

Rapport d'expert [31]

Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations (violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap, milieu de vie) ?

Philippe GENUIT

Docteur en psychologie, psychologue PCAMP, CRIAVS Midi-Pyrénées, CH Marchant, chargé d'enseignement et chercheur associé à l'Université Rennes 2.

Pour citer ce document, merci d'utiliser la référence suivante : Genuit, P. (2018). Points de vue et objectifs des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations de l'analyse contrastée à l'analyse en contraste. Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.

Sommaire

Y a-t-il des spécificités de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles selon les situations (violences sexuelles sans contact, âges de la vie, handicap, milieu de vie) ?	1
Sommaire	1
Préalable.....	3
Spécificité Non...Mais	3
Introduction : Semper idem, sed aliter	3
Spécificité des a.v.s ?	5
A titre de paradoxe.....	5
Déclinaison de la spécificité	5
Légitimité et spécificité	6
Un zeste d'étymologie pour nous aider	6
Le point de vue fabrique la spécificité	8
Speciosissimum genus orationis - Le style qui produit le plus d'effet	9
Analyse par contraste, analyse par opposition	11
Pratique et théorie	12
La duplicité du trauma.....	14
Analyse en opposition et analyse en contraste.....	14

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

O tempora, o mores !.....	14
Conclusion	17

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Préalable

A cette question, si le domaine de la prise en charge est celui du sanitaire, l'on peut répondre sans ambages : **NON**...si l'on s'en tient à la définition du mot : Qualité de ce qui est spécifique, qui présente une caractéristique **originale** et **exclusive**.

Spécificité Non...Mais

Encore faut-il mesurer cette réponse drastique, pour ne point clore la question. Dans ce cas, comme souvent dans le champ de la thérapie, ainsi que l'écrit Maurice Blanchot : « *La réponse est le malheur de la question* ». Clore la question, serait passer à côté de ce que permet de faire surgir l'analyse épistémologique, qui annonce un NON...**MAIS**

Aussi peut-on résumer la modération de cette réponse négative par : **il n'y a pas des spécificités dans la prise en charge** (au sens où celle-ci se réfère à la clinique thérapeutique), **mais des dispositifs et méthodes thérapeutiques qui construisent des moments, des lieux et de milieux spécifiques**, au sens où ceux-ci sont singuliers et ne se confondent pas avec d'autres dispositifs thérapeutiques...sans qu'ils soient exclusifs. En ce sens il nous faut, semble-t-il épistémologiquement différencier dans ce que l'on nomme, sans doute un peu lestement spécificité : le **singulier**, le **particulier** de l'**exclusif**. De ce fait le contraste entre spécifique et **spécial** peut-il nous aider.

Introduction : Semper idem, sed aliter

« *Eadem sunt omnia semper* » écrivait Lucrèce¹ et Schopenhauer² d'ajouter, « *sed aliter* », les choses sont toujours les mêmes, mais autrement ! Tout change mais rien ne change vraiment du point de vue englobant l'ensemble du temps (moment) de l'espace (lieu) et de l'environnement (milieu), exprimant l'inactualité des choses. Maxime qui épistémologiquement contraste sans s'opposer au « *On ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve* » d'Héraclite³ exprimant ainsi l'impermanence des choses.

La question de la spécificité, qui est inactuelle tout autant qu'impermanente, va engager ainsi la réflexion épistémologique en son versant d'analyse critique, au sens étymologique du terme, de sa construction de savoir.

Ainsi notre présentation déclinera

- 1- La dialectique de l'**analyse** en contraste par rapport à l'**analyse en opposition** (ou clivage).
Spécifique // spécial

Quand le **point de vue** construit la spécificité.

- 2- **Analyse exclusive** (un sens propre) // **analyse inclusive** (un sens commun)

¹ Lucrèce, « *De la nature. De rerum natura* », éd., trad., intr. et notes de José Kany-Turpin, Paris, Aubier, 1993

² Arthur Schopenhauer, « *De la quadruple racine du principe de raison suffisante* », Vrin Édition, coll. Bibliothèque des Textes Philosophiques – Poche, 1997.

³ Héraclite, « *Fragments* » (trad. Marcel Conche), PUF, coll. Épipiméthée, Paris, 1986.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

En quoi y-a-t-il des prises en charges (sanitaires – judiciaires – sociales) qui bien que non spécifiques dans leur clinique ou nomenclature sont spécialisées dans ou par tel ou tel dispositif.

3- L'**inactualité** en contraste avec l'**impermanence**

Comment la médecine (le thérapeutique) inclut ou exclut ses propriétés et spécialités

Comment la querelle des cliniques entre dogmatiques et empiriques s'inactualise et se renouvelle de l'antiquité (Sextus Empiricus) à nos jours (épistémologues – Gaston Bachelard, Georges Canguilhem, Thomas Kuhn, Carl Popper etc.) en passant par la renaissance (Francis Bacon)

4- L'**analyse anthropologique tripartite** qui permet de synthétisée et d'ordonnée les différents *modus faciendi, modus operandi* des « spécificités » des prises en charge des a.v.s. (a.i.c.s.)

5- Enfin et en fin, l'analyse de l'**objectif** répondant au point de vue préalable. Objectif entendu, dans ses acceptions de dessein, intention, mire, programme.

Objectif dans le champ du thérapeutique et des thérapies qui met en contraste l'**ataraxie** (guérison) et la **métriopathie** (modération des passions, apaisement des affections).

Concernant la clinique des a.v.s (*a.i.c.s. pour le juridique*) il n'y a pas, à proprement parlé, de spécificité de clinique thérapeutique - *en termes de « particularité exclusive »*. Le champ de la violence sexuelle n'est pas propre au thérapeutique. De façon analogue en victimologie, la clinique des victimes de violences physiques et/ou psychiques est un champ épistémique et thérapeutique, dans le quel les dispositifs d'accompagnement et de soins curatifs pour les victimes de violence sexuelles ne sont pas spécifiques bien que différenciés. Ainsi la problématique des violences conjugales englobe-t-elle les violences sexuelles avec d'autres violences physiques et/ou morales subies et/ou interactives dans la conjugalité, les séquelles *trans* ou *intergénérationnelles*.

Des méthodes, construites généralement par sérendipité, qui sont en préalable proposées à une population spécifique (par exemple les victimes de violences sexuelles) peuvent se révéler efficaces (semble-t-il aux dires des utilisateurs), en ce qui concerne une autre population (par exemple les auteurs de violence sexuelles). Ainsi en est-il de l'usage de l'EMDR, qui remporte les suffrages en tant qu'ouvrage (*medium*) thérapeutique.

Ainsi Le Q.I.C.P.A.A.S (questionnaire d'investigation pour auteurs de violences sexuelles) initialement construit pour des adultes hommes, aujourd'hui traverse les spécificités - temporelles d'âge (Q.I.C.P.A.A.S. Ados) – environnemental de genre (Q.I.C.P.A.A.S Femmes). Ainsi la question de la spécificité de la prise en charge et la réponse de non spécificité selon l'âge de la vie provigne, s'étend à d'autres champs tels que le milieu de vie, le handicap, les violences agies ou passives sans contact etc.

Mais si l'on ne peut, in petto et sans risque du ridicule, énoncer la spécificité exclusive de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie, doit-on annoncer que le thérapeutique, promeut des stratagèmes inclusifs construisant des artifices (dispositifs, méthodes, média) spécifiques issus de l'ingénierie de la prise en charge. (Artifice : de *ars* et *facio* - *ars* = combinaison, assemblage, procédé ; *facio* = *faire*). Sans doute est-il souhaitable pour

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

plus de clarté et de précision de différencier le thérapeutique en tant qu'institution soignante, de la thérapeutique en tant que méthode soignante.

En ce sens, déjà et en premier lieu, la prise en charge des a.v.s n'est pas une spécificité du thérapeutique. Par contre, certains dispositifs de prise en charge construisent des méthodes thérapeutiques appropriées à de situations spécifiques par contraste à d'autres situations. Ces méthodes appropriées

Spécificité des a.v.s ?

Avant même de poser le questionnement de la spécificité construite par les dispositifs, celle même plus large de la spécificité de la clinique des a.v.s. Les Journées Nationales ARTAAS 14 et 15 Octobre 2010 à Toulouse, organisées par Nathalie Lescure et Walter Albardier avaient déjà pour thème et titre : « Spécificité(s) des traitements des Auteurs d'Agressions Sexuelles ? »

Dans ces journées d'étude mon intervention portait sur les « Soins spécifiques et spécificité du soin dans le discours et les dispositifs sociaux. Une confrontation du légal et du légitime... », quand Tristan Renard expert dans cette Audition publique analysait « La construction sociale de la maladie mentale... », Walter Albardier suggérait « La fonction sociale du pédophile » et Nathalie Lescure proposait l'analyse en contraste « Du souci de l'autre et de la thérapie du patient : prendre soin et prendre en soin »

A titre de paradoxe

J'y relavais que le titre de ces journées pouvait paraître paradoxal. Ce, au sens où la singularité de l'Artaas est reconnue dans un engagement qui spécifie ses objets et sujets, d'investigation et d'intervention, par son intitulé : « Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles ». Mais comme l'énonce Marcel Détienne : « *Comment peut-on définir une « singularité » sans se mettre en question, et son questionnement, à l'épreuve d'un comparatisme « expérimental » ?*⁴ Cette « mise à la question » est dans l'esprit des organisateurs des journées toulousaines et des membres de la région Artaas Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon, plus « une mise en acte » qu'un « passage à l'acte ».

Déclinaison de la spécificité

Liées à la question de la spécificité des traitements, se déclinent d'autres interrogations issues de nos pratiques et de nos théories, de nos affirmations voire parfois de nos dogmes issus de la légitimation et de la légalisation de nos engagements.

- En quoi le dénommé « auteur d'agression sexuelle », « auteur de violence sexuelle » etc. est-il spécifique ?
- En quoi les traitements dits thérapeutiques, juridiques, éducatifs - à leur égard - sont-ils spécifiques ?

⁴ Marcel Détienne « Faire de l'anthropologie avec les grecs » in « Pensées pour le nouveau siècle » Aliocha Wald Lasowski, Fayard, 2008

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- Le soin est-il spécifique au thérapeutique (autrement dit, le soin est-il la propriété du thérapeutique) ?
Et, y-a-t-il une spécificité du soin ?

- Le clivage, la sidération, la séduction, l'emprise, le déni, voire pour d'autres obédiences, les distorsions cognitives, la banalisation, la minimisation etc. sont-ils spécifiques à l'a.v.s?

Légitimité et spécificité

La légitimité de nos points de vue, et de nos actions, se confronte à la notion de spécificité. Ainsi à bien y regarder, les traitements thérapeutiques proposés ou imposés aux a.a.s.(auteurs d'agressions sexuelles) quelques soient les obédiences n'ont rien de spécifiques dans les procédures. Ce, puisque les mêmes *modi operandi* et *modi faciendi* (consultations, groupes, ateliers médiatisés, questionnaires etc.), sont effectués auprès d'autres patients, dans des cadres légaux différents. Plus encore, et de même que l'antiquité usait de vocables identiques pour des acceptions différentes, les mêmes modes opératoires (ex. groupes), bien sur dans des buts et modalités différentes sont utilisés tant dans le cadre juridique qu'éducatif.

A la question préalablement posée : En quoi les traitements dits thérapeutiques, juridiques, éducatifs - à leur égard - sont-ils spécifiques ? La réponse est : les traitements et les dispositifs proposés aux auteurs de violence sexuelle ne leur sont pas spécifiques.

De même, pouvons-nous répondre par la négative pour une spécificité concernant les termes tels que le clivage, la sidération, la séduction, l'emprise, le déni, voire pour d'autres obédiences : les distorsions cognitives, la banalisation, la minimisation, qui bien que pouvant faire symptômes, même si on les unifie, ne font pas inéluctablement syndrome ; voire *sinthome* en terme scolastique, ou synthèse en vocable mathématique.

Quant à la question : Le soin est-il spécifique au thérapeutique (autrement dit, le soin est-il la propriété du thérapeutique) ? Et, y-a-t-il une spécificité du soin ? Nous pouvons en France aujourd'hui encore (pour combien de temps ?) différencier le soin de la peine et s'arroger la particularité du soin comme propriété du thérapeutique. Mais l'analyse du mot soin, montre que l'acception médicale est une appropriation. Cette appropriation légitime du soin par le thérapeutique n'en fait pas *ipso facto* sa propriété. Et l'ancien emploi du mot *sunnis*-soin par le juridique nous rappelle, que le soin est initialement un terme éducatif et familial. (5)

Un zeste d'étymologie pour nous aider

Analyse contrastée – Spécificité : species et facio : analyse exclusive et analyse inclusive

L'étymologie ne saurait nous donner une réponse de vérité, nous apporter la preuve ou la certitude, mais elle peut nous aider à décomposer et recomposer la question ; autrement dit elle peut être support d'analyse épistémologique.

SPÉCIFICITÉ = Qualité de ce qui est spécifique, qui présente une caractéristique originale et **exclusive**.

Autrement dit le mot spécificité désigne une qualité qui est propre à et uniquement propre à un objet, un sujet ou une situation...Ce qui est difficile à affirmer pour les classements, catégorisations,

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

assemblages, combinaisons logiques et techniques concernant la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie.

Le mot spécificité provient du latin *specificus*, lui-même composé de **species** et **facio**

- **spēciēs**, *specio* est issu du grec ancien Σκέπτομαι, *sképtomai* signifiant je vois, que l'on retrouve dans : spectateur, spectacle, spectaculaire etc
- **faciō**, *facere* : **faire**

Species à un double sens :

1. *sens actif* - regard, **point de vue**. *Species acuta*, vue pénétrante.
2. *sens passif* – **aspect**. *Praebere speciem horribilem*, avoir un horrible aspect.

Par extension il désigne l'apparence puis le semblant, le simulacre, le faux air, les dehors trompeurs, le prétexte, le faux-semblant.

Plus loin il désigne **l'essence des choses conçue par l'esprit**, la notion, le type, l'idée, voire l'idéal. *capere speciem veri scelerisque*, se faire une idée du bien et du mal

Enfin il désigne la **nature spéciale-spécifique**, l'espèce, le cas particulier. *haec species incidit*, ce cas particulier se présente.

Notons que la définition actuelle, mais temporelle, de spécificité est d'une part une partialité de la signification originelle, et d'autre part ne correspond pas à la réalité des **singularités** des prises en charge.

Sans doute, sans vouloir paraître donneur de leçon, peut-on parler de **dispositifs spéciaux**, au sens de singuliers plus que dispositifs ou catégories spécifiques en leurs acception d'exclusivité. Ce qui nous semble être plus prêt d'une analyse épistémologique du thème. Du latin *specialis* « spécial, particulier », dérivé de *species* « regard, aspect ».

Ainsi peut-on proposer que la Spécificité renvoie à une double analyse :

- A. **exclusive** : ce qui est particulier, propre à l'objet - au sujet
- B. **inclusive** : B-1- actif = **point de vue** ; B-2- passif = **aspect**

Spécificité(s) médicale(s) : *Semper idem sed aliter* (le même mais autrement)

L'Histoire de la médecine occidentale, est ponctuée d'exclusions-inclusions techniques et d'appropriations de savoir. Rappelons que la médecine fut longtemps en Occident (chrétien) spécifique (propriété exclusive) des clercs.

Exemples d'inclusion par **développement** :

- La **chirurgie** longtemps spécifique aux barbiers, qui n'étaient pas clercs, devint une technique spécifique de la médecine laïcisée

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

- **L'obstétrique**- traitant de la naissance, spécifique aux sages-femmes (*obstetrix*), sera appropriée par la médecine alors masculine au début du XXème siècle
- La **médecine légale** traitant de la mort ; (1536, Duché de Bretagne - ordonnance organisant une ébauche de médecine légale //En France, la Médecine légale au sens actuel du terme naît à la fin du XIX^e siècle avec des médecins légistes comme Alexandre *Lacassagne* ou *Ambroise Tardieu*. Elle-même développée en **médecine forensique** (médecine en lien au judiciaire, psychiatrie criminelle-criminologique).

Exemples d'inclusion par **Typicité** :

Neurologie...gynécologie/androgologie...pédiatrie...psychiatrie...etc. en fonction de la tripartition biologique **temps/milieu/lieu** analysée anthropologiquement en **âge/genre/situation**.

La psychiatrie en tant qu'inclusion spécifique dans le champ de la médecine tient une place particulière, qui influencera les prises en charge spécifiques de comportements préalablement conçus déviants en syndromes morbides.

De l'aliénisme à la psychiatrie : La folie ne pouvant être un crime (*Pinel*), un statut médical distinct est créé amenant à la Loi du 30 juin 1838 (*Esquirol*) sur les aliénés - loi de police et d'assistance.

La spécificité de la psychiatrie, bien avant qu'elle soit « baptisée » est de se trouver bifaciale. Une face dans le champ clinique de la médecine, et l'autre dans le champ politique de la protection publique.

« *Celui qui pêche aux yeux de son Créateur, qu'il tombe aux mains (au pouvoir) du médecin.* » La Bible de Jérusalem : Ecclésiastique (Siracide), chapitre 38

Cette **bifacialité** a amené le clinicien du thérapeutique psychiatrique à exclure puis inclure les **ivrognes vicieux** en les médicalisant « **alcooliques** » (loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux) ; les **drogués** en les médicalisant **toxicomanes** puis « **addicts** » (loi du 31 décembre 1970 – injonction thérapeutique) ; les **invertis** en les médicalisant...sans concept clinique propre (hormis la *pédophilie erotika* de *Krafft Ebing* et le classement factuel des mal nommées *paraphilies*) en **auteurs de violences sexuelles** ; catégorie qui n'est pas syndrome en tant que tel.

Les concepts de *psychopathes* pour les deux premiers et *pervers* pour les troisièmes ont rencontré la dynamique exclusion (rejet) et inclusion (appropriation) en institution psychiatrique.

Le point de vue fabrique la spécificité

- La **clinique** n'a pas intrinsèquement bougée en son analyse pronostique et diagnostique (*Hippocrate*), mais elle est empreinte des nouvelles données dans les prises en charge thérapeutiques. Cf. *Journées ARTAAS de Toulouse 2010 Albardier – Lescure*.
- **Épistémologie** (analyse scientifique). F. de Saussure « **Bien loin que l'objet précède le point de vue, on dirait que c'est le point de vue qui précède l'objet** ». Ici c'est le point de vue (regard-*species*) du clinicien qui construit l'**analyse de l'objet** ou du sujet, tout autant que le **dispositif de prise en charge** sous forme de **développement** ou de **typicité**.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

D'un côté, petit à petit apparaissent des focales plus précises, donnant lieu à des protocoles spécifiques, comme au CMP de La Garenne Colombes dirigé par le Dr Roland Coutanceau, La consultation de Bondy (Gabrièle Aréna, Sylvie Brochet – cf *article Elsevier*) dans le champ sanitaire.

Ce à l'instar du développement des champs médicaux : chirurgie, obstétrique, médecine forensique, etc.

D'un autre côté, sans que la clinique elle-même ne soit par essence transformée, ont émergé des types d'**analyse catégorielle** ou de **dispositifs de prise en charge** tels que :

A. Analyse catégorielle

- *La pédophilie féminine (Martine Niss, Franca Cortoni, Sonia Harrati, Coline Cardi, Anne Poiret, Walter Albardier, Philippe Genuit)*
- *- La criminalité sexuelle de mineurs (adolescents, enfants)*
- *Le harcèlement sexuel*
- *La cybercriminalité (sans attouchement ni pénétration)*
- *La pédocybercriminalité- Les pédophiles dits abstinentes- Les potentiels agresseurs n'ayant pas (encore) agi*

B. Dispositifs de prise en charge

- *E.D.M.R*
- *O.T.C.*
- *Qu'en dit-on*
- *Q.I.C.P.A.A.S (Qicpaas mineurs) (Trame d'entretien forensique) etc.*

Ce à l'instar des typicités (segments) médicales :

Neurologie...gynécologie/androgénologie...pédiatrie...psychiatrie...etc. en fonction de la tripartition biologique **temps/milieu/lieu** analysée anthropologiquement en **âge/genre/situation**.

Speciosissimum genus orationis - Le style⁵ qui produit le plus d'effet

Le tableau qui suit en propose la schématisation qui montre que nos catégorisations cliniques sur lesquelles s'appuient les modes « **spéciaux** » sont empreintes d'une analyse trinitaire que la neurobiologie a identifiée par patho-analyse (perte des repères temporo-spatiaux et familiarité, lors de traumatisme ou pathologie cf. Oliver Sacs⁶).

Analyse tripartite que l'analyse anthropologique, sous différences afférences et obédiences transforme en qui concerne spécifiquement l'humain en :

- **Âge** (analyse – appropriation du temps)
- **Genre** (analyse – appropriation du milieu familial).
- **Situation** (analyse – situation du sentiment propriété)

⁵ Empr. au lat. *stilus* « tout objet en forme de tige pointue; poinçon pour écrire » (d'où E), puis « manière, style », « œuvre littéraire » en lat. d'époque impériale (d'où A, B, C), « coutume, mœurs » et « règlement, formule juridique » en lat. médiév. (XIII^es. et XIV^es. ds DU CANGE, s.v. *stillus*; d'où D). Centre national des ressources textuelles et lexicales.

⁶ « *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* », 1985 – « *L'Homme qui prenait sa femme pour un chapeau* », Seuil, Points Essais, 1992

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Ainsi concernant l'âge, les catégories de **majeurs** et/ou de **mineurs** ; d'**enfants**, d'**adolescents**, d'**adultes**, de **sénescents** (Vieux, personnes âgées) que l'on retrouve particulièrement dans les groupe médiatisés (Groupe de parole, Qu'en dit-on, Photolangage, OT.C⁷). Dispositifs de prise en charge où l'âge est critère de l'inclusion dans les groupes.

En ce qui concerne le *genre*, il est important de ne pas réserver celui-ci au sexuel, mais à ce qui identifie en contraste ce qui divise sans forcément opposer. Nous reviendrons plus loin sur l'analyse inclusive par contraste et l'analyse exclusive par opposition (ou clivage). Ici l'auteur et la victime, le masculin et le féminin, l'handicapé et le valide, le père incestueux et le pédophile extra-familial, la femme et le mari, le dominant et le dominé etc. Tant il est vrai que les analogies épistémologiques nous permettent de sortir de l'analyse ségrégative.

En ce qui concerne la *situation*, l'analyse anthropologique donne un statut au lieu (espace/territoire), où le différent devient étrange voire monstrueux. Le monstre et l'étranger sont ainsi convoqués pour et dans nos catégories, classements, classifications qui imprègnent nos dispositifs. Concernant les a.v.s., les paraphilies (telles qu'on les nomment actuellement) en sont les parangons se distribuant selon les comportements repérés déviants. Ce joint ici une difficulté épistémologique dans le fait que le **déviant** (qui est inhérent à une analyse sociologique) est intégré à l'analyse de clinique thérapeutique. Ceci entraîne une possible, voire probable confusion du déviant et du **morbide**, spécifique lui au médical.

10

Biologie	Anthropologie	Analyse inclusive par contraste	Analyse exclusive par opposition
	STATUT ↓	Intégration ↓	Ségrégation ↓
Temps →	ÂGE	Enfant (impubère) – Adolescent (pubère - qui croît) – Adulte (qui a grandi –atteint la maturité) – Sénescents (qui décroît - vieillard) -Inceste parental / Inceste adelphique	Âgisme
Milieu - environnement →	GENRE	– Victime/Auteurs - Femme / Homme – Handicapé / Valide – Homosexuel / Hétérosexuel - Homogame – Transgenre – LGBT	Sexisme

⁷ « Pourquoi une consultation spécifique pour auteurs d'infractions à caractère sexuel : regard sur six années à l'unité de Psychiatrie et Psychologie légales de Ville Evrard », Elsevier, Masson, France, 2018. Gabrielle Arena, Sylvie Brochet, Emilie Bouvry, Nicolas Estano.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

(familier)		(lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres) – Familial / Extrafamilial Père incestueux-pédophile - Violences conjugales etc.	De <i>sexus</i> : issu de <i>seco</i> , <i>secare</i> « couper ». Sens originel « division du genre humain », <i>sexus</i> n'est pas équivalent à éros mais génos en grec ancien.
Lieu – espace  territoire	SITUATION	Monstruosité – frotteurisme – voyeurisme – exhibitionnisme – paraphilies etc. Etrangeté – nomadisme – errance – déshérence – couleur de peau – ethnicité – communautarisme etc.	Racisme Entendu que si biologiquement les races n'existent pas, anthropologiquement le racisme existe en tant que ségrégation politique

Analyse par contraste, analyse par opposition ⁸

Le thème de la spécificité, nous amène à penser, comme nous l'avons vu, en termes de double : **inclusion** (inclusif) / **exclusion** (exclusif) en termes logique, **intégration** / **ségrégation** en termes sociologiques.

De fait la ségrégation et la stigmatisation⁹ traverse la tripartition *âge / genre / situation*, dans :

- Le clivage des générations dans l'**âgisme** (jeune vs vieux) ;
- Le clivage des genres et rangs sociaux dans le **sexisme** (féminin vs masculin - hétérosexuel vs homosexuel - victime vs agresseur) ;
- Le clivage des domaines et des possessions (propriétés) dans le **racisme**. Entendu que si biologiquement les races n'existent pas, anthropologiquement le racisme existe en tant que ségrégation politique, et qu'il se faufile dans les questions d'ethnicité, de rapports opposés sédentaires vs nomades, résidents vs migrants (émigrés), déviance vs orthodoxie.

Cette question de la duplicité de l'analyse ne se rencontre pas que dans le thème de la spécificité en psychocriminologie. Ainsi cette duplicité émerge-t-elle dans la thématique du *trauma*.

Le traumatisme psychique est très souvent abordé et présenté en ses répercussions délétères. Pourtant dans « L'homme Moïse et le monothéisme », Freud évoque le caractère double des effets du traumatisme : positifs et négatifs. « Le trauma viendrait désigner l'action positive, mais surtout négative du traumatisme sur l'organisation psychique » pouvant provoquer des atteintes précoces du

⁸ Philippe Genuit, « Aux marges du trauma », in Journal des psychologues avril 2018, « Du traumatisme au trauma : d'autres regards ».

⁹ Du latin *stigma*, *stigmatis* « stigmaté », lui-même emprunté au grec ancien *στίγμα stigma* « piqûre, marque au fer rouge, stigmaté », wiktionnaire.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

moi sous forme de blessures narcissiques. Thierry Bokanowski, le présente très didactiquement dans son article « Traumatisme, traumatique, trauma ». Cette présentation de la duplicité du trauma reste sur le mode de l'analyse par clivage. Cet « autoclivage » (déchirure du moi) pour reprendre l'expression de Ferenczi : (bon – mauvais ; positif – négatif) que perpétue l'analyse criminologique dichotomique par le couple d'opposés agresseur – victime.

L'expérience clinique m'amène, avec d'autres collègues, à envisager dans une analyse par contraste et non plus par clivage, le trauma dans la complexité du paradoxe ; complexité nommée par fois ambiguïté. Paradoxe sous plusieurs formes qui se dialectisent, se contredisent, plus qu'elles ne s'opposent : « protecteur – facteur de risque » ; « créateur – destructeur » ; « résilience - renversement patient/agent, subi/agi » ; « force de l'impact traumatique – faiblesse du trauma » et son inverse « faiblesse de l'impact traumatique - répercussion morbide du trauma ». Elles se dialectisent au sens où un facteur n'exclut pas l'autre. Dans l'analyse par contraste, la protection n'exclut pas le risque et inversement. Dans l'analyse dichotomique ou dans le clivage actif /passif, les facteurs s'opposent et s'excluent mutuellement (la destruction exclut la création). Le bon s'oppose au mauvais, l'agresseur à la victime, le trauma à la résilience etc. Rendons cependant à César ce qui appartient à César et à Bion ce qui appartient à Bion. Celui-ci dans son analyse du « clivage pathogène » et sa distinction entre « clivage statique (passif) » et « clivage dynamique (actif) » ; le clivage dynamique s'approche, ici, de ce que nous nommons paradoxe.

Pratique et théorie

Pratiquement, l'analyse qui suit est issue de mon expérience clinique en institution psychiatrique adulte et infanto-juvénile, puis en service psychiatrique en milieu carcéral (SMPR de Rennes et Toulouse).

Théoriquement, je m'appuie sur les modèles qui ont traversé mon parcours clinique, la psychanalyse, la psychothérapie institutionnelle (François Tosquelles, Jean Oury, Hélène Chaigneau), l'anthropologie clinique (Jean Gagnepain, Hubert Guyard, Jean Claude Quentel), la psycho-criminologie (Loïck Villerbu et Pascal Pignol, ce dernier pour la psycho-victimologie).

Dans mes expériences en psychiatrie infanto-juvénile et en clinique de ce qui ne s'appelait pas encore les addictions, mais la toxicomanie et l'alcoolisme, des années 1975 à la fin des années 1980, la question du trauma était souvent voilée par celle proéminente du symptôme (autistique, psychotique, psychopathique souvent, névrotique au mieux). Evoquer les traumatismes incestueux, notamment, souvent suivis d'un parcours sériel en tant que patient (sur-victimisation) ou agent (récidive) dans ce que nous nommons aujourd'hui « passage à l'acte » violent ou agressif ne s'entendait qu'à bas bruit.

D'autre part, je fus maintes fois confronté au paradoxe traumatique sous différentes formes. Des personnes étaient sidérées par l'acte violent sous forme impétueuse ou séductrice ; qu'elles en soient auteur ou victime.

J'ai pu rencontrer des auteurs et des victimes ; des auteurs préalablement victimes ; des victimes préalablement auteurs. Ces rencontres m'ont amené, comme beaucoup d'autres cliniciens et thérapeutes, à penser dialectiquement le trauma.

Tout autant l'expérience clinique m'a amené à la prudence et ne point asséner sans précaution : « toute victime peut devenir auteur » ; « pédophile un jour, pédophile toujours » ; « l'enfant dit

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

toujours la vérité », assertion qui fait pendant au « mensonge de l'enfant » égrené dans la psychologie clinique naissante ; « pas de thérapie possible pour les pervers » ; « qui vole un œuf, viole un bœuf » etc. Ma rencontre avec le psychiatre et psychanalyste Claude Balier, auteur de « Psychanalyse des comportements violents », m'a conforté dans l'engagement auprès de personnes conçues comme incurables, indécrottables, sans concession pourtant à l'éthique.

Ces actants pouvaient subir les effets de la sidération issue de leurs actes. Sidération qui pouvait advenir alors qu'elle ne procédait d'aucune violence physique.

Ainsi dans le cadre de violence conjugale, un couple où l'homme était sidéré de ce qu'il avait commis sur sa compagne en résonance, quand celle-ci sidérée par le passage à l'acte de son conjoint, l'était aussi du harcèlement psychologique qu'elle lui faisait subir. Le travail psychique réciproque ne pouvait s'effectuer sans comprendre leur rencontre « amoureuse » originelle, leur parcours mutuel où chacun en d'autres conjugalités, répétaient des scènes de ménage où l'actif et le passif pouvaient se renverser ou se confondre dans la dynamique identitaire. L'une et l'un alternant l'agir et le subir dans des confusions et renversement de rôles, qui n'aidèrent pas l'efficience du jugement pénal.

Ces renversements et confusions, ses identifications à l'agresseur ou à la victime, se retrouvent aujourd'hui dans la clinique de ce qu'il est convenu d'appeler « la radicalisation ».

La morbidité des actes est souvent coalescente à une vulnérabilité psychique, voire une pathologie sous-jacente, rendant la personne vulnérable à l'adhésion par persuasion, à la soumission, à la conversion par conviction. La lutte contre l'angoisse d'effondrement (Winnicott), d'anéantissement (Balier), et souvent aussi « le ressenti d'humiliation », qu'il soit ou non légitime, amène le passif à devenir actif, le « moins que rien » à devenir « capable de tout ». Le trauma en tant que « blessure narcissique », pour reprendre le terme de Bokanowski, s'exprime dans la tentative de restauration identitaire du terroriste.

Que dire aussi de l'éprouvé confus et confusionnant de cette mère incestueuse envers sa fille de 9 ans, elle-même incestuée par son père à l'âge identique de 9 ans ; qui lui en voulait légitimement de l'avoir abusée et plus encore, paradoxalement, de ne plus pouvoir ressentir un plaisir sexuel aussi intense avec ses partenaires qu'avec son abuseur. Ferenczi, en son temps, parlait de confusion des langues et d'identification à l'agresseur. Paradoxe de la violence de l'agir et de la détresse du subir, de la souffrance et de la jouissance, de l'espoir et du désespoir.

And last but not least, que dire du paradoxe traumatique de cette jeune mère infanticide, coupant le sexe de son garçon nouveau-né, et le jetant dans une poubelle, hallucinant ce dernier à l'agresseur géniteur tout en occultant de sa mémoire le viol subi ; le délire et l'acte annihilant la souffrance de l'acte traumatique, pouvons-nous penser.

Mais là encore nous est-il plus heuristique de penser que ces rencontres, non voulues – non désirées, ne sont pas de hasard. Pour être traumatisé ne faut-il pas être traumatisable ? La vulnérabilité découle-t-elle du trauma ? Le trauma découle-t-il de la rencontre de vulnérabilité ? Ceci dans une situation vulnérante, un contexte vulnérant, où la conjonction de potentiels déclenche le passage à l'acte.

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

La duplicité du trauma

Dans le champ forensic de la psycho-criminologie l'analyse de la « duplicité » du trauma, son caractère double (destructeur / créateur), fait pendant à la duplicité du passage à l'acte. Encore faut-il prendre la précaution de se référer à l'étymologie du terme duplicité - ce qu'à l'école primaire on nomme le « sens propre » - et non au sens « figuré » de mensonge, dissimulation, fourberie etc. Etre un agent double, en somme, n'est pas réservé aux services secrets. Janus s'en faut. Comme l'énonçait Jean Gagnepain : « La vérité comporte en elle-même son propre mensonge ».

Analyse en opposition et analyse en contraste

Le caractère double, la duplicité, renvoie au fait que la clinique nous enjoint de penser et raisonner en contraste plus qu'en opposition. Le contraste renvoie à l'interdépendance à la réciprocité, qui comme Janus est inconcevable sur une seule face. Il s'agit de concevoir le « normal » en contraste - et non opposé - au « pathologique » ; ici le « mimétisme subjectif » dans « l'écho de vulnérabilité » et son corolaire d'emprise imposée en contraste à la « réflexivité subjective » dans « l'écho de sensibilité » et son corolaire d'empathie partagée.

C'est aussi entrevoir que l'ébranlement durable de l'évènement traumatique peut naviguer du mimétisme pathologique à la réflexivité « normale », et qu'à l'instar du délire, le trauma peut pathologiquement protéger la syncrasie du sujet.

Dans la même « situation vulnérante » de mimétisme subjectif, les positions peuvent s'inverser dans le couple d'actants « vulnérant / vulnéré », comme le montre le très beau livre de Maurice Grosman « N'habite plus à l'adresse indiquée ».

Ce mimétisme subjectif peut se voir sur deux modes du rapport « agresseur / victime » : d'une part la « sujétion oppressive » et d'autre part la « séduction dolosive ». Dans le premier mode, l'assujettissement du vulnéré (victime) par le vulnérant (agresseur) participe d'un même écho de vulnérabilité par « soumission ». Dans le second mode l'assujettissement participe d'un même écho de vulnérabilité par « adhésion ».

La soumission se passe du consentement, donc de l'échange entre actants, tandis que l'adhésion par le biais de la séduction « détourne » le consentement. D'où la différence que peut énoncer la victime dans la parrhésie. Dans le premier cas : « il m'a baisé » dans le sens où « il m'a possédé contre mon gré » ; tandis que le second cas l'énoncé serait : « il m'a bien eu » ou « je me suis bien fait baisé ». Autrement dit « s'il (elle) a pu profiter de moi » c'est que « à l'insu de mon plein gré », comme on a pu se moquer de la formule d'un célèbre cycliste, « ce n'est pas ce que j'ai voulu, mais j'ai participé à mon malheur ». D'où la notion « dolosive » suivant la séduction.

O tempora, o mores !

L'inactualité de la querelle des cliniques :

De Sextus Empiricus (Σέξτος Εμπειρικός) 190 après JC à aujourd'hui qu'elle soit positive ou négative nous visons la certitude (preuve).

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Peut-on légitimement affirmer qu'il y a des spécificités dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie ? Quelle preuve apportons-nous au oui ou au non ? Quelle valeur aurait une réponse exclusive à cette question ? serait-elle issue d'un jugement de valeur ou d'un jugement critique, d'une analyse idéologique ou d'une analyse épistémologique ? Le doute interroge la certitude.

Le doute a traversé la pensée philosophique autant que l'art clinique, dans l'alternance ou l'opposition de l'optimisme et du pessimisme. Notre contribution d'aujourd'hui n'a rien de nouveau.

Aussi si l'on peut parler du paradoxe du trauma, il n'est pas inhérent, bien sûr, qu'à lui. Le paradoxe est inhérent à la rationalité humaine. Et c'est la forme humaine du trauma dont nous traitons ici.

*« La clinique nous apprend que nous nommons et finalisons le monde. En finalisant le monde nous cherchons la « preuve » que les Latins appelaient « critérium » que les Grecs appelaient « techmérion ». Le paradoxe des marges du trauma interroge la preuve. De quel qu'ordre qu'elle soit, scientifique ou mythique, elle ne suffit pas à nous sortir positivement ou négativement du doute - que les Grecs appelaient « èpoché », suspension de jugement. Il nous faut le jugement – ici clinique -, pour sortir du doute ou son corolaire « l'évidence », pour déterminer si nous pouvons ou ne pouvons pas atteindre la certitude au-delà même de l'erreur »¹⁰. Dans le cas du trauma, aucune preuve n'est suffisante. Nous sommes responsables de la position du problème que nous posons. Dans nos souhaits et tentatives de résolution, thérapeutique, juridique du trauma, nous sommes enfermés dans une circularité dont nous ne pouvons sortir qu'en croyant "au Père Noël", à dieu, Allah, Vishnu voire au Signifiant, à l'*evidence based medicine* etc. Etant donné la circularité par laquelle la raison nomme et finalise le monde, nous ne pouvons rien prouver, nous ne pouvons pas sortir du doute qui oppose l'erreur à la certitude sans un quelque chose en plus qui nous rassure.*

15

Toute la pensée philosophique qui nous précède quel que soit le contenu de ses affirmations a en commun d'avoir visé la certitude. Que celle-ci soit positive ou négative. La tradition philosophique a distingué les rationalistes des empiristes. Sextus Empiricus au II^e après J.C. disait déjà que parmi les médecins de son temps il y avait les « *logikoï* » et les « *empeirikoï* », c'est-à-dire les **logiciens** et les **empiriques**¹¹, autrement dit, les **rationalistes** et les **empiristes**.

Les rationalistes ont tendance à affirmer la possibilité d'obtenir une quelconque certitude. Les empiristes au contraire s'enferment dans une espèce de doute dont ils posent cependant les fondements : ils sont sûrs qu'on ne sera jamais certain !

Cela paraît paradoxal, mais il y a la même affirmation dans les deux points de vue. Il y a ceux qui croient au transcendant et ceux qui sont sûrs qu'il n'existe pas. Mais dans les deux cas ils partagent une même certitude, un seul et même rationalisme. Optimistes et pessimistes croient à la même chose.

Les pessimistes n'arrivent pas à faire le deuil de ce à quoi les autres croient, ce qui fait qu'ils désespèrent. On ne désespère jamais que de ce qu'on a trop espéré. On n'est jamais déçu que de nos illusions. On ne souffre jamais tant que de notre désir.

¹⁰ Jean Gagnepain, séminaire « Mes parlements » 1982

¹¹ Sextus Empiricus, *Esquisses pyrrhoniennes*, I, 31-163, trad. : Long et Sedley, *Les philosophies hellénistiques*, Garnier-Flammarion, 2001

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Pour les optimistes, tout va bien ; si ça ne va pas un jour cela ira mieux demain : c'est la fameuse entéléchie d'Aristote. « *Entéléchéia* » signifie accomplissement, ce que les anglais appellent « *achievement* ». Pour les optimistes, qui croient en une entéléchie, un achèvement, tout s'explique, par la science ou par le mythe. Ceci au prix d'une démarche qui peut être onéreuse mais qui se passe dans un monde où tout va ou ira pour le mieux. Les fameux lendemains qui chantent s'inscrivent dans cette perspective-là. Tout s'explique, tout est certain y compris le miracle. C'est la science ou bien c'est la magie : on admire les miracles de la science ou du religieux, qu'importe !

Les pessimistes sont les partisans non plus de l'entéléchie mais de ce que les Grecs appelaient « *anankè* », c'est-à-dire cette forme de nécessité-contrainte qui est une fatalité. L'anankè est le rêve déchu d'une entéléchie. La **nécessité** contrainte est le rêve déchu de l'accomplissement. Analyse finie ou infinie questionnait Freud. Comme on se rend bien compte qu'on ne peut pas arriver à la perfection dont on rêve, on désespère. Là encore on ne souffre que d'avoir espéré ; le désespoir n'est jamais que l'espoir à l'envers, c'est un deuil auquel on ne peut pas se résigner

Comme le dit Jean Gagnepain « La conception qu'ils ont de l'être humain est celle d'un être réduit à l'illusion des sens (vous comprenez pourquoi dans l'empirisme vous avez le sensualisme) dans un monde absurde, voué à toutes les apocalypses, les fins du monde qui ne sont pas l'entéléchie - l'accomplissement, mais la catastrophe. C'est aussi une peur panique devant tous les progrès quels qu'ils soient, doublé d'un complet immoralisme, puisqu'il n'y a plus de norme, de l'acte gratuit, c'est Lafcadio. (Cf. André Gide in « les caves du Vatican ») ».

Dans cette perspective nos patients sont aussi dans le mimétisme d'une société maniaco-dépressive qui se coupe strictement en deux, réifiant les clivages et monétisant la bi-polarité dans la politique, la pharmacologie, les assurances, la médecine psychiatrique etc.

Postuler cliniquement sur le paradoxe du trauma, c'est aussi s'engager dans une politique et une éthique de soin qui, sans que nous soyons naïfs, refuse les catastrophes comme apocalypse (dévoilement en son sens grec) et accomplissement d'un destin. Et si paradoxalement « l'enfer est pavé de bonnes intentions », « le pire n'est jamais sûr ».

Le tableau ci-dessous, propose la mise en contraste des deux positions plus qu'elle ne les oppose, sachant que par exemple dans le déroulement de l'histoire de la pensée, une analyse épistémologique d'un jour devenant **paradigme**¹², devient par inertie conservatrice une analyse idéologique

λογικοί <i>logikoi</i> ↓	εμπειροκοί <i>empeirikoi</i> ↓
<i>logiciens</i>	<i>empiriques</i>

¹² Thomas Kuhn (trad. Laure Meyer), « *La structure des révolutions scientifiques* [The Structure of Scientific Revolutions] », Paris, Flammarion, coll. Champs, 2008 (1^{re} éd. 1962)

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

Dogmatiques Idéologie	Empiriques Épistémologie
Rationalistes	Empiristes G. Bachelard : <i>rupture épistémologique</i> T. Kuhn : <i>paradigmes</i> K. Popper : <i>falsifiabilité</i> Sextus Empiricus : <i>Faillibilisme</i>
Analyse exclusive Croyance en l'essence de l'objet (auto)Persuasion	Analyse inclusive Construction de l'objet par développement ou typicité Sérendipité

Conclusion

17

Quel objectif pour le point de vue ?

Fonction mythique ou meet-ique de la prise en charge ?

« Comment peut-on définir une « singularité » (spécificité) sans se mettre en question, et son questionnement, à l'épreuve d'un comparatisme « expérimental » ? Marcel Détienne

Est-il important, primordial, de disserter sur l'existence des spécificités dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (a.v.s) sans contact, âge de vie, handicap, milieu de vie ? Rien n'est moins sûr. Est-il désolant de croire au père Noël ? Nous avons vu que de toute façon, l'humain ne peut pas ne pas croire... en dieu, en la science etc. Une autre paire de manche est d'être convaincu, persuadé de posséder une vérité exclusive.

Et les grecs anciens avaient montré avec une indéniable subtilité, que certains nommeraient casuistique, la proximité de la **croyance** et de la **science**.

Certains ont confondu le **contraste** qu'ils remarquaient entre la *pistis* (croyance – conviction – persuasion) et l'*épistémè* (le savoir scientifique, l'analyse critique), avec le **clivage-opposition** de ces deux logiques. *Pistis* (de *peitho* : convaincre, persuader) et *épistémè* viennent tous deux du verbe *tithémi* signifiant « poser », que l'on rencontre aujourd'hui, dans thèse -synthèse, thème-anathème etc. Soyons donc posés plutôt que radicaux.

Nous posons là que l'empirie thérapeutique construisant les dispositifs de prise en charge spécifiques pour a.v.s. et leurs spécialisations (âge, genre, situation) ont pour objectif plus une métriopathie, fût-

AUDITION PUBLIQUE

Auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge

elle convenue, qu'une ataraxie qui demanderait à ce que soit définie une nosologie scientifique concernant les a.v.s...Ce qui n'est pas encore le cas.

ATARAXIE ἀταραξία « absence de troubles » Guérison de maladie(s)	METRIOPATHIE Disposition par laquelle on modère les passions. Μετριοπάθεια- <i>métriothéia</i> , de μέτριος- <i>métrios</i> , mesuré, modéré, et πάθος- <i>pathos</i> , affection. Apaisement d'affection(s)
Fonction mythique ?	Fonction meet-ique ?
Analyse exclusive En polarité d'oppositions	Analyse inclusive En polarité de contraste
Nosologie νόσος, <i>nosos</i> « maladie »	Pathologie πάθος, <i>páthos</i> « passion » de πάσχω, <i>páskhō</i> « être affecté -subir »