas tant la « neutralité bienveillante » par laquelle le thérapeute va au-devant d'un débordement de ses capacités psychiques par les attaques de son patient, mais affirme plutôt la nécessité « d'être indestructible, c'est à dire de continuer à penser malgré la violence des affects déclenchés. »

Ce point est d'autant plus important qu'il semble qu'au-delà des techniques thérapeutiques, la qualité relationnelle et l'alliance thérapeutique entre le patient auteur de violence sexuelle et son (ou ses) thérapeute(s) constituent un facteur prépondérant de l'efficacité du traitement (Drapeau, 2005, Marshall, 2017). Marshall (2011) préconise même de remanier les techniques et objectifs thérapeutiques de sorte à favoriser avant tout, la confiance du patient envers le thérapeute.

Drapeau (2003), dans une étude réalisée avec des patients pédophiles en traitement, repère comme facteurs de promotion de l'alliance thérapeutique, la possibilité de pouvoir prendre certaines initiatives, la possibilité d'avoir des renseignements concernant la pédophilie, qu'ils vivent mais ne comprennent pas, la garantie par le thérapeute de la solidité et de la prévisibilité du traitement et le caractère fort, voire autoritaire du thérapeute.

L'auteur souligne que les patients attaquent et mettent à l'épreuve le thérapeute tout au long du traitement, comme pour vérifier qu'il tient le coup, qu'il ne s'effondre pas, donc qu'il est digne de confiance et prévisible.

Cette « indestructibilité » soulignée par Balier (1996, 2005) revêt une importance toute particulière pour des individus, notamment pédophiles, qui ont construit leur subjectivité sur les aléas de liens familiaux insécurisants et ténus, identifiés à un appendice narcissique dans une relation symbiotique à leur mère (Balier, 1993).

Marqués dans l'enfance par un contexte familial perturbé, les auteurs de violence sexuelle montrent des altérations significatives de la sphère des affects (Ciavaldini, 1999).

L'enjeu thérapeutique est alors de construire un cadre protecteur pour la subjectivité du thérapeute, à même de contenir la destructivité du patient, et garant de la qualité relationnelle.

4.4. Construire un cadre thérapeutique claire

Préalable à toute intervention thérapeutique avec des auteurs de violence sexuelle, l'instauration du cadre thérapeutique requiert une attention particulière et continue.

Ce travail consiste à présenter au patient un espace solide, permanent, « indestructible ». La plupart des patients ne manque pas de relever le caractère frustrant et contraignant de ce cadre, voire d'y trouver une dimension arbitraire ou injuste. Ces protestations sont souvent à entendre comme des « attaques », des défis consistant en autant de vérifications de la capacité du dispositif à persévérer quand il est menacé. Il s'agit de tester si le cadre est suffisamment fiable et permanent pour recevoir et contenir la part non symbolisée et désorganisatrice de sa personnalité.

Le cadre externe solide et permanent vise à pallier à la défaillance de cadre interne des auteurs de violence sexuelle, peu à même de négocier l'excitation, ni de métaboliser les affects pour leur donner une forme symbolique, donc mentalisée. Lecocq (2011) souligne que la confrontation dans le processus thérapeutique aux parts sombres de sa personnalité peut susciter pour le patient auteur de violence sexuelle, des angoisses insupportables appelant habituellement chez lui des mécanismes de clivage, de recours à l'acte, de sidération. Dans ce contexte, trouver des ressources pour se confronter au « monstre en lui » et mobiliser une élaboration nécessite qu'il se sente en confiance et en sécurité dans le cadre thérapeutique proposé.

Ainsi, la mise en place consciencieuse du cadre thérapeutique contribue à ce que Ciavaldini (1999) nomme une « pragmatique de la mentalisation ». Il définit ce terme comme « ce qui sera efficace pour permettre à des sujets délinquants sexuels de parvenir à mentaliser enfin leurs actes dans le registre de l'intersubjectivité. » Une telle entreprise passe par la mobilisation de la sphère des affects, réprimés par les mécanismes de déni et de clivage, afin de les restituer dans leur aptitude à établir des liens, de relancer une narrativité et de s'approprier une histoire subjective.

Avec des patients présentant une incapacité à demander des soins, la loi, avec sa cohorte d'obligations, et notamment d'obligation ou d'injonction à se soigner, intervient comme un « méta-cadre » (Ciavaldini, 2008) sur lequel le cadre thérapeutique peut appuyer sa légitimité. La mise en place du cadre thérapeutique implique donc une connaissance préalable des rapports du sujet auteur de violence sexuelle avec l'autorité judiciaire quant à

sa situation pénale (est-il prévenu ? condamné ? pour quels actes exactement ?), et quant au contexte de la demande de soin (obligation pénale ? demande volontaire ? conseillé par l'avocat ?...)

L'interdisciplinarité est nécessaire dans ces prises en charges et Ciavaldini (2001, 2008, 2018) parle « d'intercontenance » des cadres judiciaire, social et soignant. Il s'agit d'une alliance entre les institutions, qui va plus loin qu'un « emboîtement des cadres » mais implique une connaissance des missions et des limites des professionnels des différentes institutions et la co-construction d'une culture de travail commune. Ainsi peut s'instaurer un dispositif d'échanges autour de la situation et de partage des vécus transféro-contre-transférentiels, dans le respect des pratiques professionnelles et de l'intégrité subjective et corporelle du patient.

Gravier (2013) insiste sur le fait que « la prise en charge d'un délinquant sexuel confronte tôt ou tard à des dilemmes éthiques, cliniques, légaux » dans les domaines judiciaire, soignant et social, et qu'il est donc nécessaire de les anticiper. Il s'agit pour cela d'établir entre professionnels, des processus de travail « intercontenants », comme indiqué précédemment, mais aussi d'explicitier très clairement au patient ce dispositif interdisciplinaire, au tout début de la prise en charge, dès la mise en place du contrat thérapeutique.

Le thérapeute s'emploie notamment à préciser au patient le contexte, la nature et les modalités des échanges d'informations entre lui et les représentants des autres champs professionnelles, ainsi que l'attitude qu'il adoptera en cas de non-respect par le patient des attentes définies au niveau judiciaire, social ou soignant.

Gravier (2013) précise que si ce procédé semble opposé à la position classique de construction de la démarche de soin à partir du seul discours du patient, « c'est, paradoxalement, ainsi que pourra se préserver un échange thérapeutique authentique. »

En effet, un tel dispositif contribue à protéger le clinicien en soutenant sa capacité de penser et offre au patient auteur de violence sexuelle l'occasion d'expérimenter un cadre solide, à même de le contenir. Aussi, en contribuant à déjouer les effets de clivage et la complicité des dénis (Ciavaldini, 1999), « c'est cette fonction d'intercontenance qui se révélera, à terme, véritablement thérapeutique. » (Ciavaldini, 2001)

5. Evaluations préliminaires

Cortoni et Vanderstukken (2017) insistent sur l'importance d'orienter l'action clinique avec les auteurs de violence sexuelle afin d'obtenir une efficacité thérapeutique, à savoir une réduction de la récurrence. Pour cela, ils se basent sur des facteurs criminogènes précis à évaluer afin d'établir les besoins de traitement. En effet, ces auteurs considèrent le travail thérapeutique sur des problèmes psychologiques généraux et insuffisamment ciblés, comme contre-productif.

Parmi ces facteurs, on trouve les intérêts sexuels déviants et leur maîtrise, les distorsions cognitives, les influences sociales significatives, les difficultés liées à l'intimité, la maîtrise de sa propre impulsivité, la motivation au traitement.

Dans une perspective plus psychodynamique et sans se détourner de l'intérêt des outils criminologiques et cognitivo-comportementalistes, Gravier (2018) s'associe à la nécessité d'une évaluation clinique préalable à toute prise en charge thérapeutique. Il précise que l'évaluation doit intégrer divers éléments multi-dimensionnels :

« - Place du traitement dans le déroulement de l'action pénale et l'ensemble du dispositif de prise en charge ;

- Positionnement du sujet vis-à-vis de ses actes, de ce dispositif et évaluation des bénéfices qu'il pense retirer du traitement ;
- Intensité des mécanismes pathologique et, en particulier des mécanismes pervers ;
- Définition des objectifs et indications thérapeutiques en fonction de la mobilisation psychique possible ;
- Etablissement d'une authentique alliance dans un cadre thérapeutique solide et spécifique ;
- Evaluation des vécus traumatiques, d'humiliation, d'incestualité et des déficits émotionnels qui en découlent ;
- Position et évolution du sujet par rapport à ses actes, ses intérêts sexuels déviants, ses préoccupations pathologiques. »

La « recherche-action » de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996) propose quelques pistes d'investigations.

5.1. La reconnaissance de l'acte

5.1.1. Classification du niveau de reconnaissance du délit

Ciavaldini (1999) propose une classification en quatre catégories du niveau de reconnaissance du délit :

- OUI, totalement : le sujet reconnaît totalement le délit, il est en outre conscient que celui-ci représente le signe d'un dysfonctionnement lié à un ensemble de facteurs internes et externes ;
- OUI, partiellement, niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et/ou il se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive ;
- OUI, partiellement, niveau 2 : le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux ;
- NON : négation totale du délit.

Selon la recherche de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), plus de 85% des sujets auteurs de violence sexuelle reconnaissent au moins partiellement les actes pour lesquels ils sont inculpés, mais moins de la moitié (41%) les reconnaissent totalement. Des tendances similaires sont retrouvées dans la recherche de Gravier et al. (2001) avec 78% de reconnaissance réparties en 30% de reconnaissance totale et 48% de reconnaissances partielles.

Par ailleurs, Si l'agresseur a lui-même été victime d'actes d'agression dans l'enfance ou à l'adolescence, il semble qu'il reconnaisse plus fréquemment les faits.

5.1.2. Trois aspects génériques des non-reconnaissances

À partir des résultats de la recherche de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), Ciavaldini (2005, 2009, 2014) postule que les non-reconnaissances recensées sont l'effet de difficultés rencontrées par les auteurs de violence sexuelle dans l'identification et la reconnaissance des affects, et de leurs vécus psychiques en général.

L'auteur propose d'affiner son analyse en déclinant les non-reconnaissances selon trois domaines génériques fondateurs de la psyché humaine.

L'identification subjective humaine

Ce premier domaine générique correspond à la différence entre les espèces et se manifeste par divers aspects :

- La désobjectivation de la victime. Celle-ci n'est pratiquement jamais perçue pour ce qu'elle est, mais sous forme fragmentée, générique, prise pour quelqu'un d'autre, ou même privée de sa nature humaine.
- La non-reconnaissance de la violence. Pour un certain nombre d'auteurs de violence sexuelle, si l'acte est reconnu, sa dimension violente, elle, est refusée. La violence constituant « l'affect identitaire par excellence » (Ciavaldini, 1999) puisqu'inhérent à la constitution de l'objet, cette non-reconnaissance de la violence marque l'annulation de l'autre en tant qu'individu séparé.
- La non-reconnaissance des vécus psychiques précédant l'acte. Pour un nombre conséquent d'auteurs de violence sexuelle, l'acte survient comme un apaisement visant à la sauvegarde psychique, dans un contexte inquiétant d'effondrement interne, d'effacement subjectif.

La différence des sexes

Ce deuxième domaine générique est identifié dans l'évitement total de tout conflit :

- La non-reconnaissance de l'acte. Cette réticence pouvant aller du déni de l'acte, particulièrement l'acte de pénétration pour des sujets ayant commis des actes pédophiles (Ciavaldini, 1999), jusqu'à l'énonciation du consentement voire de la séduction de la victime.
- La non-reconnaissance des conséquences de l'acte, tant pour le sujet lui-même que pour la victime, avec des attitudes d'évitement, de banalisation ou de déni des conséquences.
- L'ineffectivité de la honte ou de la culpabilité. Quand de tels affects sont exprimés, ils sont régulièrement accompagnés d'une incompréhension quant à l'interdit et dans une relative difficulté à les discriminer.

La différence des générations

Ce troisième domaine générique est exprimé dans la non-reconnaissance des séductions précoces. Alors qu'un nombre important d'auteurs de violences sexuelles ont eux-mêmes subi des violences sexuelles dans l'enfance ou l'adolescence (un sujet sur trois dans la recherche de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat, 1996 ; deux sujets sur trois dans l'étude de Gravier et al., 2001), ou décrivent des « séductions » par un adulte alors qu'ils étaient enfants, le traumatisme en découlant n'est pas nommé et ne semble pas reconnu comme tel.

Ces observations concordent avec celles d'Abbiati et al. (2014) qui mettent en évidence dans leur étude l'ampleur des vécus de maltraitements physiques, psychologique et sexuelles subies dans l'enfance par des auteurs de violence sexuelle, et l'absence de reconnaissance de celles-ci malgré l'évocation d'événements particulièrement douloureux.

Ciavaldini (2009) relève la cécité des familles face aux symptômes que présentaient à coup sûr ces sujets victimes et propose « l'hypothèse d'une séduction psychique continue primaire, de type traumatique, qui rendrait assez « naturelle » une manœuvre de séduction d'un aîné sur un plus jeune. »

5.1.3. Un indicateur du travail thérapeutique

Ciavaldini (1999), partant du constat que plus la reconnaissance du délit est totale, plus le sujet est capable de discriminer les éprouvés provoqués par l'acte et de repérer une origine impulsive de l'acte, propose l'hypothèse suivante : « Plus le sujet peut reconnaître totalement le délit, plus il présente une ébauche de différenciation psychique sur laquelle un travail thérapeutique pourra s'appuyer. »

Marshall (2011) apporte une controverse en avançant que le déni des actes par l'auteur de violence sexuelle entretiendrait plutôt une relation inverse avec le risque de récidive. Il s'agirait alors d'un facteur de protection contre la récidive. L'hypothèse explicative de cet auteur se situe dans l'importance pour le patient de maintenir une image de soi positive.

Notons qu'un but similaire est visé dans l'approche psychodynamique pour laquelle un fonctionnement psychique plus harmonieux contribuera à construire ou reconstruire une image de soi positive et une appréhension de l'entourage plus équilibrée. Dans ce contexte, le travail sur la reconnaissance du délit ne vise en rien une recherche des aveux du patient auteur de violence sexuelle, mais plutôt une ébauche de prise en compte de l'altérité.

5.2. La capacité de mentalisation

Les auteurs de violence sexuelle présentant un fonctionnement psychique rigide et marqué par les carences, Gravier (2018) préconise, pour définir les contours du soin, d'évaluer la capacité de mentalisation du patient, ainsi que ses capacités intellectuelles, de compréhension et d'élaboration.

Ciavaldini (1999) suggère qu'une telle évaluation passe notamment par le repérage de la nature et de l'intensité des angoisses, la qualité relationnelle et émotionnelle, les addictions, l'activité onirique.

Gravier (2013) insiste sur l'importance de repérer l'existence ou non d'un soutien social favorisant des modalités relationnelles et des styles de vie différents de ceux qui avaient cours au moment des actes délictueux. Pour cet auteur, cette évaluation soigneuse permet d'établir un accompagnement thérapeutique adapté aux possibilités élaboratives du patient auteur de violence sexuelle. Cette entreprise requiert une certaine modestie du thérapeute,

certains dispositifs ne prétendant pas à plus d'ambition que l'ébauche d'un lien, et l'espoir qu'il puisse s'avérer potentiellement thérapeutique ultérieurement. De telles situations questionnent quant à la limite entre la fonction de contrôle social, inhérent à l'obligation judiciaire et la démarche soignante. Gravier (2013) part du principe qu'« un contrôle social bien conduit et bien pensé peut être souvent plus aidant qu'un soin qui se base sur de mauvaises indications et des prémisses fausses. » Il semble donc primordial de ne pas chercher à « soigner à tout prix » mais bien de considérer finement la situation pour construire des modalités d'accompagnement adéquates et véritablement aidantes, pouvant aller de rencontres ponctuelles imposées par la justice, à la mise en œuvre d'un véritable dispositif de psychothérapie.

5.3. L'engagement dans la thérapie

Issus de la recherche sur les « agresseurs sexuels » de Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), Ciavaldini (1999) propose cinq indicateurs d'une réponse favorable à un traitement lors d'une prise en charge de type psychothérapeutique et intersubjective.

Ceux-ci apportent au professionnel des repères différentiels, au-delà de la volonté affichée par le sujet de s'engager dans un traitement.

- **Reconnaissance totale du délit.** Comme indiqué plus haut, Ciavaldini (1999) considère qu'une plus grande reconnaissance du délit va de pair avec une meilleure capacité de discrimination des affects et éprouvés provoqués par l'acte et une ébauche de différenciation psychique, étayage au travail thérapeutique
- **Se sentir « anormal » au moment de l'acte.** Plus le sujet considère l'acte comme anormal, plus il dit en éprouver un sentiment de culpabilité, plus il reconnaît des conséquences pour la victime, plus il désire changer.
- **Reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de l'acte.** La reconnaissance, même à minima, d'éprouvés internes, augure de capacités, si modestes soient-elles, du sujet, à contacter sa vie interne.
- **Arrestation vécue comme un soulagement.** Ce soulagement révèle une certaine reconnaissance d'une souffrance interne vécue comme incontrôlable et dangereuse, une certaine reconnaissance pour la souffrance de la victime, et donc une certaine

prise de distance par rapport à l'acte, à l'objet, marque de l'ébauche d'un processus de tiercéité.

- **Reconnaissance de la contrainte pendant l'acte.** Cette occurrence suppose une reconnaissance de la victime en tant que telle et un sentiment de responsabilité de l'acte délictueux. Ciavaldini (1999) considère qu'elle renseigne sur « un potentiel d'identification d'un objet en tant que tiers externe. »

Ciavaldini (1999) accorde également une certaine importance aux sentiments de culpabilité ou de honte, comme première accroche pour un travail thérapeutique.

L'auteur précise que si ces indicateurs augurent d'une bonne disposition du sujet auteur de violence sexuelle à un traitement, ils ne constituent pas en eux-mêmes des « entités autonomes » et doivent être intégrés dans la relation thérapeutique instaurée avec le professionnel.

En outre, il ne faut pas perdre de vue que les effets délétères du clivage et du déni demeurent actifs et empiètent les progrès thérapeutiques.

5.4. Des questionnaires aménageurs de la relation

L'utilisation d'un questionnaire, dans le cadre d'un entretien semi-structuré s'est avéré un outil efficace pour plusieurs auteurs :

Dans la suite de la recherche menée par Balier, Ciavaldini, Girard-Khayat (1996), il s'est révélé qu'après passation d'un questionnaire d'investigation à des fins de recherche, la moitié des auteurs de violence sexuelle interviewés demandaient à bénéficier d'un suivi psychothérapeutique, alors que cette population est habituellement très peu demandeuse. L'outil initial a alors été remanié pour en faire un questionnaire d'investigation clinique : le Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agressions Sexuelles (QICPAAS) (Ciavaldini et al., 1997).

Ce questionnaire se veut être un « aménageur thérapeutique » (Ciavaldini, 1999) pour le patient mais aussi pour le ou les thérapeutes. Conçu comme un guide d'entretien, il engage,

de façon très structurée, à aborder différents domaines, plus ou moins délicats, comme, par exemple, la description de l'acte d'agression sexuelle.

Par sa qualité d'outil standardisé, il prend également une fonction de tiers dans la relation entre le thérapeute et le patient. La succession des questions impose au patient un tempo dans le déroulement de sa parole, une « retenue » qui est déjà une prémisse à la mentalisation (Ciavaldini, 1999).

Ainsi, par un « forçage » de la parole, à l'image d'une maturation artificielle (Ciavaldini, 1999), le QICPAAS vise à remédier aux carences de mentalisation.

Roman a mené, entre 2005 et 2008, une recherche-action consacrée à une approche clinique et psychopathologique des adolescents auteurs de violence sexuelle et des enjeux de leur prise en charge dans les services de la protection judiciaire de la jeunesse en France (PJJ). Il a basé son recueil de données sur différents dispositifs, et notamment un questionnaire inspiré du QICPAAS (Roman, 2009)

Par la suite, Roman et Ravit (2011) proposent d'utiliser le Questionnaire d'Investigation Clinique pour les Adolescents Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel (QICAAICS) comme « aménageur » de la relation, objet de médiation pour pallier aux difficultés des professionnels face au retrait relationnel de ces adolescents, mais aussi à leur propre inhibition à aborder les actes transgressifs.

Ainsi, le questionnaire opère un soutien de la subjectivité de l'adolescent et de celle du professionnel : « c'est en effet en appui sur la capacité de ce dernier d'accueillir les mouvements psychiques de l'adolescent, y compris dans leur inhibition, leur pauvreté et/ou leur débordement, que le processus de subjectivation de l'adolescent sera en mesure de se déployer » (Roman, Ravit, 2011).

Les auteurs estiment que la fonction d'objet médiateur du questionnaire préserve le professionnel « des enjeux de séduction traumatique auquel confronte l'agir sexuel violent de l'adolescent » et favorise chez lui une écoute propice à l'advenue subjective.

En Suisse, Gravier et al. (2001) mènent une étude sur la « prise en charge thérapeutique des délinquants sexuels dans le système pénal vaudois ». Celle-ci comporte deux volets : L'un, épidémiologique, visant une analyse fine du parcours judiciaire de ces patients et un recueil anamnestique pour une meilleure compréhension de leur profil psychologique. L'autre, sous forme d'une investigation clinique approfondie afin d'améliorer l'offre de soin.

C'est dans ce deuxième volet que les auteurs, inspirés par le QICPAAS de Ciavaldini et al., (1997) et par le guide d'évaluation des agresseurs sexuels de Aubut et coll. (1993), ont réalisé leur propre questionnaire : L'Entretien Clinique de Lausanne (ECL). Ils insistent eux aussi sur la dimension « d'aménageur » de la relation du questionnaire, chère à Ciavaldini (1999), et visent une meilleure connaissance du fonctionnement mental et des caractéristiques psychiques des auteurs de violence sexuelle, dans le but de dégager des axes de prise en charge et des indicateurs concernant le risque de récurrence.

En plus des données anamnestiques habituelles, ce questionnaire cherche à recueillir des éléments plus subjectifs du patient dans différents domaines tels que son parcours de vie, le vécu entourant l'acte délictueux, le positionnement vis-à-vis de la thérapie, l'expression des émotions.

Comme pour le QICPAAS et le QICAAICS, suite à l'étude, les praticiens ont continué à utiliser l'ECL dans leurs suivis avec les auteurs de violence sexuelle.

Ces derniers temps, un travail de reprise de l'ECL est en cours pour améliorer cet outil dans sa fonction thérapeutique. « L'ECL tente de ré explorer les repères les plus significatifs de l'histoire psychique du sujet, de susciter de la narrativité et de soutenir les moments cliniques d'affaiblissement des mécanismes archaïques.

À travers la relecture par le sujet de données d'anamnèse concernant la vie affective, familiale, sexuelle, professionnelle ainsi que celle de ses actes, il approfondit plusieurs axes : la sensorialité et l'affect, les liens précoces et la qualité du portage, les vécus d'humiliation et de honte, l'incestualité dans les liens, la répétition des violences agies et subies pour essayer de mieux appréhender les potentiels réflexifs et les processus de subjectivation » (Gravier, 2018).

La fonction thérapeutique de l'ECL se décline en trois dimensions :

- Médiateur de la relation ;
- Investigation fine des processus psychiques sous-jacents du patient et des mouvements contre-transférentiels du soignant ;
- Levier thérapeutique favorisant un moindre usage de mécanismes psychiques archaïques et relance d'une dynamique de pensée.

6. Modalités thérapeutiques

Comme indiqué, plus haut, le fonctionnement psychique des auteurs de violence sexuelle est marqué par des mécanismes archaïques de survie visant à évacuer toute conflictualité, un défaut de mentalisation inapte à traiter le surcroît d'excitation ou le sentiment de perte, des modalités relationnelles souvent guidées par le contrôle ou l'annulation de l'autre. Les modèles thérapeutiques classiques demeurent insuffisamment opérants à traiter ces difficultés et peu sécurisants pour les thérapeutes. Aussi, ces derniers ont cherché à développer des dispositifs thérapeutiques singuliers, étayés sur des concepts théoriques précis (Balier, 1996) et transcendants les clivages entre modèles cognitivo-comportementalistes et psychodynamiques (Gravier et al., 2000, Minary et al., 2011).

6.1. Relation d'étayage

Ainsi, Jaffard (2000) propose le modèle de la « relation d'étayage » comme adapté à la problématique des auteurs de violence sexuelle. Cette relation entre le thérapeute et le patient ouvre ce dernier à la subjectivation en permettant à son « Moi interne insatisfait » un appui sur un « Moi externe ».

Pour cet auteur, la relation d'étayage peut être assurée par un thérapeute, mais aussi par plusieurs personnes, et souvent par toute une équipe, et remplit une triple fonction :

- Symbolique, dans la mesure où le thérapeute occupe une position d'objet radicalement autre, séparé du patient. Cette distance est d'une grande

importance pour éviter la répétition de relations « incestuelles » (Racamier, 1995) souvent retrouvées dans l'histoire des sujets auteurs de violence sexuelle.

- Pare-excitante : Balier (1996) indique que l'agir violent est lié à un accroissement de l'excitation et une incapacité à la mentaliser. Aussi, l'étayage des soignants et du cadre thérapeutique proposé, consiste davantage à diminuer l'excitation par un soutien et des paroles apaisantes qu'à chercher à mobiliser des associations de pensées inconscientes par des interprétations.
- Restauratrice du narcissisme : « c'est parce que le thérapeute cherche à comprendre et montre de l'intérêt pour ce qui se passe « dans la tête » du patient que celui-ci passe d'une situation passive à une recherche active qui le restaure dans un mouvement de subjectivation. » (Jaffard, 2000)

Devant le patient, le thérapeute se montre indestructible sans toutefois adopter une position trop rigide ni omnipotente, accordant suffisamment de souplesse pour accompagner des changements chez celui-ci. L'auteur insiste sur les difficultés de cette clinique, avec des risques tels que « mener une relation de complicité inconsciente avec le patient » susceptible d'entraîner une cécité sur sa problématique ou un positionnement flou.

6.2. Thérapies actives

Pour pallier à ces difficultés, les dispositifs thérapeutiques doivent être pensés. À ce propos, Gravier et al. (2000) proposent le concept de « thérapies actives ».

La démarche active consiste à organiser des prises en charge et des interventions thérapeutiques incitant graduellement le patient à s'inscrire dans une démarche de soin et à renoncer à des modalités relationnelles pathologiques. « L'attitude active est ce qui permet d'envisager le changement qui remplacera l'interdit comme organisateur de la vie sociale du sujet. » (Gravier et al., 2000) En effet, l'étude psychopathologique des auteurs de violence sexuelle montre combien la référence à la loi, en tant que tiers structurant, fait défaut chez ces sujets, les laissant régulièrement démunis, en proie à des angoisses catastrophiques face à l'imprévisibilité de l'objet d'attachement ou les aléas émotionnels et pulsionnels. Aussi, la démarche active place le thérapeute en « trait d'union » entre la loi, rappelée par la justice à propos de l'acte délictueux, et le soin. « L'instauration de la place centrale de la loi, à travers l'intervention thérapeutique, vise à mettre en place un processus de

subjectivation et à tenter d'engager le patient dans un regard sur lui-même qui l'autorisera à reconnaître l'altérité. (Gravier et al., 2000) Dans le même mouvement, il s'agit, pour le thérapeute de « rester vivant en face de son patient » (Gravier, 2013), en évitant autant que possible l'installation de l'emprise et du clivage dans l'espace thérapeutique. L'« attitude active » consiste, pour le thérapeute, à se dégager de la passivité dans laquelle le patient tendrait à l'enfermer au travers de mécanismes de maîtrise et de contrôle. En position active, le thérapeute « nomme la réalité, fait le lien entre l'impensable et l'impensé. » (Gravier, 2013). Ainsi, le thérapeute suscite chez le patient la nomination des actes commis « dans la pudeur des mots » (Gravier et al., 2000). Cet exercice délicat pour le thérapeute comme pour le patient, consiste à qualifier avec justesse la réalité de l'acte sans permettre à l'auteur de violence sexuelle de donner cours à une excitation exhibitionniste, ni d'user d'un vocabulaire irrespectueux ou de propos dénigrants. Il s'agit finalement d'un travail de mise en représentation d'une scène impossible à penser. La dimension émotionnelle et affective, difficile à appréhender chez une grande proportion d'auteurs de violence sexuelle, est également activement nommée et travaillée.

Différentes modalités d'intervention psychothérapeutique favorisent une démarche active.

6.2.1. Le travail d'équipe

Par le jeu des transferts croisés, l'équipe soignante prenant en charge l'auteur de violence sexuelle devient réceptacle du clivage et de l'identification projective du patient. Des tensions entre membres de l'équipe, autour d'un patient, ne sont pas rares, prenant parfois le visage de la division et de l'animosité.

Au-delà des différends individuels, ces situations sont souvent à entendre comme une exportation, par le patient, du conflit qu'il méconnaît en lui, sur son entourage, à savoir l'équipe soignante.

Mais une telle situation n'est pas une fatalité. La force d'une équipe réside dans les capacités collectives des professionnels à résister à la destructivité du patient. Balier (1996) a mis en avant l'importance du travail d'équipe dans l'établissement d'un cadre clair et solide, l'étayage par la diversité des intervenants, le rôle de pare-excitations.

L'équipe prend également une fonction de tiers auquel le professionnel est référé en permanence, lui permettant de se dégager d'une relation trop proche avec le patient, susceptible de devenir envahissante, ou d'une tentative du patient de partage de secrets, usage de prédilection des patients présentant une personnalité narcissique ou perverse, et dont le redoutable pouvoir destructeur est connu.

La circulation de parole et de pensée dans l'équipe permet de garder fécondes les capacités individuelles et collectives de représentation, lutte contre le clivage et la destructivité et sécurise le patient dans les occasions qui lui sont offertes de recourir dans une moindre mesure aux mécanismes archaïques de survie.

6.2.2. *La cothérapie*⁶

Gravier et al. (2000) ont proposé la cothérapie, à savoir la « conduite partagée d'un même processus thérapeutique dans un même temps, le même milieu, en face d'un patient » comme setting particulièrement intéressant pour lutter contre l'emprise si souvent déployée par les auteurs d'agressions sexuelles.

Dans la thérapie des auteurs de violence sexuelle, il s'agit de garantir au patient une capacité de contenance minimale qui autrefois lui a fait défaut et de l'accompagner à contenir ses débordements pulsionnels, à affronter l'inéluctable de l'absence, la discontinuité, la solitude sans trop recourir à des procédés de destruction de l'autre, sans trop être envahi par la haine, conséquence de la désintrication pulsionnelle, sans sombrer dans l'effroi d'une catastrophe subjective éprouvée comme imminente. C'est au travers de cette contenance psychique que le patient peut construire des capacités de reconnaissance de ses affects puis de mentalisation.

Accompagner le patient dans cette traversée terrifiante, nécessite, pour le thérapeute, de rester vivant psychiquement, mais implique aussi d'accepter de subir des séries d'effractions psychiques (Ciccone, Ferrant, 2009). Accepter de supporter les attaques pathologiques du patient à son intégrité psychique, d'endurer ses identifications projectives

⁶ Ce chapitre reprend largement les propos énoncés dans : Grüter, D., Lavèze, F., Stiglet-Langer, M. La cothérapie comme dispositif innovant dans les prises en charge thérapeutiques d'auteurs de violences sexuelles. (Article à paraître).

se révèle être une condition pour les détoxiquer ; pour prêter son appareil à penser les pensées, selon le modèle de Bion (1962).

La cothérapie constitue un dispositif thérapeutique particulièrement adapté dans la mesure où elle favorise une fonction de contenance du cadre qui résiste aux attaques et soutient une relative sérénité pour éprouver et penser. Elle apporte une assurance aux thérapeutes par l'appui que chacun peut ressentir sur son collègue qui s'avère être un allié précieux. Cette sécurité ressentie encourage chaque thérapeute à supporter plus tranquillement les velléités destructrices et d'emprise du patient. De même, les moments de confusion sont moins inquiétants dans la mesure où le cothérapeute, comme l'assureur en escalade, pourra jouer le rôle de maintien du lien à la réalité.

Après la séance, le partage des observations et des ressentis contre-transférentiels entre les cothérapeutes est primordial. Ce temps révèle parfois une vision commune du déroulement de la séance mais parfois des sentiments contraires sur ce qui s'est passé (par exemple, un thérapeute estime que le patient a progressé, l'autre qu'il a joué de manipulation), des contre-transferts différents (un thérapeute trouve le patient touchant, l'autre le trouve agaçant), des mouvements transférentiels entre les thérapeutes (un thérapeute trouve que l'autre a été remarquable, ou au contraire énervant, ou encore a le sentiment de ne pas avoir été soutenu par son collègue...)

Tous ces mouvements contre-transférentiels sont à considérer comme émanant du psychisme du patient, éléments bruts qu'il n'est pas en capacité de ressentir, de penser, de conflictualiser et qu'il projette sur l'extérieur, en l'occurrence ses thérapeutes.

À ce titre, ils constituent un matériel clinique important puisqu'ils renseignent sur des fonctionnements et des souffrances du patient auxquelles il n'a lui-même pas accès.

Dans les thérapies d'auteurs d'agression sexuelle, ce matériel n'est pas à interpréter aussi vite que dans une thérapie classique, tant une parole énoncée trop tôt pourrait faire effraction pour le patient.

En revanche, l'analyse de ce matériel aide les thérapeutes à ajuster leurs interventions et positionnements respectifs au cours des séances afin de maintenir une continuité de la fonction contenante du cadre thérapeutique tout en résistant aux attaques du patient.

La richesse et la dynamique soignante de la cothérapie passe aussi par l'attention que les thérapeutes développent l'un pour l'autre dans un « accordage thérapeutique » (Wendland et al., 2015). Ainsi, les deux cothérapeutes, parallèlement à l'activité classique d'écoute du patient, ont à réaliser un travail d'attention portée au collègue thérapeute, à ses réactions, au fil de ses interventions, et à opérer des ajustements avec ses propres pensées et objectifs au cours de la séance. Cette construction à deux se poursuit après la séance et assure aux thérapeutes et au patient la continuité d'un bain de pensée.

6.2.3. *Thérapie de groupe*

La thérapie de groupe est un dispositif privilégié pour les prises en charge d'auteurs de violence sexuelle dans la mesure où elle permet à des sujets souffrant de troubles similaires de trouver une résonance dans l'expérience des autres participants (Cordier, 2002). Comme l'indique Savin (2000), il permet au sujet auteur de violence sexuelle de sortir de son isolement. Soulignons que ce simple effet n'est en soi pas négligeable tant est profonde la solitude exprimée par des patients en proie à des pulsions sexuelles déviantes face auxquelles ils se sentent démunis. Le groupe offre un étayage narcissique et un sentiment d'appartenance liés à « l'illusion groupale » (Anzieu, 1975).

Gravier (2018) remarque qu'au-delà des modèles théoriques auxquels se réfèrent les thérapeutes, certains thèmes semblent incontournables : « analyse du passage à l'acte et du moment de vie dans lequel celui-ci est survenu, reconnaissance de la fantasmatique sexuelle, vécu de la victime, rapport à la loi, difficultés face aux situations d'intimité, difficultés relationnelles et face à l'altérité, éléments d'histoire personnelle de chacun. »

Emeraud (2001), à propos des thérapies de groupe d'orientation psychodynamique destinées à des auteurs de violence sexuelle, insiste sur la permanence et la solidité du cadre mis en place dans cette modalité thérapeutique. Ces qualités apportent des effets structurants et une sécurité pour le patient et lui permettent « de faire l'expérience que penser ne le détruit pas et que parler ne détruit pas les autres. » (Emeraud, 2001). Ainsi, le groupe médiatise les relations dans un espace thérapeutique sécurisé, le transfert s'y trouve diffracté sur l'ensemble des participants, autorisant une meilleure disponibilité psychique aux thérapeutes (Emeraud, 2001). Les effets de miroir entre les membres du groupe

suscitent la reconnaissance de l'autre à la fois semblable et différent, et ouvre des jeux d'identification, y compris à la victime (Savin, 2000).

Emeraud (2001) résume les objectifs de la thérapie de groupe d'orientation psychodynamique : Elle permet d'analyser les dynamiques intersubjectives, de susciter l'émergence de processus inconscients, d'établir des liens associatifs préconscients et de favoriser la subjectivité en incitant le patient, par sa narration devant d'autres, à devenir acteur de son histoire. Par la permanence et l'indestructibilité de son cadre et les étayages multiples qu'il propose, le groupe se pose comme entité à part entière et établit une différenciation entre l'intériorité et l'extériorité. Petit à petit, la thérapie de groupe permet au patient d'introjecter cette différenciation intérieur/extérieur, ces objets d'étayage, les jeux dialectiques et les liens symboliques entre les participants, en une groupalité interne garante de son fonctionnement psychique. Ainsi, le sujet n'est plus seul face à l'irruption pulsionnelle.

Devaud, Stigler-Langer (2016) préconisent l'association systématique de la psychothérapie de groupe et du suivi individuel dans les prises en charge d'auteurs de violence sexuelle pour assurer une continuité et une vitalité du lien entre le patient et le thérapeute, offrir des occasions de travailler et dépasser le clivage, analyser et réorganiser les processus transférentiels.

7. Désistance

Hanson et al. (2018) définissent la désistance comme la diminution significative de toute récidive criminelle ou de toute activité délinquante. Pour les auteurs de violence sexuelle, le sujet est délicat car si, comme le souligne Ciavaldini (2015), cette catégorie de délinquants est celle qui récidive le moins, la réitération d'un délit sexuel est particulièrement insoutenable compte tenu des conséquences à court, moyen, long et même très long terme que ce type d'agression génère pour les victimes.

Hanson et al. (2018) proposent de considérer comme seuil de désistance pour les auteurs de violence sexuelle le moment où le risque qu'ils commettent un nouveau délit sexuel est

équivalent au risque qu'un individu ayant des antécédents de délinquance non sexuel commette un délit sexuel.

Plusieurs auteurs considèrent que le soin contribue à faire diminuer le risque de récurrence des auteurs de violence sexuelle. Ainsi, Marshall et Marshall (2017) citent des méta-analyses impliquant de très nombreuses cohortes, indiquant un taux de récurrence significativement plus faible, sur de longues périodes, pour des auteurs de violence sexuelle bénéficiant de soins (11%) comparativement à d'autres non traités (18%). De même, Beech et al. (2012) ont comparé les taux de récurrence à court terme chez 413 auteurs de violence sexuelle sur enfant ayant suivi des programmes thérapeutiques similaires. Cette étude a mis en évidence un taux de récurrence plus faible (9%) chez les individus évalués comme « collaborant au traitement » que ceux évalués comme « réfractaires au traitement » (15%).

Les leviers de la désistance des auteurs de violence sexuelle demeurent relativement obscurs. Si la plupart des thérapies spécialisées pour ces sujets considèrent généralement comme incontournables, des thèmes telles que la détresse psychologique, le déni du crime sexuel, l'empathie pour la victime, la motivation pour le traitement, Hanson et al. (2005) ont démontré que ces facteurs ont peu ou pas de relation avec la récurrence sexuelle.

Ciavaldini (2015) met l'accent sur l'association du soin avec les champs du social et du judiciaire pour constituer un environnement ferme et sécurisant pour le sujet auteur de violence sexuelle, car intransigeant face au risque de récurrence, mais aussi soutenant dans la prise en considération de ses capacités et de ses limites. Un accompagnement mettant en place des mesures que l'individu puisse s'approprier.

Palermo (2012), aux Etats-Unis, dénonce l'ampleur des mesures coercitives à l'égard des auteurs de violence sexuelle, destinées à rassurer la population, mais qui peuvent à terme s'avérer contre-productives. Ainsi, l'impossibilité d'une réinsertion sociale et professionnelle, le sentiment de honte, d'humiliation et de rejet entraînés par de telles mesures, peuvent placer le sujet auteur de violence sexuelle dans une situation encore plus délétère que celle d'avant son acte délictueux, et finalement augmenter le risque de récurrence.

Hanson et al. (2018) mettent en évidence la diminution progressive du risque de récurrence des auteurs de violence sexuelle avec le temps, quel que soit le niveau de risque présenté

par l'individu au départ. Les auteurs attribuent ces résultats à l'insertion progressive des individus dans une vie plus satisfaisante.

Ainsi, par un accompagnement soignant associé à un environnement social stable et délimité (Ciavaldini, 2015), et dans une certaine bienveillance du thérapeute pour le patient (Marshall et Marshall, 2017), l'enjeu de la thérapie demeure d'aider le patient auteur de violence sexuelle à trouver un fonctionnement plus harmonieux au niveau psychique, social, inter-individuel et de s'installer dans un devenir plus équilibré.

Il va sans dire que les orientations des politiques publiques influencent les possibilités des professionnels de mener de telles missions et facilitent ou au contraire entravent les perspectives de réinsertion des auteurs de violence sexuelle dans la société, mais aussi dans l'humanité des relations intra et inter subjectives apaisées, où chacun prend sa part, dans la mesure de ses possibilités et capacités, pour maintenir le respect et la sécurité de tous.

Synthèse du Chapitre 4

La prise en soin de sujets auteurs de violence sexuelle présente des difficultés spécifiques liées aux conditions d'entrée en soin du patient, à savoir la contrainte ; à la confrontation du thérapeute à la violence ; et aux caractéristiques relationnelles du sujet.

Il est donc nécessaire de construire un cadre clair, assorti d'évaluations rigoureuses du fonctionnement psychique du sujet, avec l'aide, notamment, d'outils appropriés.

Sur cette base, des modalités thérapeutiques adaptées et créatives pourront être mises en place.

La désistance, véritable sortie de l'activité délinquante, ainsi qu'une qualité de vie acceptable pour le patient, demeurent une préoccupation des soignants.

Chapitre 5 : Analyses cliniques

La destruction

*Sans cesse à mes côtés s'agite le Démon ;
Il nage autour de moi comme un air impalpable ;
Je l'avale et le sens qui brûle mon poumon
Et l'emplit d'un désir éternel et coupable.
Parfois il prend, sachant mon grand amour de l'Art,
La forme de la plus séduisante des femmes,
Et, sous de spécieux prétextes de cafard,
Accoutume ma lèvre à des philtres infâmes.
Il me conduit ainsi, loin du regard de Dieu,
Haletant et brisé de fatigue, au milieu
Des plaines de l'Ennui, profondes et désertes,
Et jette dans mes yeux pleins de confusion
Des vêtements souillés, des blessures ouvertes,
Et l'appareil sanglant de la Destruction !*

Charles BAUDELAIRE 1821 - 1867

Les vignettes cliniques présentées sont issues de suivis thérapeutiques dans le cadre de mon activité de psychologue. Ces présentations suivent l'ordre chronologique selon lequel j'ai rencontré ces patients pour la première fois.

Deux vignettes, Cassandre et Achille relatent des moments du suivi des patients, pendant leur incarcération dans une Maison d'Arrêt française.

Je rencontrais ces patients seul, c'est pourquoi j'utilise le pronom « je » dans ces vignettes.

Trois vignettes, Henry, Jean-Yves et Marc relatent des moments du suivi de patients contraints à une obligation de soin dans une consultation ambulatoire spécialisée dans les prises en charges thérapeutiques de personnes présentant une sexualité déviante.

Ces patients étant rencontrés en cothérapie par deux thérapeutes, j'utilise le pronom « nous » dans ces vignettes.

1. Cassandre

*Mignonne, allons voir si la rose
A Cassandre*

<i>Mignonne, allons voir si la rose Qui ce matin avoit desclose Sa robe de pourpre au Soleil, A point perdu ceste vesprée Les plis de sa robe pourprée, Et son teint au vostre pareil.</i>	<i>Las ! voyez comme en peu d'espace, Mignonne, elle a dessus la place Las ! las ses beautez laissé cheoir ! Ô vraiment marastre Nature, Puis qu'une telle fleur ne dure Que du matin jusques au soir !</i>	<i>Donc, si vous me croyez, mignonne, Tandis que vostre âge fleuronne En sa plus verte nouveauté, Cueillez, cueillez vostre jeunesse : Comme à ceste fleur la vieillesse Fera ternir vostre beauté.</i>
--	---	---

Pierre De RONSARD (1524-1585)

Cassandre est un homme âgé de la cinquantaine.

Je le rencontre en Maison d'Arrêt où il est prévenu pour des faits d'agressions sexuelles sur un adolescent de quinze ans. Il est récidiviste de tels délits et était d'ailleurs sous le coup d'une peine de prison avec sursis et mise à l'épreuve au moment des faits qui l'ont conduit à l'actuelle incarcération.

Au moment où j'interviens dans le suivi thérapeutique, il est déjà connu par mes collègues psychiatre et psychologue qui assurent une thérapie de groupe et l'ont déjà suivis auparavant en thérapie individuelle.

L'évènement qui a incité l'équipe à mettre en place un suivi individuel en sus de la thérapie de groupe est la découverte que Cassandre, depuis la prison, écrivait à des femmes qui passaient des petites annonces pour proposer leurs services comme gardiennes d'enfants. Dans ces courriers, Cassandre dupait ces femmes en se faisant passer pour un potentiel employeur, celles-ci vivant généralement dans des régions de France plutôt éloignées et ne pouvant donc pas se douter que l'adresse de leur correspondant était en fait celle d'une prison. Il entretenait alors des échanges épistolaires où il décrivait un enfant à garder qui s'avérait plutôt rebelle et suggérait ou demandait des précisions quant aux punitions et châtements qu'elles se sentaient en mesure d'infliger. En outre, il demandait également des précisions détaillées quant aux soins corporels et à l'habillement qu'elles entendaient apporter à l'enfant mais aussi les tenues qu'elles-mêmes avaient l'habitude de porter.

Une telle mise en acte de scénarii pervers par cet homme intelligent et qui, par ailleurs, amenait une réflexion en séances de groupe et semblait chercher à avancer dans sa thérapie, avait suscité dans l'équipe un certain découragement. Le suivi individuel était mis en place pour renforcer le dispositif soignant.

Cassandre est régulier aux séances que je lui propose. Il a toujours un ton calme et respectueux. Sa tenue est soignée. C'est un homme plutôt petit, mince, avec un visage très expressif qui lui donne un aspect quelque peu juvénile. Il s'exprime de façon calme et posée, avec une assurance dans la voix et des mots choisis qui reflètent des talents d'orateur et une certaine maîtrise de l'élocution en publique.

Cassandre est le dernier enfant d'une fratrie de quatre. Son frère et ses sœurs sont passablement plus âgés que lui ce qui lui donne le sentiment d'avoir partagé peu de choses avec eux durant son enfance. Ce statut de « petit dernier » est renforcé par le fait que, nourrisson, il a souffert de maladies ayant amené à une hospitalisation, suscitant l'inquiétude de ses parents, plus particulièrement de sa mère, semble-t-il. Cet épisode, associé à des maladies bénignes mais régulières durant son enfance, et à sa petite taille, lui ont valu d'être catégorisé dans la famille comme « rachitique », « fragile », « à protéger ». Il déclare que durant une certaine période de son enfance, jusqu'à huit ans environ, il parvient à opérer un certain contrôle de ces maladies. Ainsi, dit-il, en se mettant dans un certain état d'esprit et en mangeant d'une manière particulière ou en omettant intentionnellement certains survêtements au moment d'aller dehors, il provoquait à coup sûr des maux de ventre ou poussées de fièvre lui permettant de rester chez lui avec sa mère, plutôt que d'aller à l'école. En cela, il avait possiblement une forme de maîtrise sur son corps, mais aussi très probablement sur la relation avec sa mère, sachant jouer de ce qui allait l'attendrir, l'émouvoir, ou l'angoisser pour qu'elle le garde auprès d'elle.

La place tout à fait privilégiée qu'il remplit auprès de sa mère semble donc inscrite dans l'histoire de son corps malade. Il met en avant dans son souvenir d'enfance comment son indisposition passagère provoque l'inquiétude et le rapprochement chez sa mère. En cela, il expose le fantasme de contrôler la distance ou le rapprochement offert par sa mère, en érotisant son corps pour elle, par la maladie qu'il prétend provoquer. Derrière cette construction, qui tend à mettre en scène une relation fusionnelle entre l'enfant et sa mère, se cache probablement une lutte contre une sensation bien plus angoissante : Celle de vœux de mort des parents, peut-être de la mère elle-même, ressentis par Cassandre-enfant au tout

début de sa vie, dans une période d'avant la capacité de représentation. On peut faire l'hypothèse que ces maladies de la petite enfance, ce « rachitisme » souligné par le discours familiale peut être la cause, mais bien plus probablement la conséquence d'un fantasme parental inconscient mortifère. Cassandre dit peu de chose de la première hospitalisation de sa petite enfance. Si elle a constitué une franche rupture avec ses parents, si le pronostic vital était engagé... Un tel vécu a pu constituer une blessure profonde par la rupture de continuité de son environnement primaire et par le ressenti des préoccupations morbides, peut-être résignées à sa perte, que Cassandre a pu percevoir dans son entourage.

Une autre possibilité est que l'entourage primaire de l'enfant Cassandre présentait de fait des discontinuités malencontreuses et une fantasmagorie de rejet. Les maladies et le rachitisme signeraient alors les difficultés de Cassandre à habiter son corps et les stigmates d'une désintrinsication entre pulsion de vie et pulsion de mort.

En tout état de cause, la maladie semble effectivement porter la marque des angoisses agonistiques. Plus tard, il rejoue la maladie, en l'érotisant, afin de mettre à distance la menace d'effondrement. Cassandre ne sait pas quoi dire des moments où il décidait de mettre en œuvre ses « stratagèmes », mais il est probable qu'il vivait de façon indicible l'angoisse, dans des moments de vacillement de la figure maternelle. Par son corps d'enfant malade, il vient alors la combler, lui rendre son omnipotence nécessaire aux premiers moments de la vie et fantasmée dans leur relation incestuelle.

Cassandre a grandi avec ses deux parents dans un milieu socio-économique modeste. Milieu dans lequel ses frères et sœurs ont poursuivi leur vie, tandis que lui s'est efforcé de fuir en se détournant des métiers manuels et en cherchant à gagner plus d'argent. Ainsi, il a notamment exercé comme courtier en assurance, fait de la spéculation immobilière et a écrit un recueil de Nouvelles qui a joui d'un certain succès local. Au moment du suivi, son père est décédé et sa mère est toujours en vie. Il a été marié une dizaine d'années et n'a pas eu d'enfant.

Dans son enfance, il se vit comme « à part », élevé un peu comme un enfant unique, ses frères et sœurs plus âgés que lui quittant le foyer assez tôt. Il se décrit comme un enfant

solitaire, s'ennuyant beaucoup. Il rapporte un souvenir de son entrée à l'école maternelle dans lequel il ne comprend pas pourquoi les autres enfants pleurent, les trouvant stupides, et restant seul, dans son coin tant les activités proposées lui paraissaient inintéressantes. Ainsi, vivait-il l'expérience de la séparation d'avec ses parents dans un repli narcissique, avec l'abrasion des affects et un dénigrement de l'entourage nouveau. La sécurité interne autorisant l'investissement d'un environnement inconnu et de personnes nouvelles semble déjà défailante.

La mère est décrite comme protectrice et le père comme colérique, grondant son fils puis cherchant à le consoler. Cassandra fait état de conflits houleux entre les parents, sans violence physique mais tonitruants verbalement. Il en était le témoin impuissant et effrayé, imaginant régulièrement qu'un de ses parents allait partir, disparaître.

L'environnement familial est donc décrit comme psychiquement peu protecteur et peu concerné par son vécu d'enfant et ce qu'il peut assimiler des scènes auxquelles il est exposé. Ces moments se sont probablement inscrits comme des expériences de rejets. Les parents, dans leur tête à tête orageux n'ayant plus aucune préoccupation pour leur enfant, comme s'il n'existait plus. Ils lui donnent à voir, par la même occasion, une version violente des rapports entre adultes et qui plus est entre mari et femme. L'intégration pour l'enfant d'une « scène primitive » s'en trouve alors perturbée.

Dans ce contexte instable, Cassandra vit des angoisses de catastrophe imminente, à thème de disparition d'un des parents.

Concernant sa problématique pédophile, il se vit comme deux personnes à la fois avec une part sociale et une part cachée, en proie à des fantasmes de façon plus ou moins permanente. Son attirance pour des jeunes garçons adolescents commence par une recherche de tendresse, de rapprochement affectif, qui s'impose rapidement comme une attirance sexuelle. Il se perçoit dans ces moments comme un garçon de douze ou quinze ans découvrant l'émoi sexuel au travers de caresses et d'exploration du corps de l'autre. Ayant eu recours régulièrement à de tels agissements, Cassandra s'est retrouvé à plusieurs reprises devant la justice.

Lors d'une de nos premières séances, Cassandra se présente troublé, un journal à la main, évoquant un fait divers dramatique survenu dans la région les jours précédents et ayant suscité l'émoi dans la population locale. Un adolescent, dans un mouvement de détresse,

s'était suicidé en se défenestrant à l'intérieur de son lycée. Les secours arrivés sur place, il avait déclaré, à-demi conscient qu'il souhaitait vivre, mais était malheureusement décédé quelques heures plus tard, à l'hôpital, des suites des lésions liées à sa chute, malgré les efforts des soignants pour tenter de le sauver. Cassandra, visiblement ému par cet article, amène cette question : « Que peut-on donner à une personne ?... » S'ensuivent des questionnements divers plus ou moins liés à l'événement : Que peut-on donner à une personne pour qu'elle se sente bien ? Que peut-on donner pour qu'un adolescent n'ait pas le souhait de se suicider ? Pour que la vie se poursuive ? Pour que le malheur ne survienne pas ? Ces interrogations l'amènent à une réflexion personnelle, ce qu'il considère comme un paradoxe dans sa vie : « Quand je veux donner du bien à quelqu'un, c'est un mal que je donne. » Même s'il ne s'y réfère pas directement, sa problématique pédophile paraît clairement en filigrane dans le matériel qu'il amène. Ainsi cet intérêt pour l'adolescent, le thème de la vie et de la mort à cet âge, avec la question de savoir si la vie vaut la peine d'être vécue pendant cette période mais peut-être surtout après.

Cela vaut-il la peine de « tuer », comme le suggère Leclaire (1975), la part d'enfance et d'adolescence pour entrer dans le monde des adultes ? Et ce « bien » qu'il veut donner n'est-il pas une émanation de son fantasme de toute puissance, où il serait à même de réparer, combler ce qui manque chez l'autre ? Posture imaginaire qui le situe au-dessus de la condition humaine, non concerné par l'incomplétude, le manque-à-être. « C'est un mal que je lui donne » constitue finalement une forme de lucidité par rapport aux adolescents qui ont été ses victimes ; un bilan de sa vie régulièrement conduite par la poursuite de ses mirages de toute-puissance, au prix de l'inexorable destruction des relations réelles, possiblement décevantes mais potentiellement vivifiantes ; un échec, enfin, pour l'adolescent en lui qui n'a pas su grandir et que dans la persistance de ses chemins de traverse, il s'est obstiné à écarter d'occasions de maturations bienfaisantes.

Cassandra poursuit par une croyance qu'il avait étant enfant : « Quand un vieillard meurt, il ne peut pas vivre éternellement au Paradis comme vieillard, il doit se retrouver comme il était à l'âge de douze ans ». Ainsi, au Paradis, tous les gens doivent avoir douze ans. Il explique que cette idée l'a profondément marqué et qu'aujourd'hui encore il en reste quelque chose en lui. Douze ans reste l'âge idéal ; Tintin, le héros d'Hergé, a douze ans pour Cassandra, il ne peut pas le voir autrement. A douze ans, « on est déjà sexué mais encore enfant. Après, on commence à se décrépiter. »

Ce surinvestissement de l'âge de douze ans semble jouer le rôle d'une image de lui parfaite. Un corps idéalisé, intègre, au sommet de l'enfance et non encore marqué par la sexualité génitale, impossible à élaborer pour l'appareil psychique mal structuré de Cassandre, trop envahissant pour son Moi, ravivant en lui des angoisses dépressives primaires : « la décrépitude ».

De fait, l'évolution de Cassandre est marquée par une fixation à l'adolescence qui n'a jamais mûri. Il ressent très tôt, dans une forme d'embarras, cette suspension de son développement psychoaffectif. Ainsi, il amène un souvenir d'adolescence, dans les vestiaires après une séance de sport, où il avait très envie de proposer à ses copains présents de comparer ensemble la longueur de leur sexe, mais n'osant pas l'énoncer et ressentant même une culpabilité car il avait conscience qu'ils étaient trop grands pour jouer encore à ça. Il mesurait alors le décalage entre lui et ses camarades, entre ses préoccupations et son âge réel.

Ce décalage se situe avant tout dans sa difficulté à intégrer une sexualité génitale malgré l'avancée en âge et la mise en œuvre du processus adolescent. Ses aspirations de liens et de partages interpersonnels demeurent fixées à l'excitation partielle d'une sexualité infantile.

Cassandre se décrit comme un enfant et adolescent complexé. Il décrit une autodépréciation, se considérant médiocre à l'école, sentiment, dit-il, fortement alimenté par sa famille. Il éprouve une certaine honte de ses parents et de son milieu modeste. Ainsi, vers sept ou huit ans, il rêve que son père est James Stewart. Il est pris d'admiration et d'envie lorsqu'il est ramené chez lui par le père d'un de ses copains, dans une Citroën DS toute neuve, avec des sièges en similicuir. Il ressent de la jalousie lorsque, invitant un copain chez lui, il remarque une attention et un intérêt de ses parents vis-à-vis de ce dernier, plus important que ce qu'il a l'habitude de ressentir pour lui-même. Cassandre enfant semble donc souffrir des carences affectives de son environnement parental et y supplée par un recours à l'idéalisation. Par ailleurs, il décrit son père comme un être lointain, qu'il s'emploie, à cet âge, à ignorer superbement, comme s'il demeurerait un étranger avec lequel il cherchait à avoir le moins de relation possible, « un épouvantail », dira-t-il une fois.

Il donne un autre exemple de figure masculine pathétique dans la personne d'un voisin réputé particulièrement sévère et acariâtre. Un jeu des enfants du quartier, dont Cassandre,

était de lui infliger quelques petites provocations, envoyer des graviers dans ses fenêtres par exemple, non pas pour casser le carreau mais pour faire du bruit, se cacher et le voir sortir de chez lui furieux, s'agitant et vociférant dans le vide puisqu'il ne voyait pas les cibles de son courroux. « C'est ce qui est intéressant avec les tyrans, c'est de provoquer leur puissance tout en restant hors de portée. » On peut se demander quel danger représente pour lui la figure masculine pour qu'il ait besoin de la sorte de provoquer et de contrôler la colère de ce voisin.

Ainsi, à cet âge, les hommes de son entourage sont des sortes de marionnettes dont on s'écarte ou qu'on agit à sa guise. En tout cas pas des supports d'identification. Les figures masculines idéalisées ne paraissent pas non plus permettre l'identification mais plutôt marquer l'écart avec son père, vécu comme d'autant plus insatisfaisant.

La mère est assez peu évoquée si ce n'est comme la personne sur laquelle il peut tout le temps compter, sa seule vraie interlocutrice à la maison. Ainsi semblent-ils entretenir un lien étroit tous les deux, avec des apparitions peu significatives du père, puisqu'au final les décisions importantes comme aller à l'école ou rester à la maison n'étaient prises que par la mère.

Lors d'un entretien, Cassandre se reconnaît des affects ambivalents vis-à-vis du psychiatre qui co-anime la thérapie de groupe : un sentiment de considération pour ses qualités intellectuelles et sa disponibilité mais en même temps un sentiment de haine quand il pointe certaines vérités.

Par la suite, il nomme le sentiment de haine contre son père lorsqu'il était enfant. Il évoque aussi des souvenirs où il reconnaît aujourd'hui des mouvements d'affection de son père à son égard, qu'il n'avait pas décrypté à l'époque. Ainsi, se souvient-il de sa première fête entre adolescents où son père, au moment où il partait lui donnait une bouteille de limonade pour qu'il puisse la partager avec ses amis. Ce geste, qui n'était pas dans les habitudes familiales, lui apparaît aujourd'hui comme une invitation bienveillante à profiter des bons moments entre pairs et à s'émanciper.

Au cours d'autres séances, il exprime une forme d'affection voire d'admiration pour ce père aujourd'hui décédé, qui a tenu toute sa vie un travail rude sans jamais se plaindre. « Il était héroïque et n'en a rien dit. » Ainsi, la figure paternelle, insignifiante voire détestée de

son vivant, se voit affublé d'admiration et d'idéal une fois morte, illustrant l'impossible rencontre entre ce père et son fils.

Sa mère, toujours en vie semble constituer pour Cassandre un lien permanent, indéfectible. S'il anticipe le décès de sa mère, il a l'impression que cet événement le fera passer sans transition de l'enfance à la vieillesse. Plus exactement, son idée est que sans père ni mère, il n'est plus rien car il perdrait le lien à son enfance. Il reste ainsi fixé à l'enfant réel qu'il demeure, dépendant de ses parents et ne peut pas s'envisager inscrit dans une filiation symbolique.

Par ailleurs, il ramène un rêve où il porte sa mère sur ses épaules pour traverser une étendue d'eau sans qu'elle se noie. Celui-ci accentue la complexité de la relation à sa mère, relation en double dépendance où tantôt il demeure l'enfant tributaire de sa mère, tantôt c'est elle qui lui doit sa survie. « Tu ne peux pas te passer de moi et sans toi je meurs » semble être le message inconscient transmis depuis longtemps par sa mère à Cassandre. Leur survie tient alors à l'identification de Cassandre à l'enfant fétiche idéal, chargé de combler sa mère de tout manque.

Cassandre dit penser régulièrement à son enfance. Selon ses mots, il cherche à « recontacter l'enfant qu'il était ». Il aimerait lui faire des compliments et lui apporter de la tendresse, relever à sa juste valeur cet enfant qui se croyait si médiocre. À cette occasion, il évoque avec émotion des cahiers d'école datant de sa scolarité primaire et qu'il avait retrouvé par hasard une fois adulte. Il en voyait avec ses yeux d'adultes toute la qualité alors qu'à l'époque il se prenait pour un mauvais élève, dépréciation largement alimentée par sa famille. Il aimerait alors pouvoir féliciter cet enfant de l'époque et lui exprimer toute son affection et ses encouragements. Il y a dans ce mouvement comme une préoccupation pour sortir l'enfant qu'il était de la dépression et de la carence narcissique dans laquelle il se trouvait. Cette tentative, plus élaboratrice dans la séance, semble mise en acte dans les fantasmes et contacts sexuels avec des mineurs. Ceux-ci, mettent en œuvre une captation spéculaire vis-à-vis de la victime, appréhendée comme un double idéalisé de lui-même enfant, et une séduction narcissique pour l'amener sous emprise. De cette manière, il met en place un scénario dans lequel il fait jouer à sa victime le rôle de lui-même enfant afin de le valoriser et de nier les souffrances dépressives de son enfance en leur substituant des éprouvés de plaisir érotique.

Par ailleurs, alors qu'il n'a jamais eu d'enfant, il évoque un souhait de paternité qui l'accompagne depuis fort longtemps. Il dit même que cette idée lui est apparue alors qu'il n'avait que onze ou douze ans, « avant, dit-il, d'être biologiquement prêt ». Au-delà de cette fixation à l'âge de douze qui apparaît encore, il semble bien qu'il évoque là un désir enfantin qui est resté identique malgré le passage du temps et la maturité. Ce qu'il nomme « désir de paternité » constitue une forme de rêverie dans laquelle il se voit « un bon père », c'est-à-dire présent, aimant et valorisant pour son enfant : « un papa-gâteau » comblé et admiratif de son enfant. Dans les faits, si ce projet ne s'est jamais concrétisé, il avoue, comme une lubie, avoir à un moment de sa vie constitué un patrimoine financier pour « un ou des enfants virtuels ». Il « jouait » donc à « comme si il avait un ou des enfants et qu'il s'occupait de leur avenir matériel ». « Jouer à faire comme si... » est vraiment une préoccupation enfantine ! Il rationalisait cette démarche en se disant qu'elle aurait toute son utilité si un jour il avait des enfants. Ce désir s'inscrit donc dans une volonté de réparation narcissique par la production d'un scénario idéalisé dans lequel il se trouve en situation d'omnipotence, capable de tout donner : amour, argent, etc. Situation fantasmée dans laquelle il est en mesure de réparer l'enfant narcissiquement blessé qui demeure fixé en lui et où il est un adulte idéal, pas comme ses parents, un adulte comblé et dépositaire de la toute-puissance du petit enfant.

Dans ses souvenirs d'adolescence, Cassandre se décrit comme un garçon très timide, et même quelque peu impressionné par ces « créatures inaccessibles » qu'étaient les filles. Lors de fêtes ou de sorties, des copains l'aidaient et l'encourageaient pour qu'il ose s'approcher d'elles. Aujourd'hui, Cassandre se demande si son orientation sexuelle aurait été modifiée s'il avait à l'époque osé saisir certaines opportunités.

Pour ce qui est des relations sociales, Cassandre mentionne tout au long de sa vie une dichotomie entre d'une part, une profonde solitude, à la fois ennuyeuse et protectrice contre sa peur des autres ; et d'autre part une position de boute-en-train où, enfant il s'emploie à faire rire ses camarade et adulte il cherche à briller pour attirer l'attention sur lui. Ainsi, marqué par une dépression originaire, il s'efforce continuellement de la combattre, notamment par l'excitation qui stimule les sensations de plaisir, et la séduction narcissique qui le place en posture d'idéal.

Vers l'âge de vingt-trois ans, Cassandre finit son service militaire et se trouve rapidement embauché à la SNCF. Il occupe une dizaine d'année un emploi qu'il estime médiocre et

inintéressant. Dans le même temps, il se marie et vivra en couple une quinzaine d'années. Il considère le mariage comme une illusion de bonheur et de confort. Il exprime de cette période une sorte de sentiment d'imposture, une banalité de sa vie de laquelle il rêve de s'extraire.

Il relate une fuite de cette langueur dans l'expérience, lors de vacances, des boîtes de nuit en Espagne. Il décrit une aspiration par l'ambiance de la boîte, une sensation d'être caché par le bruit, la musique, les jeux de lumières et d'obscurité dans laquelle il a l'impression que tout est possible, tout est permis et sans limite. Il s'enthousiasme, à l'évocation de ces souvenirs, des femmes croisées dans ce contexte. Comme halluciné, il s'extasie : « Voir danser sur le comptoir des longues jambes en bas de soie, c'est magnifique ! » De fait, s'abandonnant dans l'excitation sensorielle, se dissolvant dans la jouissance des objets partiels, il avoue qu'il n'est ressorti de l'une de ces boîtes de nuit qu'au bout de trois jours. Après ce laps de temps il retournait vers sa femme et ses amis de villégiature, passablement étonnés et un peu inquiets de sa disparition. Piteux et confus, avec une sensation de « gueule de bois », il a été incapable de dire quoi que ce soit ou de donner quelque explication sur sa conduite.

Dans cet épisode, Cassandre semble s'être laissé happer dans une orgie sensorielle, une suractivité des pulsions sexuelles partielles, offrant un plaisir érotique compulsif comme rempart à la dépression primaire et au sentiment de dépréciation. L'excitation est à ce point intense, du fait aussi de son incapacité à organiser une expérience de satisfaction, qu'il vit un moment d'éclipse subjective. Cet événement a lieu à un moment de sa vie décrit comme fortement décevant et insatisfaisant. En effet, la vie d'adulte ne remplit pas ses promesses : ni la vie conjugale, ni la vie professionnelle ne viennent combler son vide existentiel.

Une autre forme de fuite de son quotidien, plus construite et mettant en scène ses modalités perverses, se développe pendant la période de son mariage. Il traîne alors régulièrement dans les magasins d'habits d'une grande galerie marchande, afin d'accoster des jeunes femmes sous des prétextes futiles pour tenter de partager un moment d'intimité avec elles. Son projet est d'amener la femme à essayer des habits sous ses conseils et de partager ensemble leurs avis. Avec une forme d'ironie, il déclare, dans ces activités, « jouer à la poupée Barbie. » Le summum, dit-il, s'est produit une fois où la jeune femme ayant accepté d'essayer une robe qu'il proposait, Cassandre a pu poser ses mains sur les hanches de celle-ci et la regardait se contempler dans le miroir. « C'est un plaisir infini, qui pourrait

durer des journées entières ». En évoquant ces mises en scènes, il commence par se présenter comme « un dragueur », mais cela semble une reconstruction pour donner une image plus conventionnelle de son comportement. À d'autres moments, il énoncera plutôt par ces mises en scènes, la liberté de s'inventer une autre vie, et le « plaisir de se sentir asexué », comme s'il partageait avec la demoiselle une connivence entre « copines ». Un lapsus vient renforcer ce fantasme d'asexuation quand il parle d'« habiter une fille » alors qu'il pensait dire « habiller une fille ».

Ainsi, il donne à ces femmes une valeur d'objet fétiche, contrôlable et manipulable, rempart à la menace de castration et à la différence des sexes. La captation spéculaire devant le miroir maintient l'expérience sensorielle fétichiste qui, pour Cassandra, dénie la castration en se présentant comme une image de double homoséxué, et de même que dans la boîte de nuit espagnole, opère une orgie de plaisir sans fin car sans possibilité de satisfaction.

Par ailleurs, il évoque une mésaventure où il s'est senti dépassé par ses mises en scène, s'est trouvé fort embarrassé et cherchant la fuite, un jour où la femme objet de ses manipulations a commencé à le draguer. Ainsi, remettait-elle en avant leur différence de sexes, et de surcroît, en prenant les choses en mains, elle faisait perdre à Cassandra le contrôle de la situation et le ramenait à une position passive insupportable.

Durant la période de ces jeux manipulateurs, Cassandra se dit pratiquement libéré des fantasmes pédophiles.

De façon générale, Cassandra décrit les fantasmes pédophiles comme omniprésents, plus ou moins permanents. D'un côté il reconnaît qu'ils le gênent dans sa vie, qu'il cherche avec bien des difficultés à les canaliser ; mais d'un autre côté il compare ses fantasmes à « une Rolls Royce », « un refuge quand ça ne va pas. »

Ses fantasmes lui font l'effet d'une bulle dans laquelle il se plonge et qui le protège du monde extérieur. Pour décrire son ressenti, il donne l'image d'un fœtus dans le ventre de sa mère ou d'un bébé lové dans les bras de celle-ci.

Cassandra illustre donc l'origine très précoce de son angoisse et la recherche d'apaisement et de satisfaction dans ce qui n'a pas eu lieu, le sentiment de continuité et de sécurité dans les relations précoces à sa mère. La solution qu'il a trouvée au cours de sa vie consiste à

surinvestir érotiquement, à travers les jeunes adolescents, des images idéalisées de lui-même enfant, c'est-à-dire juste avant la poussée génitale qui amène à la sexualité adulte. Ce faisant, il échafaude « un refuge » depuis lequel il peut déployer la force du déni contre les angoisses agonistiques.

Au cours des séances, un thème revient régulièrement à propos d'une maison de famille qu'il possède par héritage. Cassandra décrit cette maison comme délabrée car, n'étant aujourd'hui destinée qu'à lui seul, il la néglige. Il évoque parfois les projets qu'il développe pour l'entretenir et l'améliorer. Mais pour envisager de les réaliser, il s'invente une femme et des enfants. En effet, engager la réfection d'une maison dans laquelle il anticipe qu'il vivra seul, est une entreprise vouée à l'échec.

Un autre thème est celui de l'écriture, du recueil qu'il a réalisé et des opportunités que cela lui a ouvert : invitation à une émission de radio, signatures lors de congrès du livre... Cassandra mentionne l'intérêt et le plaisir pour cette activité. Un jour il annonce qu'il a commencé l'écriture d'un roman, projet qui lui tenait à cœur depuis un long moment mais qu'il était jusque-là incapable de mettre en œuvre tant cette entreprise le mettait dans un état d'angoisse et d'inhibition. La nouveauté, dit-il, est que cette fois, il parvient à rédiger sans avoir besoin de s'inventer une personne qui l'aime pour cet écrit.

Lors d'une séance, Cassandra explique, comme étant un jeu, le besoin et le plaisir qu'il a à capter le désir, l'admiration des personnes autour de lui, avec le sentiment de se nourrir, de se remplir des sentiments intimes qu'ils lui livrent. Ainsi, par exemple, lors de signatures dans des congrès du livre, il lui arrive de jouer un rôle, de raconter des histoires en s'inventant des vies, et de se délecter du regard plein d'intérêt de la personne à laquelle il signe son livre.

Lors de la même séance, Cassandra amène un rêve qu'il a fait récemment dans lequel il est dans une grange, n'existant pas dans la réalité mais située, dans le rêve, dans le paysage où se trouve sa maison familiale. Cette grange est en ruine mais en l'inspectant, il y découvre un trésor.

Suite à cette séance, je décide d'instaurer un paiement symbolique. Lors de séances précédentes, Cassandra évoquait son intérêt, depuis l'enfance, pour collectionner les timbres. Cette passion a persisté à l'âge adulte, de façon fluctuante, avec des moments de désintérêt total, et d'autres moments de regain d'enthousiasme. Ces anecdotes l'amenaient

à évoquer, comme une collection de timbres qui n'est jamais finie, les projets qu'il a entamés dans sa vie et qu'il n'a jamais fait aboutir, comme une incapacité à tenir ses engagements vis-à-vis de lui-même et des autres.

Reprenant ce matériel, j'établis comme paiement, un timbre que Cassandra devra me donner à chacune de nos séances. Cette entreprise a pour fonction de faire écho à son rêve dans lequel il découvre une richesse et qui peut renvoyer à des parts inconnues de lui-même, voire des éléments transgénérationnels. Mon idée est d'introduire des objets échangeables et manipulables qui ne soient pas des fétiches figés et fixateurs de la libido, mais plutôt des éléments à valeur symbolique, propres à l'interaction, à la circulation et aux échanges. C'est aussi l'occasion de tenter de susciter une prise de responsabilité chez cet homme qui affiche son côté immature et infantile, de marquer la séparation intersubjective alors que je ressens régulièrement chez lui une tentative d'emprise sous la forme d'une séduction infantile. Une manière de chercher à me faire adhérer à ses histoires, à son point de vue, à sa minimisation de l'impact de ses comportements transgressifs avec des mineurs ou déviants avec des femmes adultes.

Ainsi, je modifie un peu les « règles du jeu » pour établir un cadre thérapeutique que j'espère arrimer différemment à un ordre symbolique.

À la séance suivante, j'expose à Cassandra mon souhait d'instaurer le paiement de nos séances par un timbre qu'il aura à me donner. Celui-ci est intéressé par la démarche : « Alors, c'est comme les séances chez le psy à l'extérieur. » Il propose même, pour que les séances aient un coût particulier, de payer avec des timbres « bleus » destinés à poster des courriers dans toute la Communauté Européenne, et qui coûtent un peu plus cher que ceux destinés aux envois nationaux. Ainsi, il achètera des timbres exprès pour payer ses séances.

Au cours de cet entretien, il rapporte également un rêve dans lequel « une partie d'un vieux mur de sa maison de famille, s'effondre. Il met ainsi à jour une grotte qui est comme un agrandissement de la maison. Une partie reste cachée mais il s'agit d'une pièce qui est belle et illuminée. » Il évoque alors son ambivalence concernant sa maison familiale dans laquelle il peine à s'imaginer vivre seul mais qu'il n'arrive pas non plus à envisager mettre en location et encore moins à vendre. Ainsi, Cassandra semble embarrassé pour investir cette maison qui lui est léguée et dont il convient de la valeur affective, de la même manière qu'il est gêné pour habiter son corps d'adulte, aux prises avec le temps et le

vieillesse, en décalage avec son idéal d'adolescent. Les rêves paraissent suggérer une possibilité d'amplitude dans la vision de sa maison et par là, de l'investissement de son corps.

La thérapie se poursuit avec régularité. Je suis plus attentif à mes mouvements contre-transférentiels durant la séance et me rend compte que j'adopte une attitude plus sérieuse, me laissant moins prendre dans la connivence qu'il cherche à installer entre nous au fur et à mesure du déploiement de ses souvenirs. Je suis également plus sensible aux mouvements agressifs qui apparaissent dans son discours. Ainsi, l'oubli du paiement, ou encore, dans une sorte d'amalgame entre les différents professionnels impliqués dans une obligation ou une injonction de soin, l'expression de sa révolte contre « le psy » auquel il devra rendre des comptes, lorsqu'il sera à l'extérieur, avant d'envisager de nouveaux projets tels que déménager, entamer une formation professionnelle ou un nouvel emploi, etc.

Au fur et à mesure des entretiens, Cassandra reconnaît avec plus d'acuité, le plaisir qu'il entretient, depuis l'enfance, pour s'évader dans des mondes virtuels, imaginaires : « Le plaisir de n'être pas à la place qu'on devrait occuper. » « La jouissance de l'errance. » « Ne pas avoir d'objectif, ne pas savoir où l'on va ni sur qui on va tomber, avec le sentiment de guider le monde. » Cassandra indique qu'il pouvait retrouver un état mental avoisinant, proche de la mégalomanie, lorsqu'il faisait de la prospection immobilière. Dans des prémisses de remise en question, il déclare qu'il jouait un rôle mais qu'aujourd'hui, ce rôle n'est plus en correspondance avec son âge. Il amène également une réflexion en apparence simple : « Les enfants sont des adultes en devenir. » Il affirme qu'il n'avait jamais envisagé les choses de la sorte et que c'est donc pour lui une vision nouvelle et inhabituelle. Habituellement, dit-il, ses pensées devant un enfant le conduisaient avant tout à juger si celui-ci pouvait constituer un attrait érotique. L'impact du temps consistait donc avant tout à évaluer s'il n'était pas trop jeune ou pas trop vieux pour susciter cet intérêt.

Plus tard, Cassandra amène des souvenirs de quelques professeurs du Collège ou du Lycée qui ont contribué à le faire grandir. « Ils m'ont relevés » dit-il. Par leurs manifestations d'ouverture à lui, par la possibilité qu'ils offraient d'être en conflit tout en restant bienveillants et permanents, ils lui montraient d'autres voies que celles de la pathologie familiale et l'incitaient à investir les capacités réflexives et rhétoriques, et à développer son ambition. Parmi ceux-là, il évoque souvent celui qui l'a encouragé dans le sport cycliste,

activité qu'il n'a depuis lors jamais cessé de pratiquer comme amateur, et qui lui a fourni de multiples occasions d'expériences et de sensations de liberté.

Apparaissent donc quelques figures masculines plus à même d'avoir fourni des supports identificatoires.

Lors d'une séance, Cassandra amène un rêve dans lequel une femme le séduit. Lui, n'est pas très intéressé au départ dans la mesure où la personne ne correspond pas à son style de femme, mais finalement la situation lui échappe. Pour finir, la relation était agréable et Cassandra considère qu'il a bien fait de ne pas se détourner. Ce rêve semble ouvrir des possibilités nouvelles, une manière de se risquer à la relation, quitte à perdre le contrôle, pour en tirer des bénéfices inattendus.

Plus tard, Cassandra amène un autre rêve dans lequel il reforme un couple avec son ex-femme. Dans le rêve, c'est la psychologue qui anime le groupe qui fait l'intermédiaire entre son ex-femme et lui. Son ex-femme souhaite qu'il fasse une formation de maçon. Lui, trouve cette idée idiote et pense qu'elle sera plus intéressée par des professeurs agrégés que par un maçon. Cassandra associe à ce rêve son inquiétude pour son avenir professionnel et pense qu'il sera obligé de repartir en bas de l'échelle sociale. On peut noter le sentiment de dévalorisation de Cassandra face à d'autres hommes, considérés comme plus prestigieux (les professeurs agrégés). Cette profession de maçon dans le rêve, si elle est associée à la symbolique de la maison de famille qu'il a à reconstruire, peut être aussi une invitation à prendre une position active en endossant le rôle de celui qui peut reconstruire et améliorer la maison en ruine. Notons enfin la fonction soutenante et bienveillante de la psychologue, dans le rêve.

Quelques semaines plus tard, Cassandra est transféré vers un établissement pour peine sans en avoir été averti comme c'est l'usage pour des questions de sécurité. La séance précédant ce transfert, il n'avait pas apporté le timbre, paiement de sa séance.

Quelques semaines plus tard, il écrit en évoquant nos séances qui lui « manquent déjà ». Il énonce « quelque chose de commencé et de pas fini » avec l'interruption brutale de cette thérapie, en précisant que pour une fois cet « arrière-goût d'inachevé » n'est pas de son fait. Enfin, il fait référence à ce timbre qu'il me doit et assure qu'il « régularisera les comptes ».

Deux mois plus tard, il écrit à nouveau, joignant le fameux timbre à sa missive et indiquant qu'il a repris sa thérapie avec les collègues de l'établissement pour peine, qu'il travaille à l'atelier, poursuit son travail d'écriture et entame une formation dans l'accompagnement de personnes âgées.

Il me faut préciser qu'en suivant mon intuition clinique, je n'ai pas mesuré le poids d'une règle pénitentiaire que je connaissais mal à l'époque, à savoir l'interdiction de tout échange matériel entre un détenu et un intervenant extérieur. Ainsi, afin de respecter le cadre plus général que constitue le règlement pénitentiaire, je n'ai plus utilisé par la suite ce procédé avec d'autres patients.

Synthèse de la vignette clinique de Cassandra

La vignette de Cassandra illustre le suivi d'un patient pédophile ayant recours à des défenses basées sur l'érotisation.

Son développement a été marqué par de probables ruptures très précoces avec sa mère qui peuvent être liées à une hospitalisation, mais sont possiblement antérieures à celles-ci et constituaient très certainement un fonctionnement maternel discontinu récurrent.

L'environnement familial révèle de nombreuses interactions dysfonctionnelles, avec une carence de chaleur affective, du dénigrement, de la violence verbale entre les parents.

La construction narcissique de Cassandra en a été affectée entraînant des angoisses agonistiques et une dépression primaire. En découle une faiblesse des assises identitaires, une mauvaise intégration de l'image corporelle et une tendance à l'autodépréciation.

Pour lutter contre ses angoisses, Cassandra a mis en place des défenses déniaient la séparation d'avec la mère et surinvestissant érotiquement une image d'enfant idéal aimé par la mère et apte à la combler.

Cassandra s'emploie à rejeter l'angoisse dépressive primaire par le recours au fétichisme et en déployant une forme de perversion narcissique par laquelle il se sent valorisé dans le regard de ses interlocuteurs.

La lutte permanente contre cette angoisse, par l'érotisation, peut amener à des pertes de subjectivité par la captation dans des «orgies sensibles» ou lors d'agirs sexuels pédophiles. Ces derniers, s'ils sont présentés sous l'angle de la séduction, des caresses et de la découverte, ne cachent que partiellement leurs sous-bassements violents, repérables dans l'emprise sur les victimes et le fantasme de punitions corporelles à un enfant dans ses correspondances épistolaires perverses.

Cette vignette rend compte d'une stratégie du thérapeute, au travers d'un paiement symbolique, pour se dégager d'un sentiment d'emprise. L'instauration d'un objet d'échange symbolique plutôt qu'une relation basée sur des objets fétichisés. Ainsi, le

thérapeute matérialise la séparation intersubjective et affirme la qualité créative de l'espace thérapeutique et sa dynamique d'échange par laquelle Cassandra reçoit, mais donne aussi.

Le suivi thérapeutique aide Cassandra à retrouver des figures identificatoires plus stables que ne l'ont été ses parents, et à remanier quelque peu sa dynamique psychoaffective.

2. Achille

Don Rafaniè, elle est mauvaise la malédiction du chien ?

« Mauvaise, le chien qui lèche la lime est en train de lécher son sang, mais ça lui plaît plus que la douleur et il continue jusqu'à se vider de tout son sang. »

Erri De Luca, 2001, Montedidio, Paris, Gallimard, p.108

J'avais entendu parler d'Achille dix ans auparavant, lors d'une précédente incarcération. Il était, à l'époque, écroué en détention préventive pour possession d'images à caractère pédophile et agression sexuelle sur sa belle-fille mineure (âgée de treize ou quatorze ans).

Il était réputé difficile à gérer en détention car exigeant, intolérant à la frustration, et n'hésitant pas à avoir recours à des conduites auto ou hétéro agressives pour se faire entendre et exercer une pression dans le but d'obtenir ce qu'il voulait.

Impliqué dans de nombreuses bagarres entre détenus, il arrivait plusieurs fois que ses rivaux soient envoyés à l'hôpital suite aux blessures subies.

Il recourait régulièrement à des tentatives de suicide par phlébotomie, parfois sérieuses et l'amenant à être hospitalisé. Celles-ci, ainsi que des périodes de grève de la faim, étaient énoncées comme des bras de fer avec le Juge d'Instruction qui interdisait les parloirs et correspondances avec l'épouse d'Achille, mère de la victime présumée.

La prise en charge psychiatrique et psychologique était décrite par mes collègues comme compliquée avec cet individu souvent manipulateur, peu enclin à la remise en question et adoptant une attitude défiante.

Il avait été transféré rapidement après son procès lors duquel il avait été condamné à une peine de six ans d'emprisonnement.

Sa nouvelle incarcération dix ans plus tard réveilla donc dans l'équipe hospitalière ainsi que dans l'Administration Pénitentiaire des souvenirs peu agréables, suscitant une certaine appréhension.

Quelques mois après son incarcération, Achille fait une tentative de suicide grave par ingestion médicamenteuse volontaire (IMV) et est hospitalisé dans le service de réanimation médicale. Quelques semaines après son rétablissement et donc son retour en Maison d'Arrêt, il demande à « voir quelqu'un ». Etant à cette période-là de la semaine, le

seul professionnel du psychisme présent à l'Unité de Consultation et Soins Ambulatoires (UCSA), je le reçois donc en dehors de mes consultations habituelles.

Il me parle, lors de cette consultation, de sa tentative de suicide, de sa déception de l'avoir ratée, de son désir de mourir suite à la demande de divorce de son épouse. Il ajoute qu'habituellement, lorsqu'il est dans cet état moral, il ne dit rien et agit, et que pour la première fois, sans vraiment savoir pourquoi, il a pensé que ce pouvait être approprié de demander de l'aide. Je note donc qu'il formule une vraie demande, de celles qui conduisent à s'engager en psychothérapie, et qu'il l'énonce comme étant la première.

Quelques semaines plus tard, le psychiatre m'annonce qu'Achille insiste pour entamer une psychothérapie et me demande d'en assurer la prise en charge.

C'est dans ce contexte que s'engage le suivi psychologique à visée psychothérapique avec Achille.

Achille est un homme d'une quarantaine d'années. Son casier judiciaire porte six mentions de condamnations dont :

- Une condamnation, lorsqu'il avait 30 ans, pour des faits d'exhibition sexuelle ;
- Une condamnation, lorsqu'il avait 39 ans, à six ans d'emprisonnement pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans par ascendant ou personne ayant autorité, corruption de mineur de 15 ans, captation et diffusion d'images pornographiques de mineur et détention de stupéfiants. Cette peine est assortie d'un suivi socio-judiciaire de six ans.
- Une condamnation à deux ans d'emprisonnement pour agression sexuelle en récidive, harcèlement pour obtenir une faveur sexuelle et menace ou acte d'intimidation sur une victime.

Lors des premières séances, Achille me jauge, m'interroge sur ma formation, questionne et met en doute mes compétences à prendre en charge un patient tel que lui. Il évoque une thérapie suivie dans le Centre de Détention dans lequel il avait purgé sa peine précédente. Il en était sorti avec une certaine confiance, pensant, grâce à celle-ci, en avoir fini avec ses déviances sexuelles. Sa nouvelle incarcération est vécue comme un échec et il espère

trouver « le bon psy » qui sera capable de lui administrer « la bonne thérapie » à même de le « guérir ».

La première séance avec Achille est marquée par un désaccord entre nous sur la fréquence que je donne aux séances et qu'il trouve trop espacée. Je lui indique que celle-ci est susceptible d'être modifiée en fonction de mon temps et surtout selon les besoins de la thérapie mais que pour l'instant je maintiens la fréquence annoncée. Achille s'y plie, non sans animosité, arguant qu'il n'a pas le choix. Ma position tient au fait que, pour l'initiation de ce travail thérapeutique, il me paraît nécessaire de ne pas céder à ses exigences. En outre, je trouve important de me décaler de cet idéal du « bon psy » et de « la bonne thérapie » qu'il réclame de ses vœux. Achille semble tester le cadre, sa capacité à le contenir mais aussi à résister à ses attaques. J'essaie de proposer un espace « suffisamment bon » mais pas « total », c'est-à-dire qui ne soit pas mis au service de ses désirs. Un espace accueillant mais différencié.

Peu à peu, au cours des séances, la position d'Achille devient moins distante et il se livre avec plus de confiance.

Il parle de la fin de son incarcération précédente. Lors d'une permission de sortie, il se rend compte que sa femme le trompe avec un ancien amant qu'Achille avait évincé des années auparavant, au moment de leur mise en ménage. Dans cette péripétie, Achille se sent doublement humilié : dans sa fierté masculine ; mais aussi, surtout dans le fait que lui, de nature calculateur, analysant les gens et les situations, cherchant toujours à garder la maîtrise absolue sur son entourage et les événements de sa vie, n'avait pas du tout imaginé ni envisagé qu'une pareille chose puisse arriver. Il vit cela comme une trahison suscitant de la haine contre lui-même et contre sa femme.

En l'évoquant, il lie cet événement avec des troubles de l'érection dont il souffre depuis sa précédente sortie de prison, une intensification de fantasmes sexuels de domination d'une femme et une intensification de fantasmes sexuels pédophiles.

À sa sortie de prison, il se retrouve seul et doit redémarrer sa vie sociale. Il commence par trouver une activité professionnelle « alimentaire » puis, petit à petit, obtient du travail correspondant à ses intérêts, ses compétences et à un niveau de salaire équivalent à ceux d'avant son incarcération.

Apprenant que sa femme est hospitalisée en psychiatrie dans un état grave de dépression et d'anorexie, il va la chercher, signe une décharge et la ramène chez lui. Il dit se consacrer intensément à elle pendant plusieurs mois. Elle finit, dit-il, par retrouver des forces, le goût de vivre et du travail. Mais dès le moment où elle va mieux, le sentiment de trahison et la haine d'Achille reprennent le dessus. Les relations affectives entre eux sont compliquées, chacun ayant de profonds reproches à faire à l'autre. Les rapports sexuels sont quasiment impossibles du fait des troubles érectiles d'Achille et de ce qu'il nomme comme une absence de désir sexuel pour son épouse.

Parallèlement, Achille passe de plus en plus de temps sur internet. Il délaisse le monde réel pour un monde virtuel de jeux en ligne, de chat à caractère sexuel et de sites pédopornographiques. Se met en place un emballement compulsif dans lequel il est sans cesse assailli de pensées sexuelles et pédophiles. Il ne peut appréhender une femme, une jeune fille ou une enfant qu'à partir d'attributs sexuels partiellisés (seins plus particulièrement) et en l'estimant comme potentiel objet sexuel. Des scénarii pédophiles de viol d'une préadolescente par contrainte morale l'envahissent jour et nuit au point de l'empêcher de dormir. Seule fenêtre, bien fragile, dans le cadre de son travail de commercial, quand il se trouve en entretien clientèle. Courts moments où il déclare réussir à peu près à mettre à l'écart ses pensées compulsives. Le reste du temps, il considère sa vie psychique « comme un bug informatique : le disque dur qui tourne sans cesse. »

Achille se trouve dans une situation de désorganisation psychique dont il cherche à se protéger. Pour cela, il utilise des procédés auto-calmants (Swec, 1993) au travers de son utilisation compulsive de l'outil internet et a recours à l'auto-érotisme dans les sites à caractère sexuel qu'il consulte. Le travail lui apporte une certaine consistance narcissique qui lui permet d'endiguer légèrement l'envahissement, mais qui demeure un faible rempart. Les pensées compulsives et incessantes qu'il décrit constituent ce que Balier (1996) nomme des scénarii-actes, concept proche du signifiant formel d'Anzieu (1987) ou du pictogramme d'Aulagnier (1975). Les scénarii-actes relèvent de mécanismes primaires auxquels le sujet recourt face à la menace catastrophique. Cependant, loin de contenir et apaiser la tension pulsionnelle, le scénario-acte l'amplifie, d'où l'envahissement de pensées de viol, et conduit généralement le sujet vers la décharge dans l'agir violent, comme nous allons le voir.

Achille finit par commettre des attouchements sexuels sur plusieurs fillettes de six à treize ans : Se faisant passer pour un policier, il prétend les suspecter de détenir de la drogue et devoir les fouiller. Il s'agit en fait d'attouchements qu'il cesse dès que la jeune victime émet des signes de protestation tels que pleurs, insatisfaction, tentative de se dégager... Il met alors terme à ses agissements « comme s'il émergeait d'un rêve ou d'un cauchemar » et prend la fuite.

Le scénario-acte, par l'insistance excitatrice qu'il engendre, déborde les capacités représentatives et entraîne une éclipse du sujet vers un état crépusculaire (Ciavaldini, 2006), d'où cette sensation d'irréalité, comme à la sortie d'un cauchemar.

L'agir qui en découle vise à évacuer d'une façon brutale et efficace les angoisses de catastrophe imminente par néantisation et la terreur qui leur est associée. Celui-ci est fondé sur la destruction dans la réalité de l'image en lien avec ces angoisses, amenant pour le sujet une récupération narcissique triomphante. Ici, pour Achille, il s'agit d'une adolescente comme l'indique son scénario-acte. Ce mouvement de destructivité est effectué sans participation érotique, comme l'indique Achille ci-après.

Ces actes, dit-il, ne lui procurent ni l'excitation ni la satisfaction escomptée, si bien qu'après coup, il refuse de leur reconnaître une nature sexuelle. Ils ne lui procurent qu'un soulagement très bref. Les pensées compulsives reviennent rapidement avec la même force et il réitère les mêmes méfaits dès le lendemain. Lors des agressions, Achille ne prend aucune précaution pour tenter de se soustraire à la justice. Il considère qu'il était comme dans un « état second, un monde virtuel » où rien ne pouvait lui arriver, où la loi ne le concernait pas. Le deuxième jour, il est reconnu. Suit rapidement l'interpellation, la garde à vue et l'incarcération. Dès son arrestation, les pensées compulsives cessent, ce qu'il ressent, dit-il comme un soulagement. Il avoue rapidement les faits. S'ensuit, le passage devant le Procureur de la République, la mise sous écrou, l'ouverture du dossier d'Instruction... Il aura passé un peu plus de trois ans et demi en liberté depuis sa dernière incarcération.

Lors d'une séance, Achille, un peu étonné, amène un rêve, lui qui, dit-il, ne rêve jamais. Il y est question d'un permis de conduire et d'une bagarre avec l'amant de sa femme où les coups qu'il porte n'atteignent jamais leur cible, comme si ses bras étaient retenus. Il ne fait pas d'association particulière mais je prends cet élément comme un certain intérêt pour son

inconscient puisqu'il se rappelle d'un rêve, et une manifestation du transfert. En effet, le rêve met en scène une relation en miroir entre deux hommes, sous la représentation d'une bagarre, mais celle-ci prend un tour inattendu, dans la mesure où elle n'aboutit pas à la destruction d'un des protagonistes. Le progrès est toutefois relatif puisque le rival dans son rêve, que j'associe au thérapeute, reste un objet inatteignable, c'est-à-dire non disponible pour le sujet. Je propose alors d'augmenter la fréquence des séances pour intensifier le travail psychothérapeutique. Ce faisant, j'accède à sa demande du début de la thérapie, et cherche à signifier ainsi mon attention à son égard et la prise qu'il peut avoir sur la thérapie.

Achille amène de nombreux souvenirs d'enfance dans lesquels ressortent un dénigrement des parents mêlé d'animosité à leur égard, ainsi qu'un ennui profond.

Dernier enfant d'une fratrie de trois frères, il a plus de dix ans de différence avec ses aînés et est élevé comme un enfant unique puisqu'il est encore tout jeune quand le reste de la fratrie quitte le foyer parental. Par ailleurs, il se considère comme un enfant non-désiré.

Enfant, il souffre de rhumatismes articulaires, doit rester alité le temps de sa maladie, ne sort pas de sa chambre pendant sa convalescence. Par la suite, il présente un souffle au cœur qui finira par s'estomper mais lui interdit les efforts, le sport et par extension la plupart des jeux d'extérieur qu'aiment à pratiquer la plupart des enfants. Il garde de cette période un souvenir d'ennui profond, passant des temps interminables seul dans son lit, seul dans sa chambre, ayant peu l'autorisation de jouer dehors ou d'inviter des copains, parfois seul, enfermé dans l'appartement, ses deux parents travaillants, et sa mère ne rentrant que pour manger avec lui.

Il amène de cette époque, un souvenir de rêve qu'il dit récurrent : « Le placard de ma chambre est rempli de jouets ».

En plus de cette discontinuité de la relation, il en décrit l'absence de chaleur et de sentiment : « j'ai été élevé comme une plante », sur fond de violence paternelle.

L'enfance d'Achille est donc marquée par le manque d'interactions et d'affection sur fond de dépression. Il nourrit un sentiment de rejet de la part de ses parents, sous forme d'une absence de désir à son égard, ce qui peut engendrer un sentiment d'autodépréciation et nourrir en retour son ressentiment contre eux.

Son rêve semble indiquer son espoir déçu de trouver des objets d'investissement et de satisfaction pulsionnelle.

Les quelques figures parentales qui semblent tenir leur rôle viennent toujours de l'extérieur de la famille : Lorsqu'enfant, il souffrait de rhumatismes articulaires, l'infirmière chargée de lui administrer chaque jour par piqûre intramusculaire, le traitement pourtant redouté car douloureux, mais qui dans son souvenir, était « gentille », « elle souffrait de me voir souffrir ». Plus tard, au collège ou au lycée, alors qu'il se décrit comme un élève chahuteur et turbulent, il évoque un professeur qui « savait me prendre », c'est-à-dire qu'il valorisait ses qualités, et « était tellement passionné par sa matière que j'étais obligé d'en être passionné à mon tour ». Ces personnes semblent avoir constitué des références pour Achille, montrant leur capacité à supporter sa pression pulsionnelle et à lui en rendre une version utile et utilisable pour lui, des éléments alpha de Bion (1962). Ainsi, la douleur est pénible mais il est nécessaire de la supporter pour guérir ; l'apprentissage d'un savoir est contraignant mais peut être source de plaisir et de satisfaction. Des figures d'adultes contenant, chaleureuses, s'intéressant à lui, assurant une autorité par le respect qu'elles inspirent et qu'elles accordent, susceptibles d'être des supports d'identification... mais trop éphémères.

Parallèlement, à cette période du suivi, Achille amène des rêves où il est question de danger imminent du fait de catastrophes naturelles, destruction de villes, fin du monde, etc. Ces rêves nous paraissent révélateurs de son sentiment interne d'imminence d'une catastrophe psychique susceptible de l'anéantir.

Son humeur est changeante, passant rapidement de périodes à peu près stables à des affects dépressifs sévères avec souvent des idées suicidaires.

Ainsi, Achille, fragilisé par ses carences narcissiques primaires, vit une lutte incessante contre des angoisses agonistiques accompagnées d'une dépression primaire.

Concernant son rapport aux autres, Achille se décrit comme bagarreur depuis longtemps. Pratiquant depuis l'adolescence différents sports de combat, il explique comment il utilise volontiers ces techniques dans des rixes d'où il sort souvent vainqueur. Ces affrontements arrivent régulièrement dans des situations où il s'estime dans son bon droit parce que venant au secours d'un plus faible ou qu'il considère que l'adversaire a menacé son intégrité, soit par une menace directe, soit par ce qu'il vit comme un affront.

Il parle des bagarres avec une certaine froideur, comme un acte maîtrisé où il s'agit d'infliger au corps de l'autre, avec efficacité, une destruction programmée et sans surprise. Mettre en œuvre une technique pour parer un coup, une autre pour casser un nez, frapper un point sensible qui anéantira l'adversaire. Il m'explique comment, par son statut de « pointeur », c'est-à-dire d'agresseur sexuel dans l'argot de la prison, il ne peut qu'être violent avec certains codétenus afin d'inspirer une certaine crainte et « avoir la paix ». Il me fait savoir que c'est là la seule manière efficace qui soit et m'enjoint à lui en trouver une autre.

Il présente donc une forte valence antisociale et se place régulièrement avec moi sur une modalité de défiance. Par ailleurs, sa passion pour l'affrontement et sa méticulosité destructrice rendent compte de sa profonde insécurité. Sans cesse pris dans une menace d'effondrement, il s'emploie à détruire tous ceux que, par projection, il considère menaçants dans la mesure où ils le renverraient à une passivation.

La vie sexuelle d'Achille est marquée par un Donjuanisme effréné avec le besoin d'avoir l'ascendant sur sa partenaire. Il énonce sa « technique de drague » comme une démarche de vente dans laquelle il a à persuader son interlocutrice de son attrait. Une fois la partenaire séduite, son intérêt pour Achille se réduit inexorablement, et seulement dans la mesure où elle se plie à ses exigences sexuelles ou relationnelles. Dès qu'elle n'est plus attrayante pour lui, Achille la congédie froidement et sans ménagement. Il évoque ainsi, sans émotion particulière la mésaventure qu'il a fait subir à une de ses partenaires suite à un début de dispute : la faire descendre de sa voiture et la laisser au bord de la route, sous la pluie, en pleine nuit et à plusieurs kilomètres de chez elle.

Au niveau sexuel, il a besoin de dominer sa partenaire, lui imposant certaines pratiques et recourant volontiers à un sadomasochisme « soft ». La position de dominé lui est en revanche insupportable. Il donne l'exemple d'une partenaire qui lui proposait des jeux sexuels consistant à l'attacher sur le lit. Il déclare avoir fait une crise d'angoisse, obligeant d'arrêter leurs ébats lorsqu'attaché, il s'est senti en position passive.

Ainsi, soumis à une désorganisation interne qu'il peine à endiguer, et qu'il dénie de toutes ses forces, Achille a en horreur le féminin qu'il ne conçoit que comme une passivation. Il n'appréhende alors les femmes que comme objets utilisables et manipulables selon son bon plaisir. Ce faisant, il trouve un moment une restauration narcissique en rejetant toute

passivité sur sa partenaire, en prétendant une maîtrise de sa partenaire et de ce fait, de la passivité. En outre, le sentiment tendre de sa partenaire à son égard, qu'il énonce comme son seul objectif, vient probablement annuler l'indifférence, voire le rejet parental de son enfance.

La minorité sexuelle est pour lui une donnée intellectuelle mais n'imposant pas du tout de limite au désir. Ainsi, il dit avoir environ vingt-cinq ans lorsqu'il commence à ressentir des attirances pour des adolescentes ou pré-adolescentes. Attirances qu'il considère comme « contrôlées », comparées à l'emballage fantasmagorique qu'il a connu avant la présente incarcération. Il énonce comme sa première condamnation une peine de dix-huit mois de prison ferme à l'âge de vingt-huit ans pour des actes d'ordre sexuel sur une voisine de quinze ans. Je n'ai pas retrouvé trace de celle-ci dans le dossier pénal dont je disposais.

En outre, il déclare avoir eu des périodes d'exhibitionnisme avant même la puberté, devant une fille de son âge, puis vers treize ou quatorze ans devant une femme adulte. D'autres périodes d'exhibitionnisme ont suivi, puis ce comportement a complètement disparu suite à, d'après lui, la psychothérapie réalisée au cours de sa dernière incarcération.

Comme hypothétique moment inaugural à ses troubles, il se réfère à un souvenir, lorsqu'il a onze ans. À cette période, son frère a eu une fille, première petite-enfant pour les parents d'Achille. Il dit avoir alors vu ses parents qu'il connaissait si rudes, austères et distants, se montrer avec cette enfant pleins d'attention, d'amour et de chaleur. Ce tableau, dit-il, a provoqué chez Achille non pas une révolte mais une cassure. « Avant la naissance de ma nièce, je ne valais rien pour mes parents car ils n'étaient pas capables de donner. Après sa naissance, je ne valais rien parce que je n'étais rien. » Tel Saint Augustin, cité par Lacan (1953-1954), Achille semble vivre « cette jalousie ravageante, déchaînée, que le petit enfant éprouve pour son semblable, et principalement lorsque celui-ci est appendu au sein de sa mère, c'est-à-dire à l'objet du désir qui est pour lui essentiel. » Lachaud (1998) considère la jalousie comme expérience fondatrice de la mise en place du sujet. L'identification au petit enfant qui semble dans une complétude avec la mère renvoie au jaloux son propre manque, lui rappelant que le lien avec les objets a pour précurseur la séparation. Achille, qui n'est déjà plus un petit enfant lors de cette expérience de différenciation, semble vivre là une répétition de l'échec du processus de subjectivation. La scène fait effraction : traumatisme « chaud » connectant le traumatisme « froid » du manque de portage psychique et du dédain pour son existence ressentis dans sa petite

enfance. Les mécanismes de déni et de clivage l'avaient protégé de l'insupportable angoisse, en ramenant ce manque terrible qu'il ressentait du côté de ses parents.

Avec cet épisode, le retour du manque fondamental de son côté ne peut être vécu que dans une douloureuse passivation de son être.

Achille fait part de relations peu chaleureuses avec ses parents durant l'enfance. Il considère sa mère comme « peu intelligente ». La principale qualité qu'il lui reconnaît est son talent de cuisinière.

De son père, il décrit surtout la violence, excessive et disproportionnée. Ainsi, il raconte s'être servi, à sept ans, un verre de limonade de la bouteille destinée à son père, ce dernier ayant pour coutume d'en boire un verre en rentrant du travail, et avoir reçu en représailles de son « forfait », une gifle si forte qu'il dit avoir été propulsé à travers la pièce, sous les hurlements de la mère qui enjoignait son mari d'arrêter. Cette scène d'une extrême violence offre une idée de l'entourage délétère et insécurisant dans lequel a grandi Achille. Le risque d'agression par le père associé à l'agitation de la mère, surenchérissant l'excitation et la confusion ambiante et signant, de surcroît, son incapacité à étayer et contenir son enfant. Achille se trouvait donc livré, avec de faibles moyens, au déchainement pulsionnel ambiant. Casoni et Brunet (2003) rappellent les effets sur l'appareil psychique de tels événements. Au-delà de la violence physique, le père ne se positionne pas avec son fils comme tiers garant de la loi, mais dans un rapport de rivalité, en miroir, où l'un doit prendre l'ascendant sur l'autre, comme dans une lutte pour la survie.

Achille indique un tournant dans la relation à son père alors qu'il était âgé de treize ans. Il était à la maison, de retour de l'hôpital suite à une opération du nez, fatigué et douloureux. Il s'était installé devant la télévision et mangeait une pomme. Le père entrant dans sa pièce fit une remontrance à Achille, lequel impulsivement et sans autre réponse, envoya à la tête de son père la pomme qu'il avait en main. Achille exécuta ce geste avec une telle violence que son père en eut une vertèbre déplacée. Achille dit qu'à compter de ce jour, son père ne l'a plus frappé, ne l'a plus sermonné mais ne s'est plus non plus occupé de lui en quelque manière. Cette scène, inverse de celle de la limonade, renforce l'idée d'une relation père-fils située exclusivement sous l'angle du rapport de force et de domination. Ainsi, le jour où Achille montre qu'il peut se révéler le plus fort, le père le désinvesti complètement, on pourrait dire qu'il disparaît.

Cette modalité entre père et fils se poursuit dans un autre souvenir amené par Achille où jeune adulte, jouissant d'une réussite professionnelle fulgurante, il se rend chez ses parents dans une luxueuse voiture de sport et arbore fièrement sa fiche de paie correspondant à plusieurs mois de salaire de son père ouvrier. La remarque de ce dernier aurait été : « Je ne pensais pas qu'un gars aussi con puisse gagner autant d'argent. » De nombreuses années plus tard, en évoquant cet événement, Achille exprime la rancune vis-à-vis de cette phrase qu'il vit comme une humiliation et une absence de reconnaissance qui renforcent son sentiment de ne rien valoir aux yeux de ses parents et de son père en particulier.

Dans la thérapie, Achille compare sa cellule à sa chambre d'enfant et se dit torturé par l'ennui. Son humeur est fluctuante avec des périodes de stabilité et des phases dépressives plus ou moins longues, avec des idées d'échec de sa vie et de suicide. Il lie ces éléments avec son fonctionnement habituel à l'extérieur : des phases d'activité, et même d'activisme au cours desquelles il s'emploie sans ménagement à remplir des objectifs qu'il s'est lui-même fixé au niveau professionnel, sentimental, financier... Dans cette phase, accomplir ses objectifs est vécu comme une nécessité vitale. Une fois la réussite obtenue, s'ensuit « un passage à vide », une phase dépressive avec la déception que cette réussite ne suffise pas à le combler. Puis de nouveaux objectifs pour lutter contre la dépression et l'ennui...

Au cours des séances, Achille énonce que reviennent deux types de fantasmes : la domination d'une femme adulte et la complicité avec une enfant qui aboutit à un acte sexuel pédophile.

Ainsi, si le recours à la destructivité semble prépondérant chez Achille, des défenses basées sur l'érotisation sont également présentes. Dans ses scénarii fantasmatiques, Achille met en scène la domination d'une femme, qui renvoie certainement au contrôle de la mère trop peu présente, afin de la maintenir dans une proximité fusionnelle. Le fantasme avec une enfant idéalisée et aimable indique la fixation d'Achille à ses carences affectives primaire, qu'il recouvre par l'excitation sexuelle.

Un jour, il amène une rêverie pour le moins singulière. Un matin, encore dans un demi-sommeil, il se voit « lui adulte » en train de dialoguer avec « lui enfant ». L'enfant a l'apparence de douze ou treize ans mais la sensation qu'il en a correspond plutôt à sept ou huit ans. L'adulte demande à l'enfant : « Pourquoi tu es attiré par les gamines ? » et l'enfant répond : « Parce que je veux rester enfant. » Achille vit cette rêverie comme une «

rencontre » ayant requis une grande concentration car il devait être attentif à ne pas effrayer l'enfant pour ne pas qu'il s'en aille. En effet, l'enfant demande à l'adulte : « Est-ce que tu vas me détruire ? »

Dans ce fantasme, Achille semble tenter de se mettre en contact avec sa part d'enfance souffrante, selon des modalités moins extrêmes. Ainsi, la question de l'enfant sur ses intentions destructives montre la mise en place habituelle de recours radical pour évacuer cette souffrance vers des parties clivées.

Achille présente une humeur fluctuante avec des périodes plus hautes où il semble tenir par la colère et la rage et d'autres plus basses, ne trouvant pas de sens à sa vie et allant jusqu'à des idées de mettre fin à ses jours.

Lors d'une séance, Achille se présente avec le crâne rasé. Il se montre, par ailleurs particulièrement déprimé, énonçant la faillite de sa vie, exprimant des idées de suicide, si bien que je ne fais pas de remarque sur son apparence physique. Il fait également allusion à un événement qui l'a peiné : l'hospitalisation d'un codétenu avec lequel il s'entend bien, suite à une grave tentative de suicide de ce dernier. Le contexte est le suivant : ce détenu est un de mes patients, ce qu'Achille sait, et j'ai été fortement touché par sa tentative de suicide dont il a été sauvé in extremis, ce que je ne dis bien sûr pas à Achille mais dont quelque chose peut probablement transparaître et même se transmettre inconsciemment. À la fin de l'entretien, tandis que je le raccompagne à la porte du bureau, Achille me fait remarquer : « Vous avez vu je me suis rasé le crâne, c'est pour ressembler à Travolta dans Pulp Fiction. » Ce à quoi je réponds sans réfléchir : « Oui j'ai remarqué mais comme vous n'allez pas bien, je ne vous ai pas attaqué là-dessus trop vite. » Nous nous quittons sur ces mots, et à la séance suivante, il déclare : « Vous êtes quand même un drôle de type, je n'ai pas arrêté de penser à ce que vous m'avez dit : Pour moi attaquer ça me donne l'image de deux taureaux qui s'affrontent tête contre tête, se poussant mutuellement de toutes leurs forces jusqu'à ce que l'un capitule. Alors, je n'ai pas arrêté de me demander pourquoi vous aviez parlé de m'attaquer mais en fait vous avez raison, ce mot peut avoir plusieurs sens. » Il me fait remarquer que son moral va mieux, que ses idées noires ont disparu et qu'il espère un classement prochain dans les ateliers de travail de la prison, car dit-il, il a besoin d'action.

Ce changement pour le moins singulier est indiqué par Achille comme contingent à la prise de conscience de la polysémie d'un mot. En effet, si le verbe « attaquer » signifie « affronter », il peut aussi prendre le sens d'« aborder », « entrer en matière », sens que j'entendais en prononçant ma phrase, mais aussi « d'entamer ». Ce terme « attaquer » semble donc fonctionner comme une catachrèse, procédé qui étend l'emploi d'un terme au-delà de son sens strict, d'un usage plus utilitaire et moins rhétorique que la métaphore (Doray, 2003, 2007). Sont condensés dans ce mot l'entrée en relation, la dimension d'agression contenue dans la relation humaine, mais aussi la part de castration symbolique qui cherche à détourner le désir de voies stériles afin d'encourager le sujet vers de voies plus vivifiantes. En outre, compte tenu du contexte, la dépression avec idées suicidaires apparaissaient peut-être dans une sorte d'identification à cet autre détenu pour lequel je me préoccupais. Les paroles adressées ont pu confirmer mon attention pour lui également, et ceci dans une phrase qui utilise son champ lexical axé sur la confrontation violente et la destructivité, mais en le connectant à d'autres espaces de pensées et de possibilités. Ce procédé semble contribuer à « enjambrer le clivage » dans la mesure où il crée un lien entre d'une part, un mécanisme bien établi chez Achille, basé sur l'agir et la destructivité, et d'autre part, des modalités de relations interpersonnelles plus apaisées et contenues par des limitations symboliques fondant le respect et la considération des individus entre eux.

Tout au long du suivi, Achille amène très régulièrement la relation à ses parents et dégage, dans le flot de colère et de haine, quelques liens d'affections qui l'apaisent un peu. Pour lutter contre l'ennui, il commence à dessiner en cellule, activité qu'il n'avait jamais faite auparavant, et amène régulièrement et généralement avec fierté ses productions dans les séances, pour en avoir, semble-t-il une validation en retours de ses capacités picturales mais aussi sa capacité à susciter de ma part un intérêt bienveillant pour lui, à l'image d'une « mère suffisamment bonne ».

Dans le cellulaire, il reste impliqué dans quelques bagarres, mais l'amorce d'un changement progressif se produit : Il déclare se sentir animé lors d'une rixe de la volonté de se défendre, de mettre fin à une situation, mais plus du tout de détruire son adversaire, ainsi les coups portés par lui demeurent destinés à faire mal mais pas à occasionner des blessures maximales. Petit à petit, il se met à critiquer ce recours à la violence, même pour se défendre, et finit par évoquer le souhait de renoncer définitivement à se battre. Cette

décision n'est pas sans difficultés internes pour lui car il se trouve alors confronté quelques fois à des situations désagréables avec des codétenus qu'il ne sait absolument pas comment gérer et le laissent parfois dans un certain désarroi. Les fantasmes pédophiles demeurent fréquents, avec des variations dans leur intensité.

Concernant les actes commis, Achille énonce ressentir pour la première fois le sentiment d'avoir fait du mal, plus particulièrement concernant une de ses victimes qui lui semble la plus jeune et qu'il peut distinguer, en se remémorant la scène, comme étant effrayée par lui. Après coup, il peut en éprouver un certain malaise.

Achille écope d'une peine de douze ans de prison ferme assortie d'un suivi socio-judiciaire de dix ans. Plus tard, il est transféré vers un établissement pour peine où il s'inscrit dans un suivi avec les thérapeutes présents sur place.

Synthèse de la vignette clinique d'Achille

La vignette clinique d'Achille présente un patient dont la pédophilie s'inscrit dans un fonctionnement défensif basé sur la destructivité.

Achille présente de fortes valences antisociales et des modalités de perversion de la relation.

Son développement s'est effectué dans un environnement familial gravement dysfonctionnel, sur fond d'absence physique et psychique de la mère, de désintérêt et de violences du père.

La vie psychique d'Achille est constamment assaillies d'angoisses agonistiques massives, le soumettant sans cesse à une menace de catastrophe imminente. Il fonctionne donc en permanence selon une économie psychique de l'urgence et de la survie.

Pour endiguer la tension, il peut chercher le recours de l'érotisation, au travers de fantasmes de séduction et de relations pédophiles. La jeune adolescente imaginaire expulse alors la douleur originaire de l'absence maternelle et se substitue à l'enfant blessé narcissiquement qu'a été Achille, en s'érigant en personnage digne d'attention et d'affection. L'érotisation tente alors de l'inscrire dans une expérience de plaisir.

Il est possible que les violences sexuelles commises sur la fille de son épouse, lors de la précédente incarcération, se soit déroulées selon un schéma de ce type.

Dans la vignette présentée, cette modalité n'est présente que dans les pensées pédophiles qu'il dit régulièrement présentes mais qu'il ne considère pas envahissantes.

Le fonctionnement principale demeure celui du recours à l'acte et de l'agir destructeur. L'envahissement de la tension est tel que l'équilibre psychique réclame une expulsion rapide assortie d'un sursaut narcissique conquérant, par l'absolue maîtrise, jusqu'à son anéantissement s'il le faut, de l'objet placé en position de passivation. Une telle opération, empruntant des voies archaïques, met la subjectivité hors circuit.

Dans cette vignette, le psychologue cherche à instaurer la thérapie comme espace contenant et espace de pensée. Il s'emploie également à occuper pour Achille une position de répondant, c'est-à-dire un objet prêt à supporter, accepter les mouvements pulsionnels

du patient, sans se dérober, en être affecté sans être détruit et en renvoyer quelque chose d'intégrable pour le patient tout en reflétant la subjectivité du thérapeute.

Une illustration en est proposée lorsqu'une parole non réfléchie du thérapeute semble avoir un effet de liaison d'éléments clivés chez Achille.

Le suivi thérapeutique semble avoir contribué à adoucir, pendant un temps, le rapport d'Achille à son entourage, avec un recours moindre et moins à la destruction pour survivre.

3. Henry

« Le débile, soumis à la psychanalyse, devient toujours une canaille. Qu'on le sache. »

Jacques Lacan, 1976.

« L'élite, c'est la canaille » (Henry Becque)

Henry est un homme d'une quarantaine d'année, professeur en Collège et au Gymnase (qui, en Suisse, est l'équivalent du Lycée). Dans le cadre de sa profession, il côtoie donc des adolescents de douze à dix-neuf ans. Il est orienté à la consultation ambulatoire par l'autorité pénale, suite à une condamnation de douze mois de prison avec sursis pendant quatre ans et une obligation de soins spécialisés pour détention et partage d'images à caractère pédopornographiques et pour usage de cannabis.

Henry a, en effet, été repéré par les services de cybercriminalité pour de nombreuses fréquentations de sites pédophiles. Une fois interpellé et son matériel informatique saisi, ce dernier se révèle contenir plusieurs milliers de documents à caractère pédopornographique.

La lecture du dossier pénal nous apprend que la peine prononcée a été intentionnellement sévère du fait de la profession d'Henry, et parce que les mineurs mis en scènes dans les films et photos pédopornographiques qu'il consultait avaient sensiblement le même âge que ceux qu'il côtoyait chaque jour dans son activité professionnelle. D'ailleurs, lors du procès, le Procureur se réjouit qu'Henry ait été licencié de son poste et ne trouve probablement plus de travail dans l'enseignement. Henry lui-même déclare à la barre souhaiter changer d'orientation professionnelle, ce qui est considéré par les magistrats comme un signe d'évolution positive.

À l'expertise psychiatrique, le seul diagnostic retenu est celui d'« utilisation nocive pour la santé de cannabis » (F12.1 à la CIM 10). L'expert ne relève chez Henry ni trouble du cours de la pensée ni idées délirantes. Pour prévenir la récidive, il préconise : l'abstinence au cannabis ; une thérapie spécialisée dans le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel ; limiter l'exposition à des mineurs.

Henry est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Son enfance, dit-il, n'est marquée d'aucun évènement particulier. Son parcours d'étudiant révèle plusieurs changements d'orientation avant de se fixer sur le projet de devenir professeur. Il a quelques expériences de vie en

couple durant quelques mois ou quelques années, et de relations régulières avec des femmes. Actuellement, il est célibataire depuis plusieurs années.

Lors des premiers entretiens, Henry reconnaît le caractère délictueux des téléchargements tout en considérant les conséquences comme disproportionnées. Afin d'étayer son propos, il avance plusieurs arguments censés le dédouaner au travers desquels différents mécanismes semblent visibles :

« Il n'y a pas de victimes, ce sont des agencements de pixels » : Minimisation ;

« Tous les hommes consomment de la pornographie » : Banalisation ;

« La police envoie sur le web des fichiers aux contenus illicites pour ensuite piéger ceux qui les téléchargent » : Victimisation.

Il y a dans ces allégations une forme de déresponsabilisation par :

- Le désaveu : une manière de reconnaître les faits reprochés tout en ne les reconnaissant pas (pas des victimes, juste un agencement de pixels) ;

- Le désengagement : si tous les hommes consomment de la pornographie et que je suis un homme, alors il est logique que je consume de la pornographie. Ce n'est plus un événement engageant sa subjectivité, mais un lieu commun. Notons qu'au passage la « pédopornographie » qui est un délit se transforme en « pornographie », qui tout au plus, peut être réprouvé moralement mais n'enfreint en tout cas pas les règles judiciaires ;

- Le renversement par son insinuation où c'est bien la police qui crée le problème par ses méthodes douteuses, voire perverses, et lui-même n'est qu'une victime de ce système.

Henry espère que nos entretiens mèneront à reconnaître qu'il va bien et que l'obligation de soin sera peut-être écourtée.

Ainsi, son investissement de l'espace thérapeutique s'organise autour de la recherche d'un pacte pervers (Bastien, 2004), soit une manière de fétichiser les thérapeutes afin qu'ils se rallient à sa cause et le dédouanent, jouant son jeu dans une position active, tandis que lui, confortablement installé dans une position passive, pourrait se maintenir hors du jeu, exonéré de toute implication subjective mais spectateur de la représentation qui se jouerait à

son profit. Il va de soi que notre projet est bien différent, plutôt dans l'établissement d'un espace de réflexion commun dans lequel il puisse élaborer une position subjective.

Malgré tout, Henry semble s'approprier assez rapidement l'espace de parole qui lui est dédié. Il évoque avec une certaine émotion le vécu traumatique de son interpellation par la police, puis le licenciement pour faute grave, conséquence de son affaire. Il décrit dans cette période un épisode d'angoisse massive avec des répercussions même au niveau perceptif. Il indique, en effet, ne plus percevoir les couleurs pendant quelques jours avec, durant cet intervalle, une vision exclusivement en noir et blanc. Très bouleversé par tout ce qui lui arrive, il demande à ses parents de retourner loger chez eux pendant quelques temps. Ces derniers, constatant son état de tension extrême, lui conseillent de se rendre aux Urgences Psychiatriques. Ainsi, Henry rencontre un psychiatre des Urgences à quelques reprises pour traiter la crise qu'il traverse. Il passera environ quinze jours chez ses parents et n'aura pas de suivi psychiatrique ultérieur avant de venir à notre consultation.

Henry considère cet épisode pénible, qui remonte à deux années en arrière, comme passé, mais reconnaît qu'en reparler provoque en lui un certain émoi. Au regard de la pénibilité de cette mésaventure, il assure n'avoir aucune envie de récidiver.

Par ailleurs, au cours d'un de ces premiers entretiens, Henry nous informe, de façon tout à fait anecdotique, qu'il travaille comme professeur dans un collège, ce à quoi nous manifestons notre étonnement compte tenu de sa situation judiciaire. Ce point est repris en colloque d'équipe et interpelle l'ensemble des collaborateurs. Nous considérons donc qu'il est à traiter en priorité.

Lors de l'entretien suivant, Henry déclare trouver un certain bénéfice dans cet espace de parole, et même être surpris par les émotions et l'apaisement que l'expression a suscité en lui.

Contrairement à l'attitude classique, nous ne le suivons pas sur sa libre expression et adoptons une position plus active. Nous lui faisons part de nos réflexions concernant l'emploi de professeur qu'il occupe et notre perplexité face à cette situation inattendue et qui nous semble inappropriée. Henry trouve incongrue notre remise en question et nous fait remarquer qu'il n'y a aucune mesure judiciaire visant à l'empêcher de pratiquer le métier d'enseignant.

Suite à cette séance, s'engage une réflexion en équipe :

- D'un côté, commettre un délit de pédopornographie et se trouver en contact régulier avec des mineurs paraît inapproprié et peut-être même risqué en ce qui concerne d'éventuels nouveaux délits, et pour l'équilibre psychique de Henry. Cet argument est renforcé par l'expertise qui préconise une absence de contact prolongé avec des mineurs, ce qui est également souhaité lors du jugement.

- D'un autre côté, aucune décision judiciaire n'a été prononcée dans le sens d'une interdiction d'exercer son métier d'enseignant. Les juristes de l'Office d'Exécution des Peines, autorité en charge du dossier, nous confirment qu'en l'état, ils ne sont pas habilités à intervenir.

Devant cet état de fait, nous continuons à nous interroger en équipe. La situation constitue-t-elle un risque pour les élèves ? Un risque de récurrence comme le suggère l'expertise ? Un risque de décompensation pour Henry, lié à l'exposition régulière à ces jeunes, sources d'excitations sensorielles érotisées susceptibles de devenir envahissantes ?

En tant que thérapeutes, avons-nous quelque chose à dire de la décision judiciaire ? Sommes-nous habilités à intervenir ? Ne rien faire constituerait-il une forme de complicité des dénis ?

Il nous paraît donc nécessaire de marquer un positionnement de service, sans toutefois se substituer à l'autorité judiciaire, et donc en restant dans les limites de notre champ professionnel, à savoir celui du soin. Aussi, décidons-nous de demander aux autorités une clarification du cadre juridique pour y appuyer notre cadre thérapeutique.

Ce faisant, nous travaillons l'interconscience des cadres (Ciavaldini, 2001, 2008) dans la mesure où nous vivons un inconfort, en tant que thérapeutes, lié à un flou laissé dans l'encadrement juridique de la situation de notre patient, nous sollicitons l'autorité pour clarifier le cadre juridique afin d'y intercaler notre cadre soignant.

Lors de la séance suivante, Henry, informé de notre positionnement, se fâche : « C'est toute la profession des enseignants qu'on bafoue ! » Dans cette indignation, il indique, semble-t-il, la construction narcissique qu'il a bâtie dans son appartenance à « la profession des enseignants » et qui lui confère une sorte d'identité de suppléance (Hoffmann, 2012),

propre à lui donner une impression de densité personnel et à contenir des motions pulsionnelles moins bien intégrées dans sa subjectivité.

Au cours de ce même entretien, le vacillement de sa carapace narcissique et l'angoisse qui en résulte le désorganisent, laissant apparaître des éléments paranoïdes et projectifs. Ainsi, l'environnement de nos rencontres, à savoir l'hôpital psychiatrique dans lequel se situe la consultation ambulatoire, devient hostile et troublant : « Ne pourrions-nous pas nous voir ailleurs? Ce lieu est comme une prison, les fenêtres sont verrouillées, on y croise des gens bizarres, rasant les murs sous le poids de leur culpabilité. »

Nous sommes attentifs à ce moment de désarroi chez notre patient. En le bousculant dans son système défensif, nous risquons de raviver des éléments bruts, « clivés au moi » (Roussillon, 1999), susceptibles d'induire une désorganisation. Ciavaldini (2007) insiste sur l'importance que le thérapeute puisse contenir les mouvements de désorganisation en supportant la destructivité qui en découle. Cet auteur considère qu'« une telle position psychique du thérapeute n'est rendue possible que par appui sur le cadre institutionnel, véritable concrétisation du tiers où est intégrée la dimension judiciaire de l'obligation de soin. » Par ailleurs, une psychothérapie constitue bien un ébranlement mesuré du système défensif du patient, dans le but qu'il opère en lui de nouvelles modalités d'équilibre plus harmonieuses.

À la séance suivante, Henry déclare accepter notre positionnement et pouvoir en comprendre la motivation, même s'il n'y adhère pas. Dès le début du suivi, nous avons insisté sur l'éventualité qu'apparaissent des points par rapport auxquels nous ne serions pas d'accord entre nous. Cette précision nous paraît fondamentale car bien plus que de tenter de dédramatiser une situation d'obligation de soin, c'est-à-dire venir rencontrer un thérapeute tout en n'ayant pas l'envie de se soigner, elle ouvre pour des patients fonctionnant souvent en clivage et en évitement du conflit, la possibilité de divergences qui ne soient pas forcément destructrices ni pour les interlocuteurs, ni pour le lien qu'ils ont entre eux. L'idée est de permettre au patient d'intégrer petit à petit une conflictualité intrapsychique plutôt de recourir systématiquement aux mécanismes archaïques de déni, clivage et projection.

C'est en ces termes qu'Henry énonce son agrément : « Je me plie à vos exigences, je serai transparent avec vous sur mes recherches d'emploi et j'en discuterai avec vous. »

Dans le courrier que nous rédigeons à l'autorité, nous rappelons les éléments de l'expertise ainsi que le positionnement du Tribunal et nous signalons l'activité professionnelle de Henry auprès de mineurs. Lors de ce courrier, nous acceptons officiellement le mandat médico-légal tout en préconisant, aux vu des éléments rappelés, qu'Henry ne travaille plus avec des mineurs. Enfin, nous précisons qu'il s'est rendu à notre argumentation.

Quelques temps plus tard, la Juge d'Application des Peines organise une audition de Henry, au terme de laquelle elle lui fait signer un déliement du secret médical (procédure permettant, en Suisse, qu'un patient autorise officiellement son thérapeute à avoir un échange avec une personne extérieure à son suivi), nous fournit une copie du procès-verbal de l'audition, et nous demande un complément d'information en ces termes : « Dans quelle mesure un changement d'orientation professionnelle conditionne le succès de la thérapie ? Sous quelle forme M. F (Henry) a-t-il exprimé son adhésion à ce point de vue ? »

Elle précise que Henry a clairement exprimé son souhait de reprendre, à terme, une activité d'enseignant.

Lors de l'entretien suivant la réception de ce courrier, nous reprenons avec Henry la demande de la Juge d'Application des Peines et du procès-verbal de l'audience. C'est en ces termes qu'Henry les commente : « On était bien d'accord que je cherchais du travail, avec des mineurs ou pas, je vous présentais mes propositions de mandats, vous me donniez votre accord ou désaccord, je me rendais à votre avis ?... » Ainsi, cherche-t-il à nouveau de sceller avec nous un pacte pervers. Il renchérit : « J'ai espoir que je pourrai vous convaincre de mes capacités à assumer des mandats avec des mineurs, ou que vous tiendrez compte de mon évolution et finirez par dire oui. » Il espère donc que le changement opéré par la psychothérapie n'ait pas lieu en lui mais en nous.

Nous reprecisons le cadre psychothérapeutique avec ses possibilités et ses limites et expliquons que si nous acceptions cette proposition, nous sortirions du champ de la psychothérapie en nous substituant à l'autorité.

Nous rédigeons une nouvelle lettre à la Juge d'Application des Peines en rappelant l'incohérence, à notre avis, de la situation professionnelle de Henry ; la méconnaissance par lui de sa problématique pédophilique ; sa suggestion de nous soumettre ses propositions d'emploi et de s'en remettre à notre avis ; le refus de notre part avec les explications que nous lui avons donné pour justifier celui-ci. Nous rappelons notre attente

d'un positionnement tranché par le tribunal concernant cette question du contact professionnel de Henry avec des mineurs, car cette ligne clairement définie par l'autorité nous servira de base pour déployer un cadre thérapeutique cohérent.

Quelques temps plus tard, une ordonnance de la Juge d'Application des Peines interdit à Henry d'exercer toute activité professionnelle ou occupationnelle en contact direct avec des mineurs pendant la durée du délai d'épreuve, ordonne une assistance de probation et maintient l'obligation de soins spécialisés sur la problématique sexuelle.

Cette base clairement posée constitue un préalable pour entrer dans un processus de psychothérapie plus classique dans la mesure où, par le positionnement d'un cadre intercontenant, elle définit des règles qui assurent une clarté pour le patient, et une contenance et une sécurité psychique pour les thérapeutes, leur assurant une sécurité de pensée.

La mise en place de ce cadre intercontenant, tel qu'exposé dans cette vignette aura duré près d'une année. Pendant ce laps de temps, d'autres éléments ont été abordés avec Henry mais, pour nous thérapeutes, cette entreprise constituait l'objectif premier de la prise en charge. Ce n'est qu'à compter de la mise en place officielle dudit cadre que le suivi thérapeutique a pris un cours plus « classique ».

Synthèse de la vignette clinique d'Henry

La vignette clinique de Henry illustre la mise en place d'un cadre thérapeutique à même de repérer, contenir et travailler les mouvements défensifs pervers d'un patient sous obligation de soin.

Préalablement à la thérapie « classique », les thérapeutes s'emploient à construire une « espace de jeu », un « espace potentiel » selon la formule de Winnicott (1971), dans lequel tous les protagonistes trouvent une place et contribuent à maintenir à la thérapie son cap, son rôle soignant. En effet, un écueil de la relation duelle, la plupart du temps proposée dans le cadre thérapeutique, est que le patient, y déployant ses mouvements pervers, n'arrive petit à petit à y établir ses propres « règles du jeu » en installant son emprise sur le thérapeute. La thérapie ainsi détournée de son but, à savoir offrir une occasion de questionnement, d'élaboration et de changement de sa dynamique intrapsychique, n'aurait alors pour le patient plus qu'une fonction de renforcer son système défensif et de nourrir son narcissisme triomphant.

C'est une crainte des thérapeutes en constatant qu'Henry se dédie de sa parole engagée au procès et retourne dans une situation professionnelle similaire à celle de la survenue de ses délits.

La situation paraissant inadéquate, les interventions des thérapeutes se centrent sur les qualités de l'environnement extérieur avant d'envisager un travail intrapsychique.

Le présupposé est que le cadre thérapeutique ne va pas fonctionner seul mais bien appuyé sur les exigences de la justice et les réalités sociales.

La vignette rend compte des efforts des thérapeutes pour que soit instauré cette intercontenance du côté judiciaire, et de ceux de Henry pour tenter de s'y soustraire.

Au-delà de préoccupations criminologiques de risque de récidive, la pratique tend à démontrer que la mise en place d'un cadre réfléchi, même s'il peut s'avérer contraignant et source de discorde, voire de tensions entre le patient et ses thérapeutes, s'avère, au final, rassurant pour le patient.

En outre, pour Ciavaldini (2001), c'est cette intercontenance des cadres qui est réellement soignante.

4. Jean-Yves

Jamais plus vous ne serez capable de sentiments ordinaires. Tout sera mort en vous. Vous ne serez plus jamais capable d'amour, d'amitié, de joie de vivre, de rire, de curiosité, de courage, d'intégrité. Vous serez creux. Nous allons vous presser jusqu'à ce que vous soyez vide puis nous vous emplirons de nous-même.

Georges Orwell, 1984 (Editions Gallimard, p. 362)

Jean-Yves est un homme de presque cinquante ans. Il est orienté vers la consultation ambulatoire suite à des délits d'agressions sexuelles sur mineur, en récidive.

Plusieurs années auparavant, il avait été condamné pour des faits de pornographie à quatre mois d'emprisonnement avec sursis pendant trois ans et une injonction de suivi psychothérapeutique. Dans ce contexte, il avait été suivi dans la même consultation ambulatoire mais n'adhérait pas à la psychothérapie, estimant ne pas en avoir besoin. Devant l'absence d'investissement de Jean-Yves et les piètres avancées dans la thérapie, le Juge d'Application des Peines avait d'ailleurs prononcé une prolongation d'un an du délai d'épreuve. Lui-même garde de ce suivi un mauvais souvenir, incriminant volontiers les thérapeutes de l'époque d'être peu concernés par lui.

C'est donc avec une certaine animosité qu'il se présente à nous, mettant en avant son système défensif où paraît notamment l'identification projective.

Environ cinq années après la fin de cette première injonction de soin, Jean-Yves est à nouveau jugé pour des faits d'actes d'ordre sexuels sur enfants et de pornographie. Il est condamné à quinze mois de prison dont six mois fermes et neuf mois avec sursis, et une injonction de soin (Article 63 en Suisse). Sa peine ferme est effectuée en semi détention et le traitement sous contrainte à la consultation ambulatoire.

Les faits de pornographie concernent des téléchargements de vidéos et images à caractère pédophile, mettant en scène des adolescents dénudés ou ayant des rapports sexuels avec des adultes. Jean-Yves déclare rechercher de telles images depuis l'âge de quinze ans, sans avoir pris conscience de la gravité des faits. Il pense que ses actes déviants s'originent dans une quête inadéquate de l'autre et dans une frustration affective et sexuelle.

Les attouchements à caractère sexuels ont été effectués à l'encontre d'une fillette de six ans dont Jean-Yves était ami des parents depuis de nombreuses années. Il nie les attouchements mais admet avoir pris des photos anormales de l'enfant. Pour illustrer son innocence, tantôt il incrimine les parents de malhonnêteté ou de jalousie à son égard ; tantôt il estime que la fillette avait des attitudes ambiguës avec lui lors de jeux partagés.

Ce discours met en relief un envahissement par les contingences de l'environnement ravivant des angoisses primaires insupportables. Le rapproché corporel et affectif avec l'enfant au travers du jeu semble sur-stimuler le système perceptif au point que l'excitation fasse effraction dans l'appareil psychique de Jean-Yves. Pour contenir la menace, Jean-Yves idéalise la fillette, dans un déni de l'effraction qu'il vit à son contact, y substituant l'affirmation d'une relation « toute bonne ». Par ailleurs, il essaie de reprendre le débordement sur un versant sexuel. Cette tentative n'aboutit que partiellement et il en attribue la source, par identification projective, à une intentionalité de l'enfant elle-même, perçue alors comme séductrice, « ambiguë ». En outre, la haine dans laquelle il se trouve est projetée sur les parents et vécue sous la forme paranoïde de l'hostilité des parents à son égard. Son ultime moyen de se dégager de la tension passe par un recours à l'acte (Balier, 1996, 2008) dont il ne peut se vivre que comme « agi » et pas comme « acteur ».

L'expertise décrit Jean-Yves comme anxieux et peu à l'aise dans le contact mais ne retient pas de trouble psychotique floride. L'intelligence est bonne. L'expert reconnaît à Jean-Yves des qualités de réflexion et une certaine introspection. Des affects dépressifs sont présents sur fond d'auto-dévalorisation, mais sans idéations suicidaires. Il avance l'hypothèse d'une probable structure prépsychotique mais retient le diagnostic de « Troubles mixtes de la personnalité » (F61.0) et met en avant l'immaturité psychoaffective de Jean-Yves. Il considère le risque de récurrence comme présent et préconise un suivi psychothérapeutique.

En ce qui concerne l'anamnèse, Jean-Yves fait partie d'une fratrie de quatre enfants, tous de pères différents. Ses parents divorcent quand il a deux ans et, à partir de ce moment-là, il ne voit pratiquement plus son père. La sœur aînée n'est pas restée dans la famille. Ils ne se connaissent pratiquement pas. Jean-Yves a donc vécu avec sa mère et ses deux frères dans ce qu'il décrit comme une absence d'affection ni même de relation, comme si chaque membre de la famille était un étranger pour tous les autres. La mère est décrite comme distante et dévalorisante. Il n'a plus aucun contact avec elle depuis de nombreuses années

et ne sait même pas si elle est vivante ou morte. De même, il n'a aucune nouvelle de ses frères et ne cherche pas à en avoir.

Le climat familial évoqué par Jean-Yves est délétère et gravement dysfonctionnel, marqué par l'indifférence absolue ou l'animosité. La mère y est décrite comme centrée sur elle-même et non concernée par les besoins de ses enfants. Sa vie affective tumultueuse est étalée sans précautions devant les enfants, ainsi que sa morgue envers les hommes qu'elle qualifie de « porcs », obstruant ainsi les possibilités pour ses fils, en tout cas pour Jean-Yves, d'investir un support identificatoire masculin. Ce contexte défavorable dans lequel l'enfant Jean-Yves s'est développé a laissé de profondes blessures, dans le sens d'une insécurité de base, une autodépréciation, de profondes difficultés relationnelles.

En dehors de chez lui, Jean-Yves décrit une enfance solitaire, ayant peu d'amis, redoutant les groupes et cherchant plutôt des relations exclusives. Il dit préférer la compagnie des filles que des garçons.

Il mène une scolarité médiocre. À l'âge de quinze, il est orienté contre son gré vers un apprentissage de boulanger, métier qu'il ne pratiquera pratiquement pas mais dont les horaires ont contribué, dit-il, à le désocialiser un peu plus.

Actuellement, il travaille depuis de nombreuses années dans la même entreprise, comme préparateur de commandes.

Jean-Yves dit n'avoir eu qu'un rapport sexuel à l'âge de vingt-huit ans et n'avoir jamais fréquenté aucune autre femme. Il explique cette situation par son incompréhension du fonctionnement des relations sociales et par son incapacité à susciter le désir amoureux chez une femme. Il en éprouve une grande frustration et une réelle souffrance.

Il vit seul dans un appartement qu'il décrit comme très encombré, les volets sans cesse fermés pour éviter que des voisins puissent apercevoir le désordre régnant et ne reçoit personne chez lui pour la même raison. Il évoque un seul ami qu'il retrouve régulièrement le week-end.

Lors des premiers entretiens, Jean-Yves mentionne avec une touche de dénigrement le premier suivi imposé à la consultation ambulatoire qu'il dit avoir mal vécu. Il énonce sa difficulté à se retrouver devant deux interlocuteurs, se déclarant naturellement plus à l'aise dans une relation duelle, qu'il ressent comme privilégiée. Il accepte cependant le setting en

cothérapie que nous mettons en place. Il se montre un peu réservé, voire sur la défensive, mais énonce certaines difficultés personnelles et admet finalement assez facilement l'intérêt du traitement psychothérapeutique. En définitive, l'entrée en relation avec Jean-Yves ne comporte pas de difficulté majeure.

Très rapidement, en inter-séances, nous partageons entre cothérapeutes des difficultés communes, dans le sens d'un ennui, d'un émoussement de l'attention à l'écoute du patient, et finalement d'une perte progressive, au cours des entretiens, de la capacité de penser, jusqu'à se retrouver dans une espèce de vide face à un patient devenu silencieux. Nous nous employons alors à tenter de relancer le discours au prix de gros efforts pour assurer notre survie psychique tant le contact avec le patient prend une dimension d'effraction. Ce constat commun nous incite à réfléchir sur nos vécus et ressentis respectifs et à relancer des associations de pensées à propos du patient, des séances, de la situation.

Nous mettons ces vécus contre-transférentiels sur le compte d'éprouvés chez Jean-Yves d'un péril permanent de désorganisation psychotique, voire d'anéantissement psychique. Il cherche donc probablement à maintenir un équilibre, au travers de mécanismes de défenses archaïques tels que le déni, le clivage, l'identification projective, l'emprise sur l'objet afin de mettre sous silence les tensions psychiques envahissantes par une absence de mentalisation. Afin de se protéger de cet effroi devant la menace inconsciente de mort psychique, Jean-Yves met certainement en place des dispositifs internes menant à une démentalisation (Bayle, 2003), un « meurtre d'âme » (Poupart, 2014), qu'il nous transmet au travers de ce sentiment d'ennui, de sécheresse et de silence imposé.

L'enjeu de la thérapie consiste à favoriser des modalités de mentalisation au travers de conditions adéquates. Il s'agit donc de construire des aménagements thérapeutiques à même d'accueillir la partie toxique du psychisme du patient, de supporter sa destructivité afin qu'elle soit moins menaçante pour lui-même et pour nous, qu'ils redonnent une dignité au patient tout en protégeant les thérapeutes.

Dans nos échanges en inter-séance, au-delà de notre sentiment partagé de vide et de désarroi qui s'installe peu à peu au cours de la séance, nous évoquons notre tentation d'écourter de plus en plus le temps de la séance, tant nous souhaitons voir partir, ou même mettre dehors, le plus vite possible ce patient causant en nous un malaise qui s'installe. Nous admettons de concert que le dispositif de la cothérapie est essentiel car l'un de nous

deux ne supporterait pas seul de mener les entretiens, mais n'est cependant pas suffisant car nous peinons à contenir l'attaque de la pensée induite par Jean-Yves. Nous décidons de l'intégrer dans une thérapie de groupe pour auteurs d'infractions à caractère sexuel, qui serait menée à la consultation ambulatoire, parallèlement à la thérapie individuelle.

En effet, la thérapie de groupe associée à la thérapie individuelle a plusieurs avantages : Le transfert archaïque, diffracté dans le groupe devient plus supportable pour les thérapeutes, les mécanismes de clivage sont mieux identifiés, le matériel partagé entre les patients du groupe peut être intégré dans le suivi individuel et apporter une relance du processus thérapeutique. L'ensemble thérapie de groupe/thérapie individuelle offre une meilleure contenance. (Devaud, Stigler-Langer, 2016)

Nous sommes donc convaincus par le dispositif que nous souhaitons mettre en place pour Jean-Yves.

Lorsque nous mentionnons notre projet à Jean-Yves, celui-ci tente d'abord de l'éviter, invoquant sa difficulté à se trouver en groupe. Devant nos arguments et en s'imaginant dans une situation de participer à une thérapie de groupe, Jean-Yves commence à blêmir, à être parcouru de sueurs froides et c'est une véritable crise d'angoisse qu'il fait pendant la séance. Nous l'accompagnons à se calmer et le rassurons, écartant au moins temporairement notre projet de thérapie de groupe.

À l'inter-séance, nous sommes interloqués par la massivité de la réaction de Jean-Yves et admettons que, peut-être trop guidés par nos propres défenses dans le contre-transfert, nous avons sous-estimé sa fragilité. Dans les associations de pensées qui s'ensuivent entre nous, il est comparé à un poisson des abysses à la peau si fine qu'elle est presque translucide, lequel, habitué à vivre dans les ténèbres des profondeurs, ne peut supporter la lumière, au point qu'un simple rayon de soleil suffirait à le faire périr. Cette métaphore nous suggère une représentation de Jean-Yves dont l'enveloppe psychique trop fine ne protège pas suffisamment des excitations extérieures, au point que la relation humaine, source habituelle de chaleur et de réconfort, est très rapidement vécue comme une agression terrible et dangereuse. Nous mettons de côté notre projet de groupe thérapeutique et convenons d'une attention accrue pour la vulnérabilité de Jean-Yves et la nécessité pour lui de constituer une fonction de pare-excitation.

Au cours des séances suivantes, nous constatons qu'un déroulement singulier s'est mis en place. L'un de nous s'engage dans l'entretien, proposant une piste de réflexion à Jean-Yves, jusqu'à un certain épuisement de sa capacité de penser. À ce moment, l'autre cothérapeute, silencieux jusque-là, prend la parole pour poursuivre la réflexion entamée ou proposer une autre direction de réflexion. En fait, le cothérapeute en apparence en retrait pendant que le premier a la parole, effectue un travail de soutien de son collègue tout en maintenant active sa propre capacité de penser. Dans cette dynamique d'accordage thérapeutique, il accomplit un effort d'attention aux ressources de pensées de son collègue et à leur épuisement jusqu'au tarissement. En outre, il doit faire preuve de respect pour l'élaboration de son collègue, accepter une mise en retrait de ses propres idées pour permettre à celui-ci de poursuivre le fil de ses interventions auprès du patient. Enfin, quand il ressent son collègue faiblir, il prend la responsabilité des interventions et le premier cothérapeute, par un mouvement de retrait, a l'occasion de se ressourcer, de retrouver une contenance psychique, puis assure à son tour la fonction d'étayage et de persistance de la pensée. Dans l'inter-séance, nous partageons combien ces relais apportent un soulagement à chacun de nous, tant l'expérience du vide est éprouvante, et tant la possibilité de retrouver son intégrité psychique est vivifiante.

Ainsi, au gré des séances, s'instaure un mouvement au cours duquel, soit un cothérapeute mène la première partie de l'entretien et l'autre la seconde ; soit les cothérapeutes alternent tour à tour les positions d'interlocuteur du patient puis d'étayage plusieurs fois au cours du même entretien.

Un tel accordage thérapeutique occasionne une certaine continuité de la réflexion d'une séance à l'autre. Le premier effet est de le rendre moins pénibles pour nous, car moins effractantes.

Jean-Yves, quant à lui, s'enrichit au cours des séances de plus d'aisance dans l'expression de ses sentiments et d'un paysage affectif moins austère. Nous percevons peu à peu de légères modifications dans le rapport qu'entretient Jean-Yves aux autres et avec nous.

Sur la base de cette possibilité de penser, Jean-Yves aborde différents thèmes et préoccupations personnels. Ainsi, par exemple, ses tentatives d'entrer en contact avec les autres, et plus particulièrement avec les femmes. Il explique les observations qu'il réalise

pour essayer de comprendre, intellectuellement, comment les gens s'y prennent pour établir des relations entre eux, et ses tentatives de les imiter.

La cothérapie s'est poursuivie selon ce procédé pendant quelques années, puis une forme de sécurité et de possibilité de mobiliser la pensée semblant instaurée, le suivi peut continuer avec un thérapeute seul.

Synthèse de la vignette clinique de Jean-Yves

La vignette clinique de Jean-Yves est centrée sur la mise en place d'une modalité thérapeutique visant à assurer le suivi d'un patient présentant de graves carences de mentalisation.

Jean-Yves a grandi dans un environnement familial extrêmement carencé. Les figures masculines sont inexistantes dans l'entourage immédiat de Jean-Yves, et les hommes sont systématiquement dénigrés par la mère. Ainsi, Jean-Yves n'a-t-il bénéficié d'aucun support identificatoire masculin. Tout au plus, les hommes qui fréquentaient sa mère étaient-ils des rivaux disposant pendant quelques temps d'une attention dont Jean-Yves lui-même ne disposait jamais et qui lui manquait cruellement.

Ce manque précoce de présence, d'affection, de lien, l'absence de support identificatoire stables, ont jeté Jean-Yves dans une profonde solitude. C'est dans la rage impuissante du délaissement qu'il a eu à se départir des aléas de son environnement, de la complexité des relations sociales, des frustrations personnelles. Son économie psychique en a été profondément marquée, dans le sens d'une répression des affects et d'une carence de mentalisation. Ce fonctionnement pourrait se résumer de la sorte : ne pas ressentir, ne pas penser, pour ne pas souffrir.

Le maintien d'un tel fonctionnement implique un contrôle des sources de stimulations externes envahissantes, soit par un retrait protecteur, soit par une emprise sur les objets potentiellement perturbateurs, afin de les rendre prévisibles et moins menaçants.

C'est ce que vivent les thérapeutes dans cette vignette. Pris dans la démentalisation de Jean-Yves, leurs ressources psychiques s'amenuisent de plus en plus rapidement au cours des entretiens. Ce phénomène relève de l'emprise, et en tant que tel constitue une violence pour la subjectivité des thérapeutes. La première intention d'intégrer Jean-Yves dans un groupe thérapeutique est peut-être une réaction en retour de cette violence et s'avère rapidement effractante pour celui-ci.

Les thérapeutes déploient ensuite une forme d'intervention en cothérapie plus en accordage avec les ressources et limites psychiques du patient.

La thérapie prend alors une dimension dans laquelle les thérapeutes se sentent préservés dans leurs capacités de penser et peuvent offrir à Jean-Yves une contenance psychique plus adaptée à sa problématique et favorisant l'intégration subjective par les processus de pensée d'éléments habituellement réprimés.

5. Marc

« Le péché est tapi à ta porte, mais toi, domine sur lui » (Gn 4,7)

Marc est âgé d'un peu plus de soixante-dix ans quand il se présente à la consultation ambulatoire. Quelques mois auparavant, il a été jugé pour des actes d'ordre sexuel avec des enfants, actes d'ordre sexuel commis sur une personne incapable de discernement ou de résistance et pornographie, et condamné à une peine de deux ans de prison avec sursis pendant quatre ans, ledit sursis étant subordonné à la condition qu'il s'acquitte des sommes convenues lors du jugement et qu'il suive un traitement psychiatrique ambulatoire.

Marc prend contact avec le Service quelques mois après le jugement. Il explique avoir eu des « gestes déplacés » envers la fille de ses voisins, alors âgée de cinq ans et demi, qu'il gardait chez lui un jour par semaine. Il côtoyait et avait de bonnes relations avec les parents depuis plusieurs années et connaissait la fillette depuis sa naissance.

Il décrit des caresses inappropriées mais nie une pénétration digitale qui a été retenue lors du jugement. Au procès, la pénétration est retenue car énoncée par la victime elle-même, avec l'idée qu'il serait peu probable que de tels faits soient inventés par une enfant aussi jeune. Il déclare avoir pris des photos des fesses de la fillette, à la demande de cette dernière, comme s'il participait à un jeu initié par elle.

Au procès, il est fait état de certaines photos présentant la jeune victime dans des positions à caractère sexuel auxquelles une enfant ne saurait penser par elle-même. Il se montre critique envers lui-même, ne comprenant pas pourquoi il s'est exécuté, ni pourquoi il a commis ces gestes. Marc assure ne jamais avoir été attiré par des enfants et qualifie son délit de « pétage de plombs ». Il affirme avoir parlé lui-même aux parents de ce qui s'était passé, considérant que cela était anormal. Suite à quoi les parents sont allés porter plainte à la police. Il semble, d'après les dates énoncées dans le jugement, que cette auto-dénonciation de Marc aux parents de sa victime ait eu lieu à la suite de l'épisode de pénétration digitale.

Concernant les images pédopornographiques trouvées sur son ordinateur, Marc déclare qu'il téléchargeait des films ou de la musique via un logiciel *peer to peer*, qu'il aurait obtenu par ce biais trois « parasites », et les ayant ouverts, se serait rendu compte qu'il s'agissait d'une trentaine de dessins pédopornographiques « très détaillés et assez choquants ». Il dit avoir alors effacé ces fichiers mais la police les a retrouvés dans l'analyse du disque dur de son ordinateur.

Marc assure que depuis son interpellation, il ne regarde quasiment plus de film pornographique, car il ne veut plus avoir ce genre de surprise. Le jugement, quant à lui fait état de presque trois-cents images de pornographie infantine et plusieurs images de violence extrême, téléchargées sur une période d'environ une année.

Dès le premier entretien, Marc se montre collaborant et reconnaissant vis-à-vis des thérapeutes. Il semble éprouver le besoin de déposer ce vécu lourd et les bouleversements de ces dernières années. L'espace de parole proposé semble constituer pour lui une véritable ressource.

Par ailleurs, Marc dit « avoir des blancs » concernant les actes délictueux : « C'est pas de l'amnésie, je n'ai pas oublié ce qui s'est passé, mais j'arrive pas à me souvenir des faits exacts. » Cet élément suggère que les événements se sont produits dans un état de sidération traumatique.

Marc exprime un fort sentiment de culpabilité et d'autodépréciation concernant son délit et les conséquences qui s'en sont suivies. Il se demande régulièrement si cet événement va affecter le développement de sa jeune victime. Il se questionne sur les possibles conséquences dans le futur, quand elle sera adulte, dans sa future vie amoureuse, etc.

Ses regrets vont aussi vers les parents de sa victime. Il estime qu'ils ont fait ce qu'il fallait faire en portant plainte contre lui. Marc considère la judiciarisation comme une épreuve pénible mais nécessaire car il ne se verrait pas vivre en gardant secret un tel événement.

Il se dit très touché par la perte de l'amitié avec les parents de sa victime et honteux de la « trahison », selon ses termes, qu'il leur a infligé. Ces derniers étant ses voisins à l'époque des faits, Marc a, depuis, déménagé pour éviter qu'ils n'aient à se croiser.

Marc est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Il a un frère, de sept ans son cadet. Marc dit que son frère et lui avaient peu de liens et jouaient peu ensemble. Il explique cela par la

différence d'âge qui les sépare. Il déclare qu'ils se sont davantage découverts vers la vingtaine et que, maintenant, ils ne sont pas proches. La dernière fois qu'ils se sont vus remonte au décès de leur mère, plus de cinq ans auparavant.

La mère a été élevée par un couple de paysans car sa propre famille comptait trop d'enfants. Marc ne sait rien de plus concernant les conditions de ce « placement » de sa mère, mais ce parcours de vie de sa mère semble lié à un chapitre sombre de l'histoire sociale suisse, actuellement dénoncé et pris en compte par le Gouvernement. Ainsi, jusqu'en 1981, étaient en vigueur des mesures de coercition à des fins d'assistance ou de placement hors de leur famille, concernant des enfants et adolescents issus de familles pauvres, des gens du voyage, des familles monoparentales, etc. Dans ce contexte, et surtout jusque dans les années 1960, des enfants et adolescents provenant de milieux sociaux considérés comme défavorisés ont été massivement placés dans des institutions ou dans des familles, notamment paysannes, dans lesquels ils pouvaient faire office de main d'œuvre et étaient plus ou moins bien traités (Vonmont, 2005). Dans le cas de la mère de Marc, un lien affectif s'est tissé avec la famille d'accueil et Marc considère ce couple comme ses grands-parents adoptifs. En revanche, les liens avec la famille naturelle sont fortement distendus.

Par ailleurs, Marc explique que sa mère l'a beaucoup aidé dans le choix de son orientation scolaire et, par la suite, dans ses études.

Marc dit de son père qu'il était « le comique de la famille », il le décrit comme maladroit et se retrouvant régulièrement dans des situations cocasses. Le père de Marc a exercé divers métiers : manœuvre, agent de sécurité, mécanicien.

Marc décrit ses parents comme des personnes justes et aidant leurs enfants, mais déclare qu'« il fallait le mériter ». Il explique qu'ils ne se disputaient jamais, du moins pas devant lui, et lui laissaient de grandes libertés.

Quand il évoque son enfance, Marc se décrit comme joueur. Il avait des bandes de copains avec lesquels il faisait des « bêtises gentilles ». Il dit avoir d'excellents souvenirs de son enfance, « c'était un autre mode de vie ».

Marc déclare qu'à cinq ans et demi, il savait lire, ayant appris en feuilletant le journal local. Il dit s'être alors intéressé à lire de tout : « tout ce qui me tombait sous la main ». Il

questionnait beaucoup les adultes, notamment ceux qu'il considère comme ses grands-parents adoptifs. Il explique que le monde des adultes l'intéressait et qu'il n'était pas insouciant au contexte de l'époque, c'est-à-dire l'après-guerre.

Vers l'âge de quinze ans, Marc était radio-animateur. Il dit également qu'il faisait de l'athlétisme, avant d'être atteint de la tuberculose vers l'âge de vingt-trois ans.

Le parcours scolaire de Marc l'a conduit vers les métiers du bâtiment. Il explique qu'il obtenait une réussite scolaire satisfaisante sans avoir besoin de beaucoup de travail personnel. Il se dit doué en composition de textes libres, inventait des histoires, mais n'aimait pas écrire, ce qui est toujours le cas.

Au niveau professionnel, Marc se dit plus conceptuel que manuel. Il a commencé comme technicien mais s'est plutôt révélé professionnellement comme ingénieur. Il a travaillé à l'étranger dans le cadre d'une coopération pendant six ans, dans les années soixante-dix, emmenant sa famille avec lui. À son retour en Suisse, il a rapidement monté un bureau d'étude dans lequel il travaillait avec son épouse. Il déclare avoir toujours entretenu de bonnes relations avec ses collègues et partenaires de travail et est actuellement à la retraite.

Marc dit avoir été marié durant plus de quarante ans. Il a rencontré sa femme dans un sanatorium où ils étaient tous deux placés pour des soins liés à la tuberculose. Par la suite, le couple s'est rapidement marié. Marc était alors âgé d'un peu plus de vingt ans. Il décrit le couple qu'ils formaient comme « un couple amoureux » et « complémentaire ». Il déclare ne jamais avoir eu de relation extra-conjugale. Sa femme est décédée une année avant les délits, âgée de la soixantaine. Elle était atteinte d'une maladie rare et dégénérative, manifestée par l'apparition de kystes dans le bas de la colonne vertébrale. Elle a été lourdement handicapée pendant une dizaine d'années. Le décès a été vécu par Marc comme un événement inattendu.

Le couple a eu une fille. Marc dit ne pas s'être occupé de l'éducation de celle-ci, laissant cette tâche à sa femme. Leur fille s'est mariée et a eu deux enfants âgés aujourd'hui de la vingtaine. Marc est en contact régulier avec eux et voit sa fille au minimum une fois par semaine. Il n'a jamais parlé de son délit avec sa fille ou ses petits-enfants. Il explique qu'il n'arrive pas à imaginer ce que le fait de leur en parler pourrait apporter. Il ne sait pas si cela pourrait mener à une rupture de contact, mais estime qu'en parler n'en vaudrait pas la

peine : « Je risque de m'enfoncer encore plus dans ma solitude ». Marc a cependant pu évoquer ses actes avec deux amis et est sûr qu'ils n'en parleront jamais.

Marc a gardé des contacts avec des amis qu'il a connus dans ses années de coopération. Ils se réunissent une fois par semaine pour partager un repas que Marc contribue largement à cuisiner.

Il déclare avoir une vie sociale, tout en exprimant également une certaine solitude. Suite à son délit, il a déménagé du logement où il vivait depuis plus de trente ans pour s'installer dans une ville située à plusieurs kilomètres et explique qu'il « doit s'y faire un réseau ».

Marc apprécie de voyager en train à travers la Suisse. Il le fait de manière spontanée, au jour le jour. Il discute parfois avec des personnes qu'il rencontre dans le train, déclarant apprécier la spontanéité et le hasard.

Avant sa femme, Marc déclare avoir eu quelques flirts épisodiques, sans se rappeler d'une femme en particulier. Il fait état d'une première relation sexuelle vers l'âge de douze ou treize ans avec une partenaire un peu plus âgée que lui, « elle m'a tout appris je crois ».

Il reviendra plus précisément sur cet épisode de sa vie, avec la passation de l'Entretien Clinique de Lausanne (ECL).

Pendant les premiers temps du suivi, Marc évoque régulièrement les délits, dans une forme d'incompréhension et de désarroi. Il déclare butter sur certains souvenirs, ce qui provoque régulièrement une colère impuissante contre lui-même.

Le souvenir de son épouse est également très présent dans ces premiers entretiens, et nous mesurons la souffrance occasionnée par ce deuil. Les souvenirs qu'il amène concernant la relation avec son épouse sont toujours très positifs et même un peu idylliques.

Marc évoque de fréquents réveils nocturnes, pris d'angoisse. Il a constaté, dans ces moments, que la tension est telle qu'il ne peut pas se rendormir et tourne en rond dans son appartement. Il sort alors en pleine nuit, arpente la ville dans de grandes marches solitaires au cours desquelles une foule de choses passent par sa tête sans qu'il ne puisse se fixer sur aucune. Plus tard, quand il rentre chez lui, la tension s'étant apaisée, il ne sait pas du tout quelles sont les pensées qui lui ont traversé l'esprit et même le trajet qu'il a effectué dans

la ville demeure assez flou. Arrivé chez lui, il se rendort, puis une nouvelle journée commence.

Nous sommes passablement inquiets par cet état de désorganisation récurrent et nous choisissons de centrer le suivi sur la contenance psychique en focalisant plutôt sur son quotidien, son installation dans son nouvel appartement, ses nouveaux repères sociaux, et moins sur la problématique délictueuse ou des événements traumatiques de sa vie.

Après quelques mois, Marc a durablement retrouvé un sommeil régulier, ainsi, nous semble-il, que des bases narcissiques et identitaires plus solides. Le thème, plus douloureux, du délit s'instille à nouveau dans le suivi. Par ailleurs, Marc a évoqué quelques pans de son histoire personnelle mais, à ce moment-là du suivi, ces récits sont assez épars et nous n'avons pas une représentation très claire de son parcours de vie.

Nous décidons d'aborder tous ces éléments avec le support de l'Entretien Clinique de Lausanne (ECL), questionnaire semi-directif élaboré pour investiguer l'anamnèse et le fonctionnement mental de patients auteurs de violence sexuelle. Cet outil permet d'approfondir les thèmes abordés, tout en jouant un rôle de médiateur de la relation. Ce questionnaire étant long, la passation s'effectue sur plusieurs séances, d'autant plus qu'en sa qualité de facilitateur de l'expression et de la mentalisation, il autorise des digressions.

La suite de la vignette reprend quelques moments saillant de la passation de l'ECL avec Marc.

Dans le chapitre relatif à l' « Anamnèse de la vie sexuelle », Marc évoque une première relation sexuelle au début de l'adolescence avec une jeune femme adulte. Cet événement est relaté avec une certaine ambivalence.

Ainsi, à la question

1. Avez-vous eu des informations concernant la sexualité durant votre enfance ?

oui non

Si oui, par qui, comment et à quel âge ? Comment avez-vous vécu cela ?

Marc commence par relater le souvenir, vers douze, treize ans, d'un livre d'éducation sexuelle fourni par l'école, « un seul pour toute la classe » précise-t-il. Il critique cette manière d'aborder la vie sexuelle et poursuit : « Moi j'avais de la chance parce que j'avais

eu une relation sexuelle avec une fille de ferme. » L'âge exact auquel Marc a vécu cet événement est assez flou mais semble se situer autour de douze ou treize ans, probablement l'été précédant l'obtention par sa classe du fameux livre d'éducation sexuelle. Cette expérience est donc énoncée comme « une chance » pour lui. Interrogé sur les circonstances, Marc dit qu'il s'agissait d'une jeune femme de dix-neuf ou vingt ans, qui devait se marier quelques mois plus tard. Cette relation sexuelle n'a pas été l'aboutissement d'une attirance ou d'une démarche de séduction mais plutôt une initiative subite et inattendue de la part de la jeune femme : « C'est elle qui a initié les choses, qui a expliqué ce qui était normal ou pas normal, ce que les jeunes aiment. » Plus loin dans le questionnaire, il précise : « La journée, elle me disait que nous, les gens de la ville, on n'y connaissait rien. Le soir elle est venue vers moi, m'a caressé et m'a expliqué ce qu'il s'était passé. Ça ne m'a pas traumatisé. Je ne comprenais pas ce qui se passait. Ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable. J'ai découvert vraiment la sexualité avec ma femme, ensemble. L'amour est innocent, beau, on s'est permis de faire pas mal d'expériences entre nous. On discutait beaucoup aussi. »

D'un côté, Marc énonce l'acte sexuel à l'adolescence avec une jeune femme comme une découverte, une ouverture à la réalité : « Ce contact corporel me sortait un peu de l'obscurantisme. Peut-être une sorte de sacralisation qui tombe. Voir qu'après tout, c'est un acte normal. C'était quand même un bon moment (rit) » Dans la fin de cet énoncé, semble transparaître l'effort pour Marc de rendre cette expérience anodine, comme s'il s'agissait d'un acte sans conséquence.

Par ailleurs, tout en précisant qu'il « n'a pas été traumatisé », Marc décrit la passivité dans laquelle il s'est trouvé, ainsi qu'une forme de stupeur : « Je ne comprenais pas ce qui se passait. » Il finit par annuler cette expérience étrange : « Ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable » et l'oppose à la relation avec sa femme décrite comme réellement authentique : « J'ai découvert vraiment la sexualité avec ma femme » en l'habillant d'une forme d'idéalisation comme pour diminuer un peu plus l'importance de l'incident de son adolescence.

En outre, il met en avant le sentiment de socialisation que lui fournissait cet événement : « J'avais l'impression de rentrer dans une normalisation. Je faisais partie de la bande. » Il explique que lui, l'enfant de la ville, se trouvait volontiers chahuté par les jeunes gens du

village campagnard où il passait ses vacances, jusqu'à cet épisode qui semble avoir, pour lui, valeur de rite de passage lui conférant une place dans la société des jeunes gens.

Ainsi, Marc présente cet évènement comme un gain ou comme une expérience sans importance, tout en laissant transparaître la complexité, l'ambivalence laissée pas celle-ci.

Lorsque, suivant le questionnaire, la question lui est posée :

2. Pouvez-vous qualifier ce contact d'abus? Pourquoi ?

Marc affiche une certaine perplexité : « J'en sais rien. » Il va ensuite dans le sens de la jeune femme : « Les gens de la ville, on était ignares sur beaucoup de choses. » Pour finir, il relève le caractère inadéquat de ce contact : « Pour moi, c'était une vieille. » « À l'époque, on n'aurait pas parlé d'abus, les mœurs ont beaucoup changé. Aujourd'hui ce serait punissable. Les lois ont changé. »

À la question :

3. Comment avez-vous vécu ce contact sexuel ?

Marc, en cherchant à démontrer le gain pour lui, fait part de l'immaturation dans laquelle il se trouvait concernant la sexualité, et donc la grande précocité de cet évènement, au regard de son développement psychoaffectif de l'époque : « Ça m'a permis de tordre le cou à certains préjugés par rapport à des choses qu'on m'avait raconté. Par exemple, on m'avait dit que l'homme faisait pipi dans le ventre de la femme. À l'époque on connaissait rien. À l'époque la sexualité était pas une priorité. C'était plus important de faire une partie de bille avec des camarades. »

Dans la partie « C. Eléments subjectifs liés au délit / 2. Reconnaissance de l'acte » de l'ECL, Marc exprime son incompréhension vis-à-vis de celui-ci.

Ainsi, à la question

9. Comment comprenez-vous ce que vous avez fait ?

Il répond : « C'est une réflexion journalière. Comment j'en suis arrivé là, j'en sais rien. C'est quelque chose que j'arrive pas à m'expliquer. Je m'angoisse pas spécifiquement, mais ça m'énerve. Je sais qu'en aucun cas ça se repassera. C'est encore un zone verrouillée au niveau des souvenirs. J'en suis pas fier. Ça m'embête. »

Dans les entretiens, Marc dit que parfois, pensant au délit et à sa situation, il s'injurie lui-même, se traite d'imbécile. Il évoque aussi le peu de souvenirs disponibles concernant cette période.

Ce flou est confirmé dans le questionnaire : À la question :

2. Vous souvenez-vous du / des visage(s) de la victime ?

oui non

Il répond : « Plutôt une idée générale... Pas son visage... Je suis plus sûr, c'était il y a trois ans. »

De même, à la question :

4. Vous souvenez-vous de l'âge de la (des) victime(s) au début de l'abus ? Si oui ou à peu près, préciser.

oui non à peu près

Il répond « à peu près » et précise : « cinq, six ans. Je ne lui ai jamais demandé son âge. J'étais allé la chercher à la maternité, je reconstitue son âge. » Ainsi, le souvenir concernant la victime demeure flou.

Au fur et à mesure du questionnaire, se précise un moment inaugural des agressions quand Marc voit les fesses de sa victime. Cette scène apparaît en filigrane, lors d'une digression :
À la question :

1. Avez-vous utilisé des moyens particuliers pour commettre vos actes ?

Notez les différentes formes de moyens ou d'approches utilisés en vous référant au vade-mecum ci-dessous, (mais sans lire directement la liste au patient)

- la discussion*
- le monnayage*
- les promesses de cadeaux, avantages, etc.*
- des stratagèmes relationnels particuliers (mise en confiance, rapprochement, etc.)*
- les menaces verbales*
- la force physique*
- les menaces avec un objet*
- les menaces avec une arme*
- l'enlèvement*
- la séquestration*
- des liens et / ou un bâillon*
- la diminution de l'état de conscience*
- les coups*
- la blessure physique*
- la mutilation*
- le meurtre ou l'assassinat*

Précisez

Marc répond : « Rien, pas de chantage, rien. Elle était très câline », puis précise : « C'était jamais assez long pour qu'il y ait un refus de sa part. Très bref. J'ai dérapé. Je comprends pas pourquoi. Surtout que ses fesses, je les avais déjà vues, quand elle était aux WC et que j'allais l'essuyer. » Il amène ainsi une différence entre une situation où il est dans un rôle parental d'adulte qui s'occupe d'un enfant et, comme nous le verrons plus loin, une situation de camarade de jeu.

Notons que la précision : « elle était très câline » revient de multiples fois durant le questionnaire, témoignant de la fixation de Marc sur ce vécu sensoriel et affectif, ainsi que d'une forme d'inversion des rôles où il la perçoit comme active.

Marc apporte des précisions à l'occasion de la question :

1. Pouvez-vous raconter le plus précisément possible ce qui s'est passé avant le délit (la semaine, les jours, l'heure et les minutes précédant le délit)

Il répond : « Avant, elle adorait passer par-dessus le dossier du canapé. Une fois sur dix elle me tombait dessus. Le pyjama bougeait un petit peu. C'est là qu'a dû se passer quelque chose pour moi. Je lui disais « Fais attention à tes petites fesses » et j'en sais rien. C'est là que c'est flou. »

Il décrit donc une scène de jeu enfantin, mettant en œuvre le corps et l'excitation d'un plaisir physique et d'un plaisir relationnel. Il exprime que le perceptif (les petites fesses) surgit et provoque un trouble, une sidération, au point de provoquer un vide dans le cours de la pensée.

Lors de la séance suivante, Marc revient sur cette partie du questionnaire en disant : « Je n'arrive pas à reconstruire la chronologie. Je frôle l'angoisse. Ce qui s'est passé j'en sais rien mais il n'y a pas eu de violence. » Questionné sur cette angoisse qu'il frôle, il répond : « D'avoir fait cet acte, d'avoir perdu le voisinage que j'aime beaucoup. Et d'avoir fait du mal à ma victime. Et d'avoir détruit une forte amitié. Je frôle le désespoir. »

Plus loin dans le questionnaire, Marc donne d'autres précisions : À la question :

2. Pouvez-vous raconter le plus précisément possible comment s'est déroulé le délit ?

Sa réponse est la suivante : « Il y avait la fenêtre, un radiateur très bas, le canapé (il mime pour visualiser la scène). Elle était sur le radiateur et se laissait tomber sur le canapé. Son pyjama a glissé sur ses fesses. J'ai donné un becque sur une fesse. Elle m'a dit « Pis l'autre ? » et j'ai donné un bisou sur l'autre. Après il y a eu des caresses dans les cheveux, le dos. J'ai des souvenirs disparates de gestes exécrationnels. J'arrive pas à visualiser. Elle était très calme mais c'est pas de sa faute. Ça me revient pratiquement tout le temps : quand elle tombe sur le canapé. Je pense que c'est le début. »

Ainsi, l'irruption de la perception (les fesses) provoque un débordement que Marc tente de résoudre par un acte (un « becque »). La demande de la fillette, dans un jeu d'enfant, est alors perçue comme une injonction à laquelle il devait se soumettre, dans une attitude passive, et l'excitation prégénitale de l'enfant est vécue par Marc dans une confusion avec une sexualité génitale. La confusion dans les souvenirs, l'absence d'image vont dans le

sens d'un débordement d'excitation que l'appareil psychique de Marc tente d'endiguer par un arrêt des processus de pensée et des processus affectifs. Cet épisode qui revient sans cesse à sa pensée a une valeur d'expérience traumatique que Marc tente d'intégrer dans son psychisme, sans toutefois y parvenir.

La remarque : « Elle était très calme mais c'est pas de sa faute » semble laisser transparaitre une ambivalence où pour une part, Marc considère la victime comme participante, et pour une autre part, plus raisonnée et raisonnable, il considère cette première idée inacceptable et annule le premier mouvement.

Cette ambivalence se révèle encore dans une question concernant la victime et ouvrant des propositions.

5. Pensez-vous que la (les) victime(s) étai(en)t :		
<input type="checkbox"/> <i>consentante</i>	<input type="checkbox"/> <i>indifférente</i>	<input type="checkbox"/> <i>agressive</i>
<input type="checkbox"/> <i>participante</i>	<input type="checkbox"/> <i>passive</i>	<input type="checkbox"/> <i>soumise</i>
<input type="checkbox"/> <i>provocante</i>	<input type="checkbox"/> <i>souffrante</i>	
<input type="checkbox"/> <i>séductrice</i>	<input type="checkbox"/> <i>résistante</i>	<input type="checkbox"/> <i>autre, précisez</i>

Marc retient qu'elle n'était pas consentante mais pas indifférente, en mettant en avant le fait qu'elle était très câline. Enfin il ajoute « impulsive » en précisant : « Parfois elle jouait et tout d'un coup venait me donner un bisou ou me demander de l'aider à jouer. » Dans cette proposition, Marc semble laisser entendre l'envahissement que provoquaient l'énergie, la vitalité et l'affection de cette enfant.

Suite à la partie de l'ECL relatif au délit, Marc exprime la sensation d'une certaine structuration de sa pensée par l'intermédiaire du questionnaire et de la psychothérapie de la manière suivante : « Quand je suis tout seul chez moi, les pensées tournent jusqu'à un blocage. Tandis qu'ici [dans les séances de psychothérapie], me concentrer sur des questions précises m'aide. »

À la fin de la partie de l'ECL concernant le vécu subjectif entourant le délit, Marc a cette réflexion : « La pulsion sexuelle est normale, c'est la perte de contrôle qui est anormale. C'est ce qui m'agace et m'agresse, cette perte de contrôle. »

À la fin du questionnaire, Marc dit : « À travers les questions, il y a des flash qui reviennent ce qui me permet d'être plus précis. Avant, à part cette paire de fesses devant moi quand elle est descendue je n'avais rien... »

Quelques entretiens plus tard, Marc amène un matériel singulier : Alors qu'il était chez lui à rechercher dans son esprit des souvenirs concernant les agressions commises, ses pensées l'ont amené à un rêve éveillé dans lequel il se voit dans le salon de son ancien appartement. Il se voit en train de commettre des attouchements sur sa jeune victime, et il voit sa femme, assise dans le salon en train d'assister à la scène. Dans la rêverie, croiser le regard de sa femme a pour effet qu'il cesse immédiatement les agirs sur la fillette, puis qu'il revienne à ses esprits, passablement troublé et avec un sentiment de malaise.

Dans la séance, il cherche à aborder ce matériel sous un angle cartésien, expliquant que c'est forcément un souvenir reconstruit puisque sa femme était décédée au moment des agressions. Il pose la question, en repoussant immédiatement l'idée, d'un possible lien entre le décès de sa femme et les actes commis.

Cette rêverie semble figurer le clivage du Moi lié à une expérience traumatique. Marc se perçoit, luttant par l'agir sexuel violent contre l'envahissement destructeur et se voit spectateur, dans une condensation avec sa femme, spectateur de cet état d'envahissement.

En même temps, cette image de sa femme, porte en elle-même sa charge de destruction traumatique puisqu'elle est morte et que cette mort a précipité Marc dans une douleur intense. C'est dans ce contexte de douleur lié à la mort de sa femme que Marc agit un érotisme morbide avec sa jeune victime, et scelle le clivage qui rejette hors champ de sa subjectivité l'effraction de cet événement. Leurs regards qui se croisent mettent en contact plus fortement encore les parties clivées dans une intensité de tension trop importante, provoquant un arrêt du processus de représentation.

Le clivage se remet en place et Marc ne peut pas concevoir de quelconque lien entre le décès de sa femme et ses agirs sexuels violents.

Pourtant, quelques séances plus tard, Marc évoque à nouveau le décès de sa femme, affirmant que cette période lui revient en tête, et amène une description plus détaillée de son vécu de cet événement et de l'impact traumatique qu'il a eu sur lui.

Ainsi, il décrit le matin où il la découvre. Il la voit couchée dans son lit, de dos, et c'est face à cette vision que se produit en lui le sentiment inquiétant que quelque chose n'est pas normal, puis le constat que c'est un « dos mort ». Constat confirmé lorsqu'il fait le tour du lit et voit le visage de sa femme. Marc raconte ensuite la venue de la médecin légiste qu'il décrit comme peu aimable. Celle-ci le somme, notamment, ou du moins le vit-il ainsi, de manipuler le corps afin de le positionner de sorte qu'elle fasse les examens nécessaires. « Etait-ce à moi de faire cela ? » se demande encore Marc. Il dit garder de cet épisode le souvenir du contact de la peau froide de sa femme. Ce décès étant suspect, compte tenu de l'âge de la défunte et de sa survenue à domicile, une perquisition par la police, vécue sans ménagement par Marc, eut lieu le jour même, suivie d'une enquête. Lors de la perquisition, Marc s'évanouit. Il aura un malaise similaire, un peu plus d'un an plus tard, lors de la perquisition de la police des mœurs suite aux attouchements commis. « Pourtant, ceux-là, ils étaient sympa », plaisante-t-il pour insister sur les manières brutales de leurs collègues intervenus lors du décès. Après cette agitation autour du décès, Marc se trouve plongé dans une brutale solitude. L'enquête, dit-il confirmera un décès par arrêt cardiaque lié à la prise de morphine sans qu'il n'y ait eu de surdose par rapport à la prescription médicale.

Cette mort inattendue, d'autant plus pénible qu'elle n'a pas été accompagnée de présence humaine bienveillante, mais bien au contraire, vécue dans un contexte d'agitation et d'angoisse, au point que Marc, probablement submergé émotionnellement, n'ait plus que l'évanouissement, l'éclipse subjective comme ultime protection de son psychisme, constitue une expérience traumatique. À ce titre, il semble qu'ait eu lieu un vécu de sidération, un arrêt du processus de pensée et de l'affectivité, avec des fragments d'expériences sensorielles atroces, encapsulées mais non inscrites psychiquement et en quête de symbolisation : le « dos mort », la « peau froide ».

Ces vécus sensoriels effractants semblent mis en concordance avec des fragments de l'agression sexuelle : le contexte d'agitation, le corps vivant de la victime, le touché agréable de ses cheveux et de sa peau qui renvoient au corps mort et à la peau froide de l'épouse. De même, la vision des fesses de la victime, comme déclencheur de la confusion semble renvoyer au dos mort de l'épouse. Ainsi, les fragments sensoriels dans l'agression sexuelle, offrant une expérience de plaisir partiel et immédiat, peuvent être considérés comme une recherche d'antidote aux fragments corporels morts encapsulant une expérience d'horreur.

Le traitement obligatoire a aidé Marc à retrouver une contenance fortement mise à mal par les événements traumatiques du décès de sa femme et des actes de violence sexuelle qui l'ont suivis. L'espace thérapeutique a contribué à l'émergence de certaines parts clivées de ces événements douloureux et de leur donner, au moins en partie, une place dans la narration de son histoire.

Synthèse de la vignette clinique de Marc

La vignette de Marc présente la situation d'un homme déjà âgé, inscrit plutôt dans un fonctionnement névrotique. L'anamnèse de ses relations précoces et de sa petite enfance ne révèle pas de faits saillants d'un point de vue psychopathologique.

Les moments particuliers relevés concernent :

L'initiation précoce à la sexualité à l'âge de douze ou treize ans par une jeune femme adulte. Malgré l'absence de violence manifeste, cet événement peut être qualifié d'abus sexuel aux vues des circonstances décrites, à savoir l'absence de demande du côté de Marc, l'incompréhension de ce qui se produisait, la passivité dans laquelle il subit l'acte, la confusion autour de celui-ci, même de nombreuses années après.

La tuberculose et le placement sanitaire consécutif. Tous les désagréments liés à cette période (traitement lourd, perte de capacités physiques, arrêt de l'investissement sportif...) sont évacués au profit de l'événement heureux qui y survient : la rencontre de sa future femme.

La maladie de son épouse qui la conduit à une perte progressive d'autonomie physique. Marc exprime très peu de chose concernant cette épreuve, si ce n'est sur le mode de l'idéalisation de leur lien conjugal. Les sentiments de colère, quant à eux, sont projetés sur l'extérieur, à savoir les personnes qui se sont détournés d'eux au fur et à mesure de l'avancée du handicap de son épouse.

Ainsi, malgré un fonctionnement psychique général stable et une bonne adaptation sociale, dans certaines situations, Marc cherche à protéger son intégrité narcissique par le recours à des défenses psychiques archaïques de l'ordre du déni, du clivage et de l'identification projective.

Dans des situations d'envahissement de tension, ces défenses ont pu mener à une perte de subjectivité manifestée dans des évanouissements, un état confusionnel transitoire, des amnésies de ses actes. C'est aussi dans un état crépusculaire que Marc a commis ses attouchements.

L'utilisation de L'ECL a permis de revenir sur l'épisode d'abus sexuel subis dans l'adolescence.

Cet outil a aussi permis de clarifier le vécu des délits sexuels commis, d'en appréhender le déroulement, de dégager des accroches perceptives précipitantes des actes.

Plus tard, au cours des entretiens, des liens ont pu être fait avec d'autres expériences sensorielles partielles traumatisantes lors du décès de la femme de Marc.

Dans le contexte de désorganisation psychique et de lutte contre l'effondrement dans lequel il se trouvait, Marc semble avoir tenté de symboliser les expériences d'horreur inscrits en lui lors du décès de sa femme en les liant à des fragments perceptifs pleins de vie, issus de sa victime et en les érotisant dans le but de leur donner un aboutissement par une expérience de plaisir. Une telle entreprise ne peut s'inscrire que dans une répétition compulsive.

La thérapie, en dénouant ces mécanismes et en cherchant à reprendre ces événements dans une histoire personnelle par le biais de la narrativité, tente plutôt de participer à leur inscription subjective.

Chapitre 6 : Discussion

Les vignettes cliniques présentées concernent cinq hommes, condamnés pour des actes différents, mais tous de nature pédophile.

Trois sont récidivistes, Cassandre, Achille et Jean-Yves, et deux, Henry et Marc n'ont connu qu'une seule condamnation. Les actes commis par ces derniers semblent circonstanciels à des difficultés actuelles de leur vie. Les trois autres présentent une inscription plus marquée dans la problématique pédophile.

Tous ont en commun de souffrir de troubles du narcissisme qui les laisse vulnérables face aux aléas de la réalité extérieure et les amène à recourir à des mécanismes de défense archaïque dans une logique de survie psychique.

Pour Cassandre, Achille et Jean-Yves, ce fonctionnement a clairement sa source dans des relations précoces à l'environnement primaire gravement déficitaire, et même maltraitant, physiquement (Achille), et au moins psychologiquement pour tous les trois.

Pour Henry et Marc, l'anamnèse des relations précoces ne révèle pas de dysfonctionnement flagrant.

Marc évoque des événements de vie potentiellement traumatogènes qui ne semblent que partiellement intégrés dans son histoire et dont il a tendance à se dégager soit en déniait leur part délétère et en idéalisant des aspects plus réjouissants, soit en projetant la souffrance sur l'extérieur. Par ailleurs, il ne faut pas négliger de possibles effets transgénérationnels, compte-tenu de ruptures dans l'enfance de sa mère. En l'état, ce dernier point ne peut qu'avoir valeur d'hypothèse.

L'anamnèse d'Henry, moins poussée dans la vignette, n'amène pas d'information particulière. Concernant son parcours de vie, Henry en est resté, à des banalités.

L'économie psychique de survie, plus ou moins prégnante et évidente selon les personnes, emploie les mécanismes du déni, du clivage, de l'identification projective. Ces mécanismes ne suffisent pas à endiguer durablement l'angoisse qui, selon les aléas de l'environnement

s'impose de façon envahissante et menace l'équilibre psychique du sujet. Cet envahissement de tensions non-symbolisées est un phénomène désubjectivant.

Dans ce contexte, un enfant, dans la réalité extérieure, fait écho avec les éléments menaçants non-symbolisés envahissants la vie interne, qui poussent l'individu en état de vacillement subjectif à agir.

Soit l'enfant est identifié à cette part non-symbolisée à évacuer et l'agir sexuel violent acte l'expulsion de celle-ci dans un mouvement d'anéantissement de l'enfant, afin de récupérer une contenance narcissique dans un sentiment de triomphe. C'est le cas d'Achille qui, dans un comportement prédateur, va chercher des enfants pour leur faire subir des attouchements.

Soit la finalité n'est pas l'expulsion mais une tentative de symbolisation. L'enfant est identifié à cette part non-symbolisée en l'inversant et est érotisé pour renverser la menace en plaisir. Ainsi, pour Cassandre et pour Marc, par inversion, l'enfant est vécu comme séducteur. Le mouvement de tentative de symbolisation est illustré dans la vignette de Marc où des fragments perceptifs d'horreur issus du vécu traumatique avec sa femme morte sont figurés par des fragments perceptifs du corps de la fillette, inversés puisque plein de vie. Inversés aussi car au lieu de les percevoir comme désirables, Marc considère la séduction comme émanant de la fillette. Renversés, car en les érotisant ils ne sont plus sources d'horreur mais de plaisir.

Jean-Yves nie les faits reprochés en projetant sur les parents toute l'animosité liée à cette affaire. Il évoque cependant la fillette dans des termes qui rappellent les défenses par recours à l'érotisation.

Henry reconnaît les faits mais dans une mise à distance. Dans un moment du suivi non présenté dans la vignette, à l'évocation des délits il a tendance à se désorganiser et brandit des défenses paranoïaques.

Choquant par l'aberration comportementale qu'il constitue et par la violence qu'il véhicule, l'agir sexuel violent peut cependant être considéré comme un appel au sens et une occasion de relance du processus de subjectivation (Roman, 2018). Les angoisses agonistiques, fragments non-symbolisés et menaçants ne sont pas contenus par le Moi trop fragile et agissent hors-champ de la subjectivité.

L'accompagnement thérapeutique avec ces patients vise à étayer le Moi pour renforcer sa capacité à contenir les éléments effractants et à penser les éprouvés bruts pour les rendre assimilables. Ce processus emprunte le chemin de l'affect qui mène à la symbolisation et enrichit la subjectivité.

L'organisation de la thérapie est construite et pensée dans cette optique, en construisant des conditions d'accueil dans lesquelles le thérapeute puisse préserver sa subjectivité et sa capacité de penser face aux éléments non-symbolisés et aux mécanismes morcelants du patient.

Les vignettes cliniques proposées focalisent sur des moments plus ou moins fournis de suivis thérapeutiques et cherchent à présenter le patient tout en mettant en perspective le ou les thérapeutes inclus dans le suivi.

Ainsi, la vignette de Henry donne moins de visibilité sur le patient et beaucoup plus sur la mise en place par les thérapeutes, d'un cadre thérapeutique clair.

Tout particulièrement avec les sujets auteurs de violence sexuelle, le soin donné à l'établissement d'un cadre clair est primordial et oriente toute la suite de la thérapie. Aussi, dans la vignette de Henry, celui-ci est demeuré l'objectif principal pendant près d'une année.

Les procédés de mise à distance, la perversion de la relation, employés par Henry, et dans d'autres cas les mécanismes de défense archaïques, les attaques du lien, la relation d'emprise constituent des procédés défensifs visant à maintenir clivés les éléments non-symbolisés et effrayants. La connivence recherchée avec les thérapeutes n'aboutirait qu'à maintenir cette situation en l'état et conforter le narcissisme pathologique du patient.

Tout au contraire, la démarche de soin cherche à établir une contenance psychique, là où elle a fait défaut. C'est bien le rôle de l'établissement du cadre solide, clair, puisque partagé par les différents intervenants sociaux, judiciaires et soignants (intercontenance), résistant aux attaques, manipulations et tentatives de détournement. Le patient ayant fait l'expérience précoce de la défaillance et de la fragilité de l'environnement à ses attaques, la persistance et le maintien du cadre démontrent, au contraire, sa capacité à le contenir. Ce qui a, au final, un effet rassurant pour le patient. Ciavaldini (2018) parle de « mantèlement » pour contenir le moi parcellisé du patient.

À partir du moment où le cadre est posé, la démarche de soin vise à aller chercher les éléments non-symbolisés auxquels le patient ne veut surtout pas toucher, tant la tension et le sentiment catastrophique sont intenses, afin de l'aider à les transformer en éléments moins effrayants, supports à la représentation, et donc intégrant le processus de subjectivation.

Ce travail de symbolisation passe par l'affect, puis la représentation et implique que le thérapeute prête sa capacité de penser et sa capacité à éprouver (Stigler-Langer⁷). Pour cela, il est nécessaire que sa vitalité psychique et sa subjectivité soient préservées par le cadre thérapeutique et par les modalités d'intervention.

C'est une de ces modalités, au sein d'une cothérapie, qui est présentée dans la vignette de Jean-Yves. Au-delà du confort à fonctionner que trouvent les thérapeutes, cette relance d'activité psychique est bénéfique au patient qui peut, petit à petit, expérimenter à l'intérieur de l'espace thérapeutique, la possibilité de penser.

Dans les vignettes de Cassandre et d'Achille, apparaissent des moments d'implication subjective du thérapeute. Par l'instauration réfléchie d'une règle qui accentue symboliquement la différenciation entre le thérapeute et le patient, dans le cas de Cassandre. Par une parole non réfléchie du thérapeute, probablement expression de son inconscient, dans le cas d'Achille.

Ces exemples cliniques abordent un aspect fondamental du projet thérapeutique avec des sujets auteurs de violence sexuelle, à savoir le remaniement de la relation du patient à l'objet, telle qu'elle s'est construite au cours de son développement psychoaffectif.

Par la contenance offerte et la mise à disposition de sa capacité de penser et de sa capacité à éprouver, le thérapeute affirme au patient qu'il est concerné par lui, et lui présente des qualités de malléabilité de l'objet, des possibilités d'utiliser et de manier l'objet. Par son implication subjective, le thérapeute indique sa résonance personnelle envers le patient en tant qu'individu singulier.

Balier (2000) qualifie les techniques thérapeutiques de « médiation symbolisante » et donne pour métaphore le rôle du regard du thérapeute sur le patient qui ouvre pour ce

⁷ Présentations à l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS) et le Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle (CIFAS). Non publiées.

dernier « la capacité à se voir soi-même dans le regard de l'autre, signant l'accès à la représentation ».

La vignette de Marc présente l'intérêt de l'Entretien Clinique de Lausanne (ECL) comme outil de médiation thérapeutique. Sa fonction d'objet tiers permet de combiner, dans l'entretien les qualités de contenance des thérapeutes et l'invitation faite au patient à s'engager personnellement dans son discours, au travers des questions précises de l'ECL.

Dans la vignette, l'ECL permet d'aborder des événements singuliers du parcours de vie de Marc, et d'évoquer et préciser ses rapports à la victime et son vécu des agirs sexuels commis. Au-delà d'une investigation, en qualifiant ses impressions, la passation de l'ECL a aidé Marc structurer ses pensées et souvenirs, et à sortir un peu de la confusion angoissante dans laquelle il se trouvait, notamment concernant le délit.

En outre, son discours lors de la passation de l'ECL a fait émerger des éléments saillants, mal symbolisés, qui ont pu trouver des liens, plus tard dans le suivi, avec d'autres fragments traumatiques. Cette opération a contribué à associer des éléments non-symbolisés et clivés. En ce sens, il semble que l'ECL a contribué à jouer un rôle de levier thérapeutique dans le sens de l'intégration d'éléments non-symbolisés et clivés, dans la narration d'une histoire subjective.

Ainsi, ces vignettes cliniques, au travers de l'analyse de matériel de terrain, ont mis en évidence pour ces situations, la faillite subjective entourant la commission d'actes pédophiles, qu'il s'agisse de personnes inscrites dans une sexualité pédophile récurrente ou pas. Ces vignettes ont également mis en évidence l'importance, mais aussi la complexité de l'accompagnement psychothérapeutique, pour favoriser une relance du processus de subjectivation.

Conclusion

Les agressions sexuelles sur des enfants, présentes de tous temps dans les sociétés humaines, ont suscité des préoccupations changeantes en fonction des époques, selon la nature des relations entre hommes et femmes, et selon la place accordée à l'enfant et à sa parole dans l'organisation sociale. Au prétexte de consacrer une juste place à l'enfant, les pédophiles des années soixante-dix, réhabilitant le terme, ont revendiqué le droit à la sexualité entre adultes et enfants. Leurs arguments, parfois audibles de façon très similaire chez les personnes actuellement condamnées pour des actes d'ordre sexuel sur enfants, prétendaient aux besoins des enfants et à une réforme de la société. Ils oubliaient toutefois une chose essentielle : donner la parole aux enfants.

Or, lorsque les enfants victimes d'abus sexuels ont eu la parole et que celle-ci a été écoutée, une onde de choc a traversé la population. La prise de conscience de l'impact dévastateur sur les victimes, par ailleurs déjà décrits depuis longtemps dans des milieux spécialisés, parfois pendant des dizaines d'années, voire sur plusieurs générations, a provoqué une profonde indignation. La réprobation est devenue générale et plus personne actuellement ne songerait à se revendiquer de la pédophilie.

Aujourd'hui, la pédophilie heurte et fascine. Elle heurte par la violence profonde et sournoise qu'elle véhicule, par la contrainte qu'elle impose, par l'atteinte aux plus vulnérables, par le renversement du pacte générationnel prescrivant aux aînés de protéger les plus jeunes. Elle fascine, reléguant ses auteurs au ban de l'Humanité, peut-être parce qu'elle montre au grand jour une part récusée de l'humain.

Enfin, la pédophilie interroge, derrière l'aberration manifeste, sur le sens d'un tel agir dans le parcours historique d'un individu.

C'est ce questionnement qui a guidé ce travail.

Ce questionnement, directement issu d'une pratique en tant que psychologue, sur le terrain, auprès de personnes ayant commis des crimes et délits de nature pédophile, tentait de

répondre à des problèmes de base de la pratique clinique : Qui sont ces personnes ? Comment les rencontrer ? Quelles propositions soignantes apporter ?

Ce travail met en avant le fait que l'attirance et l'agir pédophile participe pour la personne, d'une tentative, pathologique, de maintenir son humanité, et ceci, ce n'est pas le moindre des paradoxes, fut-ce au détriment d'autrui.

Pareil mouvement psychique a lieu dans des moments de vacillement de la subjectivité, où la personne sent se rompre ce lien à son humanité, sous la pression continue et envahissante des affres de ses expériences traumatiques.

La rencontre avec le professionnel du soin psychique cherche à établir, en préalable à tout travail de mobilisation d'un matériel psychique, des conditions de partage intersubjectif moins empreint de mécanismes primaires relevant de la survie psychique, et plus favorable aux mécanismes secondaires de liaison et de représentation.

Le projet soignant est bien l'accompagnement à l'humanisation, non pas, comme tend à le pratiquer le patient auteur de violence sexuelle, selon des modalités de répression des affects et de détournement de la destructivité, mais en suivant l'impératif freudien d'assomption subjective.

Ce travail laisse quelques frustrations par les thèmes d'investigation clinique qu'il laisse en suspens.

Ainsi, la nature et la qualité de la relation à la victime ouvre des interrogations quant à la construction du rapport à l'objet, inhérente au processus de subjectivation, dans l'économie psychique des sujets auteurs d'agirs pédophiles.

Ce thème pourrait être envisagé sous l'angle du jeu, dans l'acception qu'en a donné Winnicott (1971).

En outre, cet angle d'approche pourrait apporter un éclairage sur le sentiment de connivence régulièrement énoncé par les auteurs d'agirs pédophiles, comme dans les vignettes de Cassandre, Jean-Yves et Marc. Il pourrait permettre d'étudier un phénomène plus singulier encore, régulièrement rencontré dans la narration du déroulement délictuel par son auteur, et particulièrement illustré dans la vignette de Marc : un jeu qui dérape.

Ainsi, un jeu enfantin entre un adulte et un enfant, mettant généralement en scène le corps, prend chez l'adulte un cours génitalisé, véritable « confusion des langues » (Ferenczi, 1932) et aboutit sur un agir sexuel violent. Il y a donc là une véritable dégradation du processus de jeu dont la finalité ordinaire est d'organiser l'excitation vers un but de satisfaction.

Par ailleurs, Winnicott (1971) qui considère que « la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. » précise que « si le patient ne peut pas jouer, cela veut dire qu'il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer. » Ainsi, au-delà de techniques spécifiques comme le psychodrame, le soin aux auteurs d'agirs pédophiles pourrait être revisité selon cette optique, en délimitant les circonstances internes et externes de dégradation du jeu et en favorisant les capacités de jouer du patient.

Une autre piste possible d'exploration sur le thème de la construction du rapport à l'objet, réside dans le focus sur l'attraction, voire la fascination fétichiste, du sujet auteur de violence sexuelle pédophile sur des objets partiels du corps de l'enfant. Ce vécu incite certains auteurs de violence sexuelle pédophile à parler de séduction de l'enfant à leur égard, comme dans la vignette de Jean-Yves, ou parfois, comme dans le cas de Marc, cette perception est repérée comme un moment de bascule dans l'agir pédophile. La notion de conflit esthétique (Meltzer, 2000), comme mélange d'émotions primaires, pourrait aider à mieux appréhender ce phénomène et ouvrir des pistes thérapeutiques de travail sur l'affect avec ces patients.

Enfin, dans le champ plus général de la mise en place de conditions de prise en charge thérapeutique, la vignette clinique de Marc montre comment l'utilisation de l'Entretien Clinique de Lausanne (ECL), comme médiateur de la relation thérapeutique, joue un rôle dans la relance du processus de symbolisation du patient, et à ce titre, fonctionne comme un levier thérapeutique.

L'ECL est actuellement utilisé dans une version revisitée, quelque peu différente, sur la forme, de la version employée avec Marc, visant à optimiser sa dimension clinique et thérapeutique. Une recherche est en cours pour évaluer l'outil dans sa pertinence à investiguer la vie psychique des sujets auteurs de violence sexuelle et à opérer une fonction

de levier thérapeutique en initiant ou favorisant des processus de transformation psychique dans le sens de la symbolisation.

Ainsi, la clinique des auteurs de violence sexuelle, sur enfant comme sur adulte, est difficile et exigeante, du fait de la complexité des troubles psychopathologiques des patients, et de la répercussion de ces troubles dans le corps social. La recherche de modèles de compréhension de ces troubles et de modalités thérapeutiques adaptées demeure toujours ouverte.

Bibliographie

- Abbiati, M., Mezzo, B., Waeny-Desponds, J., Minervini, J., Mormont, C., Gravier, B. (2014). Victimization in childhood of male sex offenders : Relationship between violence experienced and subsequent offenses through discourse analysis. *Victims and Offenders*, 9, 234-254.
- Adam, C. (2006). Les classifications psychologiques d'auteurs d'infractions à caractère sexuel : une approche critique de la littérature. *Déviance et Société*, 2 (30), 233-261. DOI 10.3917/ds.302.0233
- Adam, C. (2012). Responsabilisation et déresponsabilisation dans le traitement des délinquants sexuels en Belgique. *Déviance et Société*, 3 (36), 263-276. DOI : 10.3917/ds.363.0263
- Adam, C. (2016). Expertiser et soigner : deux verbes si incompatibles ? In Gravier, B., Roman, P. (dir.). *Penser les agressions sexuelles*. Toulouse : Erès, 153-168.
- Adam, C. (2018). Qui sont les auteurs de violences sexuelles ? Identifie-t-on de nouvelles catégories d'auteurs, contexte et milieu de vie ? Paris : Audition publique, 14-15 juin 2018, *Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*.
- Allouch, E. (1992). Corporéité et psychose infantile. *Psychanalyse à l'université*, 17 (66), 3-25.
- Allouch, E. (1993). L'abject. Représentations du corps et psychose infantile. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 33, 85-98.
- Ambroise-Rendu, A.-C. (2003). Un siècle de pédophilie dans la presse (1880-2000) : accusation, plaidoirie, condamnation. *Le Temps des médias*, 1, 31-41.
- Ambroise-Rendu, A.-C. (2014). *Histoire de la pédophilie. XIXe-XXIe siècle*. Paris : Fayard.
- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5. Critères diagnostiques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Ames, A., Houston D. (1990). Legal, social and biological definitions of pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 19 (4), 333-342.
- André, S. (1998). La pédophilie, une perversion ? In *Ecole des sciences criminologiques Léon Cornil. La pédophilie. Approche pluridisciplinaire*. Bruxelles : Bruylant. 65-96.
- André, S., Gosselin, G. (2008). *Qu'est-ce que la pédophilie ?* Bruxelles : Éditions Luc Pire.
- André, J. (Dir.). (2011). *Les cent mots de la sexualité*. Paris : Que sais-je ? PUF.

- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris : Dunod. (1999).
- Anzieu, D. (1984). *Le double interdit du toucher*. In *Psychanalyse des limites. Textes réunis et présentés par Catherine Chabert*. Paris : Dunod. (2007), 165-181.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*, Paris : Dunod.
- Ariès, P. (1975). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Paris : Éditions du Seuil.
- Aubut, J. (1993). *Les agresseurs sexuels*. Montréal : La Chenelière.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bajos, N., Bozon, M. (2008). *Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère*. *Population et sociétés*, 445 (5), 1-4.
- Balier, C. (1993). *Pédophilie et violence. L'éclairage apporté par une approche criminologique*. *Rev. Franç. Psychanal.*, 2 (57), 573-589.
- Balier, C., Ciavaldini, A., Girard-Khayat, M. (1996). *Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. (La documentation Française)*.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : PUF.
- Balier, C. (2000-a). *Psychopathologie des agresseurs sexuels selon un modèle psychanalytique*. In Ciavaldini, A., Balier, C. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, 9-15.
- Balier, C. (2000-b). *Introduction à la thérapeutique*. In Ciavaldini, A., Balier, C. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, 85-86.
- Balier, C. (2003). *Du vide de la violence à la restauration du sujet*. In Ciavaldini, A. (dir.). *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Paris : In Press, 143-148.
- Balier, C. et al. (2005). *La violence en abyme*. Paris : PUF.
- Balier C., Bouchet-Kervella, D. (2008). *Étude psychanalytique des auteurs de délits sexuels*. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-510-A-40. Doi : 10.1016/S0246-1072(08)48253-6
- Baron-Laforêt, S. (2008). *Les auteurs de violences sexuelles*. In Senon, J-L. Lopez, G. Cario, R. *Clinique, prise en charge, expertise*. Paris : Dunod, 99-112.

- Bastien, D. (2004). Clinique de passions perverses. *Cliniques méditerranéennes*, 1 (69), 175-185. DOI 10.3917/cm.069.0175
- Bayle, G. (2003). Destructivité, démentalisation, clivages et cadres thérapeutiques. In Ciavaldinni, A. (dir.). *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Paris : In Press, 97-114.
- Beech, A. R., Mandeville-Norden, R., Goodwill, A. (2012). Comparing recidivism rates of treatment responders/nonresponders in a sample of 413 child molesters who had completed community-based sex offender treatment in the United Kingdom. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 56 (1), 29-49. DOI: 10.1177/0306624X10387811
- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- Bertrand, M. (2005). Qu'est-ce que la subjectivation ? *Le Carnet PSY*, 1 (96), 24-27.
- Bertrand, M. (2007). Situations extrêmes : le difficile chemin de la subjectivation. In Aubert, A.-E., Scelles, R. (Dir.). *Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Ramonville Saint-Agne : Erès. 25-32.
- Bilheran, A., Lafargue, A. (2013). *Psychopathologie de la pédophilie*. Paris : Armand Colin.
- Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris. PUF.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973). *Invisible loyalties*. New-York : Brunner/Mazel. (1984).
- Bouchet-Kervella, D. (1996). Entre violence et érotisme, le polymorphisme des conduites pédophiliques. *Revue Française de Psychanalyse*, 2 (60), 489-498. DOI : 10.3917/rfp.g1996.60n2.0489
- Bouchet-Kervella, D. (2001). Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra familiaux adultes ? In Conférence de consensus. *Psychopathologie et traitement des auteurs d'agression sexuelle*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 101-112.
- Brie, G. (2014). *Des pédophiles derrière les barreaux. Comment traiter un crime absolu ?* Paris : L'Harmattan.
- Brun, A., Roussillon, R., Bonnet, G. et al. (2016). *Aux limites de la symbolisation*. Paris : Dunod.
- Casoni, D., Brunet, L. (2003). *La psychocriminologie*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.

Chabert, C. (2007). Introduction. Concepts limites pour une psychanalyse des limites. In *Psychanalyse des limites. Textes réunis et présentés par Catherine Chabert*. Paris : Dunod, 1-13.

Ciavaldini, A., Girard-Khayat, M., Balier, C. (1997). Q.I.C.P.A.S.S. (Questionnaire d'Investigation Clinique Pour les Auteurs d'Agresions Sexuelles).

Ciavaldini, A. (1999-a). Passivation et mobilisation des affects dans la pratique analytique avec le délinquant sexuel. *Rev. franç. psychanal.*, 5, 1775-1784.

Ciavaldini, A. (1999-b). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson.

Ciavaldini, A. (2000-a). Attitudes psychique du soignant dans la pratique thérapeutique avec le délinquant sexuel. In Ciavaldini, A., Balier, C. *Agresions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, 105-115.

Ciavaldini, A. (2000-b). Prise en charge thérapeutique du pédophile en milieu ouvert. In Ciavaldini, A., Balier, C. *Agresions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, 149-164.

Ciavaldini, A. (2001). La famille de l'agresseur sexuel. Conditions du suivi thérapeutique en cas d'obligation de soins. *Le Divan familial*, 1 (6), 25-34. DOI 10.3917/difa.006.0025

Ciavaldini, A. (2005). L'agir : un affect inachevé. In Bouhsira, J. et al. *L'affect. Monographies de psychanalyse*. Paris : PUF. 137-161.

Ciavaldini, A. (2006). La pédophilie, figure de la dépression primaire. *Rev. Franç. Psychanal.*, 70 (1), 177-195.

Ciavaldini, A. (2007), Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle. *L'information psychiatrique*, 83 (1), 13-21. DOI 10.3917/inpsy.8301.0013

Ciavaldini, A. (2008). Conflictualité et éthique du soin pénalement obligé avec les auteurs de violences sexuelles. In Sassolas, M. *Conflits et conflictualité dans le soin psychique*. Toulouse : Erès « Hors collection », 77-92.

Ciavaldini, A. (2009). L'agir violent sexuel. In Chabert, C. *Psychopathologie des limites*. Paris : Dunod, 233-279.

Ciavaldini, A. (2012). *Prise en charge des délinquants sexuels*. Bruxelles : Yapaka.

Ciavaldini, A. (2014). Meurtrissure primaire de la symbolisation, affect inachevé et agir violent sexuel. In Brun, A. et al. *Formes primaires de la symbolisation*. Paris : Dunod, 43-54.

Ciavaldini, A. (2015-a). La désistance dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. *AJ Pénal*, 3, 130-135.

Ciavaldini, A. (2015-b). Sexualité infantile et pédophilie. *Revue française de psychanalyse*, 5 (79), 1629-1634. DOI 10.3917/rfp.795.1629

Ciavaldini, A. (2018). Prise en charge des auteurs de violences sexuelles : Quelle est la place des différents champs (sanitaire, social, judiciaire) ? Quels sont leurs rôles, leurs modalités, leurs objectifs et jusqu'où aller ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Ciccone, A., Lhopital, M. (1991). Naissance à la vie psychique. Modalités du lien précoce à un objet au regard de la psychanalyse. Paris : Bordas.

Ciccone, A. Ferrant, A. (2009). Honte, culpabilité et traumatisme. Paris. Dunod.
Colin, M. (2003). « Nul n'est tenu de se soigner ? » In Ciavaldini, A. (dir.). Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire. Paris : In Press, 37-52.

Cordier, B. (2002). Modalités de prise en charge de l'agresseur sexuel. In Baccino, E., Bessoles, P (dir.). Victime-Agresseur. Tome 2. L'agresseur sexuel ; problématiques et prises en charge. Lecques : Les éditions du Champ social, 197-202.

Cortoni, F., Vanderstukken, O. (2017). L'évaluation des besoins en matière de traitement. In Cortoni, F., Pham, T. (Dir.) Traité de l'agression sexuelle. Bruxelles : Mardaga, 129-144.

Denis, P. (1993). Fantômes originaires et fantasme de la pédophilie paternelle. *Rev. Franç. Psychanal.*, 2 (57), 607-612.

Devaud, C., Stigler-Langer, M. (2016). Intérêt d'un traitement de groupe et d'un traitement individuel associé pour les auteurs de violences sexuelles : illustration à partir de deux situations cliniques. In Gravier, B., Roman, P. (dir.). Penser les agressions sexuelles. Toulouse : Erès, 169-185.

Doray, B. (2003). La catachrèse, mère de la métaphore ? Mises en perspective et approches cliniques. In Clot, Y. Gori, R. Catachrèse : éloge du détournement, Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 77-98.

Doray, B. (2007). « Vous êtes ici » : les traumatismes et la question des thérapies de resymbolisation active. In Aubert, A.-E., Scelles, R. (Dir.). Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes. Ramonville Saint-Agne : Erès. 161-183.

Dorey, R. (1981). La relation d'emprise. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 24, 117-139.

Drapeau, M., Brunet, L. (2003). Réflexions suite à une recherche qualitative sur le traitement des agresseurs sexuels pédophiles. *Psychothérapies*, 2 (23), 89-95.

Drapeau, M., Korner, A. C., Granger, L., Brunet, L. (2005). What sex abusers say about their treatment : Results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *Journal of child sexual abuse*, 14 (1), 91-115. DOI: 10.1300/J070v14n01_06

Drapeau, M., Korner, A., Granger, L., Brunet, L. (2005). What sex abusers say about their treatment : Results from a qualitative study on pedophiles in treatment at a Canadian penitentiary clinic. *Journal of child sexual abuse*, 14 (1), 91-115.

Emeraud, P.-Y. (2001). Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites. In *Conférence de consensus. Psychopathologie et traitement des auteurs d'agression sexuelle*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 257-262.

Fédération française de psychiatrie, Direction Générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2001). *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agressions sexuelles*. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge : John Libbey Eurotext.

Ferenczi, S. (1933). Confusion des langues entre l'adulte et l'enfant. In *Psychanalyse* 4. Paris : Payot. 1982, 117-139.

First, M.-B. (2016). *DSM-5 ® Diagnostics différentiels*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.

Freud, A. (1949). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF.

Freud S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard. (1962).

Freud S. (1908). *Les théories sexuelles infantiles*. In *La vie sexuelle*. Paris : PUF. (1970), 14-26.

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. In *Œuvres complètes*, 15. Paris : PUF. (1996), 273-338.

Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot. (1981), 219-275.

Freud, S. (1927). *Le fétichisme*. In *La vie sexuelle*. Paris : PUF. (1969).

Freud, S. (1932). *La féminité*. In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard. (1936), 147-178.

Freud, S. (1938). *Le clivage du moi dans le processus de défense*. In *Résultats, Idées, Problèmes II*. Paris : PUF. (1985), 283-287.

Freud, S. (1939). L'homme Moïse et la religion monothéiste. Paris : Galimard. (1986).

Golse, B. (1999). Le bébé, l'hôpital et le psychanalyste. *Spirale*, 10, 267-277.

Gravier, B., Legoff, V., Devaud, C. (2000). Thérapies actives. In Ciavaldini, A., Balier, C. Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris : Masson, 219-228.

Gravier, B., Mezzo, B., Stankovic, M., Boichat, F., Spagnoli, J. (2001). Etude épidémiologique des délinquants sexuels poursuivis par le système pénal vaudois. Premier congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Québec & Fond National de la Recherche Scientifique, Berne (PNR40 4040-04525).

Gravier, B. (2013). Délinquance sexuelle : de la psychopathologie à la prise en charge, quelques repères. In Senon, J.-L., Jonas, C., Voyer, M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 285-294.

Gravier, B. Roman, P. (2016). Penser les agressions sexuelles. Toulouse : Editions Erès.

Gravier, B. (2018). Quels critères d'évaluation clinique sont pertinents dans le parcours des auteurs ? Paris : Audition publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Haag, G. (1984). Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. *Réflexions psychanalytiques. La psychiatrie de l'enfant*, 27 (2), 293-354.

Hames, R., Blanchard, R. (2012). Anthropological Data Regarding the Adaptiveness of Hebephilia. *Arch. Sex. Behav.*, 41 (4), 745-747. DOI 10.1007/s10508-012-9972-0

Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E. (2005). Characteristics of persistent sexual offenders : a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73 (6), 1154-1163. DOI: 10.1037/0022-006X.73.6.1154

Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Letourneau, E., Helmus, L. M., Thornton, D. (2018). Reductions in risk based on time offense-free in the community : once a sexual offender, not always a sexual offender. *Psychology, public policy, and law*, 24 (1), 48-63.

Haute Autorité de Santé. (2009). Recommandations de bonnes pratiques. Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles à l'encontre des mineurs de moins de 15 ans.

Haute Autorité de Santé. (2011). Recommandations de bonnes pratiques. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur.

- Hoffmann, C. (2012). Une subjectivité sans sujet. *Figures de la psychanalyse*, 1 (23), 181-197. DOI : 10.3917/fp.023.0181
- Houssier, F. (2007). Les paradoxes du travail thérapeutique institué par décision de justice : reprise de la question du cadre interne à partir du contre-transfert. In Aubert, A.-E. Scelles, R. (Dir.). *Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Ramonville Saint-Agne : Erès. 107-130.
- Jaffard, C. (2000). Relation d'étayage. In Ciavaldini, A., Balier, C. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, 87-94.
- Lacan, J. (1953-1954). *Le Séminaire. Livre I. Les écrits techniques de Freud*. Paris : Éditions du Seuil. (1975).
- Lacan, J. (1956). La chose freudienne. In *Ecrits II*, Paris : Editions du Seuil. (1971), 209-248.
- Lacan, J. (1966). La science et la vérité. In *Ecrits II*, Paris : Editions du Seuil. (1971), 219-244.
- Lachaud, D. (1998). *Jalousies*. Paris : Denoël.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laplanche, J. (2002). À partir de la situation anthropologique fondamentale. In Botella, C. (Dir.). *Penser les limites*. Paris : Delachaux & Niestlé, 280-287.
- Leclair, S. (1975). *On tue un enfant*. Paris : Seuil.
- Lecocq, C. (2011). Le traitement sous contrainte des auteurs d'infraction à caractère sexuel. *Clinique méditerranéennes*, 84 (2), 234-257.
- Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les mesures de coercition à des fins d'assistance et les placements extrafamiliaux antérieurs à 1981 : (LMCFA), RS 211.223.13. Récupéré de <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/7677.pdf>, le 08.07.2018.
- MacDougall, J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- MacDougall, J. (1980). Essai sur la perversion (1^{re} partie). In *Les perversions les chemins de traverse*. Paris : Tchou, 269-286.
- Maïdi, H. (2003). *La plaie et le couteau. Et si la victime était son bourreau...* Lonay : Delachaux et Niestlé.
- Maïdi, H., De la Vega, R. (2007). Le beau, le laid, le genre. *Adolescence*, 2 (60), 417-429. DOI 10.3917/ado.060.0417

- Maïdi, H. (2008). Les souffrances de l'adolescence. Trauma et figurations du traumatique. Besançon : Presses Universitaires de Franche-Comté.
- Maïdi, H. (2012). Clinique du narcissisme. L'adolescent et son image. Paris : Armand Colin.
- Maïdi, H. (2015). Le féminin et ses images. Approche clinique et psychopathologique. Paris : Armand Colin.
- Manzanera, C. (2018). Quelle est la définition des violences sexuelles, par la loi, par les professionnels du soin, par la population ? Paris : Audition publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
- Marshall, W.-L., Ward, T., Mann, R.-E., Moulden, H., Fernandez, Y.-M., Serran, G. et al. (2005). Working positively with sexual offenders : maximizing the effectiveness of treatment. *J Interpers Violence*, 20 (9), 96-114.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Kingston, D. A. (2011). Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment ? *Journal of sexual aggression*, 17 (2), 118-129. DOI: 10.1080/13552600.2011.580572
- Marshall, W. L., Marshall, L. E. (2017). Le traitement des agresseurs sexuels adultes. In Cortoni, F., Pham, T. (Dir.) *Traité de l'agression sexuelle*. Bruxelles : Mardaga, 165-177.
- Martin, J.-C. (1996). Violences sexuelles, étude des archives, pratiques de l'histoire. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 51 (3), 643-661.
- Meltzer, D. (2000). L'appréhension de la beauté : le rôle du conflit esthétique dans le développement psychique, la violence, l'art. Larmor-Plage : Éditions du Hublot.
- Mercier, E., Barea, A. (2015). Les Français et les représentations sur le viol. Préparé pour Mémoire traumatique et victimologie. Ipsos Public Affairs. <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2016/2016-Resultats-enquete-Ipsos-Les-Francais-et-les-representations-sur-le-viol.pdf>
- Minary, J.-P., Ansel, D., Mariage, A., Boutanquoi, M. (2011). Jeunes en difficulté et auteurs de violences sexuelles : comment les aider sans violence ? *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 10 (6).
- Palermo, G. B. (2012). An old problem seeking a new solution : sexual offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 56 (1), 3-5. DOI: 10.1177/0306624X11434129
- Pedinielli, J.-L., Mariage, A. (2015). *Psychopathologie du traumatisme*. Paris : Armand Colin.
- Porte, J. (2008). Du trajet de la pulsion. *Revue française de psychosomatique*, 33 (1), 129-134. doi:10.3917/rfps.033.0129.

- Poupart, F. (2014). Une relecture du cas Daniel Paul Schreber. *Psychothérapies*, 4 (34), 259-270. DOI 10.3917/psys.144.0259
- Prins, H. (1991). Dangerous people or dangerous situations ?- some further thoughts. *Med. Sci. Law*, 31 (1), 25-37.
- Racamier, P.-C. (1992). *Le génie des origines : psychanalyse et psychoses*. Paris : Payot.
- Racamier, P.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Dunod.
- Ravit, M. (2004). La cruauté du lien : de l'objet d'addiction au lien d'addiction. *Cahiers de psychologie clinique*, 1 (22), 55-69. DOI 10.3917/cpc.022.0055
- Ravit, M. (2006). Lien de dépendance et figure du mal : Le lien à l'objet d'assuétude dans la construction de l'expérience sensorielle. *Psychologie clinique et projective*, 1 (12), 191-210. DOI 10.3917/pcp.012.0191
- Ravit, M. (2010). Du traumatisme à la fascination dans la clinique du passage à l'acte. *Psychologie clinique et projective*, 1 (16), 29-49. DOI 10.3917/pcp.016.0029
- Ravit, M., Roussillon, R. (2012). La scène du crime : cette autre image des confins de la subjectivité. *Revue française de psychanalyse*, 4 (76), 1037-1049. DOI 10.3917/rfp.764.1037
- Roman, P. (2009). La violence sexuelle et le processus adolescent : clinique des adolescents engagés dans des « agirs sexuels violents ». *Journal du droit des jeunes*, 4 (284), 38.43. DOI 10.3917/jdj.284.0038
- Roman, P., Ravit, M. (2011). La subjectivation de l'agir sexuel violent à l'adolescence : les apports d'un questionnaire d'investigation clinique dans la rencontre de l'adolescent. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 10 (6).
- Roman, P. (2012). *Les violences sexuelles à l'adolescence*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Roman, P. (2018). L'inadvenue de l'affect et la trace du traumatisme dans les violences sexuelles. *Adolescence*, 36 (1), 109-120.
- Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- Roussillon, R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse*, 2 (68), 421-439. DOI 10.3917/rfp.682.0421
- Roussillon, R. (2007). Les situations extrêmes et leur devenir. In Aubert, A.-E., Scelles, R. (Dir.). *Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes*. Ramonville Saint-Agne : Erès.215-226.

Roussillon, R. (2014). Pertinence du concept de symbolisation primaire. In Brun, A. et al. Formes primaires de la symbolisation. Paris : Dunod, 155-174.

Roussillon, R. (2017). La destructivité et la déception narcissique. *Le Carnet PSY*, 4 (207), 36-42.

Ruggiero, I. (2013). L'objet inatteignable ? Difficultés et paradoxes dans la relation analytique avec les « patients limites ». *L'Année psychanalytique internationale*, 1 (2013), 45-70. DOI 10.3917/lapsy.131.0045

Sales, C. (2003). Pédophilie, sexualité et société. *Etudes*, 398, (1), 43-53.

Savin, B. (2012). Compréhension psychodynamique et approches psychothérapeutiques des violences sexuelles. *Archives de politique criminelle*, 1 (34), 123-133.

Sécail, C. (2012). L'essor du fait divers criminel à la télévision française (1950-2010). *L'Information psychiatrique*, 88 (1), 51-59. doi:10.1684/ipe.2012.0875

Senon, J.-P. (2001). Quelles sont les théories actuelles concernant les causes impliquées dans les agressions sexuelles ? In Fédération française de psychiatrie, Direction Générale de la santé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. 5ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Montrouge : John Libbey Eurotext. 195-199.

Spitz, R.-A. (1965). *De la naissance à la parole*. Paris : PUF.

Szwec, G. (1993). Faudra mieux surveiller les petits. *Revue française de Psychanalyse*, 2 (57), 591-603.

Verdrager, P. (2013). *L'enfant interdit. Comment la pédophilie est devenue scandaleuse*. Paris : Armand Colin.

Vernant, J.-P. (1999). *L'univers, les Dieux, les Hommes. Récits grecs des origines*. Paris : Éditions du Seuil.

Verschoot, O. (2018). Quelles approches thérapeutiques dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles ? Approche psychodynamique. Paris : Audition publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Vidit, J.-P., Balzani, B., Ribot-Kainz, G. (2002). *Du jeu et des délinquants. Jouer pour pouvoir penser*. Bruxelles : De Boeck.

Vonmont, A. (2005). Ballottés d'une famille à l'autre. *Horizon, magazine suisse de la recherche scientifique*, (66), 5.

Wendland, J., Couëtoux-Jungman, F., Khun-Franck, L., Camon-Sénéchal, L., Cautru, F., Ollivier, C., Rabain, D. (2015). La cothérapie : un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 58 (1), 53-84. Doi : 10.3917/psy.581.0053

Wendland, J., Couëtoux-Jungman, F., Khun-Franck, L., Camon-Sénéchal, L., Cautru, F., Ollivier, C.,... Rabain, D. (2015). La cothérapie : un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 1 (58), 53-84.

Winnicott, D.-W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Éditions Payot. (1969), 72-82.

Winnicott, D.-W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Éditions Payot. (1969), 169-186.

Winnicott, D.-W. (1954). Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Éditions Payot. (1969), 250-267.

Winnicott, D.-W. (1956). La tendance antisociale. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Éditions Payot. (1969), 292-302.

Winnicott, D.-W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

Winnicott, D.-W. (1975). La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 35-44.

Winnicott, D.-W. (1984). *Déprivation et délinquance*. Paris : Éditions Payot.

Wolf-Fedida, M. (2002). Les perversions sexuelles : psychopathologies des délinquants sexuels. In Baccino, E., Bessoles, P. (dir.) *Victime-Agresseur*. Tome 2. *L'agresseur sexuel ; problématiques et prises en charge*. Lecques : Les éditions du Champ social, 161-165.

Zagury, D. (2003). « Les nouveaux monstres », plaidoyer pour un traitement raisonné des agresseurs sexuels. In Ciavaldinni, A. (dir.) *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Paris : In Press, 37-52.

ANNEXES

ENTRETIEN CLINIQUE

pour

L'EVALUATION des AUTEURS

D'INFRACTIONS à CARACTERE SEXUEL

Trame XIII

20.05.2003

Version finale pour le programme STOP

B. Gravier, B. Mezzo, C. Devaud, D. Delessert, M. Benmebarek, J.P. Duflon, M. Stigler-Langer, J. Waeny
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, Lausanne, Suisse

En collaboration avec

C. Mormont, M. Thommessen, S. Corneille, G. Coco
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Service de Psychologie Clinique,
Université de Liège, Belgique

et

J. Minervini, Y. Mugnier, D. Grüter, E. Sierpniak
UCSA, CHU de Besançon

Ont contribué à ce travail

L. Knecht, M. Stankovic, J. Bovet, V. Legoff, A. Vallotton

SOMMAIRE

<u>A. IDENTIFICATION</u>	197
<u>I. Données démographiques</u>	197
<u>II. Données judiciaires et pénales</u>	201
1. <u>Antécédents judiciaires</u>	201
2. <u>Délit actuel</u>	201
<u>B. DONNÉES ANAMNESTIQUES</u>	202
<u>I. Données anamnestiques familiales</u>	202
<u>II. Relations aux parents et à la fratrie</u>	204
<u>III. Scolarité</u>	206
<u>IV. Consommation</u>	208
1. <u>Alcool</u>	208
2. <u>Drogue</u>	208
3. <u>Médicaments</u>	209
<u>V. Vie affective</u>	210
<u>VI. Anamnèse de la vie sexuelle</u>	211
1. <u>Découverte de la sexualité</u>	211
2. <u>Abus sexuels dans l'enfance</u>	212
3. <u>Sexualité à l'âge adulte</u>	216
4. <u>Abus sexuels à l'âge adulte</u>	221
<u>VII. Vécu Traumatique</u>	223
<u>VIII. Vie professionnelle</u>	224
<u>IX. Service militaire</u>	225
<u>X. Loisirs et vie sociale</u>	226
<u>XI. Interventions psycho-sociales</u>	227
1. <u>Enfance et adolescence</u>	227
2. <u>Age adulte</u>	228
<u>C. ÉLÉMENTS SUBJECTIFS LIÉS AU DÉLIT</u>	230
<u>I. Réponses à comparer avec le jugement ou l'expertise</u>	230
1. <u>Expertise psychiatrique</u>	230
2. <u>Reconnaissance de l'acte</u>	232
3. <u>Déroulement de l'acte</u>	235
4. <u>Type de relation sexuelle avec la victime</u>	237
5. <u>Niveau de violence utilisé</u>	238
<u>II. Vécu subjectif entourant le délit</u>	239
1. <u>Vécu avant la période délictuelle</u>	239
2. <u>Vécu pendant la période délictuelle</u>	241
3. <u>Vécu après la période délictuelle</u>	244
<u>D. PRISE EN CHARGE ET PERSPECTIVES DE CHANGEMENTS</u>	246
<u>I. Cadre Thérapeutique</u>	246
<u>II. Perception du traitement</u>	246

<u>III.</u> <u>Regard sur soi</u>	247
<u>IV.</u> <u>Identification des facteurs de risque</u>	248
<u>E.</u> <u>EVALUATION DU QUESTIONNAIRE</u>	249
<u>I.</u> <u>Personne ayant fait l'objet de l'investigation</u>	249
<u>II.</u> <u>Investigateur</u>	250

DOSSIER CONFIDENTIEL

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Questionnaire rempli par :
.....

Fonction (thérapeute, intervenant SPS, chercheur) :
.....

Les données ci –dessus ne doivent figurer que dans le dossier médical de la personne concernée. Le dossier transmis à l'équipe de recherche devra être rendu anonyme préalablement à toute analyse.

Afin de respecter la confidentialité des données de l'entretien et l'anonymat du patient, veuillez procéder au codage (donner un numéro aléatoire).

Veillez, par la suite, ne communiquer le nom du patient et le numéro de dossier correspondant qu'au responsable de la recherche qui les conservera de manière séparée du reste des dossiers.

L'original de l'entretien clinique (nominatif) est classé dans le dossier médical du patient, tandis qu'une copie anonyme (**supprimer cette page de la copie**) est classée avec les dossiers de la recherche.

DONNEES CONCERNANT LA PASSATION DU QUESTIONNAIRE

Numéro du dossier

Fonction de l'investigateur :

- Thérapeute
- Clinicien pratiquant une évaluation pré thérapeutique
- Chercheur
- Intervenant pratiquant une évaluation dans le cadre d'une procédure d'élargissement (SPS, Be)

Commentaires :

Statut de la personne investiguée au moment des entretiens :

- Condamné,(non interné), incarcéré
- Condamné, (non interné), non incarcéré
- Prévenu, incarcéré
- Prévenu, non incarcéré
- Interné, (Be, CH) détenu dans un établissement spécifique
- Interné, (CH) détenu en milieu pénitentiaire

Commentaires :

Dates des entretiens :

Pays des entretiens :

Etablissement :

Sujet bénéficiant d'un suivi psychothérapeutique :

- Oui Non

Si oui, préciser fréquence et nature du suivi:

.....

Date du début :

Durée totale du suivi (préciser s'il s'agit d'une prise en charge d'un seul tenant ou de plusieurs prises en charges) :

.....

Intervenants (psychiatre, psychologue, autre) :

.....
.....
.....
.....

Si l'investigateur est thérapeute du patient, préciser quelle est la sa fonction dans le dispositif thérapeutique :

.....
.....
.....
.....

Lieu de la prise en charge :

A. IDENTIFICATION

I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Tout au long de ce questionnaire veuillez retranscrire le plus fidèlement possible les propos de la personne qui fait l'objet de l'investigation

1. Nationalité

- Suisse
- Belgique
- France
- Italie
- Espagne
- Portugal
- Ex-Yougoslavie
- Autres (préciser).....

2. Etat civil au moment du délit

- célibataire
- marié
- séparé
- divorcé
- veuf
- cohabitant (Be), PACS (F)

3. Etat civil actuel

- célibataire
- marié
- séparé
- divorcé
- veuf
- cohabitant (Be), PACS (F)

4. Mode de vie au moment du délit

- ménage privé, vit seul
- ménage privé, vit avec la conjointe
- ménage privé, vit avec une amie
- ménage privé vit avec ses enfant(s) biologiques
- ménage privé, vit avec ses enfants non biologiques
- ménage privé, vit avec d'autre(s) membre(s) de la famille (parents, fratrie, belle-famille)
- ménage privé, vit avec des camarades, des collègues
- ménage collectif (pension, foyer)
- hôpital (somatique)
- hôpital psychiatrique
- prison
- autre (préciser).....

5. Mode de vie actuel

- ménage privé, vit seul
- ménage privé, vit avec la conjointe
- ménage privé, vit avec une amie
- ménage privé vit avec ses enfant(s) biologiques
- ménage privé, vit avec ses enfants non biologiques
- ménage privé, vit avec d'autre(s) membre(s) de la famille (parents, fratrie, belle-famille)
- ménage privé, vit avec des camarades, des collègues
- ménage collectif (pension, foyer)
- hôpital (somatique)
- hôpital psychiatrique
- prison
- autre (préciser).....

6. Scolarité achevée au moment du délit

- scolarité de niveau inférieur à la scolarité obligatoire
- scolarité obligatoire (jusqu'à 15 ans min)
- école rapide (moins de 1 an)
- apprentissage ou école professionnelle à plein temps
- maturité, école normale
- formation professionnelle supérieure (maîtrise fédérale, diplôme professionnel supérieur, etc.)
- école professionnelle supérieure (technicum, école hôtelière, études sociales et pédagogiques)
- université, hautes écoles, EPFL, IMEDE
- autre (préciser).....

7. Statut et situation professionnelle au moment du délit

- indépendant*
- employé, salarié*
- Invalidité (en Suisse AI)*
- inscrit au chômage*
- retraite*
- allocataire social (Be), aide sociale (CH)*
- autre (préciser)*

8. Position dans la profession au moment du délit :

Indiquer la profession et la position dans celle-ci en toutes lettres

.....
.....

En Suisse, situer la catégorie :

- manœuvre, ouvrier et employé sans formation professionnelle, aide-infirmier, magasinier, garçon d'office, aide de bureau, etc.*
- ouvrier avec CFC, employé avec formation professionnelle, comptable, etc.*
- cadre subalterne, instituteur, chef de rayon, petit commerçant, petit indépendant, artisan, petit agriculteur, chef de bureau, etc.*
- cadre moyen, petit industriel, entrepreneur, professeur d'école secondaire, fondé de pouvoir, chef de chantier, etc.*
- cadre supérieur, directeur de banque et d'hôpital, profession libérale, pasteur, professeur d'université, juge, magistrat, etc.*
- autre*

En Belgique, situer la catégorie

- professions scientifiques, techniques, libérales ou assimilées*
- chefs d'entreprise, propriétaires, exploitants, directeurs et cadres administratifs supérieurs*
- employé de bureau*
- commerçant, personnel commercial, vendeurs et assimilés*
- agriculteur, pêcheurs, bûcherons et assimilés*
- mineurs, carriers et assimilés, artisans, travailleurs des industries manufacturières ou de la construction et manœuvres*
- transports et communications*
- militaires de carrière, miliciens/objecteurs de conscience*
- allocataires sociaux*
- sans profession*
- indépendant*
- profession inconnue ou incertaine*

9. Pour les sujets sans situation professionnelle au moment du délit :

- a. Dernière profession du sujet :
- b. Position dans cette profession :

10. Statut et situation professionnelle actuellement :

- indépendant*
- employé, salarié*
- Invalidité*
- inscrit au chômage*
- retraite*
- allocataire social (Be), aide sociale (CH)*
- autre (préciser)*

11. Position dans la profession actuellement :

Indiquer la profession et la position dans celle-ci en toutes lettres

.....
.....

En Suisse, situer la catégorie :

- manœuvre, ouvrier et employé sans formation professionnelle, aide-infirmier, magasinier, garçon d'office, aide de bureau, etc.*
- ouvrier avec CFC, employé avec formation professionnelle, comptable, .etc.*
- cadre subalterne, instituteur, chef de rayon, petit commerçant, petit indépendant, artisan, petit agriculteur, chef de bureau, etc.*
- cadre moyen, petit industriel, entrepreneur, professeur d'école secondaire, fondé de pouvoir, chef de chantier, etc*
- cadre supérieur, directeur de banque et d'hôpital, profession libérale, pasteur, professeur d'université, juge, magistrat, etc.*
- autre*

En Belgique, situer la catégorie

- professions scientifiques, techniques, libérales ou assimilées*
- chefs d'entreprise, propriétaires, exploitants, directeurs et cadres administratifs supérieurs*
- employé de bureau*
- commerçant, personnel commercial, vendeurs et assimilés*
- agriculteur, pêcheurs, bûcherons et assimilés*
- mineurs, carriers et assimilés, artisans, travailleurs des industries manufacturières ou de la construction et manœuvres*
- transports et communications*
- militaires de carrière, miliciens/objecteurs de conscience*
- allocataires sociaux*
- sans profession*
- indépendant*
- profession inconnue ou incertaine*

12. Pour les sujets sans situation professionnelle actuellement :

- a. Dernière profession du sujet :
- b. Position dans cette profession :

II. DONNEES JUDICIAIRES ET PENALES

1. *Antécédents judiciaires*

1. Délit(s) sexuel(s) antérieur(s)

.....
.....
.....

2. Autre(s) délit(s) antérieur(s)

.....
.....

2. *Délit actuel*

Si la personne n'est pas encore jugée, préciser à quel stade de la procédure pénale elle se trouve et ne répondre qu'aux questions 1, 2 et 8. :

.....

1. Type de délit, dispositions légales appliquées (qualification pénale) :

Inscrire la (les) référence (s) de l'article du code pénal concerné et son intitulé. Citez les tous s'il y en a plusieurs.

.....
.....

2. Nombre de victimes :

.....

3. Peine principale (durée et modalité de l'incarcération) :

.....

4. Peines accessoires (p.ex. retrait de permis de conduire):

.....

5. Mesures de sûreté ou de contrôle social : art. 42, 43, 44, 45 (Suisse), loi de 1998 (France), défense sociale (Belgique) :

.....

6. Sursis :

.....

7. Conditions pour l'octroi du sursis ou de la libération conditionnelle :

.....

8. Durée de la détention préventive en nombre de jours :

.....

B. DONNÉES ANAMNESTIQUES

I. DONNEES ANAMNESTIQUES FAMILIALES

1. Les parents, ou leurs substituts sont-ils toujours en vie ?

le père

oui non

si non, date du décès :

.....

la mère

oui non

si non, date du décès :

.....

2. Quelle est la profession du père ou de son substitut (père adoptif, grand-père, etc.) ?

.....

.....

3. Quelle est la position dans la profession du père ou de son substitut ?

En Suisse, situer la catégorie :

- manœuvre, ouvrier et employé sans formation professionnelle, aide-infirmier, magasinier, garçon d'office, aide de bureau, etc.
- ouvrier avec CFC, employé avec formation professionnelle, comptable, etc.
- cadre subalterne, instituteur, chef de rayon, petit commerçant, petit indépendant, artisan, petit agriculteur, chef de bureau, etc.
- cadre moyen, petit industriel, entrepreneur, professeur d'école secondaire, fondé de pouvoir, chef de chantier, etc.
- cadre supérieur, directeur de banque et d'hôpital, profession libérale, pasteur, professeur d'université, juge, magistrat, etc.
- autre

En Belgique, situer la catégorie

- professions scientifiques, techniques, libérales ou assimilées
- chefs d'entreprise, propriétaires, exploitants, directeurs et cadres administratifs supérieurs
- employé de bureau
- commerçant, personnel commercial, vendeurs et assimilés
- agriculteur, pêcheurs, bûcherons et assimilés
- mineurs, carriers et assimilés, artisans, travailleurs des industries manufacturières ou de la construction et manœuvres
- transports et communications
- militaires de carrière, miliciens/objecteurs de conscience
- allocataires sociaux
- sans profession
- indépendant
- profession inconnue ou incertaine

4. Quelle est la profession de la mère ou de son substitut ?

.....

.....

.....

5. Quelle est la position dans la profession de la mère ou de son substitut ?

En Suisse, situer la catégorie :

- manœuvre, ouvrier et employé sans formation professionnelle, aide-infirmier, magasinier, garçon d'office, aide de bureau, etc.*
- ouvrier avec CFC, employé avec formation professionnelle, comptable, etc.*
- cadre subalterne, instituteur, chef de rayon, petit commerçant, petit indépendant, artisan, petit agriculteur, chef de bureau, etc.*
- cadre moyen, petit industriel, entrepreneur, professeur d'école secondaire, fondé de pouvoir, chef de chantier, etc*
- cadre supérieur, directeur de banque et d'hôpital, profession libérale, pasteur, professeur d'université, juge, magistrat, etc.*
- autre*

En Belgique, situer la catégorie

- professions scientifiques, techniques, libérales ou assimilées*
- chefs d'entreprise, propriétaires, exploitants, directeurs et cadres administratifs supérieurs*
- employé de bureau*
- commerçant, personnel commercial, vendeurs et assimilés*
- agriculteur, pêcheurs, bûcherons et assimilés*
- mineurs, carriers et assimilés, artisans, travailleurs des industries manufacturières ou de la construction et manœuvres*
- transports et communications*
- militaires de carrière, miliciens/objecteurs de conscience*
- allocataires sociaux*
- sans profession*
- indépendant*
- profession inconnue ou incertaine*

II. RELATIONS AUX PARENTS ET A LA FRATRIE

1. Quel souvenir gardez-vous de vos relations avec vos parents et vos frères et sœurs lorsque vous étiez enfant ?

.....
.....
.....

2. Avez-vous connu des conflits au sein de votre famille ?

oui non

Si oui, de quel ordre et quels en étaient les acteurs ?

.....
.....
.....

Si oui, avez-vous été amené à prendre parti ?

.....
.....
.....

3. Dans votre famille, avec qui vous entendiez-vous le mieux ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

4. Dans votre famille, avec qui vous entendiez-vous le moins bien ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

5. Quelle était la personne dominante dans le couple de vos parents ?

.....
.....
.....

6. Avez-vous été un enfant difficile pour vos parents ?

oui non

Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

7. Quels sujets de conversation aviez-vous avec vos parents ? Plus particulièrement, avec votre père ? Plus particulièrement, avec votre mère ?

.....
.....
.....

8. Estimez-vous avoir pu jouer suffisamment dans votre enfance ?

oui non

9. Avez-vous été puni durant votre enfance / adolescence ? Si oui, de quelle manière, à quelle fréquence et avec quelle intensité ? Comment avez-vous vécu ces punitions ?

.....

.....

.....

10. Vous êtes-vous senti humilié durant votre enfance / adolescence ?

oui non

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) et pourquoi ?

.....

.....

.....

11. Avez-vous reçu des coups ou avez-vous été battu durant votre enfance / adolescence ?

oui non

Si oui, dans quelle(s) circonstance(s) et pourquoi ?

.....

.....

.....

12. Vous souvenez-vous d'avoir connu des moments d'abattement ou de tristesse durant votre enfance ou votre adolescence ?

oui non

Si oui, quand et pourquoi ?

.....

.....

.....

13. Durant votre enfance ou votre adolescence, avez-vous souffert de :

- troubles du sommeil*
- troubles alimentaires*
- énurésie, encoprésie*
- tics nerveux*
- onychophagie*
- hyperactivité*

III. SCOLARITE

1. A quel âge avez-vous achevé votre scolarité obligatoire ? Pour quelle raison ?

.....
.....
.....

2. Avez-vous poursuivi vos études ? Si oui, pouvez-vous préciser.

.....
.....
.....

3. Appréciez-vous l'école ? oui non
Pour quelle(s) raison(s) ?

.....
.....
.....

4. Durant votre scolarité, avez-vous connu des difficultés :

a Dans votre trajectoire scolaire ? Si oui, lesquelles ?

- renvoi d'un établissement scolaire
- redoublement (s)
- classe de soutien ou équivalent
- scolarité en milieu spécialisé
- classe de pré-apprentissage ou pré-professionnelle
- autre (préciser)

b Au niveau relationnel ? Si oui, avec qui et préciser lesquelles?

- camarades de classe
- camarades d'école
- enseignant
- autre (préciser)

c Au niveau des apprentissages scolaires ? Si oui, lesquelles ?

- difficultés de concentration*
- difficultés dans l'apprentissage de la lecture*
- difficultés dans l'apprentissage de l'écriture*
- autre (préciser)*

d Dans votre comportement ? Si oui, lesquelles ?

- hyperactivité / agitation psychomotrice*
- agressivité à l'égard de vos camarades*
- agressivité à l'égard des enseignants*
- école buissonnière / absentéisme*
- phobie scolaire (peur panique d'aller à l'école)*
- autre (préciser)*

5. Avez-vous été un enfant pénible pour vos enseignants ?

oui non

Si oui, pourquoi ?

.....

.....

.....

6. Avez-vous subi des humiliations ?

oui non

Si oui, dans quelles circonstances et pourquoi ?

.....

.....

.....

IV. CONSOMMATION

1. *Alcool*

1. Au moment du délit aviez-vous bu de l'alcool? oui non
Si oui, préciser la quantité, le type

.....
.....
.....

2. Quelle fonction avait l'alcool ?

Ne poser la question que si le sujet à répondu oui à la question 1.

.....
.....
.....

3. En dehors du délit buvez-vous de l'alcool? oui non
Si oui, préciser la quantité et le type.

.....
.....
.....

2. *Drogue*

1. Au moment du délit avez-vous consommé de la drogue? oui non
Si oui, préciser la quantité et le type.

.....
.....

2. Quelle fonction avait la drogue ?

Ne poser la question que si le sujet à répondu oui à la question 1.

.....
.....

3. En dehors du délit consommez-vous de la drogue? oui non
Si oui, préciser la quantité et le type.

.....
.....

3. *Médicaments*

1. **Au moment du délit avez-vous consommé des médicaments ?** oui non
Si oui, préciser la quantité et le type.

.....

.....

.....

2. **Quelle fonction avaient les médicaments ?**

Ne poser la question que si le sujet à répondu oui à la question 1.

.....

.....

.....

3. **En dehors du délit consommez-vous des médicaments ?** oui non
Si oui, préciser la quantité et le type.

.....

.....

.....

V. VIE AFFECTIVE

1. Quelles sont les personnes de votre entourage qui comptent pour vous ? Pourquoi?

.....
.....

2. Votre vie affective s'est-elle péjorée / améliorée / restée identique suite à la condamnation ?

.....
.....

3. Avez-vous connu une relation amoureuse avec un(e) partenaire adulte ?

oui non

.....

4. Comment qualifiez-vous votre vie amoureuse ?

.....
.....

5. Si oui, aviez / avez-vous des conflits ? Si oui, de quel type ?

.....
.....

6. Si oui à la question 3, pensez-vous que votre compagne / compagnon soit satisfait(e) de la vie qu'elle menait / mène avec vous ?

oui non

.....
.....

7. Si votre condamnation a été suivie d'une rupture, comment avez-vous vécu celle-ci? Etes-vous fâché, indifférent, triste, etc.?

.....
.....

8. Avez-vous une vie affective satisfaisante avec les enfants ? Précisez ?

.....
.....

9. Avez-vous une vie affective satisfaisante avec les autres adultes que vous-même? Précisez ?

.....
.....

VI. ANAMNESE DE LA VIE SEXUELLE

1. *Découverte de la sexualité*

1. Avez-vous eu des informations concernant la sexualité durant votre enfance ?

oui non

Si oui, par qui, comment et à quel âge ? Comment avez-vous vécu cela ?

.....
.....
.....

2. Vous souvenez-vous d'avoir entendu des conversations, des chansons ou des blagues à connotation sexuelle durant votre enfance ?

oui non

.....
.....

3. Vous souvenez-vous d'avoir vu des scènes ou des gestes de la vie sexuelle de votre entourage durant votre enfance ?

oui non

.....
.....

4. Que vous rappelez-vous de la façon dont vous avez vécu la découverte de la sexualité durant votre enfance ?

.....
.....
.....

5. Vous souvenez-vous avoir eu des jeux sexuels ?

oui non

.....
.....

6. Avez-vous fait part de votre découverte de la sexualité à quelqu'un durant l'enfance ?

oui non

.....
.....

7. **Quelle a été alors la réaction de votre entourage et en particulier de cette personne ?**

.....
.....
.....

8. **Comment parlait-on de la sexualité dans votre famille ?**

.....
.....
.....
.....

9. **Avez-vous assisté à une (des) agression(s) sexuelle(s) ou des comportements sexuels qui vous ont paru choquant, inappropriés ou inhabituel pendant votre enfance. Votre entourage vous-a-t-il relaté de tels comportements ?**

oui non

Si oui, pouvez-vous en expliquer les circonstances ?

.....
.....
.....

2. *Abus sexuels dans l'enfance*

1. **Avez-vous eu des contacts de nature sexuelle durant votre enfance / adolescence en dehors de ceux qui ont été évoqués dans les questions précédentes ?**

oui non

.....

Si oui, pouvez-vous décrire les circonstances ?

Si la réponse du patient n'est pas suffisamment claire, le clinicien peut l'aider en lui posant les questions suivantes : avec qui avez-vous eu ces contacts de nature sexuelle ? quel âge aviez-vous ? quel âge avait-il /elle ? quel type de contact sexuel avez-vous eu ? où cela a-t-il eu lieu ? à combien de reprises ? pendant combien de temps ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Notez les différentes formes d'agressions sexuelles subies en vous référant au vade-mecum ci-dessous (mais sans lire directement la liste au patient)

- intention sans réalisation*
- exhibitionnisme*
- voyeurisme*
- attouchements de la victime (par l'agresseur)*
- attouchements de l'agresseur (par la victime)*
- masturbation de l'agresseur par la victime*
- masturbation de la victime par l'agresseur*
- auto-masturbation de l'agresseur*
- auto-masturbation de la victime*
- fellation de l'agresseur par la victime*
- fellation de la victime par l'agresseur*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration orale*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration anale*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration vaginale*
- pénétration digitale de la victime, pénétration vaginale*
- pénétration digitale de la victime, pénétration anale*
- pénétration de la victime par un instrument, pénétration vaginale*
- pénétration de la victime par un instrument, pénétration anale*
- pénétration pénienne de l'agresseur par la victime, pénétration anale*
- pénétration digitale de la victime par l'agresseur, pénétration anale*
- pénétration de l'agresseur à l'aide d'un instrument, pénétration anale*
- baisers*
- autre (préciser)*

2. Pouvez-vous qualifier ce contact d'abus? Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Comment avez-vous vécu ce contact sexuel ?

.....

.....

.....

.....

4. Pendant ou après ces contacts sexuels avez-vous ressenti l'un ou plusieurs des sentiments suivants :

Citez successivement les sentiments ci-dessous au patient

- honte*
- tristesse*
- solitude*
- incompréhension*
- colère*
- dégoût*
- impuissance*
- plaisir*
- autre*
- aucun*

5. Après ces contacts sexuels avez-vous eu/fait :

Citez successivement les sentiments ci-dessous au patient

- des angoisses*
- des cauchemars*
- des insomnies*
- de l'énurésie/encoprésie*
- des idées particulières concernant la sexualité*
- des troubles alimentaires*
- des difficultés scolaires ou d'apprentissage*
- des pensées suicidaires*
- des gestes auto-agressifs*
- des gestes hétéro-agressifs*
- des tentatives de suicide*
- des fugues*
- des consommations de stupéfiants*
- des consommations d'alcool*
- autre*

6. Avez-vous parlé de ces contacts à quelqu'un ? Pourquoi ?

- oui** **non**

.....
.....
Si oui, pouvez-vous en préciser les circonstances (avec qui, à quel âge, à quel moment : pendant ou après la période de ces contacts sexuels; etc.) ?
.....
.....
.....

Si oui, est-ce que des mesures ont été prises ?

.....
.....
.....
.....

7. Avant votre arrestation, auriez-vous désiré parler des contacts sexuels que vous avez eu pendant l'enfance ? Pourquoi ?

oui non

.....
.....
.....

Si oui, l'avez-vous fait?

.....
.....
.....

Si vous ne l'avez pas fait, quelles sont les raisons qui vous en ont empêché?

.....
.....
.....

8. Durant votre enfance/adolescence avez-vous eu accès à des documents pornographiques?

oui non

Si oui, de quel type?

- cinéma pornographique*
- vidéo, photos etc. prises sur Internet*
- revues pornographiques*
- autres objets à caractère pornographique*

9. Dans quelles circonstances avez-vous eu accès à ces documents?

.....
.....
.....
.....

3. *Sexualité à l'âge adulte*

1. **Quelle est votre orientation sexuelle ?**

.....

Si le patient ne répond pas ou que sa réponse n'est pas claire, poser la question suivante
Etes-vous hétérosexuel, homosexuel ou bisexuel ?

.....

.....

2. **En dehors du délit, votre vie sexuelle est-elle satisfaisante ? Pourquoi ?**

oui non

.....

.....

3. **A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?**

.....

.....

.....

4. **Avant ce premier rapport sexuel aviez-vous des pratiques sexuelles ?**

oui

non

Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles.

.....

.....

.....

5. **Quelle est la fréquence de vos rapports sexuels ?**

.....

.....

.....

Si le patient ne répond pas ou que sa réponse n'est pas claire, poser les questions suivantes

a) par mois ?

.....

b) par semaine ?

.....

c) par jour ?

.....

6. Selon vous cette fréquence est-elle normale ?

.....
.....
.....

7. Quel type de rapports sexuels avez-vous ?

.....
.....
.....

Si le patient ne répond pas ou que sa réponse n'est pas claire, poser les questions suivantes

8. Avez-vous des rapports sexuels complets (c'est-à-dire avec pénétration) ?

oui non

.....
.....

9. Avez-vous des rapports sexuels incomplets (sans pénétration) ?

oui non

.....
.....

10. Avant d'avoir des rapports sexuels, avez-vous des préliminaires ?

oui non

.....
.....

11. Avez-vous des rapports sexuels avec la (e) même partenaire ?

oui non

.....
.....

12. Si vous avez des rapports sexuels avec plusieurs partenaires, pouvez-vous en préciser le nombre ?

oui non

.....
.....

13. Vous arrive-t-il ou vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels avec plusieurs partenaires simultanément ?

oui non

.....
.....

14. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de troubles sexuels ?

oui non

.....
.....

Même si le patient a répondu, poser les questions suivantes

15. Avez-vous déjà souffert de :

- a. Ejaculation précoce ?
- b. Ejaculation retardée ?
- c. Absence d'éjaculation ?
- d. Absence d'érection avec éjaculation ?
- e. Absence d'orgasme ?
- f. Erection douloureuse ?
- g. Priapisme ?
- h. Impuissance ?

Si oui, pouvez-vous préciser (période de vie, circonstances, durée)

.....
.....
.....

16. Votre partenaire souffre-t-elle / il de troubles sexuels ?

oui non

Si oui, pouvez-vous les décrire.

.....
.....
.....

17. Avez-vous recours à des documents pornographiques ? (journaux, vidéo, internet)

oui non

.....
.....

Si oui, de quel type (hétérosexuel / homosexuel; sadomasochisme, pédophilie, zoophilie, etc.) et à quelle fréquence ?

.....
.....
.....

18. Avez-vous recours à la prostitution ? (rapports sexuels directs, échanges téléphoniques)

oui non

Si oui, pouvez-vous préciser.

.....
.....
.....

19. Avez-vous ou avez-vous eu des fantasmes de nature sexuelle ? Si oui, pouvez-vous les décrire. Étaient-ils ou sont-ils fréquents ?

.....
.....
.....

20. Avez-vous ou avez-vous eu des activités masturbatoires ? Si oui, à quelle fréquence?

oui non

.....
.....

Si oui, qu'est-ce qui provoque en vous cette excitation (image, pensée, son, odeur, objet, personne, mise en scène, mise en situation, particulière, etc.) ?

.....
.....
.....

21. Avez-vous des conduites sexuelles particulières ? Si oui, pouvez-vous les décrire ?

oui non

.....
.....

Même si le patient a répondu, poser les questions suivantes concernant les troubles de la préférence sexuelle, à savoir le fétichisme (a), le transvestisme fétichiste (b), l'exhibitionnisme (c), le voyeurisme (d), la pédophilie (e), le sadomasochisme (f)

a. Avez-vous ou avez-vous eu recours à des objets particuliers ou à des mises en scène particulières afin d'obtenir une excitation sexuelle ?

.....

b. Portez-vous ou avez-vous porté des vêtements du sexe opposé (féminins) afin d'obtenir une excitation sexuelle ?

.....

c. Avez-vous ou avez-vous eu tendance à exposer vos organes génitaux à des étrangers ou à des gens dans des endroits publics, sans désirer un contact plus étroit ?

.....

d. Avez-vous ou avez-vous eu tendance à observer des personnes lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles ou intimes ?

.....

e. Avez-vous ou avez-vous eu une attirance sexuelle pour les enfants ou les adolescents ?

.....

f. Avez-vous ou avez-vous eu des activités sexuelles qui impliquent de la douleur, de l'humiliation ou un asservissement, de vous-même ou de votre partenaire ?

.....

22. Le passage à l'acte délictueux vous a-t-il procuré davantage, autant ou moins de plaisir que votre vie sexuelle habituelle ? Pourquoi ?

oui non

.....
.....

23. Avant votre délit auriez-vous souhaité parler de votre sexualité déviante ?

oui non

Si oui, pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?

.....
.....
.....

4. *Abus sexuels à l'âge adulte*

1. Avez-vous été victime d'abus sexuels à l'âge adulte ?

oui non

Si oui, pouvez-vous décrire les circonstances ?

Si la réponse du patient n'est pas suffisamment claire, le clinicien peut l'aider en lui posant les questions suivantes : avec qui avez-vous eu ces contacts de nature sexuelle ? Quel âge aviez-vous ? Quel âge avait-il /elle ? Quel type de contact sexuel avez-vous eu ? Où cela a-t-il eu lieu ? A combien de reprises ? Pendant combien de temps ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Notez les différentes formes d'agressions sexuelles subies en vous référant à la liste ci-dessous

(mais sans lire directement la liste au patient)

- intention sans réalisation*
- exhibitionnisme*
- voyeurisme*
- attouchements de la victime (par l'agresseur)*
- attouchements de l'agresseur (par la victime)*
- masturbation de l'agresseur par la victime*
- masturbation de la victime par l'agresseur*
- auto-masturbation de l'agresseur*
- auto-masturbation de la victime*
- fellation de l'agresseur par la victime*
- fellation de la victime par l'agresseur*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration orale*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration anale*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration vaginale*
- pénétration digitale de la victime, pénétration vaginale*
- pénétration digitale de la victime, pénétration anale*
- pénétration de la victime par un instrument, pénétration vaginale*
- pénétration de la victime par un instrument, pénétration anale*
- pénétration pénienne de l'agresseur par la victime, pénétration anale*
- pénétration digitale de la victime par l'agresseur, pénétration anale*
- pénétration de l'agresseur à l'aide d'un instrument, pénétration anale*
- baisers*
- autre (préciser).....*

3. Comment avez-vous vécu ce contact sexuel ?

.....
.....
.....

4. Pendant ou après ces contacts sexuels avez-vous ressenti l'un ou plusieurs des sentiments suivants :

Citez successivement les sentiments ci-dessous au patient

- honte*
- tristesse*
- solitude*
- incompréhension*
- colère*
- dégoût*
- impuissance*
- plaisir*
- autre*
- aucun*

5. Après ces contacts sexuels avez-vous eu/fait :

Citez successivement les sentiments ci-dessous au patient

- des angoisses*
- des cauchemars*
- des insomnies*
- de l'énurésie/encoprésie*
- des idées particulières concernant la sexualité*
- des troubles alimentaires*
- des difficultés scolaires ou d'apprentissage*
- des pensées suicidaires*
- des gestes auto-agressifs*
- des gestes hétéro-agressifs*
- des tentatives de suicide*
- des fugues*
- des consommations de stupéfiants*
- des consommations d'alcool*
- autre*

6. Avez-vous parlé de ces contacts à quelqu'un ?

- oui** **non**

.....
.....

VII. VECU TRAUMATIQUE

1. Avez-vous vécu des événements personnels que vous jugez difficiles dans votre enfance / adolescence ?

oui non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

2. Avez-vous vécu des événements familiaux particuliers dans votre enfance / adolescence ?

oui non

Si oui, lesquels ?

Il peut s'agir de n'importe quel événement de vie. Laisser un temps de réflexion, si la personne ne répond pas passer à la question suivante.

.....

.....

.....

3. Pensez-vous que vos délits (sexuels) ont un lien avec ces événements ?

oui non

Si oui, pouvez-vous expliciter ce lien.

.....

.....

.....

4. Quelles sortes d'émotions avez-vous vécues à l'occasion de ces événements ?

.....

.....

.....

5. Avez-vous les mêmes émotions aujourd'hui à l'évocation de ces souvenirs ?

oui non

.....

.....

.....

VIII. VIE PROFESSIONNELLE

1. Pendant la période du (des) délits aviez-vous un travail ? Si oui, quel genre de travail et depuis combien de temps ?

oui non

.....
.....

2. Au cours des 5 dernières années précédant le délit, combien de temps avez-vous travaillé ?

.....
.....
.....

3. Étiez-vous satisfait de cette activité ? Si non, pourquoi ?

oui non

.....
.....
.....

4. Pendant la période de votre (vos) délit (s), aviez-vous des problèmes particuliers à votre travail ?

oui non

Si oui, lesquels (conflits avec les collègues ou les supérieurs hiérarchiques, absentéisme, etc.) ?

.....
.....
.....
.....

5. Quelle vision pensez-vous que vos collègues et employeurs avaient de vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

IX. SERVICE MILITAIRE

1. Avez-vous fait votre service militaire ?

oui non

Si non, pourquoi ?

- service militaire pas obligatoire dans mon pays*
- objecteur de conscience*
- service civil*
- réformé pour des raisons psychiatriques*
- réformé pour des raisons physiques*
- exempté*
- autre (préciser)*

Si oui, jusqu'à quel grade ?

.....

.....

.....

2. Comment avez-vous vécu votre service militaire ?

a - sur le plan relationnel (autres recrues, supérieurs, ...)

.....

.....

.....

b - sur le plan émotionnel

.....

.....

.....

3. Avez-vous été victime de brimades, de punitions ?

oui non

Si oui, pour quel motif et comment les avez-vous vécues ?

.....

.....

.....

XI. INTERVENTIONS PSYCHO-SOCIALES

1. *Enfance et adolescence*

- 1. Avez vous rencontré pendant votre enfance des professionnels de l'aide aux personnes (médecins, psychologues, assistants sociaux, intervenant du PMS en Belgique ou du SPJ en Suisse, etc.) ?**

oui non

Si oui précisez

.....
.....
.....

- 2. Dans ce cas, avez vous pu leur faire part de vos difficultés ?**

.....
.....
.....

- 3. Vous êtes vous senti aidé par elles ? Précisez.**

.....
.....
.....
.....

- 4. Qu'auriez-vous attendu d'elles à ce moment là ?**

.....
.....
.....

- 5. Pensez-vous que d'autres personnes auraient pu vous aider ? Précisez**

.....
.....
.....

2. *Age adulte*

1. Avez vous rencontré des professionnels de l'aide aux personnes (médecins, psychologues, assistants sociaux, etc.) ?

oui non

Si oui précisez

.....
.....
.....

2. Précisez le contexte de cette rencontre (volontaire, contraint, etc.)

.....
.....
.....

3. Dans ce cas, avez vous pu leur faire part de vos difficultés ?

.....
.....
.....

4. Vous êtes vous senti aidé par elles ? Précisez.

.....
.....
.....

5. Qu'auriez-vous attendu d'elles à ce moment là ?

.....
.....
.....

6. Pensez-vous que d'autres personnes auraient pu vous aider ? Précisez

.....
.....
.....

7. Avez-vous été hospitalisé ou suivi en milieu psychiatrique depuis l'âge de 18 ans ?

oui non

Si oui, où et pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

8. Dans ce cas, vous êtes vous senti aidé ? Précisez

.....
.....
.....

9. Avez-vous eu connaissance des diagnostics posés ?

oui non

Si oui, comment comprenez-vous ce diagnostic ?

.....
.....
.....

A-t-il modifié le regard que vous portez sur vous ?

.....
.....
.....
.....

C. ÉLÉMENTS SUBJECTIFS LIÉS AU DÉLIT

I. REPONSES A COMPARER AVEC LE JUGEMENT OU L'EXPERTISE

1. Expertise psychiatrique

Les éléments ci-dessous doivent être remplis à partir du rapport d'expertise ou du jugement, si la personne n'a pas encore été jugée, ne répondre qu'aux questions 3 et 6 :

Expertise psychiatrique :	1	oui
	2	non
Diagnostic :	.....
	
	
Responsabilité :	Ne se prononce pas	<input type="checkbox"/>
	Totale	<input type="checkbox"/>
	Diminuée	<input type="checkbox"/>
	Irresponsabilité	<input type="checkbox"/>
Dangerosité :	Ne se prononce pas	<input type="checkbox"/>
	Certaine	<input type="checkbox"/>
	Possible	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>
Risques de récidence :	Ne se prononce pas	<input type="checkbox"/>
	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>

Ces données seront par la suite comparées avec les réponses du patient aux questions ci-dessous :

1. Avez-vous eu une expertise psychiatrique ?

oui non

.....

.....

Si la réponse est non, aller directement au chapitre suivant (reconnaissance de l'acte)

2. Après avoir lu votre expertise, qu'avez-vous pensé des conclusions de l'expert ?

.....

.....

.....

3. Pensez-vous que vous avez des troubles psychologiques ?

oui non

.....
.....
.....

4. Vous sentez-vous responsable des actes que vous avez commis ?

oui non

.....
.....

5. Que pensez vous de l'appréciation de votre responsabilité (totale, diminuée ou absente) par l'expert?

.....
.....
.....

6. Présentez-vous un risque de récidive ?

oui non

.....
.....

7. Etes-vous d'accord avec l'avis de l'expert et du juge concernant votre risque de récidive ?

oui non

.....
.....
.....

8. Est-ce que l'expertise psychiatrique vous a fait prendre conscience de choses en vous qui pourraient-être soignées ou de problèmes que vous aimeriez résoudre ?

oui non

.....
.....
.....
.....

2. *Reconnaissance de l'acte*

Données figurant dans le jugement :

1. Reconnaissance du délit :	.....

2. Période délictuelle :	.....

3. Sexe de la (des) victime(s) :	.....

4. Age de la victime (au début de l'abus)	.....

5. Type de relations avec la victime avant le délit :	.....

6. Type de relations avec la victime après le délit :	.....

7. Lieu de l'abus :	.....

8. Délit commis seul / avec un complice :	.....

9. Durée et fréquence de l'abus :	.....

Si la personne n'a pas encore été jugée, ne répondre qu'aux questions 2, 4, 5, 7, 8 et 9

Réponses du patient :

1. Quels sont les actes pour lesquels vous avez été condamné ?

.....

.....

.....

.....

2. Quels sont les actes que vous reconnaissez ?

.....

.....

.....

.....

3. Etes-vous d'accord avec la manière dont les circonstances ont été décrites dans le jugement ?

oui non

.....
.....
.....

4. Avez-vous toujours pensé la même chose à ce sujet ?.

oui non

Si non, pouvez-vous préciser ?

.....
.....
.....

5. Avez-vous changé d'avis au cours de votre parcours pénal ?

oui non

.....
.....
.....

6. Que pensez-vous de la peine prononcée contre vous ?

.....
.....
.....

7. Avez-vous bénéficié de contacts avec un(e) psychiatre, un(e) psychologue, un(e) assistant(e) social(e), un(e) aumônier(ère) etc. à un moment ou à un autre de votre parcours pénal ?

oui non

.....
.....

Si oui, pensez-vous que cela a influencé votre position quant à la reconnaissance du (des) délit(s) ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

8. D'autres personnes ont-elles eu de l'influence sur votre réflexion ? Si oui, précisez.

oui non

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Comment comprenez-vous ce que vous avez fait ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. *Déroulement de l'acte*

1. Vous souvenez-vous de la période durant laquelle a (ont) eu lieu le (les) délit(s) ? Si oui, préciser.

oui non

.....

.....

.....

2. Vous souvenez-vous du / des visage(s) de la victime ?

oui non

.....

.....

3. Votre victime est –elle de sexe féminin ou de sexe masculin ?

F. M. Ne se rappelle plus

S'il y a eu plusieurs victimes pouvez-vous préciser le sexe de chacune ?

.....

.....

.....

4. Vous souvenez-vous de l'âge de la (des) victime(s) au début de l'abus ? Si oui ou à peu près, préciser.

oui non à peu près

.....

.....

5. Connaissez-vous la victime ? Si oui, précisez.

oui non

.....

.....

.....

6. Quel type d'échanges avez-vous eu avec la (les) victime(s) avant le premier contact sexuel ?

.....

.....

.....

7. Quel type d'échanges avez-vous eu avec la (les) victime(s) après le premier contact sexuel ?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Où a (ont) eu lieu l' (les) abus ?

.....
.....
.....

9. Avez-vous commis le (les) délit(s) seul ? Si non, préciser.

oui non

.....
.....
.....
.....

10. Combien de temps a duré la période délictuelle ? Quelle était la fréquence des délits durant cette période ?

.....
.....
.....
.....

Note : par victime, il faut entendre les personnes pour lesquelles le sujet a été reconnu coupable d'infraction ou est poursuivi pour celle-ci

4 *Type de relation sexuelle avec la victime*

1. **Quels actes avez-vous commis ?**

Notez les différentes formes d'agressions sexuelles perpétrées en vous référant à la liste ci-dessous, (mais sans la lire directement au patient)

- tentative (sans réalisation)*
- exhibitionnisme*
- voyeurisme*
- attouchements de la victime (par l'agresseur)*
- attouchements de l'agresseur (par la victime)*
- masturbation de l'agresseur par la victime*
- masturbation de la victime par l'agresseur*
- auto-masturbation de l'agresseur*
- auto-masturbation de la victime*
- fellation de l'agresseur par la victime*
- fellation de la victime par l'agresseur*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration orale*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration anale*
- pénétration pénienne de la victime, pénétration vaginale*
- pénétration digitale de la victime, pénétration vaginale*
- pénétration digitale de la victime, pénétration anale*
- pénétration de la victime par un instrument, pénétration vaginale*
- pénétration de la victime par un instrument, pénétration anale*
- pénétration pénienne de l'agresseur par la victime, pénétration anale*
- pénétration digitale de la victime par l'agresseur, pénétration anale*
- pénétration de l'agresseur à l'aide d'un instrument, pénétration anale*
- baisers*
- autre (préciser)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Niveau de violence utilisé

(cf. modus operandi, partie 6. du questionnaire épidémiologique)

1. Avez-vous utilisé des moyens particuliers pour commettre vos actes ?

Notez les différentes formes de moyens ou d'approches utilisés en vous référant au vade-mecum ci-dessous, (mais sans lire directement la liste au patient)

- la discussion
- le monnayage
- les promesses de cadeaux, avantages, etc.
- des stratagèmes relationnels particuliers (mise en confiance, rapprochement, etc.)
- les menaces verbales
- la force physique
- les menaces avec un objet
- les menaces avec une arme
- l'enlèvement
- la séquestration
- des liens et / ou un bâillon
- la diminution de l'état de conscience
- les coups
- la blessure physique
- la mutilation
- le meurtre ou l'assassinat

Précisez

.....

.....

.....

2. Considérez-vous avoir fait preuve de violence ?

- oui non

.....

.....

.....

II. VECU SUBJECTIF ENTOURANT LE DELIT

1. *Vécu avant la période délictuelle*

1. Pouvez-vous raconter le plus précisément possible ce qui s'est passé avant le délit (la semaine, les jours, l'heure et les minutes précédant le délit)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Avez-vous vécu des événements ou des circonstances particuliers durant la période précédant le délit ? Si oui, lesquels ?

oui non

Ne poser cette question que si la personne ne parvient pas à répondre à la Q. 1

.....

.....

.....

3. Y a-t-il des éléments qui sont liés au passage à l'acte (éléments stressseurs, fréquentations, alcool) ?

oui non

Ne poser cette question que si la personne ne parvient pas à répondre à la Q. 1

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Comment vous sentiez-vous et quels étaient vos états d'âme durant cette période ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....

5. Pendant cette période êtes-vous allé trouver un médecin (généraliste, psychiatre), un psychologue, etc. ? Si oui, pour quel motif ? Pendant combien de temps ?

oui non

.....
.....
.....

6. Durant la période précédant le délit, avez-vous acheté ou loué du matériel pornographique ?

oui non

.....
.....
.....

7. Durant la période précédant le délit, étiez-vous particulièrement excité sexuellement ?

oui non

.....
.....
.....

8. Selon vous, existe-t-il des points communs entre les différents délits que vous avez commis ?

oui non

Cette question ne concerne que les sujets récidivistes.

.....
.....
.....

5. Pensez-vous que la (les) victime(s) étai(en)t :

<input type="checkbox"/> consentante	<input type="checkbox"/> indifférente	<input type="checkbox"/> agressive
<input type="checkbox"/> participante	<input type="checkbox"/> passive	<input type="checkbox"/> soumise
<input type="checkbox"/> provocante	<input type="checkbox"/> souffrante	
<input type="checkbox"/> séductrice	<input type="checkbox"/> résistante	<input type="checkbox"/> autre, précisez

.....
.....
.....

6. Qu'avez-vous éprouvé pendant l'acte ?

.....
.....
.....

7. Etiez-vous énervé ou en colère contre la victime pendant l'acte ? Si oui, préciser.

oui non

.....
.....

8. Lors du délit, avez-vous constaté ou avez-vous pu reconnaître que votre victime souffrait ?

oui non
Si oui, Comment ?

.....
.....
.....

9. Qu'est-ce que l'attitude de la victime suscitait en vous ?

.....
.....
.....

10. A un moment quelconque de la relation avec votre victime, vous êtes-vous senti humilié par la réaction ou l'attitude de celle-ci ? Si oui préciser.

oui non

.....
.....

11. Si oui, Aviez-vous déjà ressenti un tel sentiment auparavant ?

oui non

Si oui, préciser dans quelles circonstances.

.....
.....
.....
.....

12. Quelle importance accordez-vous au sexe et à l'âge de la victime ?

.....
.....
.....

Si le sujet ne peut pas répondre ou répond incomplètement, alors lui poser la question suivante

13. Avez-vous eu des critères particuliers de choix par rapport à la (aux) victime(s)?

oui non

Préciser dans les deux cas.

.....
.....
.....
.....

3. *Vécu après la période délictuelle*

1. Pour quelles raisons les actes que vous avez commis ont-ils été punis, selon vous ?

.....
.....
.....
.....

2. Pensez-vous, actuellement, que vos actes ont eu des conséquences sur votre (vos) victime(s) à court, moyen ou long terme ?

oui non
Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....

3. Pensez-vous que la / les victime(s) se souvien(nen)t encore des faits qui ont amené votre arrestation ou votre condamnation ?

oui non
Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

4. En quoi votre (vos) victime(s) a-t-elle / ont-elles souffert ?

.....
.....
.....
.....

5. Comment avez-vous réagi à votre arrestation, quels étaient vos sentiments à ce moment-là ?

.....
.....
.....
.....

6. Comment décririez-vous votre humeur dans les mois suivant votre arrestation ? Et avant celle-ci ?

.....
.....
.....

7. Votre acte a-t-il eu certaines conséquences au niveau social et familial ?

oui non

Si oui, lesquelles ? Comment y avez-vous réagi ?

.....
.....

D. PRISE EN CHARGE ET PERSPECTIVES DE CHANGEMENTS

I. CADRE THERAPEUTIQUE

1 Le patient bénéficie-t-il d'un suivi psychothérapeutique ?:

oui non

Si oui, préciser fréquence et nature du suivi:

.....

2. Précisez le cadre thérapeutique

(question à remplir par l'investigateur)

- Volontaire*
- Mesure de sûreté : art. 43 (Suisse), défense sociale (Belgique)*
- Obligation de soin dans le cadre d'une incarcération*
- Obligation de soin ans le cadre d'un traitement ambulatoire*

3. Si vous faites l'objet d'une obligation de soin ou d'une mesure: cette disposition suscite-t-elle une réaction particulière en vous ?

.....
.....
.....

II. PERCEPTION DU TRAITEMENT

Si le patient n'est pas suivi sur le plan psychothérapeutique, ne répondre qu'aux questions 1, 2 ,3 et 6

1. Selon vous quelles sont vos difficultés ?

.....
.....
.....

2. Sur le plan psychologique, pouvez-vous en dire plus ?

.....
.....
.....

3. Quels sont vos attentes par rapport au traitement ?

.....
.....
.....

4. Actuellement êtes-vous satisfait du traitement ? Pourquoi ?

.....
.....
.....

5. Pensez-vous que votre (vos) thérapeute(s) peut (peuvent) vous aider ?

.....
.....
.....

6. Avez-vous fait des démarches thérapeutiques avant le délit ?

.....
.....
.....

III. REGARD SUR SOI

Si le patient n'est pas suivi sur le plan psychothérapeutique, ne répondre qu'aux questions 2, 4, 7 et 8

1. Quels sont les fantasmes qui vous gênaient le plus et qui vous hantaient le plus avant la thérapie ?

.....
.....
.....

2. Comment vivez-vous ces fantasmes maintenant ?

.....
.....
.....

3. Avant la thérapie, comment réagissiez-vous aux moments de frustration et de contrariété ?

.....
.....
.....

4. Comment réagissez-vous maintenant aux moments de frustration et de contrariété ?

.....
.....
.....

5. Percevez-vous différemment vos interlocuteurs, vos proches et les autres, depuis que vous avez débuté une prise en charge ?

.....
.....
.....

6. L'image de votre(vos) victime(s) a-t-elle changé depuis le début de la prise en charge ?

.....
.....
.....

7. Comment ressentez-vous maintenant votre enfance et les problèmes que vous y avez rencontré ?

.....
.....
.....

8. Comment vivez-vous vos relations avec votre famille / vos proches / votre entourage ?

.....
.....
.....

IV. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

1. Etes vous capable maintenant d'identifier ce qui risque de vous faire commettre un nouveau délit ? Expliquez.

.....
.....
.....
.....
.....

2. Quelles sont maintenant vos attentes par rapport au traitement ?

.....
.....
.....

E. EVALUATION DU QUESTIONNAIRE

I. PERSONNE AYANT FAIT L'OBJET DE L'INVESTIGATION

- 1. Pensez-vous que cet entretien aborde l'ensemble des domaines relatifs aux difficultés et aux circonstances amenant à commettre un délit sexuel?**

.....
.....
.....

- 2. Comment avez-vous vécu les entretiens ?**

.....
.....
.....

- 3. Certaines questions vous ont-elles fâché, contrarié ou énervé ? Si oui lesquelles ?**

.....
.....
.....

- 4. Certains éléments vous ont-ils paru plus pertinents ?**

.....
.....
.....

- 5. Pensez-vous retirer des éléments de réflexion de cet entretien ? Si oui lesquels ?**

.....
.....
.....

- 6. Ce questionnaire vous a-t-il permis de porter un regard différent sur vous-même ?**

.....
.....
.....
.....
.....

7. **Vous a-t-il conduit à vous poser des questions que vous ne vous étiez jamais posées ?**

.....

.....

.....

.....

.....

II. INVESTIGATEUR

1. **Pensez-vous que cet entretien aborde l'ensemble des domaines relatifs aux difficultés et aux circonstances amenant à commettre un délit sexuel ? Préciser**

.....

.....

.....

.....

2. **Vous êtes-vous senti en difficulté face à certaines questions ? Préciser**

.....

.....

.....

3. **Pensez-vous que certaines questions sont inappropriées ? Si oui lesquelles et pourquoi ?**

.....

.....

.....

4. **Pensez-vous que certaines questions sont mal formulées ? Si oui, lesquelles ? Comment les reformuleriez-vous ?**

.....

.....

.....

.....

5. **Pensez-vous que cet outil pourrait vous être utile dans votre pratique quotidienne avec les délinquants sexuels ? Précisez**

.....

.....

.....

6. **Avez-vous le sentiment que la personne investiguée s'est impliquée dans ses réponses ?**

.....

.....

.....

7. Avez-vous l'impression que la personne investiguée a évolué à la faveur de ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Avez-vous perçu des difficultés de compréhension dans l'abord de certains thèmes, de la part de la personne investiguée ? Précisez, avez-vous des suggestions pour améliorer ces points ?

.....
.....
.....
.....
.....

9. Autres remarques et suggestions

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Soutenance

Pour commencer, je souhaite dire que j'ai lu très attentivement les pré-rapports à ma soutenance. J'ai pris acte des commentaires, remarques et critiques qui en ressortent et qui sont tout à fait fondés. Je vais donc tenter, dans cette soutenance, de pallier aux imperfections de mon travail écrit et d'améliorer la clarté de ma démarche.

Mais avant toute chose, je tiens à remercier Monsieur André Mariage, Professeur de psychologie clinique et pathologique à l'Université de Franche-Comté, dont j'avais pu apprécier, lorsque je travaillais à Besançon et que je recevais des stagiaires, le respect à l'égard des professionnels de terrain, et la bienveillance vis-à-vis des étudiants en psychologie.

Je remercie Madame Magali Ravit, Professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'Université de Lyon 2, dont les travaux éclairent les processus psychiques en jeu dans les agirs violents criminels.

Je remercie Monsieur Christophe Adam, Docteur en criminologie, professeur de criminologie clinique à l'Université libre de Bruxelles et à l'Université catholique de Louvain, exerçant la double position de criminologue et de psychologue, à la fois chercheur et praticien spécialisé dans le traitement des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Ses travaux contribuent à situer l'expertise criminologique dans une dimension soignante d'écoute d'une expérience humaine.

Je remercie Docteur Bruno Gravier, Professeur de psychiatrie à l'Université de Lausanne dont les travaux sur le fonctionnement psychique et la prise en charge thérapeutiques de sujets auteurs de violence sexuelle, ainsi que les travaux concernant la psychiatrie légale, ont une renommée internationale.

Je remercie enfin Monsieur Houari Maïdi, Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Franche-Comté dont les travaux démêlent des champs tels que la clinique du traumatisme et de la victimologie, du narcissisme, du féminin ; et qui, en qualité de Directeur de thèse, m'a accordé un regard constructif et des encouragements précieux.

J'adresse également mes remerciements à ma famille qui est venue me soutenir aujourd'hui et j'en profite pour souligner un élément en apparence anodin, mais qui en

réalité ne l'est pas du tout : la présence de mes enfants. Tous les professionnels du psychisme connaissent, je pense, la mise à disposition de leurs propres ressources mentales, leur propre intimité, dans l'accompagnement psychologique et psychothérapeutique des patients. Cette mise à disposition prend un tour très particulier quand il s'agit d'accueillir des auteurs de violence sexuelle, et qui plus est lorsque les délits ont été commis sur des enfants. L'horreur des actes s'avère éprouvante et peut même devenir effrante lorsqu'elle fait trop écho avec certains points d'intimité du thérapeute. Par exemple, justement, ma famille, mes enfants, espace personnel à protéger absolument. C'est donc pour moi le résultat d'un certain travail psychique de pouvoir faire coexister en un même lieu, mes enfants et quelque chose de ma pratique professionnelle avec des patients pédophiles.

Ainsi, mon engagement dans ces suivis induit d'emblée un problème de posture professionnelle : comment accueillir tout en se protégeant ?

Au-delà du récit pénible de l'agression commise, l'aberration que présentent les actes de violence sexuelle, les agirs et attirances pédophiles suscite des interrogations quant à leur advenue (Verschoot, 2018) et quant à la personnalité de ces auteurs.

Ce travail s'inscrit donc dans un besoin d'interroger ma pratique de psychologue intervenant depuis 2000 en milieu carcéral puis en ambulatoire, notamment auprès de patients auteurs de violence sexuelle.

Parmi les auteurs de violence sexuelle, j'ai choisi de me centrer sur les personnes pédophiles afin de circonscrire un champ plus délimité, fréquemment rencontré dans ma pratique clinique et porteur de nombreux questionnements.

L'Histoire nous apprend que le contact sexuel d'un adulte avec un enfant n'est pas un fait nouveau et revêt un statut particulier selon les cultures et les époques, allant de la tolérance, voire l'encouragement, à la répression et la criminalisation. L'ampleur du phénomène, de plus en plus révélé depuis les années 90, en fait un problème de société et de santé publique.

Le terme de « pédophilie » prend son essor dans le mouvement de libération des mœurs des années 1970. À cette époque, les défenseurs de cette pratique sexuelle l'ont repris de la *Psychopathia sexualis* publiée par Richard von Kraft-Ebing en 1886. Ces derniers entendaient exister au travers de ce terme, comme représentants « d'amours minoritaires »

et porte-paroles d'une réforme des relations établies entre adultes et enfants. Ce plaidoyer, parfois entendu individuellement dans des termes assez proches dans les entretiens cliniques, semble constituer une tentative d'affirmation d'une singularité d'être. Serge André (1998) l'analyse comme la revendication par le sujet pédophile de l'existence d'une figure idéalisée d'enfant pur et innocent, jouissant d'une sexualité totale, (masculine et féminine). Cette figure idéale qui serait à préserver de ce qu'ils nomment l'hypocrisie du monde des adultes, considérés par eux comme avilissant, par un amour pédophile qu'ils considèrent comme amour « total ». Si Serge André ne se base que sur une des formes d'expression de la pédophilie, il propose dans son analyse de considérer la pédophilie comme une tentative d'expression d'une forme de subjectivité.

Ce qui m'amène à une première étape de mon questionnement : la pédophilie provient-elle de la construction même de la subjectivité ? La subjectivité étant entendue comme une position humaine depuis laquelle la personne peut se vivre, se penser, se nommer comme sujet semblable mais radicalement différencié de l'autre, qu'il reconnait en tant qu'altérité.

Les praticiens du psychisme ont proposé des modèles de description et de compréhension du phénomène des violences sexuelles en général et de la pédophilie en particulier. Ces modèles, qu'ils soient psychiatriques ou cliniques référés aux TCC, amènent un certain nombre de repères utiles mais ne cherchent pas à répondre à la question de la construction subjective des individus.

Par ailleurs, les professionnels s'accordent sur le fait que le phénomène des violences sexuelles et de la pédophilie ne se laisse pas appréhender par les configurations psychopathologiques classiques.

Balier propose un modèle singulier d'étude et de connaissance du fonctionnement psychique des auteurs de violence sexuelle en général et des sujets pédophiles en particulier. Les violences sexuelles y sont considérées comme des « solutions défensives » face à des angoisses catastrophiques concernant le sentiment identitaire, liées à des carences et des blessures psychiques précoces. (Balier et Bouchet-Kervella, 2008)

Ces « solutions défensives », particulières et singulières à chaque individu auteur de violence sexuelle selon sa personnalité et son histoire, ont en commun l'insuffisance des

défenses mentales et la présence constante de troubles plus ou moins graves du narcissisme.

Ce qui m'amène à préciser ma question : la pédophilie peut-elle être considérée comme un échec dans la construction de la subjectivité ?

En définissant « échec » comme « le résultat négatif et d'une certaine gravité, d'une entreprise » (Trésor de la Langue Française informatisé) ou plutôt d'un processus.

Pour pallier aux effets délétères des traumatismes primaires non reconnus et endiguer les angoisses agonistiques y conséquentes, le sujet cherche à maintenir un équilibre psychique par le recours à une « économie de survie » (Bayle, 2003) au travers de mécanismes de défense archaïques (dénî, clivage du moi, identification projective, relation d'emprise). En résulte un défaut de mentalisation, non pas en terme de déficits mais d'achoppements élaboratifs (Saudan, Lacroix), l'absence de reconnaissance d'un objet autre-sujet (Roussillon, 2008) avec notamment la difficile identification des effets de la violence sur la victime (Ciavaldini, 2014), la répression des affects (Balier, 1998, Ciavaldini, 1999).

Dans ce contexte de carences précoces, Ciavaldini (2005, 2009) souligne l'entrave dans le procédé qui conduit de la perception, à l'affect, puis à sa transformation vers la représentation, contrariant ainsi le processus de subjectivation. L'agir sexuel violent survient là où l'affect s'est inachevé, comme un appel à la figuration.

Mon questionnement se précise ainsi : L'acte pédophile peut-il être considéré comme un échec d'assomption subjective ?

Ainsi, la pédophilie n'est plus tant abordée comme entité nosographique finie mais comme acte appelant à l'extérieur une possible figuration d'éprouvés toxiques.

Le terme « Assomption » défini comme « acte d'assumer, de prendre à son compte avec toute son implication » (TLFi) rend compte de façon dynamique de la reconnaissance de soi-même et d'autrui, et de l'enrichissement subjectif induit par la transformation de l'expérience sensible en narration.

J'ai préféré le terme « assomption » au terme « advenue ». Si ce dernier renvoie plus explicitement à l'impératif freudien « Wo es war soll ich werden », « assomption » que la

construction subjective en passe par autrui, ne serait-ce que par la différenciation qui la constitue.

La notion de subjectivité, à la fois centrale pour la psychanalyse et tellement complexe qu'elle semble insaisissable, condense deux grands courants de la discipline : l'intérêt pour la pulsion et l'intérêt pour le lien. La formule de Freud, reprise par Lacan, situe la subjectivité du côté de l'élaboration de la pulsion par quelque chose du désir. Les travaux des post-kleinien comme Winnicott ou Bion insistent sur la primauté du lien à l'environnement primaire, instaurant une relation intersubjective, chemin vers la subjectivité. Le terme « assumption » me paraît rendre compte de ces deux courants.

L'inadéquation de l'environnement primaire, en trop de « trop » ou en trop de « pas assez » (Maïdi, 2008),

des situations de déplaisir extrême vécus dans un sentiment de solitude absolue, occasionnent un éprouvé de douleur psychique aiguë et non symbolisable.

En effet, le sujet ne peut ni se les représenter, ni s'y figurer lui-même.

Dans l'incapacité de tempérer l'extrême tension par la chaîne associative de la pensée, le sujet ne parvient à se dégager du déplaisir envahissant qu'en se retirant de l'expérience en cours et en se coupant de ses éprouvés, par un mécanisme que Roussillon (1999) nomme le « clivage au moi », sacrifice d'une part sensible de soi pour survivre malgré tout.

La subjectivité ainsi amputée de sa richesse affective peut chercher une forme de consistance identitaire par l'étayage sur des entités extérieures, construisant des « solutions élégantes » à la psychose (Hoffmann, 2012) ou parfois dans des tentatives d'appel à la figuration par l'acte.

La sexualité y prend une place toute particulière : D'une part, l'éprouvé de plaisir sexuel peut procéder à une liaison pulsionnelle des traces traumatiques qui font retours. D'autre part, la sexualité constitue une occasion de projeter dans le partenaire les éléments non symbolisés en soi afin de se dégager du malaise et les retourner en son contraire.

Ainsi, là où il se vivait passivé par la tension psychique et l'angoisse agonistique, le sujet trouve un regain d'activité.

Dans les violences sexuelles de type pédophile, Balier (1996) décrit deux grandes organisations conjuguant destructivité et libido érotique.

L'organisation fondée sur le recours à la destructivité, met en acte par l'agir violent une manifestation de la tout-puissance narcissique du sujet sur l'enfant réduit à un objet manipulable. Par ce procédé, le sujet auteur de violence sexuelle retourne la situation terrifiante interne dans laquelle il se trouve lui-même en état d'impuissance, livré à la puissance mortifère de ses parents.

Dans l'autre organisation, fondée sur le recours à l'érotisation, le sujet lutte contre le vacillement identitaire et la menace d'effondrement par une recherche d'excitation sensorielle érotisée. Cette quête vise à surinvestir ou idéaliser des traces de la relation satisfaisante à l'objet primaire, afin de nier la douleur dépressive et le manque affectif de la séparation, et de renforcer un sentiment de contenance corporelle et d'identité personnelle par le biais de l'excitation. L'enfant remplit le rôle de fétiche prétendant attester du maintien de la relation fusionnelle à la mère.

Une fois posée la question de l'échec d'assomption subjective, la préoccupation qui en découle, en tant que clinicien, est celle de la démarche de soin. C'est tout le sens de ma deuxième question :

Le soin aux auteurs d'actes pédophile peut-il être considéré comme une relance du processus de subjectivation ?

La prise en soin de sujets auteurs de violence sexuelle présente des difficultés spécifiques liées :

- aux conditions d'entrée en soin du patient, à savoir la contrainte ;
- à la confrontation du thérapeute à la violence ;
- et aux caractéristiques relationnelles du sujet.

Le soin sous obligation paraît d'emblée paradoxale tant ces deux termes (soin et obligation) semblent antinomiques. Pourtant toute légitimité peut être faite à ce dispositif, et ceci dans une claire perspective de soin plus que de défense sociale, dans la mesure où il tient compte de l'inachèvement du développement psycho-affectif du sujet auteur de violence sexuelle. Ce dernier n'est donc pas tenu d'occuper une impossible position subjective de demandeur de soin, c'est l'environnement qui prend acte de son dysfonctionnement psychique et assume à sa place cette position de « demandeur ».

La confrontation à la violence du patient, violence des faits commis et violence de son fonctionnement psychique constitue des traumatismes pour le Dans cette situation, les professionnels sont invités à reconnaître et travailler leurs propres sentiments de répulsion, leurs angoisses et les tâches-aveugles de leur contre-transfert.

Les caractéristiques relationnelles du sujet auteur de violence sexuelle se déploient dans l'espace thérapeutique avec une prévalence de l'identification projective et de la relation d'emprise, et induisent la déliaison pulsionnelle et la sidération de la pensée. Ceci met à mal le psychisme du thérapeute.

Une alliance thérapeutique est toutefois possible et même primordiale dans la mesure où elle constitue un facteur prépondérant de l'efficacité du traitement (Drapeau, 2005, Marshall, 2011). La qualité de cette alliance repose en partie sur la persistance du thérapeute à supporter les attaques et mises à l'épreuve du patient, c'est-à-dire la capacité de « continuer à penser malgré la violence des affects déclenchés. » L'enjeu thérapeutique est alors de construire un cadre clair, protecteur pour la subjectivité du thérapeute, à même de contenir la destructivité du patient, et garant de la qualité relationnelle. Sur cette base, des modalités thérapeutiques adaptées et créatives peuvent être mises en place.

Les études prouvent qu'un suivi thérapeutique spécialisé favorise la désistance, c'est-à-dire la sortie de l'activité délinquante (Marshall, 2017), même si aujourd'hui, on ne connaît pas bien les ressorts de cette efficacité (Hanson et al, 2005). Cependant, loin de se préoccuper du seul risque de récidive, l'enjeu de la thérapie est de proposer au patient auteur de violence sexuelle un accompagnement soignant suffisamment bienveillant (Marshall et Marshall, 2017) associé à un environnement social stable et délimité (Ciavaldini, 2015) lui offrant une qualité de vie acceptable, afin de l'aider à trouver un fonctionnement plus harmonieux au niveau psychique, social, inter-individuel afin de s'installer dans un devenir plus équilibré.

À partir de mon expérience clinique, mon questionnement se poursuit avec cinq situations d'hommes rencontrés en Maison d'Arrêt ou dans une consultation ambulatoires, condamnés pour des délits différents, mais tous de nature pédophile. Ces situations, issues d'entretiens cliniques à visée psychothérapeutique se situent à différents moments de mon parcours professionnel, si bien que presque une dizaine d'années sépare la plus ancienne de

la plus récente. Elles tentent de focaliser sur des scissions dans le processus thérapeutique, des modalités visant à le faciliter, et sur mon implication en tant que psychologue.

Trois patients (Cassandre, Achille, Jean-Yves) font état, dans leur anamnèse, de graves dysfonctionnements dans les relations précoces, avec des maltraitements psychologiques pour les trois, et même physique pour l'un d'eux (Achille). Ces mêmes patients sont récidivistes et présentent une inscription plus marquée dans la problématique pédophile.

L'anamnèse de Marc révèle de multiples événements potentiellement traumatiques, dont il rejette la part délétère par le déni, le clivage, l'idéalisation.

L'anamnèse de Henry, moins poussée, n'amène pas d'information particulière.

Tous présentent une problématique du narcissisme :

Cassandre par une faiblesse des assises identitaires, une mauvaise intégration corps/psyché et une tendance à l'autodépréciation. Il s'en défend

- par le recours à une forme de perversion narcissique où il se sent valorisé dans le regard de ses interlocuteurs, ou recourt au fétichisme ;
- par la fuite dans un monde imaginaire ;
- par des actes pédophiles.

Chez Achille, le narcissisme défaillant le soumet sans cesse à une menace de catastrophe imminente. Il s'en défend régulièrement par la recherche d'un triomphe narcissique dans le recours à l'acte et l'agir destructeur. Sa pédophilie peut prendre une modalité d'érotisation au travers de fantasmes ou de mises en acte de séduction pédophiles, ou bien quand ce procédé n'est plus à même d'endiguer la tension, elle peut prendre la forme de l'agression brutale d'enfants.

Pour Jean-Yves, la blessure narcissique primaire a profondément marqué l'économie psychique dans le sens d'une répression des affects et d'une carence de mentalisation. Ce fonctionnement implique un contrôle des sources de stimulation externes envahissantes, soit par un retrait protecteur, soit par une emprise sur les objets. Dans ce contexte, l'acte pédophile semble fournir la satisfaction d'une relation érotisée et sous contrôle. Relation

dont Jean-Yves (qui nie les faits) ne peut pas admettre en lui-même le caractère pathologique, projetant sur l'extérieur toute dimension dysfonctionnelle.

Chez Marc, ce narcissisme défaillant est repérable dans l'utilisation de mécanismes de défense archaïques pour lutter contre les effets d'événements traumatiques tels que déni et clivage du moi. Les entretiens cliniques, notamment avec le support de l'ECL, permettent de mettre en lumière la fonction de l'acte pédophile comme tentative d'appel à la figuration de fragments sensoriels non symbolisables issus de l'événement traumatisant du décès de son épouse.

Pour Henry, les procédés de perversion de la relation sont décrits, mais l'observation présentée ne permet pas d'intégrer les délits de type pédophiles dans son économie psychique.

Tous font part d'expériences de vacillement de la subjectivité.

Cassandra se perd dans des « orgies sensibles ». Achille passe par un épisode d'automatisme mental. Henry vit un moment de déréliction. Jean-Yves fait une crise d'angoisse en séance. Marc décrit des errances, dans un état crépusculaire.

Dans les observations cliniques, les actes pédophiles se produisent dans un contexte de problématique narcissique, signe d'une faiblesse d'intégration identitaire, et de subjectivité vacillante. La première hypothèse peut être validée : L'acte pédophile peut être considéré comme un échec d'assomption subjective, on pourrait compléter : et une tentative d'appel à la figuration.

Les observations cliniques présentent des moments d'implication du psychologue dans la relation thérapeutique,

- par des interventions : paiement symbolique chez Cassandra pour tenter de se dégager d'un sentiment d'emprise et de matérialiser la séparation intersubjective. Occuper pour Achille une position de répondant tout en reflétant ma propre subjectivité, y compris par une parole non réfléchie qui semble avoir de potentiels effets thérapeutiques inattendus et contribuent à enjamber le clivage.

- par la mise en place de modalités thérapeutiques : clarification du cadre et initiation d'un travail d'interconenance pour Henry dont la perversion narcissique infiltrait jusque dans les instances judiciaires. Cothérapie pour Jean-Yves.

- par l'utilisation d'un outil : l'ECL comme médiation thérapeutique pour Marc.

Ces éléments constitutifs de la thérapie consistent à fournir au patient des conditions de contenance psychiques favorable à la réduction du clivage, à la reconnaissance émotionnelle et à l'intégration de son histoire. Ils permettent également de préserver la subjectivité du ou des thérapeutes.

Dans ce contexte, les mouvements transférentiels sont particuliers. Il s'agit plutôt d'un accrochage sur des caractéristiques psychiques du thérapeute. L'intérêt pour le patient n'est pas tant de trouver un espace d'élaboration, mais plutôt une tentative de relation fusionnelle. Le travail semble plus intense dans le contre-transfert. L'élaboration paraît plutôt se situer du côté du thérapeute, pour amener au patient des éléments apaisés et susceptibles de liaison pulsionnelle. En cela, le thérapeute joue le rôle d'appareil à penser les pensées selon la formule de Bion (1962) en recevant les éléments bêta toxiques car non subjectivés du patient, pour leur donner du sens au travers de l'élaboration et perlaboration de son contre-transfert, et de les rendre sous forme d'éléments alpha plus assimilables.

La seconde hypothèse : Le soin aux auteurs d'actes pédophile peut-il être considéré comme une relance du processus de subjectivation ? me semble partiellement confirmée.

Le soin aux auteurs d'actes pédophiles peut être considéré comme une tentative de relance du processus de subjectivation, une mise en condition pour favoriser la relance du processus de subjectivation.

Ainsi, au-delà de l'idéal freudien d'advenue du sujet ou d'assomption subjective telle que je l'ai formulée, la modestie commande de considérer les psychothérapies d'auteurs de violence sexuelle, notamment de type pédophile, comme des accompagnements pour des personnes aux organisations psychiques plus ou moins stables dans des chemins de possibles subjectivations mais aussi d'étayages sur des espaces suffisamment contenant pour leur permettre une vie suffisamment digne et suffisamment sécurisée.

Ce travail laisse de nombreuses possibilités de poursuite de réflexions. Par exemple :

- la dégradation de la fonction organisatrice du jeu dans les actes de type pédophile,
- l'étude de la construction du rapport à l'objet.
- En outre, L'ECL, dans ses fonctions de médiation de la relation thérapeutique, d'investigation du fonctionnement psychique et de levier thérapeutique, fait actuellement l'objet d'une étude (et d'un article en cours écrit par Mmes Marie Saudan et Camille Lacroix).

Ainsi, la clinique des auteurs de violence sexuelle, sur enfant comme sur adulte nécessite encore de chercher des modèles de compréhension et de prises en charge thérapeutique. L'enjeu est de taille puisqu'il s'agit de rompre le cycle répétitif de la violence et de réhabiliter, tant chez la victime que chez l'agresseur, une humanité blessée.

RÉSUMÉ

La pédophilie a valeur de monstruosité dans les sociétés occidentales actuelles. Son évocation suscite dans la population des mouvements émotionnels importants d'incompréhension, d'opprobre et de rejet. Pour autant, les révélations régulières dans les médias et la meilleure prise en compte des victimes depuis les années quatre-vingt-dix donnent un aperçu de l'ampleur du phénomène et en font un véritable sujet de société.

Dans ce contexte, la prise en charge psychothérapeutique de patients pédophiles représente un véritable défi pour les professionnels, tant elle soulève des questions théoriques, techniques et éthiques.

Il convient de tenter de mieux cerner la pédophilie dans sa dimension historique et de la définir au niveau juridique, psychiatrique, psychopathologique. La théorie psychanalytique offre des pistes de compréhension des enjeux internes susceptibles de conduire à l'agir pédophile. Ainsi, l'emploi de mécanismes psychiques archaïques, voire le recours à l'acte, fonctionnent comme des tentatives de survie psychique face à une situation extrême de danger ressenti comme imminent. Une telle économie est révélatrice d'une éclipse de la subjectivité.

Les dispositifs de prise en charge psychothérapeutiques doivent être élaborés en tenant compte du fonctionnement psychique de ces patients, de la sauvegarde de la capacité du thérapeute, et visent la subjectivation du patient.

Cinq vignettes cliniques, tirés d'une pratique de psychologue travaillant en milieu carcéral et dans une consultation ambulatoire spécialisée, viennent illustrer et enrichir les concepts théoriques.

Mots clés : Pédophilie, psychothérapie, subjectivation, symbolisation

SUMMARY

Pedophilia is a monstrosity in today's Western societies. His evocation provokes in the population important emotional movements of incomprehension, opprobrium and rejection. However, regular revelations in the media and better consideration of victims since the nineties provide insight into the extent of the phenomenon and make it a real social issue.

In this context, the psychotherapeutic care of pedophile patients represents a real challenge for professionals, as it raises theoretical, technical and ethical questions.

We must try to better understand pedophilia in its historical dimension and define it at the legal, psychiatric, psychopathological level. The psychoanalytic theory offers ways of understanding the internal issues likely to lead to pedophile action. Thus, the use of archaic psychic mechanisms, even the resort to the act, function as attempts of psychic survival in the face of an extreme situation of danger felt as imminent. Such an economy is indicative of an eclipse of subjectivity.

Psychotherapeutic management systems must be developed taking into account the psychic functioning of these patients, the safeguarding of the therapist's capacity, and aim at the subjectivisation of the patient.

Five clinical vignettes, drawn from a practice of psychologist working in a prison environment and in a specialized outpatient clinic, illustrate and enrich the theoretical concepts.

Key words : Pedophilia, psychotherapy, subjectivisation, symbolization