

**UNIVERSITE D'ANGERS**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2008.

N°.....

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Qualification en : Médecine Générale.**

**Par**

*Marsault, Benoit*

Né le 1<sup>er</sup> Mars 1978, à Angers.

---

Présentée et soutenue publiquement le : 31 janvier 2008.

---

**De l'évaluation médicopsychologique de sujets auteurs  
d'agressions sexuelles sur mineurs à l'indication thérapeutique :  
création d'un groupe de parole à la maison d'arrêt du Mans.**

---

**Président : Monsieur le Professeur François GARNIER**

**Directeur : Monsieur le Docteur Bernard CABUS.**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

---

**Doyen**  
**Vice doyen recherche**  
**Vice doyen pédagogie**

Pr. SAINT-ANDRE  
Pr. CALES  
Pr. RICHARD

**Doyens Honoraires :** Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

**Professeurs Émérites :** Pr. GUY

**Professeurs Honoraires :** Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. M. CAVELLAT, Pr. J.-F. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. COULLAUD, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANCOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. GROSIEUX, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JOUBAUD, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PIDHORZ, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. TADEL, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

<b>MM ARNAUD</b>	Chirurgie générale
<b>ASFAR</b>	Réanimation médicale
<b>AUBE</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>AUDRAN</b>	Rhumatologie
<b>Mme BARTHELAIX</b>	Biologie cellulaire
<b>MM BASLE</b>	Cytologie et histologie
<b>BAUFRETON</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>BEYDON</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
<b>BONNEAU</b>	Génétique
<b>BOYER</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>de BRUX</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
<b>CALES</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>Mme CARON</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>MM CHABASSE</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHAPPARD</b>	Cytologie et histologie
<b>Mme COCHEREAU</b>	Ophtalmologie
<b>MM COUPRIS</b>	Chirurgie infantile
<b>COUTANT</b>	Pédiatrie
<b>COUTURIER</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
<b>DARSONVAL</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
<b>DAUVER</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>DELHUMEAU</b>	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
<b>DESCAMPS</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
<b>DIQUET</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
<b>DUBAS</b>	Neurologie
<b>DUBIN</b>	Oto-rhino-laryngologie
<b>DUVERGER</b>	Pédopsychiatrie

	<b>ENON</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>FANELLO</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>MM</b>	<b>FOURNIE</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	<b>FOURNIER</b>	Anatomie
	<b>FRESSINAUD</b>	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	<b>FURBER</b>	Cardiologie
	<b>GAMELIN</b>	Cancérologie ; radiothérapie
	<b>GARNIER</b>	Médecine générale (professeur associé)
	<b>GARRE</b>	Psychiatrie d'adultes
	<b>GESLIN</b>	Cardiologie
	<b>GINIES</b>	Pédiatrie
	<b>GRANRY</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>HAMY</b>	Chirurgie générale
	<b>HUEZ</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>Mme</b>	<b>HUNAUT-BERGER</b>	Hématologie ; transfusion
<b>MM</b>	<b>IFRAH</b>	Hématologie ; transfusion
	<b>JALLET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mmes</b>	<b>JEANNIN</b>	Immunologie
	<b>JOLY-GUILLOU</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM</b>	<b>LAUMONIER</b>	Chirurgie infantile
	<b>LEFTHERIOTIS</b>	Physiologie
	<b>LEGRAND</b>	Rhumatologie
	<b>LE JEUNE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mmes</b>	<b>LUNEL-FABIANI</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM</b>	<b>MALTHIERY</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MASSIN</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	<b>MENEI</b>	Neurochirurgie
	<b>MERCAT</b>	Réanimation médicale
	<b>MERCIER</b>	Anatomie
	<b>PARE</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>Mme</b>	<b>PENNEAU-FONTBONNE</b>	Médecine et santé au travail
<b>MM</b>	<b>PENNEAU</b>	Médecine légale et droit de la santé
	<b>PICHARD</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	<b>POUPLARD</b>	Pédiatrie
	<b>PRUNIER</b>	Cardiologie
	<b>RACINEUX</b>	Pneumologie
	<b>REYNIER</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>Mme</b>	<b>RICHARD</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>MM</b>	<b>RITZ</b>	Nutrition
	<b>RODIEN</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROHMER</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROQUELAURE</b>	Médecine et santé au travail
<b>Mme</b>	<b>ROUSSELET-CHAPEAU</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>MM</b>	<b>ROY</b>	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	<b>SAINT-ANDRE</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SAUMET</b>	Physiologie
	<b>SORET</b>	Urologie

SUBRA  
URBAN  
VERRET  
ZANDECKI

Néphrologie  
Pneumologie  
Dermato-vénérologie  
Hématologie ; transfusion

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM ANNAIX	Biophysique et médecine nucléaire
AZZOUZI	Urologie
Mme BARON	Médecine générale (maître de conférence associé)
M. BEAUCHET	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
Mlle BLANCHET	Hématologie ; transfusion
MM BOUCHARA	Parasitologie et mycologie
BOUYE	Physiologie
CHEVAILLER	Immunologie
Mme CHEVALIER	Biologie cellulaire
MM CRONIER	Anatomie
CUSTAUD	Physiologie
Mme DUCANCELLE	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM DUCLUZEAU	Nutrition
EVEILLARD	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FORTRAT	Physiologie
GALLOIS	Biochimie et biologie moléculaire
HINDRE	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME	Biophysique et médecine nucléaire
Mmes LE BOUIL	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
LOISEAU-MAINGOT	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARTIN	Dermato-vénérologie
Mmes MAY-PANLOUP	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER	Physiologie
MOREAU	Cytologie et histologie
MM NICOLAS	Neurologie
PAPON	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER	Pédiatrie
M PUISSANT	Génétique
Mmes ROUGE-MAILLART	Médecine légale et droit de la santé
SAVAGNER	Biochimie et biologie moléculaire
MM SIMARD	Biochimie et biologie moléculaire
SIX	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TURCANT	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

## **Remerciements**

À mes parents, à Emmanuelle et à Emilien,

À Mathieu,

À Nathalie, Marine, Dorothée, Sophie et Dominique,

Pour leur présence chaleureuse, leur attention et leur bienveillance,

Au Docteur Anne de Ybarlucéa,

Pour ses conseils précieux, sa pertinence clinique et ses analyses critiques,

Au Docteur Bernard Cabus,

Pour la richesse de ses conseils et de ses enseignements, ses encouragements, son intérêt pour ce travail.

## **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Monsieur le professeur GARNIER François.**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur CABUS Bernard.**

**Membres du jury :**

**Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard.**

**Monsieur le Professeur DUBAS Frédéric**

**Madame le Docteur de YBARLUCEA Anne.**

**Monsieur le Docteur CABUS Bernard.**

**De l'évaluation médicopsychologique de sujets auteurs  
d'agressions sexuelles sur mineurs à l'indication  
thérapeutique : création d'un groupe de parole à la maison  
d'arrêt du Mans.**

**PLAN**

**Introduction**

**Première partie : de l'évaluation médicale de sujets auteurs  
d'agressions sexuelles sur mineurs à l'indication thérapeutique.**

1. **L'évaluation médicale de sujets auteurs d'agressions sexuelles sur  
mineurs.**

1.1. **L'évaluation médicale de sept sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs  
incarcérés à la maison d'arrêt du Mans.**

1.1.1. Méthodologie de l'évaluation.

1.1.2. Recueil de données.

1.2. **Analyse des données et références théoriques.**

1.2.1. Analyse multidisciplinaire.

1.2.1.a. *Sémiologie psychiatrique.*

i Troubles de la personnalité.

ii Troubles des préférences sexuelles et pédophilie.

iii Comorbidités psychiatriques.

*1.2.1.b. Analyse psycho criminologique.*

*1.2.1.c. Analyse psychopathologique.*

- i Apports des théories cognitivistes et comportementalistes.
  - ii Apports théoriques pour une analyse psychopathologique dans une perspective psychodynamique.
  - iii Aspects biographiques et analyse psychopathologique sous un angle psychodynamique pour chacun des sujets rencontrés.
- 1.2.2. Vers une nosographie opérante ?
- 1.2.3. Le déni et la reconnaissance des faits.

## 2. Résultats : L'indication thérapeutique.

2.1. Groupes de parole et auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs.

2.2. Le « qu'en dit-on » : support d'expression libre.

2.3. Indications et contre-indications thérapeutique pour les sept sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans.

## Deuxième partie : création d'un groupe de parole à destination de sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineur à la maison d'arrêt du Mans.

1. Création d'un groupe de parole à destination d'auteurs d'agressions sexuelles sur mineur.

1.1. Méthodologie du groupe de parole.

1.2. Recueil de données.

1.3. Analyse des données et discussion.

2. À la maison d'arrêt du Mans : l'environnement pénitentiaire, contingences liées au travail en milieu carcéral.

Conclusion.

Bibliographie.

Table des matières.

## **Introduction**

Le mercredi 15 août 2007, un enfant est enlevé dans une rue de Roubaix. Enis, 5 ans, est la victime d'un agresseur sexuel récidiviste présumé dont le nom deviendra très vite aussi connu que celui de sa victime : Francis Evrard.

Avant eux, la famille Delay, Natacha Kampusch, Mathias, Virginie Madeira, et tant d'autres victimes, et tant d'autres agresseurs sexuels ont occupé les premières pages des journaux.

Et chaque fois, l'émoi que suscitent ces agressions est tel qu'il devient presque palpable. Mais d'où viennent cet émoi et cet effroi ? Car l'émotion populaire n'est pas une variable quantifiable ou mesurable. Et la réponse à cette question n'est certainement pas univoque. L'horreur, l'indignation, la consternation, les sentiments de révolte, d'injustice, ainsi éveillés sont certes abondamment relayés par les médias. Mais c'est sans doute du côté de la résonance de tels actes en chacun de nous, individuellement, intimement, qu'il faudrait chercher des éléments de réponse.

Par-delà cette question complexe de la réaction de chacun, se profile celle de la réaction sociale à ces actes criminels. Un exemple aigu nous en est donné dans Le Monde daté du 22 août 2007 : « A l'issue d'une réunion interministérielle, lundi 20 août, le président de la République a annoncé un durcissement des conditions de remises de peine pour les pédophiles. Hôpital-prison, castration chimique, suppression des remises de peine pour les délinquants sexuels »<sup>(85)</sup>.

En France, depuis la fin des années 1980, la médecine et la psychiatrie se sont ainsi vues régulièrement interpellées par les médias, les pouvoirs publics et le système judiciaire : comment « traiter » les agresseurs sexuels ?

La question est épineuse, le débat houleux, la polémique aux aguets. Car si le DSM IV et la CIM 10 proposent des critères permettant, pour certains agresseurs sexuels, de porter un diagnostic médical, et notamment celui de pédophilie, ces propositions théoriques sont loin de concerner la totalité de ceux que la justice qualifie d'agresseurs sexuels. Force est même de

constater que la majorité de ces sujets ne peut être à ce jour considérée comme atteinte d'une pathologie qui serait spécifique, ni même de pathologies polymorphes que la médecine et la psychiatrie actuelles pourraient définir. L'agresseur sexuel est déterminé dans ce statut par la justice, non par la médecine. La médecine pour sa part s'efforce de clarifier ses connaissances dans ce domaine. Et cela commence par la notion de diagnostic. Car pour prétendre inclure un sujet, fut-il déviant dans ses comportements, et dangereux socialement, dans le champ médical, encore faut-il qu'il présente un tableau clinique que l'on puisse définir comme une pathologie. « On voit combien il est tentant d'associer pathologie mentale et délinquance, mais aussi combien est grand le risque que cette association débouche sur une exclusion renforcée, sous le double alibi de soigner et de contenir », dit ainsi BARLET<sup>(13)</sup>.

La recherche médicale se porte ainsi actuellement sur les moyens de définir les éléments et de repérer les arguments qui, lors de la rencontre avec un sujet auteur d'agression sexuelle, permettraient d'affirmer ou d'infirmier l'hypothèse selon laquelle ce sujet souffre d'un trouble pathologique, ou présente une organisation psychopathologique en lien avec l'agression sexuelle qu'il a commise. La notion d'évaluation pluridisciplinaire est alors développée par de nombreux auteurs comme un moyen valide et opérant. Dans le même temps, les initiatives se multiplient pour proposer aux sujets agresseurs sexuels en souffrance, ou en demande de soins, des alternatives thérapeutiques. Ces deux démarches sont actuellement menées de façon conjointe dans la plupart des études et ce, quel que soit le référentiel théorique de leurs auteurs. C'est dans cette perspective que nous avons engagé notre travail au sein de la maison d'arrêt du Mans.

Souhaitant créer un groupe de parole pour des sujets incarcérés à la maison d'arrêt du Mans pour des faits d'agressions sexuelles sur mineurs, nous avons ainsi mené un travail préalable d'évaluation médicopsychologique de ces sujets. Nous exposerons ensuite l'analyse que nous avons faite des données ainsi recueillies, et les conclusions que nous en avons tirées du point de vue des indications thérapeutiques. Nous avons alors mené un travail dit de « groupe de parole » avec ces sujets, à partir duquel nous avons élaboré une analyse des données recueillies et du travail effectué. C'est ce cheminement que nous allons vous présenter.

**Première partie :**

**De l'évaluation médicale de sujets auteurs d'agressions sexuelles  
sur mineurs à l'indication thérapeutique.**

## 1. L'évaluation médicale de sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs.

### 1.1. L'évaluation médicale de sept sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans.

La rencontre avec un sujet, dans la pratique médicale générale, est régie par un enchaînement de présupposés :

- Le sujet se trouve dans une situation personnelle, relative à sa santé, qui motive une demande de sa part envers le médecin. La notion de sujet est ici prise dans une acception générale, sociale, philosophique « individu capable de pensée et de conscience » <sup>(65)</sup>, psychanalytique « le sujet est ce qui est supposé dès lors qu'il y a un désir inconscient, un désir pris dans le désir de l'Autre, mais dont il a néanmoins à répondre » <sup>(27)</sup>.
- Il incombe alors au médecin consulté d'apporter une réponse adéquate, obligation de moyens et attitude conforme aux données actuelles de la science régissant les modalités de cette réponse. Il s'agira pour le praticien de proposer d'abord un diagnostic, ensuite une thérapie.

La rencontre avec un sujet auteur d'agression sexuelle sur mineur interroge d'emblée ces notions : le sujet se trouve dans une situation personnelle, relative à une privation de liberté consécutive à une décision de justice dans un contexte délictueux ou criminel, qui a priori ne motive pas de demande du sujet au médecin.

Ce qui amène le sujet à rencontrer un médecin, dans ces circonstances, c'est le fait même de l'incarcération. Le sujet est ici condamné par la société, représentée par les instances judiciaires, à une peine d'emprisonnement car son comportement l'a conduit à commettre une infraction, délit ou crime, dont il a à répondre pénalement. Mais ceci ne signifie pas

nécessairement que l'individu lui-même éprouve de la culpabilité, des regrets ou remords, ni d'ailleurs une souffrance psychique ou un mal-être.

Ce comportement criminel ou délinquant motive-t-il dès lors à lui seul une intervention médicale et thérapeutique ? ARCHER <sup>(4)</sup> écrit : « le désarroi social et l'horreur qu'inspire un acte le placent-ils ipso facto dans le champ de la psychiatrie ? Non seulement la gravité d'un délit n'en fait pas automatiquement un symptôme, mais aussi – à cause de leurs finalités bien distinctes, de leurs manières différentes d'approcher la réalité, d'élaborer des définitions opératoires et des critères d'inclusion- les champs sémantiques de la nosographie et de la thérapeutique psychiatriques et du code pénal ne se recoupent pas nécessairement ».

C'est ainsi que nous posons la question essentielle, préalable à notre travail : sur quelles définitions médicales et sur quelles observations, appuyons nous notre démarche pour nous prémunir de la confusion possible, mais non acceptable, entre médecine et justice, entre le soin et la peine ?

Car la menace sous jacente de cette confusion touche à des questions éthiques profondes : « le champ du droit pénal est limité aux actions et aux conduites, (et) ne couvre pas celui des émotions, des pensées, des fantaisies », écrit GAZAN <sup>(56)</sup>, et citant WOLTON : « la présence de la logique médicale à tous les niveaux concernant les phénomènes de sexualité est un exemple de totalisation du pouvoir aboutissant à l'orthopédisation générale ». « Développer une approche « santé » à l'égard des agresseurs sexuels reconnus responsables de leurs actes, c'est en réalité réintroduire un espace d'irresponsabilité, s'interdire de conférer une valeur aux actes érigés en infraction par le législateur s'exprimant au nom de la société » écrit encore GAZAN.

Il paraît donc fondamental de préciser, ainsi que l'écrit ARCHER <sup>(4)</sup> que « Les catégories établies à partir des types de délits connus ne peuvent, sauf à entraîner des confusions redoutables, être considérés comme valides pour fonder un diagnostic ou proposer une thérapeutique ».

Nous posons alors les questions suivantes :

- Quelle est la tâche du médecin ?
- Sur quelle nosologie médicale et psychiatrique peut-il appuyer une démarche diagnostique ?
- Avec quelle nosographie médicale et psychiatrique peut-il orienter des propositions thérapeutiques ?

En première intention, nous dirons que toutes ces questions trouvent un début de réponse dans la notion d'évaluation. Ainsi, BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup> décrit « la nécessité d'une investigation clinique approfondie, comportant plusieurs rencontres exploratoires réalisées par des professionnels de la psychiatrie travaillant en équipe, pour évaluer la place du comportement déviant dans l'économie psychique globale ainsi que les capacités de travail évolutif. La rigueur de cette évaluation psychodynamique semble fondamentale pour une orientation thérapeutique correcte de ces cas qui, pour la plupart, débordent les catégories de la nosographie psychiatrique habituelle ».

Nous pouvons également d'emblée affiner notre réflexion, concernant la question de la tâche du médecin dans le contexte d'un exercice en milieu carcéral, volet de la pratique qui se pose et s'impose immédiatement au début de notre travail :

- Quant à la notion d'absence de demande émanant du sujet, nous citerons CIAVALDINI <sup>(29)</sup>, qui, dans le cadre d'une recherche menée avec BALIER et GIRARD-KHAYAT, écrit : « avec ce type d'agresseurs, il ne s'agit pas d'attendre une demande de soins psychiques, il faut impérativement chercher à la susciter ». C'est également ce que suggèrent les concepts de guidance (soins sous contrainte judiciaire dont l'objectif est l'évitement de la récidive, et non thérapeutique au sens d'un mieux être du sujet pris en charge), à laquelle peut succéder la « guidance thérapeutique », dont GAZAN <sup>(56)</sup> fait état : « la guidance est régulièrement le lieu de motivation d'une demande en thérapie ».
- Quant à la notion de privation de liberté, nous citons BALIER et SAVIN <sup>(8)</sup>: « nous ne pouvons travailler avec ces patients que parce qu'ils sont contenus dans le sens de

la contention par les murs de la prison . c'est grâce à cette contention physique, corporelle, que le sujet va pouvoir construire, dans le déroulement de la thérapie, un contenant de pensée ». BALIER dit encore, abordant déjà un aspect de la psychopathologie des sujets auteurs d'agressions sexuelles : « si l'intériorisation du surmoi a manqué, il faut bien qu'il y ait un cadre externe qui le représente. En conséquence, un traitement ne peut se faire qu'en prison »<sup>(9)</sup>.

Nous avons ainsi mené nos travaux selon une méthodologie que nous avons adaptée au cadre qui était le nôtre : la maison d'arrêt du Mans. Afin d'apporter des éléments de réponse à la première question que nous avons posée « Quelle est alors la tâche du médecin ? », nous allons tout d'abord exposer notre méthodologie, et détailler de façon systématique les données que nous avons ainsi recueillies lors de cette évaluation.

#### 1.1.1. Méthodologie de l'évaluation.

Dans cette première partie, nous exposerons la démarche que nous avons adoptée afin de poser l'indication de psychothérapie de groupe pour un nombre suffisant de détenus incarcérés à la maison d'arrêt du Mans pour des faits d'agressions sexuelles sur mineurs. Nous avons ainsi mis en place une évaluation de sept patients.

##### *1.1.1.a. Que va-t-on évaluer ?*

AUBUT<sup>(6)</sup> aussi bien que CIAVALDINI<sup>(28)</sup> détaillent avec rigueur dans leurs travaux les multiples items qu'il paraît nécessaire de clarifier pour conduire une évaluation complète de ces sujets. Nous avons repris l'ensemble de ces propositions, à l'exception de certains points, selon nous non pertinents pour notre recherche. Nous avons donc volontairement exclu de notre évaluation les questions attenantes aux loisirs du sujet, à l'usage de documents pornographiques, et n'avons pas exploré le délit actuel avec autant de précisions que le recommandent ces auteurs. Si ces différents éléments sont fondamentaux pour une appréhension globale du sujet, l'émergence d'une demande de soin en suivi individuel, l'amorce d'une réflexion autour d'une prise en charge globale, ils ne trouvaient pas leur place pour l'exploration que nous nous proposons de mener.

Nous avons rencontré chaque détenu à trois reprises :

- La première rencontre était un court entretien de présentation et d'explication. Après nous être présentés, Madame B., Infirmière Spécialisée en Psychiatrie (ISP), et moi-même expliquions au patient la raison pour laquelle nous avions demandé à le rencontrer. Nous lui précisions alors que nous souhaitions mettre en place un groupe de parole, pour des sujets présentant « des histoires similaires à la leur ». Nous leur demandions ensuite s'ils souhaitaient nous dire quelque chose avant de clore cet entretien, puisque nous leur proposons de les revoir pour un deuxième entretien, qu'ils avaient la possibilité de refuser.
- La deuxième rencontre avec les détenus était ainsi organisée selon un plan d'entretien prédéfini. Voici le plan que nous reproduirons pour chacun d'entre eux :
  - Monsieur A.
  - Agé de
  - Histoire et antécédents :
    - Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques.
    - Comorbidité psychiatrique? (alcool, psychose, déficit intellectuel,...).
    - Traitement médicamenteux actuel et antérieur.
    - Suivi :
      - par le médecin psychiatre : oui / non.
      - par un(e) psychologue : oui / non.
      - par l'infirmière psychiatrique : oui / non.
    - Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique.
    - Date d'incarcération.
    - Motif de l'incarcération (agression sexuelle sur mineur de 15 ans).
    - S'agit-il d'une récidive ? (détails éventuellement, selon la coopération du patient).
    - Le sujet est-il déjà condamné ?
    - Si non, la date de jugement est-elle connue ?

- Situation clinique :
  - Mode de vie du sujet.
  - Histoire personnelle du sujet.
  
- Entretien :

Nous avons voulu interroger, outre les dimensions cliniques psychiatriques habituelles (présentation, thymie, angoisse, éléments psychotiques, troubles de la personnalité, symptômes névrotiques autres que l'angoisse (phobie, troubles obsessionnels...), capacités intellectuelles et de symbolisation) certaines questions plus spécifiques de la population de patients étudiés, et pertinentes pour notre étude. Par exemple, la question du déni, la recherche d'éléments d'empathie, une symptomatologie en faveur de troubles des conduites sexuelles, la notion d'attitudes transgressives, des distorsions cognitives en rapport avec la loi, la notion d'interdit. La notion de perversion, pour n'être pas nommée en ces termes par les classifications internationales, est bel et bien décrite par ces dernières aux chapitres des personnalités dyssociales. En première approximation nous nous sommes donc basés sur ces définitions cliniques pour aborder cette question.

À l'issue de ce deuxième entretien, nous avons effectué pour chaque patient une analyse des données en notre possession afin de dégager une ou des indications, ou bien une ou des contre-indications à la prise en charge thérapeutique au sein d'un groupe de parole.

- ⊖ La troisième rencontre était elle aussi un court entretien, lors duquel nous demandions au patient s'il souhaitait participer au groupe de parole.

#### *1.1.1.b. Pourquoi va-t-on évaluer précisément ces questions?*

Nous devons dire dès à présent que ce travail d'évaluation fut mené dans le but exclusif de repérer des éléments d'indication et de contre-indication à la participation des détenus rencontrés à un groupe de parole. Nous n'occupons pas, au sein de la maison d'arrêt, la position de thérapeute référent ou coordonnateur, et il ne s'agissait pas pour nous de faire une évaluation exhaustive de ces sujets.

Après une importante recherche dans la littérature scientifique, que nous exposerons ultérieurement, sur les données traitant de la prise en charge thérapeutique des agresseurs sexuels, nous avons retenu les éléments d'indication suivants :

- Un suivi en thérapie individuelle anxiogène, ou non pertinent,
- Une insuffisante lucidité, quelque soit le niveau intellectuel, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits.
- Une ambivalence face au suivi.
- Un égocentrisme prévalent.
- Une inhibition sociale habituelle.

En termes de contre-indications à la thérapie de groupe, nous avons retenu les items :

- Des déficits trop importants de l'estime de soi,
- La présence de traits paranoïdes,
- L'émergence d'un épisode dépressif.

Par ailleurs, la plupart des questions posées dans l'entretien semi directif que nous venons de détailler doivent s'entendre comme :

- Un entretien d'évaluation diagnostique des grandes catégories de la nosologie psychiatrique, afin de ne pas ignorer une pathologie sous-jacente qui pourrait sur le champ contre indiquer la participation à un groupe de parole.
- Un entretien de recueil médical général concernant le patient, afin de pas ignorer des éléments médicaux, de mode de vie ou d'histoire personnelle qui pourraient nous être utiles pour l'interprétation de propos ou de réactions futures.
- Un entretien de prise de contact et d'écoute dans une perspective de psychothérapie de soutien, afin d'évaluer les capacités relationnelles du sujet, et de le mettre en position de pouvoir choisir de participer en confiance avec les thérapeutes au projet de groupe de parole,
- Un entretien de prise de connaissance de la perception qu'a le patient de sa propre histoire criminelle ou délictueuse et de la restitution qu'il en fait.

- La question d'une ou plusieurs **comorbidités psychiatriques** associées est importante dans l'évaluation des sujets auteurs d'agressions sexuelles. Au premier chef, la consommation d'alcool nécessite d'être recherchée de façon systématique auprès de cette population. « Toute publication synthétique consacrée au « traitement des auteurs d'agressions sexuelles » doit comprendre un paragraphe, même succinct, relevant de l'alcoologie » <sup>(4)</sup>. Nous suivons cette proposition de ARCHER, pour ce que la comorbidité entre alcoolisation et agressions sexuelles apparaît fréquente.

En effet, CIAVALDINI <sup>(28)</sup> précise que « l'alcoolisation est présente dans un tiers des passages à l'acte ». Dans cet ouvrage collectif, il aborde la question des addictions, et notamment celle de l'alcool sous plusieurs angles :

- Statistiquement, il n'y a pas dans cette étude de différence significative quant aux prises d'alcool entre les agresseurs sexuels et les témoins\*. Cependant, la notion de « prise d'alcool » n'est pas détaillée dans l'ouvrage (mésusage ? dépendance ?). (p. 106).
- La prise de toxiques autres est nettement prédominante chez les témoins par rapport aux cas (agresseurs sexuels) (p.106).
- Une analyse qualitative de ces prises d'alcool fait apparaître auprès des cas que la consommation d'alcool est utilisée à des fins de désinhibition, comme inducteur du passage à l'acte (p.44) et comme vecteur de détente (p.105).
- « L'alcoolisation entraîne une réticence à la reconnaissance de l'acte » (p.198) ; « l'alcool sera considéré comme un facteur de déresponsabilisation » (p.33).

Nous avons donc cherché à recueillir de façon systématique les informations portant sur ces comorbidités, afin d'en dégager d'éventuelles orientations en terme d'indication thérapeutique, mais aussi comme support ultérieur d'exploration et d'interprétation du travail groupal.

---

\* La population de témoin regroupe des sujets incarcérés pour violences physiques non sexuelles et sans antécédent de crime ou de délit sexuel

➤ L'exploration de **la notion de fantaisie sexuelle** mérite d'être précisée, pour ce que les fantaisies sexuelles sont l'un des critères diagnostiques cités par le DSM 4 dans l'axe 1, troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle, dans le chapitre concernant les paraphilies. Il semblait complexe d'explorer cette notion au cours des entretiens que nous proposons aux détenus rencontrés : l'objectif précis de création de groupe de parole, notre positionnement d'intervenant limité dans le temps et dans ses attributions médicales au sein de la maison d'arrêt, n'étaient pas propices aux confidences des détenus à ce sujet. MCKIBBEN <sup>(70)</sup> écrit que les fantaisies imaginatives sexuelles sont, notamment chez les pédophiles, rarement adéquates, presque toujours déviantes. « Il s'agit là, dit-il, de déficits spécifiques qui ont des implications très précises sur les objectifs thérapeutiques et sur le choix des modalités thérapeutiques ». Puis il ajoute « en pratique, l'examen des fantaisies déviantes de ces clients est une tâche qui s'avère souvent difficile », et il propose des indices d'une activité fantasmatique déviante :

- La persistance dans le temps, supposée devant la résurgence du comportement à plusieurs années d'intervalle.
- La ritualisation de l'agissement : « on a parfois l'impression que le client avait un plan pour s'assurer l'accès à la victime (...) Tous ces modèles présupposent une élaboration fantasmatique antécédente au délit ».
- L'agissement compulsif : « le client qui laisse entendre qu'il n'a pas pu se retenir était très susceptible de lutter contre des désirs intenses ».
- L'agissement répétitif : « un client qui a commis plusieurs délits au cours de sa vie peut avoir des fantaisies déviantes régulières ».

Nous nous sommes ainsi efforcés de repérer ces éléments afin d'en analyser la pertinence pour poser une indication à la participation à un groupe de parole.

➤ **La question du déni** doit être développée, pour ce qu'il ne s'agit pas d'une question fermée, trouvant réponse satisfaisante par oui ou par non, mais d'une question ouverte, permettant de préciser plusieurs formes de déni. Depuis les travaux de AUBUT <sup>(6)</sup>, il est admis que l'on peut établir les quatre catégories de reconnaissance du délit suivantes :

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

ARCHER <sup>(5)</sup> détaille pour sa part cinq niveaux de reconnaissance du délit, très superposables à ceux que nous venons d'exposer.

☞ **Les notions d'attitudes transgressives et de distorsions cognitives** en rapport avec la loi nous ont paru intéressantes à interroger dans une approche cognitiviste et comportementaliste.

La notion d'attitude transgressive est plus simple à questionner : nous la définirons comme tout comportement antécédent relaté par le sujet, ayant entraîné condamnation ou non, ou tout propos tenu par le sujet dont la teneur constitue une infraction légalement définie.

L'exploration en est facilement rendue possible par une première question fermée « avez-vous par le passé été en situation de commettre, ou de penser commettre, un acte que vous saviez être condamné par la loi, et ce en dehors du motif de votre actuelle incarcération ? ». La forme de l'entretien semi-directif nous permettait, si la réponse à cette question était « oui », de poser au sujet des questions ouvertes, afin, s'il le souhaitait, de prendre connaissance de ce passé transgressif. Cette question aborde également la notion de récidive, et n'est pas sans lien avec de multiples recherches sur la dangerosité de ces sujets. On voit bien que l'évaluation, même lorsqu'elle cherche à se limiter à un objectif circonscrit, ici rechercher des éléments d'indication ou de contre indication à la participation à un groupe de parole, touche néanmoins très rapidement à des items plus complexes, concernant une évaluation globale de ces sujets.

BECK, dans ses travaux sur la dépression, propose en 1963 la notion de distorsion cognitive, et la définit comme « un contenu de pensée idiosyncrasique reflétant des conceptualisations irréalistes ou déformées de la réalité ». Dans « l'évaluation des agresseurs

sexuels », VANDERSTUKKEN, H. PHAM, MENGHINI et WILLOCQ<sup>(93)</sup> notent que « (s')il n'existe pas de consensus sur une définition opérationnelle des distorsions cognitives (...) le concept (...) a néanmoins été adopté dans le champ de l'agression sexuelle pour désigner des croyances, des pensées relatives aux comportements sexuels déviants qui ont pour fonction de les légitimer ou d'en minimiser les conséquences ».

L'exploration des distorsions cognitives est plus complexe. Dans le même article, VANDERSTUKKEN, H. PHAM, MENGHINI et WILLOCQ ajoutent : « il n'existe pas d'unanimité sur le fait que les distorsions cognitives ne constituent que des processus conscients. Dans la négative, leur évaluation via des auto-questionnaires serait peu valide », ou encore : « le manque de consensus sur une définition opérationnelle complique l'évaluation des distorsions cognitives ». Cette évaluation, actuellement principalement utilisée dans les pays anglo saxons, prend la forme d'auto questionnaires. Lorsque ces questionnaires ont été évalués, ils ont, pour certains d'entre eux, pu montrer leur capacité à discriminer certaines populations spécifiques d'agresseurs sexuels. Concernant les agresseurs sexuels sur mineurs, l'Abel and Becker Cognitions Scale (ABCS) évalue les rationalisations et les distorsions cognitives par lesquelles les agresseurs d'enfants justifient les relations sexuelles entre adultes et enfants. Cet outil, critiqué pour diverses raisons, présente néanmoins l'avantage d'évaluer des facteurs cognitifs considérés essentiels dans la genèse de l'agression sexuelle d'un enfant. Malgré l'intérêt non négligeable de ce type de support, nous avons choisi de ne pas utiliser de questionnaires d'évaluation des distorsions cognitives, et ce pour plusieurs raisons :

- Aucune échelle n'est à ce jour absolument validée, et notre travail ne portait ni sur l'évaluation de ce type d'outils, ni sur une évaluation globale ou exhaustive des sujets rencontrés, et ne se basait pas sur une démarche d'inspiration cognitivo-comportementale.
- Aucune échelle d'évaluation des distorsions cognitives n'a fait, à ce jour, la preuve de son intérêt dans une articulation avec une thérapie. VANDERSTUKKEN, H. PHAM, MENGHINI et WILLOCQ écrivent : « une compréhension adéquate des processus cognitifs liés au déclenchement et au maintien des justifications relatives aux agressions sexuelles serait nécessaire afin de garantir l'efficacité des programmes de traitement. Toutefois, il existe à ce jour peu de recherches portant sur

l'efficacité du traitement des distorsions cognitives qui sont associées à l'agression sexuelle ».

Il nous a paru cependant éclairant d'interroger les items de l'échelle ABCS au cours des entretiens semi directifs que nous avons menés, et d'évaluer ainsi cliniquement les propositions suivantes :

- « Le sexe entre adulte et enfant aide l'enfant »,
- « Le comportement des enfants indique qu'ils désirent des relations sexuelles entre adulte et enfant »,
- « Les adultes peuvent prédire quand le sexe entre adulte et enfant aura des conséquences dommageables pour l'enfant dans le futur »,
- « La sexualité entre adulte et enfant est ou sera acceptable par la société ».

#### *1.1.1.c. Comment va-t-on évaluer ces questions ?*

Les référentiels que nous utilisons et que nous détaillerons par la suite englobent les champs de la psychiatrie actuelle (classifications internationales, 5<sup>ème</sup> conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie...), de recherches récentes ou majeures (Les agresseurs sexuels, sous la direction de AUBUT, Psychopathologie des agresseurs sexuels », par CIAVALDINI), et d'apports théoriques d'orientation psychodynamique.

Nous avons conduit cette évaluation sous la forme d'entretiens semi directifs. Ces entretiens avaient lieu au sein de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt, en binôme. Je menais l'entretien, et Madame B., Infirmière Spécialisée en Psychiatrie, adoptait une position d'observation. Elle pouvait néanmoins intervenir dans l'entretien, sans perdre de vue sa tâche prévalente d'observatrice. Nous souhaitons travailler en binôme afin de pouvoir discuter ensemble de nos ressentis, réflexions cliniques, et de pouvoir ainsi notamment partager des affects contre transférentiels parfois délicats au contact de ces patients. Madame B. était également chargée de prendre des notes au cours de ces entretiens. La nécessité de ces prises de notes nous est apparue devant la complexité, pour des affaires encore non jugées, d'obtenir les autorisations indispensables à un enregistrement audiophonique en milieu carcéral. Les patients étaient informés dès le début du premier

entretien de l'objectif de cette prise de note, ainsi que de sa confidentialité absolue, protégée par le secret médical.

L'ensemble de ce travail de recueil de données cliniques fut supervisé, directement par le travail en binôme, et indirectement sous deux formes : des discussions régulières avec analyse des situations cliniques en collaboration avec le médecin psychiatre intervenant à la maison d'arrêt; et des réunions avec Madame B., le médecin psychiatre de la maison d'arrêt, et Madame O., psychologue intervenant à la maison d'arrêt.

Pour des raisons de secret de l'instruction, et de secret médical, un certain nombre d'informations ne peuvent apparaître dans ce travail. Nous avons par ailleurs limité nos investigations le plus possible à ces entretiens : par volonté délibérée de nous faire par nous-même un sentiment clinique et afin de faire de cette évaluation un travail le plus indépendant possible, nous n'avons pas souhaité consulter de documents judiciaires, et nous sommes limités à la consultation des dossiers médicaux des sujets que nous avons rencontrés.

Nous n'avons utilisé ni questionnaire standardisé, ni tests projectifs de type Rorschach ou TAT. Nous avons exposé la justification de ce choix concernant les questionnaires ci-avant, dans le développement que nous avons fait de la question de l'évaluation des distorsions cognitives.

Concernant les tests projectifs, CORNET, GIOVANNANGELI et MORMONT <sup>(37)</sup> écrivent : « il n'existe à l'heure actuelle aucune épreuve projective qui mette clairement en évidence un profil du délinquant sexuel, pas plus d'ailleurs qu'il n'existe un profil clinique du délinquant sexuel ».

Un peu plus loin, ces mêmes auteurs écrivent : « les questionnaires et inventaires de personnalité permettent de décrire la structure de personnalité d'un individu, ses caractéristiques et ses traits. Certains d'entre eux fournissent une évaluation exhaustive de la personnalité du délinquant sexuel, d'autres explorent des champs psychopathologiques plus limités, ou encore mesurent des traits ou des attitudes associés à la délinquance sexuelle ».

Les principaux questionnaires utilisés en Europe, pour une évaluation exhaustive, sont le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) et le MCMI (Million Clinical

Multiaxial Inventory). Les études menées avec ces questionnaires tendent à montrer qu'il existe un lien entre les caractéristiques de la personnalité de l'agresseur et le profil des scénarii délictuels employés.

Nous n'avons ainsi pas eu recours à ces instruments :

- Pour ce qu'ils sont encore en cours d'élaboration. PROULX <sup>(81)</sup> écrit ainsi que « ces liens sont modulés par d'autres variables telles que le lien entre l'agresseur et sa victime, le type de stratégie d'adaptation privilégié par l'agresseur et certaines variables situationnelles comme l'intoxication à l'alcool et la présence d'une arme sur le lieu du crime ».
- Pour ce que l'intérêt actuel de ces instruments réside dans l'évaluation globale des agresseurs sexuels, dans la construction de bases scientifiques partageables par les différents intervenants au contact de ces sujets et dans l'évaluation de ces outils. Il est encore tôt, au stade où en sont les travaux scientifiques dans ce domaine, pour espérer une articulation entre ces éléments et une stratégie thérapeutique spécifique.

Nous allons donc à la suite vous exposer le compte-rendu détaillé de chacun des seconds entretiens que nous avons menés auprès de ces sept détenus.

#### 1.1.2. Recueil de données.

Les entretiens avec des détenus incarcérés à la maison d'arrêt du Mans pour des faits d'agression sexuelle sur mineurs se sont déroulés entre le 28 juin et le 29 septembre 2006, au sein de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires de la maison d'arrêt. Nous les exposerons dans un ordre chronologique. Nous avons rencontré chaque détenu trois fois. Voici les comptes-rendus de chaque deuxième entretien de chaque détenu.

Pour des raisons de secret médical et de secret de l'instruction, toutes les affaires dont nous traitons n'étant pas à ce jour jugées, nous utiliserons les appellations anonymes de Monsieur T., Monsieur U., Monsieur V., Monsieur W., Monsieur X., Monsieur Y., Monsieur Z. pour désigner les patients que nous avons rencontrés. Afin de rendre la lecture de ce travail plus aisée, nous accolerons un prénom fictif à ces lettres. Les sujets vus en entretiens

deviennent ainsi Monsieur Albert T., Monsieur Jean U., Monsieur Paul V., Monsieur François W., Monsieur Gilles X., Monsieur Jacques Y. et Monsieur Pierre Z.

### Monsieur Albert T.

- Agé de 51 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Antécédents :
    - Médicaux : sciatalgies droites anciennes, explorées radiologiquement, « sans corrélation radio clinique ».
    - Pas d'antécédents chirurgicaux ni psychiatriques.
  - Pas de comorbidité psychiatrique connue.
  - Traitement médicamenteux actuel et antérieur : aucun.
  - Suivi :
    - par la médecin psychiatre : oui.
    - par un(e) psychologue : non.
    - par l'infirmière psychiatrique : oui.
  - Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique :
    - Incarcération pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans.
    - Le patient évoque des faits en rapport avec une ivresse aiguë pour lesquels une condamnation aurait été prononcée en 1985.
    - Une observation retrouvée dans le dossier médical du patient nous apprend qu'il aurait également été condamné en 1999 pour viol sur mineur de 15 ans.
  - Condamnation non prononcée au moment de l'entretien selon le patient.
  - Date de jugement non connue du patient.

- Situation clinique :

- Mode de vie : marié, père de 4 enfants. Monsieur Albert T. est en invalidité, dans les suites d'un long arrêt de travail pour des sciatalgies invalidantes.
- Histoire personnelle : troisième d'une fratrie de 4 frères et deux soeurs, placé en foyer d'accueil vers l'âge de 12 ans, avec l'une de ses soeurs, Monsieur Albert T. évoque l'alcoolisme de ses parents, et raconte des faits de maltraitance physique par sa mère. Il passait la plupart des week-ends chez ses grands parents.

- Entretien :

*Le recueil sémiologique* auprès de Monsieur Albert T. objective les éléments suivants :

Monsieur Albert T. accepte de venir nous rencontrer une deuxième fois.

Comme lors de notre première rencontre, il est sthénique, le verbe haut, revendicatif. Il se montre véhément dans son discours, psychorigide, imperméable aux questions que nous lui posons.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas d'insuffisance intellectuelle, ni de trouble mnésique.

Nous ne retrouvons aucun élément en faveur d'un trouble thymique,

Monsieur Albert T. ne présente pas d'éléments psychotiques. Monsieur Albert T. semble, par son discours rigide, la victimisation qu'il met en scène, chercher à mettre à distance des éléments anxieux relativement menaçants. Par ces traits pervers, on a le sentiment qu'il cherche à masquer une angoisse plus profonde.

Nous n'observons ni symptôme névrotique, phobique ou obsessionnel. Il sait lire et écrire.

Les notions d'abstraction et de capacités de symbolisation sont difficiles à explorer, le patient nous présentant un discours totalement fermé.

La notion d'attitudes transgressives est simplement évoquée lorsque Monsieur Albert T. aborde très brièvement sa condamnation antérieure pour des faits en rapport avec une

ivresse aiguë. L'évaluation des distorsions cognitives est infructueuse, l'abord des faits pour lesquels le sujet est condamné étant impossible. Le rapport du sujet avec la loi met à jour une tendance de ce dernier à adopter une position de victime d'un système judiciaire qui se tromperait sur son compte. Monsieur Albert T. se dit clairement victime d'une erreur judiciaire. Il est difficile dans ces circonstances, d'attribuer le discours du patient sur la loi à des distorsions cognitives. On aurait tendance à y voir plutôt une position défensive, en lien avec un déni complet des faits qui lui sont reprochés.

La question du déni est centrale chez ce détenu : le déni des actes est total, c'est le quatrième niveau de déni tel que AUBUT <sup>(6)</sup> en propose la classification, « négation totale du délit ». Aucun élément d'empathie n'est perceptible, l'évocation des faits et de la victime étant impossible.

C'est donc bien la dimension perverse du sujet qui ressort de ces éléments, et que l'on observe chez Monsieur Albert T. devant la constatation d'un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales. De plus, Monsieur Albert T. nous montre une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions, en tenant un discours de déni complet. La froideur du sujet, la véhémence de son discours, masquent mal des éléments anxieux que ses traits pervers tachent de mettre à distance. Enfin, la dimension perverse se lit dans l'aptitude de Monsieur Albert T. à présenter un discours qui le rend lui-même victime du système judiciaire certes, mais aussi quasiment victime d'un viol, puisque nous verrons plus loin que, lors du seul rapport sexuel qu'il dira avoir « avoué » lors de sa garde à vue, il dira que c'est sa partenaire (majeure) qu'il l'a mis en situation d'avoir cette relation sexuelle, lui « la laissant faire ».

Nous ne mettons pas en évidence, lors de l'entretien, d'éléments en faveur de trouble des conduites sexuelles. L'exploration des fantaisies imaginatives sexuelles déviantes ou non déviantes est rendue impossible par le discours à sens unique de ce patient et le déni total de toute problématique d'ordre sexuel.

*La thématique* des propos de Monsieur Albert T. tient dans un discours narratif, presque récité, de la garde-à-vue lors de son interpellation par les forces de l'ordre :

“Je me suis fait piéger par le gendarme lors de la garde-à-vue, qui m'a demandé de raconter ma relation avec ma voisine du dessus, k., 22 ans ».

Il décrit leurs relations sexuelles : “moi je lui demandais rien, je ne voulais pas, mais elle me mettait les bras en l’air et après... je la laissais faire”.

Il explique que le gendarme a consigné cette déposition sur le procès-verbal en l’attribuant à la mineure de 15 ans (12 ans au moment des faits).

“Moi je ne ferais jamais ça à un enfant, parce que j’aime les enfants”.

“Avec ça aussi je me suis fait piéger, avec le mot « aimer »; mais maintenant je vais à l’école, je me ferai plus avoir, je dirai que j’ai de la tendresse et que j’ai des sentiments pour les enfants”, nous dit Monsieur Albert T., ajoutant qu’il suit des cours de français dans le cadre de son incarcération.

Monsieur Albert T. parle de son enfance. Madame B. prend alors la parole, et la relation de suivi en entretien qui préexiste entre le sujet et Madame B. me permet alors d’observer l’échange suivant ; Madame B. : “vous étiez pudique lorsque vous étiez enfant ?” Monsieur Albert T. ne comprend pas le mot « pudique ». Madame B. : “- vous aviez peur de vous montrer nu, vous ne vouliez pas qu’on vous voie nu quant vous étiez enfant?” “- je ne voulais pas qu’on me voie nu, surtout pas”, répond Monsieur Albert T., catégorique, paraissant presque choqué.

Il évoque ses relations avec ses propres enfants, explique qu’il n’a jamais voulu changer leurs couches quand ils étaient petits, « quand ils étaient bébés, parce que ça ne se fait pas, un homme ne doit pas faire ces choses-là, ça ne l’intéresse pas ». Je lui demande : « - là vous parlez de bébés, de nourrissons, est-ce que c’est différent avec des enfants plus âgés, je ne sais pas, de 8 ou 10 ans? - non, pas du tout, c’est exactement la même chose ».

Monsieur Albert T. parle des femmes autour de lui, explique que les femmes (ses soeurs, ses tantes) le soutiennent, contrairement aux hommes, qui l’ont « tous trahi » (ses frères).

### **Monsieur Jean U.**

- Agé de 40 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Pas d’antécédents médicaux, chirurgicaux ni psychiatriques.
  - Pas de comorbidité psychiatrique connue.

- Pas de traitement médicamenteux antérieur. Traitement anxiolytique par benzodiazépine instauré à la maison d'arrêt.
- Suivi :
  - par la médecin psychiatre : oui.
  - par un(e) psychologue : oui.
  - par l'infirmière psychiatrique : oui.
- Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique :
  - Monsieur Jean U. dit être incarcéré depuis septembre 2005,
  - Pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans. (une pièce du dossier médical rapporte le réquisitoire : « viol sur mineur de 15 ans en état de récidive légale, soustraction de mineur et corruption de mineur de 15 ans »).
  - Le patient nous dit avoir été condamné en 2005 pour viol sur mineur de 15 ans, les faits s'étant déroulés en 1984.
  - Le patient nous dit être en attente de jugement, et ne pas connaître la date de jugement.
- Situation clinique :
  - Mode de vie : Monsieur Jean U. a quatre enfants (2 garçons de 6 et 10 ans et 2 filles de 2 ans et 11 mois). Sa femme a demandé le divorce pendant la précédente incarcération (de mars à juin 2005). Bénéficiaire du RMI depuis 1992, il n'a auparavant exercé que lors de courtes périodes d'activité professionnelle (missions d'intérim comme manutentionnaire).
  - Histoire personnelle : Monsieur Jean U. raconte qu'il a été placé en famille d'accueil à l'âge d'un an, avec son frère aîné (de 5 ans de plus que lui). Sa mère a ensuite repris son frère aîné avec elle, et Monsieur Jean U. dit "qu'elle ne voulait plus de (lui)". Il a toujours vécu avec cette famille d'accueil, en milieu rural. Il n'y avait pas d'autre enfant dans la famille. Sa « mère-nourrice » (épouse du couple de parents accueillants) est décédée en 2005. Après ce décès, le père accueillant à proposé à Monsieur Jean U. de l'adopter.

- **Scolarité** : il suit une scolarité normale jusqu'au milieu des années de collège, mais ne sait plus en quelle classe exactement. Il entre ensuite dans un CAP de couvreur, qu'il n'obtiendra pas.

- Entretien :

*Le recueil sémiologique* auprès de Monsieur Jean U. objective les éléments suivants :

Monsieur Jean U. accepte de venir nous rencontrer une deuxième fois.

Sa présentation, initialement taciturne, devient rapidement coopérante. Le discours est fluide.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas d'insuffisance intellectuelle, ni de trouble mnésique.

Monsieur Jean U. présente des affects dépressifs marqués. Il pleure beaucoup lors de l'entretien, surtout à l'évocation de ses enfants. Cependant ces éléments dysthymiques apparaissent très labiles. Il passe assez rapidement du rire au larme, et plaisante facilement.

Monsieur Jean U. présente des vécus d'angoisse intenses, également labiles. Nous ne notons pas d'éléments psychotiques.

Il répond volontiers aux questions que nous lui posons, et ne nous épargne aucun détail des faits à l'origine de son incarcération.

Nous n'observons ni symptôme névrotique phobique ni symptôme obsessionnel. Sur le plan intellectuel, c'est un individu fruste qui, s'il sait lire et écrire, ne dispose que d'un vocabulaire limité, et de faibles capacités d'abstraction et de symbolisation.

La notion d'attitudes sexuelles transgressives est récurrente dans son histoire. Monsieur Jean U. ne nous livre pas d'éléments en faveur d'autres conduites de transgression.

Il n'y a aucun déni des actes et des faits qui lui sont reprochés chez ce sujet, et l'on peut donc se référer à la classification de AUBUT <sup>(6)</sup> « reconnaissance partielle niveau 2 : le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux ». Aucun élément d'empathie n'est perceptible, et Monsieur Jean U. semble présenter des éléments de personnalité dyssociale (indifférence envers les sentiments d'autrui, incapacité à éprouver de la culpabilité).

La dimension perverse se lit chez Monsieur Jean U. dans une attitude irresponsable patente et persistante, que le sujet manifeste lorsqu'il évoque sa victime, et « l'histoire d'amour » qu'il dit avoir vécu avec elle. Monsieur Jean U. témoigne aussi d'un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales : la loi est selon lui inadaptée, injustifiée, et l'on ne saurait interdire un amour et la sexualité qui en découle, fussent-ils ceux d'un adulte avec un enfant. Monsieur Jean U. fait également montre d'une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions, puisque déjà condamné, nous dit-il, dans des circonstances similaires, il n'en a pas moins commis, avec une organisation complexe et une scénarisation de sa relation à la victime, de nouveaux actes d'agression sexuelle sur mineur.

L'évaluation des distorsions cognitives est complexe, et prend une place particulière chez ce sujet: il dit clairement savoir que les faits qui lui sont reprochés sont interdits par la loi, mais il ajoute ne pas comprendre la loi, et considère que rien de ce qui lui est reproché ne devrait être répréhensible. De plus, l'exploration des items proposés par l'ABC Scale retrouve chez Monsieur Jean U. les croyances selon lesquelles « le comportement des enfants indique qu'ils désirent des relations sexuelles entre adulte et enfant », « les adultes peuvent prédire quand le sexe entre adulte et enfant aura des conséquences dommageables pour l'enfant dans le futur », « la sexualité entre adulte et enfant est ou sera acceptable par la société ». Sommes-nous là, dans le discours de Monsieur Jean U., dans des « croyances, des pensées relatives aux comportements sexuels déviants qui ont pour fonction de les légitimer ou d'en minimiser les conséquences »<sup>(93)</sup> ? Ou bien s'agit-il d'une contestation plus profonde de la légitimité des lois, d'une non reconnaissance de celle-ci ? Monsieur Jean U., dans son discours, pose la question du rapport entre ce qui est licite et ce qui ne l'est pas, et semble affirmer que selon ses normes personnelles, il n'a pas commis un crime, mais vécu une histoire d'amour. On peut dire qu'il efface la déviation, en affirmant que dans son référentiel personnel, il n'y a rien de déviant dans ses actes ou ses pensées.

Des éléments de symptomatologie en faveur de troubles des conduites sexuelles apparaissent rapidement, avec des évocations d'actes sexuels avec sa victime. La notion de fantaisie imaginative semble pouvoir se lire au travers notamment de lettres au contenu sexuel obscène qu'il a écrites à sa victime, et dont on retrouve une copie dans le dossier médical. Ces troubles paraissent anciens, au vu d'une condamnation antérieure sous le même chef d'inculpation. On se trouve dans la situation décrite par André McKibben : le patient

n'évoque pas directement au cours de l'entretien de fantaisies imaginatives sexuelles déviantes, mais la persistance dans le temps, supposée devant la résurgence du comportement à plusieurs années d'intervalle, et dans le cas de Monsieur Jean U, la notion d'une condamnation antérieure pour des faits semblables, laissent supposer l'existence de ces fantaisies imaginatives. La ritualisation de l'agissement est également présente. « On a parfois l'impression que le client avait un plan pour s'assurer l'accès à la victime », nous dit MCKIBBEN <sup>(70)</sup> : c'est le cas ici, avec la notion de soustraction de l'enfant à l'autorité parentale pendant un week-end que Monsieur Jean U. décrit comme « un week-end en amoureux ».

*La thématique* de ses propos est celle d'une incompréhension de la société à son égard. Il n'émet aucune critique, dit qu'il était amoureux de la victime, et ne considère pas les faits qui lui sont reprochés comme anormaux. Ces faits ne revêtent visiblement aucune notion d'illégalité et encore moins de gravité pour lui. Il relate sa rencontre avec la victime, fille d'un couple qu'il qualifie d'amis, et à qui il rendait service en faisant chez eux du ménage. Progressivement il dit ainsi avoir noué des liens avec la victime, qu'il allait chercher à la sortie de l'école.

Il nous parle du travail : « je ne travaille plus car j'aime pas qu'on me commande ».

Il parle spontanément de ses inquiétudes quant au procès, et notamment par rapport à l'expertise. Monsieur Jean U. dit que lui et son avocat sont soucieux des compte-rendus des experts (médecin et psychologue), car ils le qualifient de sujet à haut risque de récurrence. Il dit ensuite que le procès a été requalifié au mois d'août, et qu'il ne passera pas aux assises mais devant un tribunal correctionnel.

Il explique cette requalification par le fait « qu'elle a dit la vérité ». Il nous explique que cela survient suite à une confrontation avec la victime le 12 juillet dernier. Il dit que la victime avait initialement menti puisqu'elle avait déclaré lors du premier procès-verbal qu'elle avait été violée.

« - Ce n'est pas vrai, puisqu'il n'y a pas eu de pénétration, l'examen gynécologique qu'elle a eu le soir de mon arrestation a montré qu'il n'y avait pas eu de pénétration »

je lui demande :

« - Vous voulez dire que l'hymen n'était pas rompu ?

- Non, le gynécologue a vu qu'il ne pouvait pas y avoir eu pénétration puisqu'il y avait la place de passer juste un doigt.

- Et c'est ce qui s'est réellement passé ?

- Bah... oui ».

Il pleure à l'évocation de ces faits. Je dis:

« - Mais avec un doigt, c'est une pénétration quand même non?

- Oui, mais c'est pas un viol, puisque y a pas eu pénétration avec le sexe »

Monsieur Jean U. paraît avoir été choqué que la victime parle de viol.

Il parle ensuite de son père adoptif, de ses enfants qu'il voit une fois par mois, accompagnés par une éducatrice, au parloir.

### **Monsieur Paul V.**

- Agé de 48 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Antécédents :
    - Médicaux : surdité totale de l'oreille droite et baisse de l'audition à gauche. Lombalgies chroniques. Capsulite rétractile.
    - Chirurgicaux : chirurgie plastique du lobe de l'oreille droite. Péritonite sur appendicite.
    - Pas d'antécédent psychiatrique connu.
  - Pas de comorbidité psychiatrique connue.
  - Pas de traitement médicamenteux actuel ni antérieur.
  - Suivi :
    - par la médecin psychiatre : oui.
    - par un(e) psychologue : oui.
    - par l'infirmière psychiatrique : oui.
  - Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique :
    - Monsieur Paul V. nous dit être incarcéré depuis août 2004.
    - Pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans.
    - Il ne s'agit pas selon lui d'une récidive.
    - Il sera jugé en octobre 2006.

- Situation clinique :

- Mode de vie : Monsieur Paul V. vit seul. Il est locataire d'une maison. Il exerce, avant son incarcération, la profession de peintre en bâtiment. Il est célibataire sans enfants.
- Histoire personnelle : Monsieur Paul V. a 4 soeurs et 2 frères, dont il ne se rappelle pas tous les prénoms ; il ne peut nous préciser s'il est le quatrième ou le cinquième enfant de la fratrie. Sa mère est âgée de 80 ans. Son père est décédé en 2003 à 86 ans (des suites d'une maladie d'Alzheimer?).
- Scolarité : il a suivi une scolarité normale jusqu'en classe de 5ème, puis est devenu apprenti plâtrier et a obtenu un CAP de peinture en bâtiment.

- Entretien :

*Le recueil sémiologique auprès de Monsieur Paul V. objective les éléments suivants :*

Monsieur Paul V. accepte de venir nous rencontrer une deuxième fois.

Monsieur Paul V. se présente calme, coopérant. Il parle beaucoup, est intarissable sur des sujets aussi divers qu'éloignés du propos de cet entretien.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas d'insuffisance intellectuelle, ni de trouble mnésique.

Nous ne retrouvons aucun élément en faveur d'un trouble thymique,

Monsieur Paul V. ne présente pas d'éléments psychotiques. La recherche d'une symptomatologie anxieuse ne permet pas d'observer de manifestation d'angoisse. Celle-ci semble mise très à distance par le discours plein de circonvolutions qu'expose Monsieur Paul V.

Son discours est redondant, égocentré. Il adopte systématiquement une position de victime en développant des exemples multiples de situations relationnelles où ses connaissances ne l'ont jamais, selon lui, considéré comme il se doit.

Nous n'observons pas de symptôme névrotique, phobique ou obsessionnel. Il paraît faire preuve d'une curiosité intellectuelle pour les sujets artistiques. Il nous dit dessiner,

notamment des portraits. Et il nous en donne pour exemple un dessin que lui a demandé de faire un surveillant à partir d'une photo de son épouse, afin de l'offrir à cette dernière. Il sait lire et écrire.

Ses capacités d'abstraction et de symbolisation semblent correctes. Monsieur Paul V. s'exprime facilement sur ses relations amicales, usant de comparaisons et d'images pour étoffer ses propos. Cependant l'exploration de ces capacités est rendue difficile par la luxuriance des digressions de son discours, Monsieur Paul V. développant chacune de ses idées avec beaucoup de détails.

La dimension perverse apparaît chez Monsieur Paul V. en tout premier lieu par l'exposition qu'il fait du déroulement de l'acte agressif sexuel pour lequel il est incarcéré, et où l'on retrouve un scénario pervers très clair. Si Monsieur Paul V. ne présente pas une « indifférence froide envers les sentiments d'autrui », étant par moments capable d'évoquer ses victimes, et d'énoncer qu'il conçoit que ses actes puissent avoir des conséquences graves sur elles, il témoigne cependant d'une attitude irresponsable manifeste et persistante, et d'un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales. Il nous présente un discours qui paraît manipulateur, semblant arguer d'une certaine empathie envers les victimes, pour mieux ensuite expliquer dans quelle mesure il est lui-même victime, puisque se définissant comme quelqu'un de profondément sensible et humain, dont les autres se jouent constamment. C'est là qu'apparaît une grande immaturité affective chez Monsieur Paul V. Célibataire, âgé de 48 ans, n'ayant jamais eu de relation suivie, il décrit ses rapports aux autres, et en particulier aux femmes, comme une suite de déceptions sentimentales. Il dit « aimer les gens », et « leur donner beaucoup », mais n'être jamais payé de retour. Toutes les rencontres qu'il a pu faire, amicales ou amoureuses, se sont soldées nous dit-il, par sa prise de conscience de ce que l'autre ne le considérait pas, ou le considérait mal. On devine chez Monsieur Paul V. un mode relationnel infantile, immature.

On ne retrouve pas d'élément d'histoire personnelle ni de vécu spécifique quant à la notion d'attitudes transgressives. Le rapport à la loi et la notion d'interdit sont le terreau d'un discours ambivalent chez monsieur Paul V. S'il reconnaît les faits qui lui sont reprochés, il admet du bout des lèvres sa culpabilité, et montre une grande habileté à détourner le propos vers un autre sujet lorsque sont évoqués les faits, les victimes, et le jugement auquel il sera bientôt soumis devant une cour d'assises.

La question du déni est complexe chez ce détenu : il accepte l'évocation des faits pour lesquels il est incarcéré, mais change à chaque fois très rapidement de sujet. On peut se référer au niveau « reconnaissance partielle niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et/ou se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive ». Aucun élément d'empathie n'est perceptible, l'évocation des faits et de ses victimes provoquant les mêmes réactions de déviation du discours sur des souvenirs où il se trouve lui-même en position de victime.

On lit bien ici aussi, dans la prévalence du déni, la dimension perverse de la personnalité de Monsieur Paul V. Cependant, sous cet édifice de prime abord très construit, un élément retient notre attention, en tant que le déni revêt chez lui un aspect défensif d'affects menaçants. La problématique narcissique de Monsieur Paul V., dont l'identité se montre en premier lieu sous ce jour manipulateur, apparaît lorsque le sujet retrace son histoire personnelle. En effet, nous l'avons dit, Monsieur Paul V., détaillant sa fratrie, ne sait préciser s'il est le quatrième ou le cinquième enfant, et se trouve dans l'impossibilité d'énumérer tous les noms de ses frères et sœurs. Nous avons vu que l'on ne peut rapporter cet élément à un trouble mnésique, dont Monsieur Paul V. est indemne. Nous avons vu également que Monsieur V. est le seul détenu que nous avons rencontré qui n'a jamais été placé en famille d'accueil, et n'a donc pas subi d'éloignement, de dislocation familiale qui pourrait expliquer cette difficulté. Il nous semble que c'est clairement une manifestation de déni qui apparaît cliniquement. Un peu plus tard, Monsieur Paul V. s'effondrera en larmes lors de l'entretien, à l'évocation d'agressions sexuelles de son père sur l'une de ses sœurs, puis d'agressions physiques de sa mère sur sa personne. Le déni vient ici protéger narcissiquement Monsieur Paul V. : il évoque d'abord sa famille comme une famille aimante, et pourtant, il est incapable de la citer. Plus tard, il raconte la violence qu'il a vue et subie au sein de cette famille narcissiquement valorisée et idéalisée. La déhiscence est ici manifestation d'un déni comme mécanisme défensif devant une menace d'effondrement narcissique.

L'exploration des distorsions cognitives ne met en évidence aucune réponse de Monsieur Paul V. allant dans le sens de l'une ou plusieurs des propositions suivantes : « le sexe entre adulte et enfant aide l'enfant », « le comportement des enfants indique qu'ils désirent des relations sexuelles entre adulte et enfant », « les adultes peuvent prédire quand le sexe entre adulte et enfant aura des conséquences dommageables pour l'enfant dans le futur », « la sexualité entre adulte et enfant est ou sera acceptable par la société ».

La recherche de symptômes en faveur de trouble des conduites sexuelles est peu contributive. On relève cependant l'existence d'un scénario assez précis dans le déroulement des faits tels que Monsieur Paul V. nous les rapporte. Il explique en effet avoir préparé le passage à l'acte, s'étant muni de témesta pour droguer ses victimes. On note aussi que Monsieur Paul V. nous parle des faits initialement comme concernant « deux femmes », l'une d'une quarantaine d'années, l'autre de 16 ans. Puis il revient sur le sujet quelques minutes après, pour préciser qu'il y avait une troisième victime, âgée de treize ans. Il ne dira rien de plus à ce propos, et ne nous apportera pas d'éléments de fantaisies imaginatives ou d'excitation particulière en lien avec cette dernière victime. Cette situation recoupe l'énoncé de MCKIBBEN <sup>(70)</sup> concernant la ritualisation de l'agissement, « on a parfois l'impression que le client avait un plan pour s'assurer l'accès à la victime, sa maîtrise sur elle ou, tout simplement, qu'il a suivi un rituel précis pour s'assurer une excitation maximale. Tous ces modèles présupposent une élaboration fantasmatique antécédente au délit ».

*La thématique* de ses propos est centrée sur sa position de victime ainsi que sur un registre narcissique développé autour de ses qualités humaines, artistiques, intellectuelles.

Monsieur Paul V. parle beaucoup, avec de nombreuses digressions sur «(sa) vision de la vie» «(ses) rapports avec les autres». Il parle de ses amis, de ses frères et sœurs, raconte de nombreuses anecdotes dans lesquelles il noue des liens d'amitié avec des personnes qui finissent toujours par le rejeter. Il en tire un sentiment d'injustice.

L'évocation des faits est aisée : il dit que les faits concernent trois femmes, «une adulte et deux adolescentes, de 16 ans et 13 ans», être incarcéré pour viol sur une femme adulte (de 41-42 ans) et une fille de cette femme, âgée de 16 ans. Il finit par revenir sur ses propos et dit qu'il y a aussi eu agression sexuelle sur la jeune fille de 13 ans.

Il dit qu'il n'était pas alcoolisé au moment des faits et explique avoir prémédité les faits en venant chez elles avec du temesta sur lui, pour l'administrer à ses victimes à leur insu.

Monsieur Paul V. ne nie pas les faits, mais il présente une certaine ambivalence. Il explique qu'il reconnaît les faits, qu'il s'en veut, qu'il n'aurait jamais dû faire ça,... mais qu'il est «à côté de la société», comme il l'a toujours été, et qu'on ne le comprend pas, que personne ne le comprend. «Je mérite la peine de mort» dit-il, mais il ajoute, «je suis quelqu'un que les autres ne comprennent pas, je m'intéresse à plein de choses, je suis généreux avec les autres».

Il tient ensuite un discours idéalisant sa famille, avec des éloges incessants à l'adresse du père, dont l'excès nous amène à douter de la sincérité de ces propos et à lui poser de manière plus directe quelques questions:

“- Comment était-ce dans votre enfance?” réponse évasive...

“- Quelles relations aviez-vous avec vos parents quand vous étiez enfant?” réponse évasive...

“- Avez-vous vécu des choses difficiles dans votre enfance?": Monsieur Paul V. évoque alors des faits de maltraitance du père sur deux de ses soeurs, laissant entendre qu'il s'agissait de maltraitance sexuelle.

“- Et vous, avez-vous directement vécu des choses difficiles venant de votre père? était-il violent avec vous?": Monsieur Paul V. répond qu'il lui est arrivé d'être battu par lui, mais sans notion d'actes fréquents... puis il fond en larmes, et dit “c'est ma mère qui me battait”. Il dit enfin qu'il n'en a jamais parlé à personne jusqu'alors.

### **Monsieur François W.**

- Agé de 64 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Antécédents :
    - Médicaux : hypercholestérolémie.
    - Pas d'antécédents chirurgicaux et psychiatriques.
  - Pas de comorbidité psychiatrique connue.
  - Traitement médicamenteux actuel et antérieur : tador 10, un comprimé le soir.
  - Suivi :
    - par la médecin psychiatre : non.
    - par un(e) psychologue : non.
    - par l'infirmière psychiatrique : non.
  - Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique :
    - Monsieur François W. nous dit être incarcéré depuis février 2003.
    - Selon le dossier médical pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans.

- Il ne s'agirait pas d'une récidive.
- Jugé en septembre 2005, il a été condamné par le tribunal correctionnel du Mans à une peine de six ans d'emprisonnement.
  
- Situation clinique :
  - Mode de vie : célibataire sans enfants. Retraité depuis 1999.
  - Histoire personnelle : sur le plan familial, Monsieur François W. est le dernier enfant d'une fratrie de 6, dont l'un est décédé en 1993. Son père et sa mère sont décédés (à 92 et 72 ans).
  - Scolarité et parcours professionnel : après avoir obtenu son certificat d'étude, Monsieur François W. occupe un poste d'agent administratif dans un journal local, puis est employé dans une grande entreprise mancelle comme « employé administratif et de qualité », jusqu'à sa retraite.
  
- Entretien :

Nous rencontrons Monsieur François W., comme les autres détenus, après qu'il ait accepté notre proposition d'entretien. Bien que n'étant suivi par aucun des interlocuteurs de l'équipe de psychiatrie de l'UCSA, le motif de l'incarcération de Monsieur François W. est connu de l'équipe, et noté dans son dossier médical. C'est à partir de ces données que nous lui proposons de le rencontrer.

*Le recueil sémiologique* auprès de Monsieur François W. objective les éléments suivants :

Monsieur François W. refuse un deuxième entretien, et nous relatons donc ici les éléments récoltés lors du premier entretien.

Monsieur François W. se présente calme, accepte de nous rencontrer sans difficulté, mais se montre très opposant dès le début de l'entretien. Il fait preuve d'un certain théâtralisme, adoptant des postures et des intonations maniérées.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas d'insuffisance intellectuelle, ni de trouble mnésique.

Nous ne retrouvons aucun élément en faveur d'un trouble thymique,

Monsieur François W. ne présente pas d'angoisse, pas d'éléments psychotiques.

Nous n'observons pas de symptôme névrotique, phobique ou obsessionnel. Il sait lire et écrire.

Ses capacités d'abstraction et de symbolisation semblent correctes, mais l'exploration en est rendue difficile par son opposition à l'entretien.

On ne retrouve pas d'éléments d'histoire personnelle ni de vécu spécifique quant à la notion d'attitudes transgressives. Le rapport à la loi et la notion d'interdit sont complexes chez ce patient, qui semble reconnaître une justification à son incarcération, mais s'oppose avec virulence à toute prise en charge médicale ou psychologique, nous déclarant que les conclusions de l'expertise psychiatrique qui suppose une obligation de suivi socio judiciaire assortie à sa condamnation lui semblent ineptes.

La question du déni est majeure chez ce détenu : il refuse d'emblée d'aborder les faits pour lesquels il est incarcéré, et l'on peut se référer au niveau « Négation totale du délit » défini par AUBUT <sup>(6)</sup>.

C'est ainsi toute la dimension perverse de la personnalité de Monsieur François W. qui s'étale lors de l'entretien. Monsieur François W. fait preuve d'une indifférence froide envers les sentiments d'autrui, d'une attitude irresponsable manifeste et persistante, d'un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales et d'une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions.

La recherche de symptômes en faveur de trouble des conduites sexuelles est infructueuse. L'histoire personnelle de Monsieur François W. ne nous apporte pas non plus d'indications telles qu'énoncées par MCKIBBEN <sup>(70)</sup> sur la notion de fantaisies imaginatives.

*La thématique* de ses propos est l'opposition, la revendication de sa bonne santé mentale. Il est souriant, détendu, et affirme qu'il n'a « rien à voir avec (nous) », puisqu'il a déjà un suivi psychologique (dont nous apprendrons par le psychologue que ce dernier l'a

interrompu, Monsieur François W. ayant fait cette demande de suivi de toute évidence pour les simples bénéfices secondaires supposés auprès du juge).

Il fait preuve de théâtralisme. Les affects sont superficiels et labiles. Il présente un rapport à l'autre basé sur la séduction, cherchant par des sourires, des intonations, à recueillir l'assentiment de ses interlocuteurs. Mais il se montre aussi dans un positionnement de toute puissance, froid, tentant d'impressionner son auditoire par des changements de ton brutaux.

Monsieur François W. semble incapable d'éprouver de la culpabilité, refuse d'évoquer les faits pour lesquels il a été condamné, se drapant de sa certitude qu'il va bien, et affirmant par une phrase sans appel qu'il « n'a besoin de rien ni de personne ».

### **Monsieur Gilles X.**

- Agé de 24 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Antécédents :
    - Pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux.
    - Psychiatriques : syndrome dépressif, troubles du comportement (anciens) avec automutilations.
  - Comorbidité psychiatrique : consommation occasionnelle de cannabis. Consommations massives d'alcool, de façon sporadique.
  - Traitement médicamenteux actuel : déroxat, un comprimé par jour et tercián instauré en cours d'incarcération.
  - Suivi :
    - par le médecin psychiatre : oui.
    - par un(e) psychologue : oui.
    - par l'infirmière psychiatrique : non.
  - Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique :
    - Monsieur Gilles X. nous dit être incarcéré depuis mai 2006.
    - Pour agression sexuelle aggravée de la qualification de viol sur mineur de 15 ans.
    - Il ne s'agit pas selon lui d'une récidive.
    - La date de jugement n'est pas encore connue.

- Situation clinique :

- Mode de vie : Monsieur Gilles X. vit chez ses parents. Il est célibataire sans enfant.
- Histoire personnelle : Monsieur Gilles X ne nous délivrera pas d'information sur sa fratrie, ni sur sa vie sentimentale et affective.
- Scolarité : il a suivi une scolarité normale jusqu'en terminale, obtenant son baccalauréat. Il travaillera ensuite comme téléopérateur, ainsi que comme animateur en centre de loisirs maternel (auprès d'enfants de moins de sept ans).

- Entretien :

*Le recueil sémiologique* auprès de Monsieur Gilles X. objective les éléments suivants :

Monsieur Gilles X. accepte de venir nous rencontrer une deuxième fois.

Monsieur Gilles X. se présente calme, coopérant. Il parle peu, répondant simplement aux questions posées, gardant parfois le silence sans autre explication.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas d'insuffisance intellectuelle, ni de trouble mnésique.

Sur le plan thymique, il présente des affects dépressifs, une athymormie, une alexithymie, une humeur triste avec une auto dévalorisation importante et une grande culpabilité, qui ne paraît cependant pas délirante ni inadaptée. Il n'exprime pas d'idées suicidaires.

Monsieur Gilles X. présente un grand vécu d'angoisse, avec des éléments psychotiques sous jacents : il exprime un vécu d'étrangeté et décrit à nouveau le symptôme délirant qui avait motivé la prescription de tercian par le psychiatre traitant de la maison d'arrêt (hallucinations auditives avec voix menaçantes), cependant non présents au moment de l'entretien. On ne remarque pas d'attitude d'écoute, pas de propos délirant.

Son discours est ralenti, inhibé, mais cohérent.

Nous n'observons pas de symptôme névrotique, phobique ou obsessionnel. Il sait lire et écrire.

Ses capacités d'abstraction et de symbolisation semblent correctes, mais l'exploration en est rendue difficile par l'inhibition de son discours.

Le rapport à la loi et la notion d'interdit sont difficiles à explorer dans ce contexte. Néanmoins, Monsieur Gilles X. admet que son incarcération est justifiée, et manifeste une grande culpabilité en rapport avec les faits qui lui sont reprochés. On retrouve des éléments d'histoire personnelle ainsi que des vécus spécifiques quant à la notion d'attitudes transgressives au travers des consommations déclarées par le patient de cannabis de façon occasionnelle. Il relie ses consommations massives d'alcool à un comportement de sédation de crises d'angoisse.

On ne retrouve pas de déni des faits pour lesquels il est incarcéré, mais l'évocation de son histoire est rendue difficile par le cortège des symptômes sus-cités.

De même, la dimension perverse de la personnalité de Monsieur Gilles X. ne peut être mise à jour au cours de cet entretien.

*La thématique* de ses propos est teintée par les symptômes psychotiques sous-jacents : vécu d'angoisse et d'étrangeté en rapport avec des hallucinations auditives restent au premier plan malgré la sédation des symptômes sous tercian.

L'évocation de son histoire amène Monsieur Gilles X. à nous raconter un épisode qu'il se remémore : il nous dit ainsi « avoir été victime d'attouchements sexuels » par une voisine de deux ans son aînée lorsqu'il avait huit ans.

### **Monsieur Jacques Y.**

- Agé de 63 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Antécédents :
    - Médicaux : hypercholestérolémie.
    - Chirurgicaux : fracture des doigts de la main droite (1988), amygdalectomie dans l'enfance.

- Pas d'antécédents psychiatriques.
- Pas de comorbidité psychiatrique connue.
- Traitement médicamenteux : tahor 10, un comprimé par jour.
- Suivi :
  - par le médecin psychiatre : oui.
  - Par un psychologue : oui.
  - Par l'infirmière psychiatrique : non.
- Éléments judiciaires recueillis au cours de l'examen clinique :
  - Monsieur Jacques Y. nous dit être incarcéré depuis novembre 2003.
  - Pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans par personne ayant autorité et viol sur mineur de quinze ans par personne ayant autorité.
  - Monsieur Jacques Y. nous détaille son histoire judiciaire :
    - Premiers faits en 1977 : exhibitionnisme devant des enfants (pas de connaissance judiciaire des faits);
    - 1982 : Mêmes faits, pas de condamnation (rappel à la loi);
    - 1988 : "Viol et agression" sur M, 9 ans au moment des faits, nièce de sa femme;
    - 1992 : Mêmes faits que 1988 sur C., 8 ans, soeur de M.
  - Monsieur Jacques Y. nous dit avoir été condamné par une cour d'assises à 12 ans de réclusion criminelle en mai 2006.
- Situation clinique :
  - Mode de vie : Il vit avec son épouse, en location. Ils ont ensemble un enfant, et ont élevé ensemble les quatre enfants issus du premier mariage de son épouse.
  - Histoire personnelle : Monsieur Jacques Y. est placé en famille d'accueil dès son septième jour de vie. Il ne sait rien de sa famille biologique, ayant été abandonné, dit-il, sous le porche à l'entrée de l'hôpital. Il se marie à l'âge de 32 ans.

- **Scolarité :** il travaille d'abord dans une ferme pendant une année et demi, puis entre en apprentissage de boulangerie, obtenant un CAP. Il part ensuite pendant deux ans pour la guerre d'Algérie, puis travaille à son retour à Paris comme ouvrier dans une boulangerie. En 1988, pendant ses congés, il se coupe à la main droite, et se retrouve alors en arrêt de travail pendant sept mois. Il sera ensuite au chômage pendant un an et demi, avant de travailler comme livreur de colis entre 1991 et 1994. En 1994, il occupe un poste d'adjoint responsable du chef de dépôt dans une entreprise de transport. Il est retraité en 2002.

- Entretien :

*Le recueil sémiologique* auprès de Monsieur Jacques Y. objective les éléments suivants :

Monsieur Jacques Y. accepte de venir nous rencontrer une deuxième fois.

Monsieur Jacques Y. se présente calme, coopérant. Son discours est fluide.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas d'insuffisance intellectuelle, ni de trouble mnésique.

Nous ne retrouvons aucun élément en faveur d'un trouble thymique,

Monsieur Jacques Y. ne présente pas d'angoisse, pas d'éléments psychotiques.

Nous n'observons pas de symptôme névrotique, phobique ou obsessionnel. Il sait lire et écrire.

Ses capacités d'abstraction et de symbolisation semblent assez faibles : les termes qu'il emploie sont très répétitifs, le discours factuel.

On ne retrouve pas d'éléments d'histoire personnelle ni de vécu spécifique quant à la notion d'attitudes transgressives. Le rapport à la loi et la notion d'interdit sont particuliers chez Monsieur Jacques Y., en ce qu'il tient très souvent des propos en rapport avec la justice et les lois. Il considère que la loi est sévère contre lui et dans les affaires similaires à la sienne, et tient pour « plus graves » des affaires de vol ou d'escroquerie. Il présente une conscience morale simpliste, sans nuances, et expose une vision légaliste de ses rapports aux autres et à la société en général. « On a le droit / on n'a pas le droit de » sont ainsi des expressions courantes de son discours.

La question du déni se place chez Monsieur Jacques Y. entre des propos cohérents autour des faits qui lui sont reprochés, sans évitement de la question, mais sans non plus de grande remise en question, et une absence d'empathie à l'égard de ses victimes, ainsi qu'une tendance récurrente à adopter une posture de victime d'une loi qu'il trouve particulièrement injuste. Nous nous référons au niveau « reconnaissance partielle niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et ou se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récurrence », tel que décrit par AUBUT <sup>(6)</sup>.

La question d'une organisation perverse de la personnalité de Monsieur Jacques Y. est facilement éclairée devant la constatation lors de l'entretien d'une indifférence froide envers les sentiments d'autrui, et d'une attitude irresponsable manifeste et persistante, puisque Monsieur Jacques Y. nous dit être incarcéré pour des agressions sexuelles commises sur deux victimes de son entourage, et ce sur plusieurs années. On retrouve un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales, que Monsieur Jacques Y. tourne en dérision, pour mieux adopter lui-même une position de victime. Dans une pensée légaliste simpliste, il explicite son opinion : il pense que la loi est injuste, et qu'il se trouve bien lourdement condamné par rapport à d'autres détenus dont il considère les agissements autrement plus graves que les siens. On note ainsi une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions.

La recherche de symptômes en faveur de trouble des conduites sexuelles est peu contributive. Cependant la récurrence des condamnations pour des faits d'agression sexuelle sur mineur laisse entrevoir pour ce patient une problématique ancienne autour d'une sexualité déviante pédophilique. L'entretien ne permet pas d'explorer cliniquement plus avant cette question avec lui. Cependant on s'inscrit bien ici dans les items proposés par MCKIBBEN <sup>(70)</sup> : « La persistance dans le temps, supposée devant la résurgence du comportement à plusieurs années d'intervalle » est présente ainsi que la ritualisation de l'agissement, puisque Monsieur Jacques Y. décrit un rituel qui se reproduisait à chaque agression, à savoir emmener la victime dans son véhicule garé dans la cour devant chez lui.

*La thématique* de ses propos est principalement centrée, ainsi que nous venons de l'exposer, sur une vision simpliste et teintée d'affects complexes de ce qui est licite ou non.

Plutôt réticent de prime abord, “je vais devoir encore ressasser mes histoires”, il évoque les faits avec une certaine difficulté, mais ne présente pas de déni.

Puis il parle de son histoire personnelle : abandonné par ses parents à la naissance, “ils m’ont déposé devant la porte de l’hôpital dans un panier avec des légumes”. Il est ensuite recueilli par des soeurs, qui lui donnent deux prénoms, dont le deuxième deviendra son nom de famille. Il vit en famille d’accueil à partir de l’âge de sept jours. Au cours du procès, il apprendra qu’en réalité, il n’avait pas été abandonné devant la porte de l’hôpital, mais que sa mère biologique avait demandé un accouchement sous x. Monsieur Jacques Y. pleure à l’évocation de ces faits. Il parle de son enfance : “à l’école, on m’appelait le boch”.

Il tient un discours convenu avec de multiples généralisations “de nos jours on va en prison pour un oui ou pour un non”, et adopte volontiers une position de victime. Il se dit choqué que le procureur de la République ait demandé 15 ans de réclusion, et trouve cela injuste par rapport à d’autres situations qu’il dit connaître mais n’expose pas.

Enfin, il se valorise, notamment sur son parcours professionnel. Il décrit avec insistance son poste de chef de quai “moi j’ai été chef d’une équipe de 53 gars”.

Il aborde peu sa vie de couple et familiale. Il est difficile lors de cet entretien, d’aborder la question de sa sexualité avec Monsieur Jacques Y.

### **Monsieur Pierre Z.**

- Agé de 26 ans.
- Histoire et antécédents :
  - Pas d’antécédents médicaux, chirurgicaux ni psychiatriques.
  - Pas de comorbidité psychiatrique connue.
  - Traitement médicamenteux actuel et antérieur : aucun.
  - Suivi :
    - par la médecin psychiatre : non.
    - par un(e) psychologue : oui.
    - par l’infirmière psychiatrique : oui.
  - Éléments judiciaires recueillis au cours de l’examen clinique :
    - Monsieur Pierre Z. nous dit être incarcéré depuis mars 2006,
    - pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans.

- Il nous dit qu'il s'agit d'une récidive, alors même qu'il était sous injonction de soins.
    - 1er procès entre 1997 et 2003 (il ne sait plus la date) pour agression sexuelle sur mineur de 15 ans (garçon de 10 ans) : il aurait été condamné à une peine d'incarcération avec sursis, assortie d'une peine de suivi sociojudiciaire avec injonction de soins.
    - Deuxième condamnation en 2003 pour le même motif (garçon de "8-9ans").
    - Troisième condamnation en 2006 pour le même motif (garçon de 7ans) .
  - Il n'est pas jugé au moment de l'entretien (il sera condamné à trois ans de prison ferme en octobre 2006).
- Situation clinique :
- Mode de vie : Monsieur Pierre Z. vit en concubinage. Il travaille en ramassage de volaille. Il a une fille de 5 ans.
  - Histoire personnelle : Monsieur Pierre Z. est le onzième d'une fratrie de 13 enfants, qu'il semble ne pas tous connaître. Il sait dire qu'il a deux soeurs cadettes, deux soeurs puis deux frères aînés, mais ne sait pas pour les autres aînés (garçons-filles et prénoms). Monsieur Pierre Z. est placé en famille d'accueil à l'âge de 9 ans (après 6 mois en foyer DDASS) avec son frère aîné et sa soeur cadette, pour maltraitance. Il a revu ses parents une seule fois, à leur demande, pour une fête de Noël. Il vit en famille d'accueil jusqu'à environ 20 ans.
  - En 1997, il assiste à un procès en tant que victime d'agression sexuelle à l'âge de 16 ans par un professeur.

- Entretien :

*Le recueil sémiologique auprès de Monsieur Pierre Z. objective les éléments suivants :*

Monsieur Pierre Z. accepte de venir nous rencontrer une deuxième fois.

Sa présentation est d'emblée coopérante. Le discours est fluide, il s'exprime facilement sur toutes les questions qui lui sont posées. Il ne semble avoir aucune réticence, et a même une forte demande à l'entretien. Il est déjà informé, par des bruits de couloirs, que ces entretiens ont pour but la création d'un groupe de parole, et ce projet semble le ravir.

Il est bien orienté dans le temps et l'espace, son discours est indemne de toute confusion mentale. Il ne présente pas de trouble mnésique.

On retient comme particularité de ce patient une débilité mentale légère, qui s'origine principalement dans des carences éducatives, pédagogiques et affectives de la petite enfance.

Monsieur Pierre Z. ne présente pas d'éléments dysthymiques.

Monsieur Pierre Z. est indemne de toute symptomatologie anxieuse. Nous ne notons pas d'éléments psychotiques.

Nous n'observons ni symptôme névrotique phobique ni symptôme obsessionnel. Sur le plan intellectuel, c'est un individu fruste, immature qui, s'il sait lire et écrire, ne dispose que d'un vocabulaire limité, et de faibles capacités d'abstraction et de symbolisation.

La notion d'attitudes sexuelles transgressives est récurrente dans son histoire, mais on ne retrouve pas d'élément en faveur d'autres conduites de transgression.

S'il n'y a aucun déni des actes chez ce sujet, on perçoit peu d'éléments d'empathie. On peut se référer à la classification de AUBUT <sup>(6)</sup>, l'item correspondant étant ici « reconnaissance totale, le sujet est conscient que le délit représente le signe d'un dysfonctionnement lié à un ensemble de facteurs internes et externes », en relativisant toutefois cette conscience d'un dysfonctionnement à l'aune d'un déficit intellectuel léger mais certain chez ce patient.

La dimension perverse apparaît chez Monsieur Pierre Z. par une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales. La récurrence des passages à l'acte agressif sexuel qu'il évoque en témoigne. On remarque, si ce n'est une incapacité, au moins une grande difficulté à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions.

L'évaluation des distorsions cognitives en rapport avec la loi, la notion d'interdit est rendu délicate par son faible niveau intellectuel et des capacités de raisonnement limitées. Monsieur Pierre Z. ne semble pas penser que « le sexe entre adulte et enfant aide l'enfant »,

que « le comportement des enfants indique qu'ils désirent des relations sexuelles entre adulte et enfant », que « les adultes peuvent prédire quand le sexe entre adulte et enfant aura des conséquences dommageables pour l'enfant dans le futur », ni que « la sexualité entre adulte et enfant est ou sera acceptable par la société ».

On ne repère pas d'élément de symptomatologie en faveur de trouble des conduites sexuelles, mais la récurrence des condamnations laisse présager d'une problématique sexuelle déviante ancienne chez ce patient. On s'inscrit une nouvelle fois dans les propositions de MCKIBBEN<sup>(70)</sup> : la persistance dans le temps, supposée devant la résurgence du comportement à plusieurs années d'intervalle et l'agissement compulsif (« le client qui laisse entendre qu'il n'a pas pu se retenir était très susceptible de lutter contre des désirs intenses ») sont décrits par Monsieur Pierre Z.

*La thématique* de ses propos est principalement centrée autour de valeurs morales qui semblent floues pour le patient. Il mène ses propos dans une sorte de quête de réassurance, mettant vite à jour une grande immaturité, mais faisant également preuve d'une forte demande de soutien.

Monsieur Pierre Z. se présente très loquace : il est déjà au courant qu'il s'agit de mettre en place un groupe de parole, et aurait même évoqué sa participation au groupe auprès du juge.

Il nous retrace son histoire judiciaire, se souvenant avec difficulté des prénoms de ses victimes. Monsieur Pierre Z. ne se rappelle pas le prénom de la première victime, et met longtemps avant de dire que la deuxième s'appelle J. et la troisième B. Il dit ne pas comprendre le terme « agression sexuelle » :

”- Je ne les ai pas agressés. Pour moi, agresser quelqu'un, c'est quand on le frappe, qu'on le bouscule...

- Quand on est violent avec la victime?

- Oui, c'est ça.

- Et vous ne pensez pas qu'un « attouchement sexuel », pour reprendre vos termes, soit quelque chose de violent pour un enfant de 7 ou 10 ans?

- Ah oui, peut-être”.

Il évoque à maintes reprises sa propre histoire en tant que victime et utilise des termes fournis, dont il est difficile de connaître la sincérité ou l'authenticité. Il verse des larmes

contenues, et fait preuve d'une demande de soins très insistante, "je dois pouvoir vider mon sac".

On note peu d'ébauche de culpabilité réelle, peu d'éléments d'empathie envers la victime. À un moment, il dira : "je leur ai fait du mal, je leur ai fait ce qu'on m'a fait" et ramènera immédiatement le discours à sa propre position de victime.

## **1.2. Analyse des données et références théoriques.**

Les données que nous venons d'exposer, ainsi recueillies cliniquement, doivent maintenant être analysées. Nous allons donc présenter à la suite plusieurs axes de compréhension et d'interprétation de ces informations. Nous cherchons ainsi à répondre à plusieurs questions :

- Peut-on repérer des éléments pathologiques chez les sept sujets que nous avons rencontrés? Et de quelles définitions pathologiques s'agit-il ?
- Y a-t-il une articulation possible entre ces éventuelles définition et des propositions nosographiques ?
- La pathologie ou la nosographie ainsi identifiées proposent-elles une articulation avec des orientations thérapeutiques ?

Nous verrons ainsi que les définitions médicales actuelles sont incomplètes, et s'enrichissent mutuellement, justifiant la pratique d'une analyse multidisciplinaire. Nous confronterons des apports théoriques diverses, et chercherons à en retirer une analyse globale de ces sujets.

Dans un premier temps, nous baserons notre réflexion sur les classifications diagnostiques psychiatriques internationales. Nous verrons comment leurs apports, non négligeables, restent néanmoins insuffisants, tant sur le plan diagnostique que sur la question de l'orientation thérapeutique. Ainsi, si « la nosologie psychiatrique traditionnelle ne recouvre pas la totalité du champ des agresseurs sexuels », nous dit AUBUT <sup>(7)</sup>, signifiant par là que les critères diagnostiques de la pédophilie sont loin d'inclure tous les agresseurs sexuels sur mineurs, nous verrons que la recherche d'une comorbidité psychiatrique doit être la première interrogation à soulever lors de la rencontre avec ces sujets. Et c'est avant tout la notion de

trouble de la personnalité qui mérite d'être développée. Voilà pourquoi nous débuterons notre réflexion par la recherche d'arguments diagnostiques de troubles de la personnalité chez les sept sujets que nous avons évalués, avant de poursuivre par la recherche de troubles des préférences sexuelles. Nous finirons cette analyse psychiatrique par un regard sur les autres comorbidités que les troubles de la personnalité.

Nous enrichirons ensuite cette analyse d'un regard psycho criminologique, puis d'une réflexion psychopathologique.

Nous poursuivrons en questionnant les propositions de classifications concernant les agresseurs sexuels.

Enfin, pour tenter d'appréhender l'ensemble des éléments qui participent à une prise de décision d'indication ou de contre indication thérapeutique, nous consacrerons un chapitre particulier à la question du déni, pour ce que nombre d'auteurs placent cette notion comme préalable à toute prise en charge thérapeutique.

Ce n'est qu'à l'issue de ce long cheminement que nous serons en mesure d'éclaircir la notion de trouble psychopathologique pouvant motiver une proposition thérapeutique pour chacun des sujets que nous avons rencontrés.

### 1.2.1. Analyse multidisciplinaire.

#### *1.2.1.a.Sémiologie psychiatrique.*

##### i Troubles de la personnalité.

À l'instar de la totalité des articles et des ouvrages traitant de la psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles, nous avons constaté que la majorité des détenus que nous avons rencontrés étaient indemnes de pathologie psychotique ou de déficience intellectuelle. Cependant, lors des entretiens de préparation du groupe, il nous est apparu que certains de nos patients, sans présenter de critères diagnostiques psychiatriques stricts pour un trouble des préférences sexuelles, présentaient à tout le moins certains éléments cliniques évocateurs d'un

trouble de la personnalité. Nous avons donc souhaité nous interroger sur ces éléments diagnostiques afin de préciser l'orientation de notre travail, et d'y rechercher des critères d'inclusion ou d'exclusion au groupe de parole pour les patients que nous avons rencontrés.

Distinguons bien ce que disent DSM 4 <sup>(1)</sup> et CIM 10 <sup>(33)</sup> :

- Pour la CIM 10, les troubles des préférences sexuelles sont inscrits parmi les troubles de la personnalité et du comportement. On y trouve aussi les troubles de la personnalité comme les personnalités dyssociales, borderline, paranoïaques, dépendantes...
- Pour la DSM 4, les premiers font partie de l'axe 1, et les seconds de l'axe 2, et ne sont donc pas regroupés dans un même chapitre.

Nous allons donc mener une analyse psychiatrique des données recueillies lors des entretiens d'évaluation, à la lumière des classifications internationales.

### **- Première analyse clinique : Monsieur Albert T., une personnalité dyssociale ? -**

La rencontre avec Monsieur Albert T., incarcéré pour agression sexuelle sur mineur de quinze ans nous a confronté à un patient sthénique, revendicatif, qui comme nous l'avons décrit, parle fort et, dans un long monologue, nous expose un discours défensif et de victimisation. Nous repérons très vite chez ce patient les traits suivants :

- « *Une indifférence froide envers les sentiments d'autrui* », refusant catégoriquement toute tentative d'aborder ses relations à la victime, faisant preuve d'une incapacité totale d'éprouvés empathiques, allant jusqu'au refus de l'évocation des faits pour lesquels il est en attente de jugement.
- « *Un mépris des règles et des contraintes sociales* » ainsi qu'une « *tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société* ». Il évoque la garde-à-vue, explique qu'il "(s'est) fait piéger" par le gendarme.

- « *Une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions* ». Il décrit les relations sexuelles qu'il nous déclare avoir eues avec sa voisine majeure, imputées selon lui par le gendarme sur le procès verbal concernant l'agression sexuelle sur une mineure : "moi je lui demandais rien, je ne voulais pas, mais elle me mettait les bras en l'air et après... je la laissais faire".
- « *Une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence* ». Il nous prend à partie, nous accuse d'être « du côté des juges », utilise un langage grossier, sans toutefois faire preuve d'agressivité physique.

Sans nous permettre de conclure ici à un diagnostic de personnalité, l'examen clinique de Monsieur Albert T. met donc en lumière plusieurs des critères diagnostiques des classifications internationales correspondant à la personnalité dyssociale.

### **- Deuxième analyse clinique : Monsieur Jean U., un trouble limite de la personnalité ? -**

Monsieur Jean U. ne répond que par des phrases très courtes aux questions ouvertes que nous lui proposons, sans pour autant sembler opposant. Il n'y a aucun déni des faits. Assez rapidement, le patient nous raconte son histoire avec force détails, évoquant aussi bien son enfance que les faits pour lesquels il est incarcéré. Nous sommes frappés par la pauvreté du discours en termes de productions imaginatives ou fantasmatiques, et corrélativement, par l'aspect factuel de ses propos, très détaillés, quasiment circonstanciés. Les capacités de symbolisation semblent presque totalement absentes.

Et pourtant nous constatons les vifs éprouvés d'angoisse que présente Monsieur Jean U. lors de ces entretiens, ainsi que des éléments dysthymiques dépressifs très marqués et très labiles. Nous nous interrogeons alors sur la notion d'état limite concernant Monsieur Jean U.

Nous corroborons nos observations avec les éléments diagnostiques des états limites que nous apporte le DSM 4, stipulant que cinq des éléments décrits doivent être présents. Nous retrouvons chez Monsieur Jean U. :

- Un « *mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation* », attitude que l'on peut supposer des quelques éléments qu'il nous livre de son histoire personnelle, mais aussi qu'il reproduit vis à vis des différents thérapeutes qu'il rencontre à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt.
- Une « *perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi* ».
- Probablement, lors des passages à l'acte agressif sexuel une « *impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)* ».
- Une « *instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)* ».
- Des « *sentiments chroniques de vide* ».

Afin d'étayer notre sentiment clinique, il nous semble ici utile de recouper cette analyse avec les propositions de la CIM-10, qui définit la personnalité émotionnellement labile comme un « *trouble de la personnalité caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent très réduites et des éclats de colère peuvent conduire à de la violence ou à des comportements explosifs; ceux-ci sont volontiers déclenchés lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués par autrui* ».

La symptomatologie présentée par Monsieur Jean U. regroupe ainsi une grande instabilité thymique, mais nous ne retrouvons pas d'attitude impulsive, colérique ou violente dans son histoire.

Deux variantes de ce trouble de la personnalité sont spécifiées; toutes deux ont en

commun l'impulsivité et le manque de contrôle de soi, mais c'est le type borderline qui nous semble le mieux correspondre à la symptomatologie que nous observons chez ce patient. Il est ainsi défini : « *Plusieurs des caractéristiques de la personnalité émotionnellement labile sont présentes; de plus, l'image de soi, les objectifs et les préférences personnelles (y compris sexuelles) sont perturbés ou incertains et des sentiments permanents de vide sont habituellement présents. Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit souvent le sujet à des crises émotionnelles et peut être associée à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes auto agressifs (ceux-ci peuvent également survenir sans facteurs déclenchants manifestes)* ».

Cet aspect descriptif de la CIM-10 peut ici être reproduit mot pour mot sans se départir aucunement de nos observations cliniques auprès de monsieur Jean U. Il n'émet aucune critique des actes pour lesquels il est incarcéré, dit qu'il était amoureux de la victime, et ne considère pas les faits comme anormaux. Pour lui, aucune notion d'illégalité et encore moins de gravité n'affecte les faits qui l'ont conduit à être incarcéré.

Sans nous permettre de conclure ici à un diagnostic de personnalité, l'examen clinique de Monsieur Jean U. met donc en lumière plusieurs des critères diagnostiques des classifications internationales correspondant aux états limites.

### **- Troisième analyse clinique : Monsieur Paul V., une personnalité narcissique ? -**

Monsieur Paul V. fait preuve dès le premier entretien d'un débit verbal difficilement tarissable. Assez rapidement, nous nous interrogeons sur un trouble de la personnalité de type narcissique concernant ce patient.

Le DSM 4 définit la personnalité narcissique comme un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie. Cette notion de manque d'empathie est relativement évidente chez Monsieur Paul V. De plus, pour le DSM 4, le patient doit présenter au moins cinq des symptômes suivants:

- « *Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple, il surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport)* » : ce que nous avons identifié chez Monsieur

Paul V.

- « *Il est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal* » : ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il pense être "spécial" et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau* »: ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il a un besoin excessif d'être admiré* »: ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il pense que tout lui est dû: s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits* »: ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il exploite l'autre dans les relations interpersonnelles: utilise autrui pour parvenir à ses propres fins* »: ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il manque d'empathie: n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui* »: ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient* »: ce que nous avons identifié chez Monsieur Paul V.
- « *Il fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains* », que nous n'avons pas retrouvé chez Monsieur Paul V.

Cette analyse nous paraît pouvoir être enrichie au regard des définitions proposées par la CIM-10, qui classe le trouble narcissique dans le groupe "Autres troubles spécifiques", et y détaille les éléments descriptifs suivants :

- « *Surestimation de soi et de ses capacités* » : notre patient nous expose avec de multiples digressions sa facilité à entrer en contact avec les gens qui, dit-il, le

prennent très rapidement en amitié et se livrent à lui. Il nous détaille ses divers intérêts culturels, ses critiques sur les émissions de télévision que regardent ses co-détenus, ses talents de dessinateur, tout en affectant la modestie par de petites phrases qui ponctuent son discours.

- « *Sentiment d'être unique* » : il nous expose “(sa) vision de la vie” “(ses) rapports avec les autres”, parle de ses amis, de ses frères et soeurs. Il nous explique qu’il reconnaît les faits, qu’il s’en veut, qu’il n’aurait jamais dû faire ça, mais qu’il est “à côté de la société”, comme il l’a toujours été, et qu’on ne le comprend pas, que personne ne le comprend.
- « *Besoin d’être reconnu comme exceptionnel* » : on retrouve au deuxième entretien une récurrence des idées sur ses rapports aux autres, qui ne lui prêtent pas la considération qu’il voudrait.
- « *Critique mal vécue* » : cet aspect est déjà apparent dans ce que nous venons de citer, mais il est à noter que le patient évoquera avec le psychologue un éprouvé négatif du premier de nos entretiens, invoquant un sentiment d’avoir été jugé. Le travail en équipe à l’UCSA nous fera proposer l’interprétation selon laquelle, au cours de ce premier entretien, dans un souci d’aborder de façon relativement directe la problématique du déni des patients que nous rencontrions, nous avons dû recentrer à plusieurs reprises le discours de Monsieur Paul V. sur les faits à l’origine de son incarcération. Attitude qui peut-être le mit en porte à faux, et fut ressentie par lui, justement comme une critique.

Sans nous permettre de conclure ici à un diagnostic de personnalité, l’examen clinique de Monsieur Paul V. met donc en lumière plusieurs des critères diagnostiques des classifications internationales correspondant à un trouble narcissique.

#### **- Quatrième analyse clinique : Monsieur François W., une personnalité narcissique -**

Lorsque nous rencontrons Monsieur François W., il se présente d’emblée dans l’opposition, la revendication de sa bonne santé mentale. Il affirme qu’il n’a « rien à voir avec (nous) », puisqu’il a déjà un suivi psychologique.

Les éléments cliniques que nous recueillons lors de cet entretien nous orientent vers l'évocation d'un trouble de la personnalité de type narcissique tel que défini par le DSM 4. On repère les cinq items suivants parmi les neuf items que propose la classification américaine :

- « *Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance : il surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport* ». C'est ainsi que son attitude démonstrative, histrionique, semble traduire chez lui un désir permanent de distraction et de mise en situation où il est au centre de l'attention des autres. Se drapant de sa certitude qu'il va bien, il affirme par une phrase sans appel qu'il « n'a besoin de rien ni de personne ».
- « *Il pense être "spécial" et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau* » : à l'évocation des faits qui lui sont reprochés, il dit sur un ton détaché et souriant qu'il est quelqu'un qui aime faire la fête, faire le clown, et que son geste a été mal traduit par les autres. Les affects sont superficiels et labiles. Il présente un rapport à l'autre basé sur la séduction, cherchant par des sourires, des intonations, à recueillir l'assentiment de ses interlocuteurs
- « *Il exploite l'autre dans les relations interpersonnelles: utilise autrui pour parvenir à ses propres fins* » : Monsieur François W. semble incapable d'éprouver de la culpabilité, et ne paraît pas regretter les faits.
- « *Il manque d'empathie: n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui* » : il refuse d'aborder les faits pour lesquels il est incarcéré, refuse de parler de sa victime, et même de prononcer son prénom.
- « *Il fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains* » : cette attitude méprisante se lit dans le ton qu'il emploie envers nous et un certain maniérisme emprunté, suffisant. Il se montre dans un positionnement de toute puissance, froid, tentant d'impressionner son auditoire par des changements de ton brutaux.

Monsieur François W. nous dit, dès le début de l'entretien, refuser de participer à un groupe de parole, et nous livre peu d'éléments de son histoire. Sans nous permettre de conclure ici à un diagnostic de personnalité, l'examen clinique de Monsieur François W. met cependant en lumière plusieurs des critères diagnostiques des classifications internationales correspondant à un trouble narcissique.

### **- Cinquième analyse clinique : Monsieur Gilles X., un trouble limite de la personnalité ?-**

Monsieur Gilles X. s'exprime avec lenteur, mais néanmoins de façon ouverte et coopérante. Il accepte d'aborder les faits pour lesquels il est incarcéré, témoignant d'une absence de déni ; nous retrouvons de plus dans son discours des éléments pouvant augurer d'un certain niveau d'empathie vis à vis de la victime.

Cependant, son histoire personnelle et une symptomatologie polymorphe nous questionnent sur la notion d'état limite. La classification américaine propose la définition suivante : « *Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes* ». Nous allons rechercher ces éléments dans les données recueillies auprès de ce patient :

- « *Des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés* » : les éléments recueillis ne nous donnent pas d'information sur cet item.
- « *Un mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation* » : les éléments recueillis ne nous donnent pas d'information sur cet item.
- « *Une perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi* » : les vécus d'angoisse exprimés par le patient, anciens, semblent en rapport avec ces notions.

- « *Une impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)* » : nous retrouvons plusieurs éléments dans ce sens, la notion de consommations massives d'alcool à visée anxiolytique, des antécédents connus d'automutilations, et, probablement dans la même dynamique, le passage à l'acte agressif sexuel à l'origine de son incarcération.
- « *La répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations* » : Monsieur Gilles X. a des antécédents d'automutilations en fin d'adolescence.
- « *Une instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)* » : élément clinique corroboré par la description que nous fait le patient de vécus anxieux envahissants, de courte durée, lors desquels il consomme de l'alcool de façon importante à visée anxiolytique.
- « *Des sentiments chroniques de vide* », bien exprimés par Monsieur Gilles X.
- « *Des colères intenses et inappropriées ou une difficulté à contrôler sa colère (par exemple de fréquentes manifestations de mauvaise humeur, une colère constante ou des bagarres répétées)* » : les éléments recueillis ne nous donnent pas d'information sur cet item.
- « *La survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères* » : c'est ce qu'il nous décrit de ses symptômes hallucinatoires auditifs survenus au cours de l'incarcération.

La notion de trouble limite de la personnalité nous paraît ici plus évidente que dans le cas de Monsieur Jean U. et semble moins intriquée avec d'autres orientations diagnostiques. Sans nous permettre de conclure ici à un diagnostic de personnalité, l'examen clinique de Monsieur Gilles X. met cependant en lumière plusieurs des critères diagnostiques des classifications internationales correspondant à un état limite.

\*\*\*

Les entretiens menés auprès de Monsieur Jacques Y. et Monsieur Pierre Z. ne mettent pas en évidence d'éléments évocateurs de troubles de la personnalité.

\*\*\*

### **Conclusion .**

Nous avons donc vu que l'examen clinique psychiatrique des détenus que nous avons rencontrés dans un souci d'évaluation préalable à la création d'un groupe de parole soulève pour certains d'entre eux la question d'un trouble de la personnalité sous-jacent. COUTANCEAU <sup>(39)</sup>, systématisant la notion d'évaluation pluridisciplinaire pour les sujets auteurs d'agressions sexuelles, place en première intention la nécessité d'une évaluation psychiatrique : « Sur le plan psychiatrique, on soulignera que la plupart des problématiques relèvent de troubles de la personnalité (une minorité de cas s'inscrivant dans le cadre de la psychose – héboïdophrène, aménagements paranoïaques ou pervers sur fond d'un axe schizophréniforme). Par ailleurs, le passage à l'acte n'est pas en rapport avec des structures névrotiques. Dans ces troubles de la personnalité, on décrira: des psychopathes, des caractères paranoïaques, des aménagements pervers, des astructurations ».

Le DSM 4 et la CIM-10 proposent ainsi une approche diagnostique quantitative et catégorielle, descriptive. Plusieurs auteurs soulignent les limites de cette approche :

- A propos des états limites CHAINE et GUELFY <sup>(25)</sup> écrivent : « le polymorphisme symptomatique des états limites est tel qu'une évaluation uniquement fondée sur la sémiologie psychiatrique descriptive reste insuffisamment spécifique, exposant le clinicien à un recours en fait trop fréquent à ce type de diagnostic ». Ils proposent ainsi de compléter cette approche formelle par une analyse psychodynamique du fonctionnement mental du sujet, en se basant notamment sur les apports du psychanalyste KERNBERG <sup>(62)</sup>.
- Nous aborderons plus loin la question du « champ pervers » sous un angle psychodynamique. Mais nous voulons ici souligner la question du « champ sémantique pervers » : le terme est en effet absent des classifications internationales.

Mais DUBRET et COUSIN <sup>(45)</sup> notent que, dans la CIM 10, « la dimension perverse se lit dans la description de la personnalité dyssociale, à travers les caractéristiques suivantes : une indifférence froide envers les sentiments d'autrui ; une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales ; une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions ». Et plus loin, ils observent que la dimension perverse est aussi présente dans la DSM 4, dans la description du dysfonctionnement social qui peut s'observer chez certains sujets atteints de paraphilie. Dans la même lignée COUTANCEAU <sup>(38)</sup> écrit : « la confrontation à la clinique des transgresseurs sexuels nous invite en effet à une relecture de la dynamique perverse (...). Au-delà de la classique problématique pulsionnelle (...) est à considérer la problématique narcissique ».

Il apparaît donc que les descriptions internationales, si elles gardent une grande utilité comme langage commun aux intervenants qui prennent en charge cette population, trouvent leur limite devant la notion de polymorphisme clinique, que l'on évoque les états limites en général, ou la définition plus spécifique de la population des agresseurs sexuels. Nous tenions à baser notre travail sur ce référentiel solide afin de viser une plus grande objectivité. Nous préciserons ces notions au décours de l'analyse pluridisciplinaire que nous développerons.

Enfin, nous citerons GARRE <sup>(55)</sup>, dont nous souhaitons prendre en considération les deux remarques suivantes :

- « La recherche et le dépistage d'un trouble de la personnalité doivent faire partie de l'évaluation psychiatrique (en urgence et en liaison), *car* on sait qu'une personnalité pathologique peut être à l'origine de troubles et de désordres, plus ou moins spécifiques, comme des troubles addictifs ou des troubles dépressifs ou un risque suicidaire, vis-à-vis desquels des stratégies thérapeutiques plus ou moins spécifiques peuvent être mises en place. »
- « Il arrive parfois qu'un interne en psychiatrie revienne de ses périples au sein de l'établissement avec des diagnostics de personnalité qui nous paraissent toujours un peu abruptes ou péremptoires : « C'est une personnalité hystérique... une personnalité immature... un obsessionnel typique... ». Je me trouve d'une part,

toujours un peu choqué par la rapidité de telles évaluations à l'emporte-pièce et d'autre part, je suis à peu près convaincu que, même et peut-être a fortiori, si nous nous trouvons parfois devant de véritables caricatures de personnalités, obsessionnelles ou psychopathiques, *nous nous trompons régulièrement*, et que la clinique de la personnalité est toujours et heureusement beaucoup plus complexe que nos évaluations, dont la délicatesse méthodologique est souvent voisine de celle d'un ours. Je veux dire que le propre d'une caricature est précisément d'être dépourvue d'épaisseur et qu'une caricature peut à son tour fonctionner comme un masque, ce qui constitue après tout l'étymologie même des mots ».

Nous entendons dire par là que de notre point de vue comme de celui des références que nous citons, l'évaluation psychiatrique est nécessaire mais :

- D'une part, elle doit être menée avec méthode et circonspection, et nous tenons à témoigner de notre humilité vis-à-vis de ces notions diagnostiques,
- D'autre part, elle n'est pas suffisante pour l'étude de la population que nous avons rencontrée. Ainsi que l'écrit AUBUT <sup>(7)</sup> : « la difficulté n'est pas la caractérisation psychiatrique des agresseurs sexuels mais leur caractérisation en tant qu'agresseurs. (...) la nosologie psychiatrique traditionnelle ne recouvre pas la totalité du champ des agresseurs sexuels et il n'y a pas encore de langage commun au sein de la communauté scientifique pour s'assurer que, lorsqu'on discute d'un pédophile entre intervenants, on sait de quel pédophile il s'agit ».

Ce qui nous amène naturellement à préciser, pour poursuivre l'analyse psychiatrique des données recueillies auprès des détenus que nous avons rencontrés, les notions de troubles des préférences sexuelles et de paraphilie.

ii Troubles des préférences sexuelles et pédophilie.

L'évaluation psychiatrique des sujets auteurs d'agression sexuelle renvoie à la notion de pédophilie, et aux définitions proposées par les classifications internationales pour poser ce diagnostic. Ces définitions, descriptives, et restrictives, sont les suivantes :

- le DSM IV établit une classification des paraphilies : « présence de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles ou de comportements survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins six mois, impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants pré-pubères (âgés de 13 ans ou plus jeunes). Les fantasmes, impulsions sexuelles ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Le sujet est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que la victime. La pédophilie peut être exclusive (attirance exclusive pour les enfants) ou non exclusive (à l'occasion d'un stress ou de la consommation de toxiques). La pédophilie, lorsqu'elle est exclusive, débute en général à l'adolescence. »
- la CIM 10 définit les troubles des préférences sexuelles, parmi lesquels on trouve l'item « pédophilie » : « préférence sexuelle pour les enfants, généralement d'âge pré-pubère ou au début de la puberté. Certains pédophiles sont uniquement attirés par les filles, d'autres uniquement par les garçons, et d'autres encore par les deux sexes. (...) On inclut cependant dans cette catégorie les hommes qui, tout en gardant une préférence pour les partenaires sexuels adultes, se tournent habituellement vers les enfants comme substitut en raison d'une frustration chronique dans leur recherche de contacts appropriés. Les hommes agressant sexuellement leurs propres enfants peuvent agresser aussi d'autres enfants à l'occasion. Dans les deux cas, ce comportement s'apparente à la pédophilie ».

À la différence des définitions proposées pour les diagnostics de troubles de la personnalité, il ne s'agit pas ici que le sujet présente au moins un certain nombre d'items parmi tous les critères proposés, mais qu'il corresponde en tout point à l'ensemble de la définition.

**- Première analyse clinique : Monsieur Albert T. -**

L'exploration des fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, moment difficile de l'entretien, souvent peu informatif, ne nous apporte pas de réponse directe de la part du patient. La structure très défensive de la personnalité de Monsieur Albert T., une certaine psychorigidité, font de cet entretien un monologue très sthénique du patient. Cependant Monsieur Albert T. aborde de lui-même la question de l'acte sexuel: "moi je lui demandais rien, je ne voulais pas, mais elle me mettait les bras en l'air et après... je la laissais faire".

Nous pensons également important de dire ici que ce détenu n'a de cesse, encore à ce jour, de mettre en place, au sein de la maison d'arrêt, des attitudes et des discours qui mettent en scène la sexualité ou la sphère génitale :

- Ainsi, au cours de la mise en place de ce travail, Monsieur Albert T. avait des demandes fréquentes d'entretiens, tant avec la médecin psychiatre qu'avec une infirmière de secteur de psychiatrie, dont la teneur sexuelle devenait presque lubrique, au point qu'il a fini par se voir refuser certains de ces entretiens.
- De même, intervenant en remplacement du médecin généraliste de la maison d'arrêt, j'ai moi-même vu ce patient à trois reprises en six mois, suite à une lésion de la verge : Monsieur T. présentait une plaie du prépuce, parce qu'il avait voulu, dit-il, à l'aide d'un couteau, « enlever un bouton ».

Si ces derniers éléments ne donnent pas d'indication sur des fantaisies imaginatives déviantes, on peut néanmoins raisonnablement supposer que l'activité fantasmatique imaginative du patient est bel et bien active. Le caractère déviant ou non de cette activité fantasmatique reste difficile à préciser ; cependant, la mise en scène qu'en fait le patient dans l'espace proposé par l'unité de consultations médicales en fait au minimum une activité fantasmatique inappropriée.

À l'instar de MCKIBBEN <sup>(70)</sup> nous cherchons d'autres arguments en faveur de cette symptomatologie fantasmatique parmi les antécédents du patient, recherche non informative dans le cas de Monsieur Albert T.

Le reste des items proposés par le DSM 4 ne peut être étayé sur les données recueillies lors de l'évaluation. À tout le moins peut-on envisager qu'il a présenté soit une impulsion sexuelle, soit un comportement sexuel non impulsif en direction de sa victime, âgée de 12 ans, mais nous ne trouvons pas d'argument pour confirmer la durée des faits agressifs sexuels, ni le retentissement sur sa vie psychique, sociale, professionnelle. Le diagnostic de pédophilie ne peut être retenu pour ce patient.

### **- Deuxième analyse clinique : Monsieur Jean U. -**

La recherche d'un trouble des préférences sexuelles concernant Monsieur Jean U. met à jour un certain nombre d'arguments.

La notion de fantaisie imaginative est très fortement suspecte devant la notion de lettres rédigées par Monsieur Jean U. à l'adresse de sa victime, et dont le contenu sexuel est avéré. Au cours de l'entretien, il évoque les rapports sexuels entretenus avec sa victime, qu'il détaille pour prouver l'inexactitude selon lui de la qualification pénale de viol. Ces agressions ne semblent pas survenir dans un contexte d'impulsion, mais plutôt être minutieusement préparé (« un week end en amoureux »). Ces comportements surviennent de façon répétée, de l'aveu même du sujet, tant concernant les faits actuels pour lesquels il est en attente de jugement, que pour ses antécédents criminels. La période requise par le DSM 4 d'au moins six mois ne paraît pas contestable dans le cas de Monsieur Jean U.

On repère chez Monsieur Jean U. une souffrance cliniquement significative, ainsi qu'une altération du fonctionnement social (au travers de la demande de divorce de son épouse) et professionnel (« je n'ai jamais travaillé parce que je n'aime pas qu'on me commande ») mais ces éléments ne nous semblent pas imputables aux fantasmes et comportements sexuels décrits ci-avant. Ils sont plutôt en lien selon nous avec la personnalité limite de Monsieur Jean U., sujet à de grands mouvements dépressifs et anxieux labiles, et à une grande instabilité sociale et affective.

Ceci n'est pas sans lien avec une grande immaturité que nous repérons chez ce patient. Son discours est immature, et semble idéaliser la relation amoureuse entre un adulte et un enfant. Il se dit victime d'une société qui ne comprend pas l'amour qu'il vit avec cette

enfant, et ne comprend pas pourquoi un enfant ne pourrait pas être amoureux d'un adulte. Il ne considère pas qu'un enfant ne soit pas à même de faire un choix amoureux pour un adulte.

Nous retrouvons donc la notion de préférence sexuelle pour les enfants. Il se dit amoureux de sa victime, et se dit aimé d'elle en retour. Il nous parlera également d'une histoire d'amour similaire survenue en 1984, avec une enfant de 4 ans.

Le diagnostic de pédophilie ne peut être retenu pour ce patient.

### **- Troisième analyse clinique : Monsieur Paul V. -**

L'entretien d'évaluation auprès de Monsieur Paul V. présente également des difficultés aux abords de la question de la sexualité. Dans un positionnement narcissique fort, Monsieur Paul V. défend une haute opinion de lui-même, et en veut pour preuve de longues descriptions de ses relations amicales. Nous y décelons une ébauche de déception récurrente et de vie sexuelle insatisfaisante lorsqu'il nous dit que « les gens sont bêtes, moi je suis généreux avec eux, et eux ils finissent toujours par me laisser tomber », et ce alors qu'il nous parle d'une amie à qui il avait proposé d'avoir une relation sexuelle. Il semble que les relations avec des femmes adultes soient difficiles pour lui, et ce dans un contexte de grande immaturité et de difficultés relationnelles chroniques avec les adultes de façon générale.

On relève l'existence d'un scénario assez précis dans le déroulement des faits tels que Monsieur Paul V. nous les rapporte. Il explique en effet avoir préparé le passage à l'acte, s'étant muni de tégesta pour droguer ses victimes. Cette situation recoupe l'énoncé de MCKIBBEN<sup>(70)</sup> concernant la ritualisation de l'agissement, « on a parfois l'impression que le client avait un plan pour s'assurer l'accès à la victime, sa maîtrise sur elle ou, tout simplement, qu'il a suivi un rituel précis pour s'assurer une excitation maximale. Tous ces modèles présupposent une élaboration fantasmatique antécédente au délit ». On peut ainsi supposer l'existence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes.

On note aussi que Monsieur Paul V. nous parle des faits initialement comme concernant « deux femmes », l'une d'une quarantaine d'années, l'autre de 16 ans. Puis il revient sur le sujet quelques minutes après, pour préciser qu'il y avait une troisième victime, âgée de treize ans. Il ne dira rien de plus à ce propos, et ne nous apportera pas d'éléments de

fantaisies imaginatives déviantes ou d'excitation particulière en lien avec cette dernière victime.

Par ailleurs, Monsieur Paul V. dit n'avoir pas d'antécédent judiciaire en rapport avec des faits agressifs sexuels qui pourraient laisser penser qu'il s'agit d'une problématique ancienne.

Le diagnostic de pédophilie ne peut-être retenu pour ce patient.

#### **- Quatrième analyse clinique : Monsieur François W. -**

L'attitude très histrionique à la fois dans la séduction de ses interlocuteurs, et dans la toute puissance agressive, rendent l'entretien totalement inopérant du point de vue de la recherche d'arguments en faveur d'un trouble des conduites sexuelles.

De plus, ni la notion d'antécédents judiciaires analogues, ni celle de scénario, ne viennent à notre secours dans la perspective de cette analyse clinique.

Nous ne pouvons pas rendre de conclusion sur ce patient, dont la problématique majeure nous semble plutôt du côté d'un trouble de la personnalité important.

#### **- Cinquième analyse clinique : Monsieur Gilles X. -**

On identifie chez Monsieur Gilles X. très peu des critères proposés dans la définition des troubles des préférences sexuelles du DSM 4. On ne retrouve pas de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, mais probablement une impulsion sexuelle à l'origine d'un comportement agressif sexuel survenu à deux reprises. La notion d'une durée d'au moins six mois est absente. Les impulsions sexuelles et les comportements sont chez lui à l'origine d'une souffrance cliniquement significative. Cependant les manifestations psychotiques, possiblement dans le cadre d'un trouble limite de la personnalité, ne permettent pas de dire si cette souffrance est réellement en lien avec les faits qui lui sont reprochés.

Il nous semble que Monsieur Gilles X. ne peut être diagnostiqué comme présentant un trouble des préférences sexuelles au sens du DSM 4.

**- Sixième analyse clinique : Monsieur Jacques Y. -**

Monsieur Jacques Y. aborde avec difficulté la question de sa vie sexuelle en général, et celle des faits qui lui sont reprochés en particulier. Il raconte cependant qu'il est resté seul très longtemps, et semble n'avoir eu de relations sexuelles avec des partenaires adultes que rarement et tardivement. Il s'est marié à l'âge de trente deux ans, et ne semble pas avoir de vie sexuelle très satisfaisante avec son épouse.

On repère plusieurs éléments concordants avec la définition du DSM 4 de trouble des préférences sexuelles. La présence de fantasmes imaginatives sexuellement excitantes paraît probable si l'on suit le raisonnement proposé par MCKIBBEN <sup>(70)</sup>. « La persistance dans le temps, supposée devant la résurgence du comportement à plusieurs années d'intervalle » est présente ainsi que la ritualisation de l'agissement, puisque Monsieur Jacques Y. décrit un rituel qui se reproduisait à chaque agression, à savoir emmener la victime dans son véhicule garé dans la cour devant chez lui.

La notion de comportements survenant de façon répétée et intense est manifeste, aussi bien par ce qu'en raconte Monsieur Jacques Y. que par ce qu'il nous livre de ses multiples condamnations pour des faits similaires. Il est incarcéré pour des faits qui se sont déroulés sur plusieurs années. Ses antécédents retrouvent des faits d'agressions sexuelles depuis 1977, dont la gravité semble croître avec le nombre de délits.

Sa vie professionnelle est marquée par un accident de travail puis plusieurs réorientations professionnelles, et ce concomitamment aux faits pour lesquels il est actuellement incarcéré : s'agit-il d'un retentissement de ces agissements sexuels sur sa vie professionnelle ?

Le diagnostic de pédophilie apparaît donc comme envisageable dans la situation de ce patient, mais c'est une fois de plus la notion de retentissement des symptômes exposés sur la vie sociale qui fait défaut et ne permet pas de conclure formellement.

**- Septième analyse clinique : Monsieur Pierre Z. -**

Un certain nombre des éléments de la définition des troubles des préférences sexuelles se retrouve chez Monsieur Pierre Z..

Ce patient présente une histoire clinique qui semble répondre à la notion d'impulsions sexuelles, avec des passages à l'acte récurrents, de gravité croissante, et avec un aspect de pulsion incontrôlable dans la description qu'en fait le patient. Celle de fantasmes imaginatives doit être interrogée dans la perspective de récurrences agressives sexuelles, et la fantasmatisation sexuelle de ce patient paraît, à la suite des propositions théoriques de MCKIBBEN<sup>(70)</sup>, plutôt probablement active.

La durée de ces comportements semble ancienne, puisqu'il a déjà été condamné à deux reprises pour des faits similaires.

Cependant le retentissement sur sa vie psychique, sociale ou professionnelle apparaît négligeable. On note surtout une grande immaturité sur un accès à la symbolique déficitaire dans un contexte cognitif peu propice en raison d'un déficit intellectuel léger.

Le diagnostic de pédophilie ne nous semble donc pas cliniquement justifiable pour ce sujet.

**Conclusion.**

Le diagnostic de pédophilie ne nous semble donc pouvoir être formellement considéré, au regard des critères que proposent les classifications internationales, pour aucun des sept patients que nous avons rencontrés. Nous pouvons remarquer que :

- D'évidence, tous les détenus que nous avons rencontrés étaient incarcérés pour des faits d'agressions sexuelles sur des mineurs.
- Tous les sujets que nous avons rencontrés ne répondent pas aux items proposés par le DSM 4 :

- S'ils présentent tous, de fait, l'un des critères « *présence de fantaisies imaginatives sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles ou de comportements* », « *impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants pré-pubères (âgés de 13 ans ou plus jeunes)* », « *Le sujet est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que la victime* »,
  - Il ne s'agit pas dans tous les cas d'éléments « *survenant de façon répétée et intense, pendant une période d'au moins six mois* », ni « *à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants* ».
- Tous les sujets que nous avons rencontrés ne répondent pas aux items proposés par la CIM -10 :
- On retrouve pour certains d'entre eux les items de la CIM 10 qualifiant la pédophilie, qu'il s'agisse d'« *une préférence sexuelle pour les enfants* » ou d'« *hommes qui, tout en gardant une préférence pour les partenaires sexuels adultes, se tournent habituellement vers les enfants* ».
  - Tandis que d'autres présentent dans leur histoire judiciaire et clinique un seul antécédent d'agression sexuelle sur mineur, sans notion de préférence sexuelle ou de recours habituel à une sexualité dirigée vers des enfants.

Nous proposons le tableau 1 en récapitulatif des critères diagnostiques du DSM 4 présents ou absents pour les sept sujets que nous avons rencontrés. Enfin, « il faut entendre les classifications diagnostiques psychiatriques actuelles comme des descriptions et accepter qu'observer et décrire n'est pas expliquer »<sup>(14)</sup>. Ainsi, ces définitions de la nosologie psychiatrique actuelle restent des repères fondamentaux en tant que socle commun de définition de la population étudiée. Mais, par essence descriptives, elles n'ont pas pour objectif de proposer une articulation avec des orientations thérapeutiques. Nous devons donc poursuivre cette évaluation pluridisciplinaire pour définir les indications de notre travail.



Tableau I : Critères de définitions proposés par l'American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, pour chacun des sept détenus rencontrés pour l'évaluation préalable à la création d'un groupe de parole.

	Fantaisies imaginatives	Impulsions sexuelles	Comportements survenant de façon répétée et intense	Impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfant(s) pré pubères	Responsable d'une souffrance cliniquement significative	D'une altération du fonctionnement social, professionnel	Le sujet est âgé de 16 ans ou plus	Il a au moins cinq ans de plus que sa victime
		Pendant une période d'au moins six mois						
Monsieur Albert T.	Oui	Non	?	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Monsieur Jean U.	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Monsieur Paul V.	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Monsieur François W.	?	?	?	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Monsieur Gilles X.	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Monsieur Jacques Y.	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Monsieur Pierre Z.	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui

### iii Autres comorbidités psychiatriques.

AUBUT <sup>(7)</sup> écrit ainsi : « ce n'est pas tant le diagnostic psychiatrique à proprement parler qui pose problème (concernant les agresseurs sexuels). La majorité des auteurs s'entendent sur les points suivants :

- Tous les agresseurs sexuels ne sont pas nécessairement des paraphiles ou pervers ;
- La majorité des agresseurs sexuels présentent une comorbidité psychopathologique associée à leur problématique de base ;
- Les psychopathologies les plus fréquemment associées sont : abus et dépendance aux substances, troubles de la personnalité, retard mental, atteinte cérébrale organique ».

Nous pouvons donc, à ce stade de notre travail, repérer que :

- Certains des sujets que nous avons évalués présentent de nombreux arguments cliniques en faveur d'un diagnostic de trouble de la personnalité.
- Un seul des sujets rencontrés présente un retard mental léger. Il s'agit de Monsieur Pierre Z.
- Aucun d'entre eux ne présente d'atteinte cérébrale organique.
- L'un d'entre eux présente une symptomatologie psychotique dont il est difficile de préciser l'ancienneté, et donc le lien éventuel avec le passage à l'acte agressif sexuel. Il s'agit de Monsieur X.

Il faut désormais s'attarder sur la question des consommations de substances et des conduites addictives. Il semble tout d'abord, à l'issue des entretiens d'évaluation, qu'aucun des sujets rencontrés ne présente de conduite toxicomanique avec d'autres substances que l'alcool. CIAVALDINI <sup>(28)</sup> précise que « l'alcoolisation est présente dans un tiers des passages à l'acte ». L'évaluation cherche alors à mettre en évidence l'usage d'alcool en lien avec le passage agressif sexuel, question qui est à distinguer de l'identification d'une problématique alcoolique chronique.

L'analyse des données recueillies montre que seulement deux des sujets que nous avons rencontrés ont une consommation inappropriée avouée d'alcool.

Ainsi :

- Monsieur Albert T. dit n'avoir de consommation d'alcool que très occasionnelle.
- Monsieur Jean U. dit ne jamais consommer d'alcool.
- L'histoire de Monsieur Paul V. retrouve l'usage d'alcool tant pour lui-même, que pour ses victimes, « à qui (il a) fait boire de l'alcool » selon ses termes. Sa consommation habituelle d'alcool est par ailleurs difficile à préciser, Monsieur Paul V. ne témoignant pas dans ses propos de mésusage ni de dépendance. Nous serons frappés, au cours des trois entretiens successifs que nous aurons avec lui, du caractère relativement tardif de la révélation qu'il nous fera d'un scénario très précis et préparé de l'agression sexuelle pour laquelle il fut condamné. L'alcool y tient une place centrale, puisqu'il en consommera lui-même pour pouvoir commettre son agression, nous dira-t-il (effet inducteur), et en fera consommer à ses victimes. Nous apprendrons finalement, qu'il avait dissimulé un autre toxique dans l'alcool qu'il avait offert à ses victimes (témesta). Nous ne savons pas si lui-même avait une consommation inadaptée de toxiques autres, notamment psychotropes.
- Monsieur François W. dit n'avoir aucune consommation d'alcool.
- Monsieur Gilles X. pour sa part explique qu'il est sujet à de grandes crises d'angoisse, au cours desquels il fait appel à des consommations massives d'alcool à visée anxiolytique. Il ne déclare cependant pas de lien entre ses passages à l'acte agressifs sexuels et une consommation d'alcool.
- Concernant Monsieur Jacques Y., nous ne pouvons que signaler que nous doutons de sa bonne foi lorsqu'il nous dit ne consommer d'alcool que de façon très occasionnelle. On retrouve quelques stigmates cliniques volontiers imputables à un alcoolisme ancien, tel une couperose, des angiomes stellaires et un hippocratisme digital. Le patient niant tout abus de consommation, nous ne parvenons pas à éclaircir un lien éventuel entre alcoolisation et passage à l'acte agressif sexuel lors de l'entretien avec Monsieur Jacques Y.

- Enfin Monsieur Pierre Z. déclare pour sa part une consommation d'alcool occasionnelle et festive, sans alcoolisation au cours des passages à l'acte agressif sexuel.

Le repérage d'un lien entre alcoolisation et passage à l'acte agressif sexuel, s'il est une donnée non négligeable dans l'évaluation du sujet, n'est cependant pas une composante qui s'articule avec des propositions thérapeutiques spécifiques. Ainsi, si le recueil de ces données ne trouve pas d'implication directe en rapport avec notre objectif, à savoir la recherche d'éléments d'indication ou de contre indication thérapeutique de groupe de parole pour ces sujets, nous reverrons que l'identification de cette problématique reste une information pertinente lors du déroulement du travail psychothérapeutique groupal. La connaissance de ces éléments se révélera en effet fort utile à l'interprétation des réactions et propos des participants au groupe lors de certaines des séances que nous exposerons ultérieurement.

#### *1.2.1.b. Analyse psycho-criminologique.*

Nous avons vu, et nous avons dit déjà à plusieurs reprises, que l'analyse psychiatrique que nous venons de développer était un support nécessaire de l'évaluation médicopsychologique des sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, mais non suffisant. Ainsi, si leur qualité première de référentiel clinique et théorique commun à tous les professionnels est incontournable, leur dimension exclusivement descriptive et diagnostique limitent rapidement leurs champs d'application. Nous avons en effet spécifié qu'aucune des dimensions cliniques de cette analyse psychiatrique ne permettait d'établir un repérage nosographique, ni d'orienter une décision thérapeutique. Enfin, et surtout, nous avons également vu que, même sur le plan diagnostique, elles ne recouvraient pas l'ensemble des organisations psychopathologiques des sujets agresseurs sexuels.

La nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire doit donc ici être réaffirmée, et en premier lieu, c'est l'analyse psycho-criminologique qui va nous permettre d'approfondir notre réflexion. Ainsi, sur le plan psycho-criminologique, l'analyse des données recueillies lors de l'évaluation clinique porte sur les éléments psychologiques en lien avec le passage à l'acte agressif sexuel, que nous répartirons entre les moments pré-délictuel et post-délictuel.

i Les éléments psychologiques pré-délictuels.

Citons COUTANCEAU <sup>(39)</sup> : « Les éléments psychologiques pré-délictuels ou présents au moment du délit sont souvent peu verbalisés dans une évaluation préliminaire (susitant un intérêt un peu plus tard au cours même du processus thérapeutique) ».

**- Monsieur Albert T. -**

Monsieur Albert T. évoque principalement le soir de son interpellation et la garde-à-vue qui a suivi. Son discours est défensif, véhément. C'est la problématique du déni qui occupe la scène clinique : Monsieur Albert T. nie tout acte d'agression sexuelle, il n'évoque pas la victime, et ses propos le rendent victime d'une machination mise en œuvre par le policier qui l'interroge. Il évoque un rapport sexuel, dont il dit avoir parlé le soir de son interpellation, rapport entretenu avec une de ses voisines, majeure. Et dans la narration de ces faits, ainsi projetés par le discours de Monsieur Albert T. hors de la sphère du délit, on en vient même à se demander si Monsieur Albert T. ne cherche pas à faire naître chez ses interlocuteurs une image de lui comme victime, presque victime d'un viol, puisque, dit-il, "moi je lui demandais rien, je ne voulais pas, mais elle me mettait les bras en l'air et après... je la laissais faire".

**- Monsieur Jean U. -**

Monsieur Jean U. pour sa part évoque les faits et ses éprouvés psychologiques sans réticence. Ses propos sont teintés d'affects dépressifs labiles et de vécus anxieux, mais il aborde sa relation avec sa victime avec un champ sémantique amoureux. Il parle de « sentiments », d' « histoire d'amour », et lorsqu'il aborde la question des rapports sexuels avec la victime, dit qu'elle était amoureuse de lui, et consentante. Il ne repère aucune conséquence possible pour la victime, et développe une thématique d'homme meurtri lorsqu'il nous apprend que les faits pour lesquels il est incarcéré ont été aggravés de la qualification de viol. Pour lui, ce n'était pas un viol. Il n'y a selon lui pas eu de pénétration lors de l'acte, puisqu'il n'y a pas eu de pénétration par son sexe. La notion de qualification de viol pour une pénétration de sa victime avec son index est pour lui un abus de la justice. Il se dit enfin soulagé lors d'un entretien ultérieur, d'avoir appris que la qualification de viol avait

été retirée, suite à une confrontation entre lui et la victime. Il dit qu'ils ont pu s'expliquer, qu'elle est revenue sur ses déclarations, qu'elle a enfin dit la vérité. Il y voit la preuve qu'elle est toujours amoureuse de lui.

Il nous semble que nous pouvons lire dans ces entretiens qu'avant le délit, Monsieur Jean U. était dans ce positionnement psychologique qu'il qualifie d'« amoureux », probablement teinté de vécus anxieux et dépressifs inhérents à un probable trouble de la personnalité repéré plus haut.

### **- Monsieur Paul V. -**

Avec Monsieur Paul V., l'évocation de son positionnement psychologique avant les faits est plus floue. Néanmoins, il admet avoir prémédité ses actes, puisqu'il avait convenu d'un rendez-vous avec ses victimes, à leur domicile, le jour de l'agression sexuelle. Il nous dit alors qu'il avait préparé cette agression, se rendant au domicile de ses victimes, chargé d'alcool. Il explique qu'il s'agissait d'en consommer « ensemble », pour ses victimes et pour lui.

Monsieur Paul V. développe la question de ses rapports aux autres, nous dit qu'il est difficile pour lui d'entrer en contact avec les adultes, et a fortiori avec les femmes. L'alcool représente pour lui un facilitateur dans la relation à l'autre. Il dit aussi qu'« avec les petits pioupiou, c'est plus facile de discuter, ils sont plus sincères ». Ce terme « petits pioupiou » est utilisé à tort et à travers par Monsieur Paul V. pour qualifier les enfants.

Nous apprenons, que Monsieur Paul V. avait fait ingérer à ses victimes du temesta dilué dans l'alcool qu'il avait apporté. Il reconnaît la préméditation de son agression. La notion d'un véritable « scénario pervers » nous semble non négligeable.

### **- Monsieur François W. -**

Monsieur François W. refuse catégoriquement d'aborder les faits qui lui sont reprochés.

**- Monsieur Gilles X. -**

Concernant Monsieur Gilles X., la sémiologie psychiatrique anxieuse et dépressive très labile, et l'évocation de moments psychotiques délirants occupent tout le devant de la scène. Nous ne pouvons aborder les affects psychologiques pré-délictuels.

**- Monsieur Jacques Y. -**

Monsieur Jacques Y. évoque les faits, et l'après, mais les renseignements que nous recherchons sur les dispositions psychologiques de l'avant l'acte sont difficiles à aborder. Tout au plus apprenons nous que les actes, qui se sont déroulés avec des jeunes filles de sa famille à plusieurs reprises sur une période de cinq ans, se déroulaient toujours de la même manière, au même endroit. Nous retrouvons donc la notion de scénario pervers.

**- Monsieur Pierre Z. -**

Monsieur Pierre Z. ne nous livre pas d'information sur le moment pré-délictuel. Son discours centré sur son passé de victime, et ses capacités intellectuelles modestes, rendent difficiles l'abord des conditions psychologiques pré délictuelles. Ses capacités d'abstraction semblent suffisamment faibles pour rendre complexe pour ce patient l'élaboration du souvenir d'un état psychologique avant les faits.

ii Les éléments psychologiques post-délictuels.

Citons à nouveau COUTANCEAU<sup>(39)</sup> : « En revanche, le positionnement post-délictuel (avec notamment la plus ou moins grande reconnaissance des actes, la reconnaissance variable de la contrainte, le vécu surmoïque d'après-coup, l'appréhension ou pas du retentissement psychologique pour la victime, le rapport à la loi) est à considérer. Des échelles allant d'une reconnaissance totale à la négation sont particulièrement éclairantes pour les items cités ci-dessus ». Nous allons analyser pour chacun des détenus rencontrés, les différents items ainsi proposés.

**- Monsieur Albert T. -**

Concernant Monsieur Albert T. :

- La reconnaissance des actes est totalement absente, le déni des actes est total, c'est le quatrième niveau de déni tel que AUBUT <sup>(6)</sup> en propose la classification, « négation totale du délit ».
- La reconnaissance de la contrainte est totalement absente. Il décrit ses relations sexuelles avec une femme adulte, et nous affirme que cette description a été imputée par le gendarme à la victime mineure, signe d'une machination à son encontre : "moi je lui demandais rien, je ne voulais pas, mais elle me mettait les bras en l'air et après... je la laissais faire"
- Le vécu surmoïque d'après-coup semble virulent, se manifestant par une position défensive à type d'incorruptibilité de sa personne et d'injustice qui lui est faite.
- Il n'y a pas d'appréhension du retentissement psychologique pour la victime, aucun élément d'empathie n'est perceptible, l'évocation des faits et de la victime étant impossible.
- Le rapport à la loi est inversé : Monsieur Albert T. est dans un positionnement narcissique tout puissant, il est incompris par la société, et victime d'une injustice terrible. La grandeur de sa personne, son intégrité devrait suffire à laver tout soupçon et pourtant la société le condamne.

**- Monsieur Jean U. -**

Concernant Monsieur Jean U. :

- La reconnaissance des actes est, nous l'avons vu, selon la classification de AUBUT <sup>(6)</sup> « reconnaissance partielle niveau 2 : le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère

délictueux ».

- La reconnaissance de la contrainte est totalement absente, puisque Monsieur Jean U. considère qu'il s'agit d'une histoire d'amour, et que sa victime étant amoureuse de lui comme il l'est d'elle, est en droit de décider d'avoir des relations sexuelles avec qui elle veut, et donc avec lui.
- Le vécu surmoïque d'après-coup paraît faible au premier abord. Monsieur Jean U. ne comprend pas ce qu'on lui reproche, considère que la société est injuste, même s'il admet savoir que les actes qui lui sont reprochés sont punis par la loi. Nous reverrons cependant, avec l'analyse psychopathologique, que la personnalité de Monsieur Jean U. est complexe, et que si son discours va parfois dans le sens de vouloir assumer des choix, notamment le choix d'objet pédophile, l'énonciation de la loi et des interdits au sens des tabous protecteurs d'une organisation sociale par nous lors des entretiens est un sujet qui lui pose question et sur lequel il revient à plusieurs reprises. Il nous semble que, dans une dynamique transférentielle, Monsieur Jean U. a pu chercher ici des repères psychologiques stabilisants et rassurants face à sa situation psychologique et judiciaire.
- L'appréhension du retentissement psychologique pour la victime est absente. L'évocation des propos de la victime se borne à la question de qualification de viol ou pas. C'est là simplement, nous semble-t-il, dans une perspective égocentrique de préservation d'une image de soi ainsi que d'un souci de ménagement devant les juges, que Monsieur U. se soucie de ce que peut dire la victime de leurs relations sexuelles.
- Le rapport à la loi est complexe : « la loi dit que ce que j'ai fait est interdit, mais elle ne devrait pas s'occuper de ça ». « C'est une histoire entre (la victime) et moi, une histoire d'amour », « je sais que la société le condamne, je ne comprends pas pourquoi, ça ne regarde personne ». Et pourtant, lorsque nous énonçons des interdits, rappelons la loi, il nous semble que nous éveillons de nombreuses interrogations chez Monsieur Jean U.

**- Monsieur Paul V. -**

Concernant Monsieur Paul V. :

- La reconnaissance des actes correspond au niveau « reconnaissance partielle niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et ou se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récurrence » selon la classification proposée par AUBUT <sup>(6)</sup>.
- La reconnaissance de la contrainte est explicite, puisque Monsieur Paul V. relate lui-même le déroulement de l'agression en disant leur avoir fait sciemment, et à toutes fins utiles, consommer de l'alcool.
- Le vécu surmoïque d'après-coup est falsifié par une position narcissique sous-jacente : « je reconnais avoir commis une agression, je sais que je n'aurais pas dû, que c'est condamnable, mais la société ne me reconnaît pas à ma juste valeur ».
- L'appréhension du retentissement psychologique pour la victime est absente. Aucun élément d'empathie n'est perceptible, l'évocation des faits et de ses victimes provoquant des réactions de déviation du discours sur des souvenirs où il se trouve lui-même en position de victime.
- Le rapport à la loi est ambigu : Monsieur Paul V. dit qu'il est normal qu'il soit incarcéré et condamné, mais estime que la justice devrait prendre en considération sa qualité d'homme d'exception pour modérer la condamnation de ses actes.

**- Monsieur François W. -**

Concernant Monsieur François W. :

- La reconnaissance des actes est ambiguë chez Monsieur François W. : il ne nie pas les faits qui lui sont reprochés, mais il refuse d'aborder le sujet. Nous pourrions considérer qu'il s'agit d'une « négation totale du délit » telle que définie par AUBUT

<sup>(6)</sup> . Le rapport d'expertise psychologique, dont nous trouvons copie dans le dossier médical, mentionne : « avec le visage souriant, un détachement et le ton blagueur, Monsieur François W. nous dit, sans anxiété aucune, qu'il a été accusé d'attouchements sur un garçon. Il ajoute « c'est vrai, je regrette ce geste, je faisais toujours le clown. Il s'agit du fils d'une de mes amies » ». Nous nous posons la question d'un niveau de reconnaissance des faits « reconnaissance partielle niveau 2 » ( le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux ), ou « reconnaissance partielle niveau 1 » ( le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et ou se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive ). Nous n'avons pas d'élément pour préciser cette question.

- La reconnaissance de la contrainte est totalement éludée.
- Le vécu surmoïque d'après-coup est totalement absent.
- Il n'y a aucune appréhension du retentissement psychologique pour la victime.
- Le rapport à la loi est absent, Monsieur François W. présente un trouble narcissique majeur : il est au-dessus des lois, il n'a aucun problème.

### **- Monsieur Gilles X. -**

Concernant Monsieur Gilles X. :

- La reconnaissance des actes est totale, selon la classification proposée par AUBUT <sup>(6)</sup> . On ne retrouve pas de déni des faits pour lesquels il est incarcéré, mais l'évocation de son histoire est rendue difficile par le cortège des symptômes sus-cités.
- La reconnaissance de la contrainte n'a pas pu être explorée en raison des symptômes anxio-dépressifs et psychotiques qui occupent l'espace clinique.

- Le vécu surmoïque d'après-coup, est intense, Monsieur Gilles X. manifeste une grande culpabilité en rapport avec les faits qui lui sont reprochés.
- L'appréhension du retentissement psychologique pour la victime n'a pu être explorée.
- Le rapport à la loi est difficile à évaluer. Monsieur Gilles X. admet que son incarcération est justifiée.

### **- Monsieur Jacques Y. -**

Concernant Monsieur Jacques Y. :

- La reconnaissance des actes correspond au niveau « reconnaissance partielle niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et ou se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive », tel que décrit par AUBUT <sup>(6)</sup>.
- La reconnaissance de la contrainte exercée n'est pas évoquée par Monsieur Jacques Y. qui refuse de parler de ses victimes.
- Le vécu surmoïque d'après-coup est faible, le patient n'exprime pas de culpabilité.
- L'appréhension du retentissement psychologique pour la victime est nulle, Monsieur Jacques Y. refuse de parler des victimes.
- Le rapport à la loi est inversé : Monsieur Jacques Y., tout en reconnaissant qu'il est coupable des actes qui lui sont reprochés, considère que la loi est sévère contre lui et dans les affaires similaires à la sienne, et tient pour « plus graves » des affaires de vol ou d'escroquerie. Il présente une conscience morale simpliste, sans nuances, et expose une vision légaliste de ses rapports aux autres et à la société en général. « On a le droit / on n'a pas le droit de » sont ainsi des expressions courantes de son discours.

**- Monsieur Pierre Z. -**

Concernant Monsieur Pierre Z. :

- La reconnaissance des actes correspond au niveau « reconnaissance totale, le sujet est conscient que le délit représente le signe d'un dysfonctionnement lié à un ensemble de facteurs internes et externes », en relativisant toutefois cette conscience d'un dysfonctionnement à l'aune d'un déficit intellectuel léger mais certain chez ce patient.
- La reconnaissance de la contrainte exercée paraît absente.
- Le vécu surmoïque d'après-coup est bien présent, mais paraît faible en raison d'une incapacité cognitive à juger des conséquences de ses actes. Le patient nous expose cependant une culpabilité qui semble sincère, bien que dans un vécu affectif faible.
- L'appréhension du retentissement psychologique pour la victime est réelle, mais une fois encore, limitée par des capacités d'abstraction faibles.
- Le rapport à la loi est exprimé sous une forme infantile, comme une « peur de se faire gronder », sans vécu affectif anxieux ni dépressif, mais avec de réelles interrogations de la part du patient en termes de demande d'aide à la prévention de la récurrence et à la compréhension de ses actes.

iii Le rapport à la situation et l'analyse du mode opératoire

L'analyse psycho-criminologique doit être complétée par l'étude du rapport à la situation (situation s'installant d'elle-même ou situation établie stratégiquement) :

- Monsieur Albert T. : nous n'avons pas d'éléments pour apporter ici cette précision.
- Monsieur Jean U. : la situation a été établie stratégiquement par Monsieur Jean U., qui a pris soin dans un premier temps de sympathiser avec les parents de la victime.

Il s'est ensuite proposé pour des tâches ménagères, et s'est vu confier les clefs du domicile familial, venant faire des lessives pour rendre service à la famille de sa victime. Dans un troisième temps, il s'est proposé pour la garde des enfants, et a trouvé alors l'opportunité d'un passage à l'acte agressif sexuel.

- Monsieur Paul V. : là aussi, la situation a été établie stratégiquement par Monsieur Paul V., qui avait pris rendez vous chez ses victimes pour la soirée du passage à l'acte agressif sexuel et avait apporté alcool et benzodiazépines.
- Monsieur François W. : nous n'avons pas d'éléments pour apporter ici cette précision.
- Monsieur Gilles X. : il semble que Monsieur Gilles X. soit plutôt dans la situation d'un passage à l'acte impulsif dans le cadre d'un exercice professionnel en tant qu'animateur auprès de jeunes enfants. Il n'y aurait pas eu d'organisation des événements de sa part, mais plutôt déclenchement soudain à la faveur d'une proximité physique avec ses victimes au moment de la sieste des enfants.
- Monsieur Jacques Y. semble plutôt se trouver dans le cadre d'une élaboration stratégique du passage à l'acte agressif sexuel. Il lui fallait en effet déjouer la surveillance de la mère de ses victimes lorsque celle-ci se trouvait en visite chez lui et son épouse, et la répétition d'un rituel immuable (agressions sexuelles dans le véhicule de Monsieur Jacques Y.) plaide en faveur de cette hypothèse de « préméditation ».
- Monsieur Pierre Z. enfin, se trouve dans la situation de passages à l'acte agressifs sexuels impulsifs, répétés, de gravité croissante, à la faveur de circonstances non préméditées.

L'analyse du mode opératoire (agression physique, menaces proférées, pression, manipulation) vient terminer cette analyse psycho-criminologique :

- Monsieur Albert T. : nous n'avons pas d'éléments pour apporter ici cette précision.

- Monsieur Jean U. : le rapport d'expertise psychologique que nous montre le patient lui-même, relate des manœuvres mises en place par Monsieur Jean U. auprès de sa victime pour l'intimider, faire pression sur elle, par la manipulation d'affects de culpabilité et de peur (« si tu m'aimes, tu ne dois rien dire », « tes parents seraient fâchés contre toi »).
- Monsieur Paul V. : la mise en place du scénario de Monsieur Paul V. fait appel à l'usage de toxiques pour manipuler ses victimes.
- Monsieur François W. : nous n'avons pas d'éléments pour apporter ici cette précision.
- Monsieur Gilles X. : il n'y a pas eu d'agression physique de la part de Monsieur Gilles X. pour le passage à l'acte, mais l'utilisation de propos manipulateurs et menaçants.
- Monsieur Jacques Y. : comme pour Monsieur Gilles X., c'est l'usage de propos manipulateurs et de menaces qui a permis à Monsieur Jacques Y. de passer à l'acte agressif sexuel à de nombreuses reprises et sur une longue période.
- Monsieur Pierre Z. : nous n'avons pas d'éléments pour apporter ici cette précision.

#### iv Synthèse de l'analyse psycho-criminologique.

COUTANCEAU <sup>(40)</sup> écrit que ce recueil de données et l'analyse psycho-criminologique que l'on peut en faire permettent de mettre à jour « une tonalité dans le rapport même du sujet aux faits qui lui sont reprochés, avec des profils tantôt immaturo-névrotiques, tantôt immaturo-égocentriques, tantôt immaturo-pervers ». Cet auteur revient ainsi à de nombreuses reprises sur cette notion : « ces trois tonalités, nous dit-il, ne sont pas à situer comme des repères psychopathologiques de la personnalité de base, mais comme des sensibilités dans la manière dont la personnalité réagit à l'interpellation sociale. Ce qui est intéressant de façon pragmatique, c'est qu'elles orientent vers des formes de prise en charge différentes, et qu'elles suscitent des réactions contre-transférentielles également différentes ».

Si c'est bien cet aspect de la proposition de COUTANCEAU qui attire notre attention, nous souhaitons néanmoins questionner la notion d' « immaturité ». Cet auteur propose ainsi une classification clinique qui sous-entend que tout agresseur sexuel est immature. Que faut-il comprendre sous ce terme ? Selon COUTANCEAU <sup>(39)</sup>, la confrontation clinique avec les sujets agresseurs sexuels dévoile une problématique « mi-immature, mi-pervers », et « nous invite à une relecture de la dynamique perverse ». « Au-delà de la classique problématique pulsionnelle (...) est à considérer la problématique narcissique ». Puis il ajoute : « en même temps, ce qui frappe, c'est l'immaturation. La relation d'objet demeure sous le primat de l'archaïque, du primaire, de l'emprise ; avec un insuffisant développement d'une intersubjectivité secondarisée, dialectisée (insuffisante différenciation en quelque sorte), et ce du fait d'un moi demeurant fragile et infantile ».

Faut-il entendre alors que le fonctionnement mental ou psychique de tout sujet agresseur sexuel s'actualise, pour reprendre les termes de cet auteur, dans un rapport infantile à l'autre ? De notre point de vue, et eu égard aux références théoriques sur lesquelles nous nous appuyons, il paraît effectivement très fréquent de repérer chez les sujets agresseurs sexuels une problématique narcissique primaire. Nous reviendrons longuement sur cet aspect dans le chapitre analyse psychopathologique. Mais nous manquons de précisions de la part de l'auteur pour appréhender la notion d'immaturité chez ces sujets, qui semble recouvrir pour cet auteur toute la dimension relationnelle de leur psychisme.

Ainsi, étant donné la grande expertise de COUTANCEAU dans ce domaine, et l'aspect très concret de cette proposition, nous proposons d'analyser, sur le plan psychocriminologique, les sujets que nous avons rencontrés dans cette perspective, tout en gardant à l'esprit qu'il ne s'agit que d'un élément de notre recherche parmi d'autres quant à la question de l'indication thérapeutique.

Monsieur Albert T. doit être alors, selon nous, rangé du côté des profils « immaturo-pervers ».

À propos de Monsieur Jean U., nous oscillons entre un profil « immaturo-égocentrique » et un profil « immaturo-pervers ».

Monsieur Paul V. nous semble relever de l'intitulé d' « immaturo-égocentrique ».

Monsieur François W. est à classer du côté des profils « immaturo-pervers ».

Monsieur Gilles X. se place nous semble-t-il dans la catégorie « immaturo-névrotique », mais notre analyse comporte des déhiscences et des incertitudes relatives à un tableau sémiologique psychiatrique sous jacent.

Monsieur Jacques Y. répond à l'intitulé d' « immaturo-égocentrique ».

Monsieur Pierre Z. nous semble également concerné par le profil « immaturo-égocentrique ».

Nous reverrons au chapitre indications et contre-indications thérapeutiques, l'articulation que COUTANCEAU propose, à partir de cette analyse, avec des orientations thérapeutiques assez précises.

Tableau II : Caractéristiques et profils psycho criminologiques des détenus évalués.

Monsieur Pierre Z.	Reconnaissance totale	Absente	Présent, mais paraît faible	réelle, limitée par des capacités d'abstraction faibles	exprimé sous une forme infantile, comme une « peur de se faire gronder », sans vécu affectif anxieux ni dépressif	immatur-égocentrique
Monsieur Jacques Y.	Reconnaissance partielle niveau 1	Éludée	Faible	Faible	Inversé conscience morale simpliste, vision légaliste de ses rapports aux autres et à la société	immatur-égocentrique
Monsieur Gilles X.	Reconnaissance totale	?	Intense	?	Monsieur X. admet que son incarcération est justifiée	Immatur neurotique
Monsieur François W.	Négation totale du délit	Éludée	Absent	Absent	Absent, trouble narcissique majeur : il est au-dessus des lois, il n'a aucun problème	immatur-pervers
Monsieur Paul V.	Reconnaissance partielle niveau 1	Explicite	Falsifié par une position narcissique sous-jacente	Absente	La justice devrait prendre en considération sa qualité d'homme d'exception pour modérer la condamnation de ses actes, qui est justifiée.	immatur-égocentrique
Monsieur Jean U.	Reconnaissance partielle niveau 2	Absente	Faible	Absente	« je sais que la société le condamne, je ne comprends pas pourquoi, ça ne regarde personne »	immatur-égocentrique
Monsieur Albert T.	Négation totale du délit	Absente	Position défensive à thème d'incorruptibilité de sa personne et d'injustice	Absente	Positionnement narcissique tout puissant, il est incompris par la société, et victime d'une injustice terrible	Immatur-pervers.
	Reconnaissance des faits	Reconnaissance de la contrainte exercée sur la victime	Vécu surmoïque d'après-coup	Appréhension du retentissement psychologique sur la victime	Rapport à la loi	Profil psychocriminologique

### *1.2.1.c. Analyse psychopathologique.*

Pour poursuivre cette analyse pluridisciplinaire, nous en venons à l'analyse psychopathologique. C'est une question complexe, qui dépend du référentiel théorique que l'on adopte pour la mener. De notre point de vue, l'intérêt du développement d'une analyse psychopathologique dans cette thèse se situe à deux niveaux :

- Comme pour les autres points de l'analyse que nous exposons dans cette partie, nous y rechercherons des arguments en termes d'indications et/ou de contre-indications à la thérapie de groupe.
- Mais nous y voyons également un intérêt en termes d'analyse d'un certain nombre d'éléments cliniques pouvant éclairer le déroulement ultérieur du groupe thérapeutique.

Bien des aspects de l'analyse psychopathologique que l'on peut vouloir élaborer à propos d'un sujet que l'on voit en entretien n'émergent qu'avec le temps, celui du suivi en psychothérapie de soutien. Vous remarquerez ainsi que certaines questions ne seront que rarement renseignées pour les sujets que nous avons rencontrés, ou bien assez peu développées. C'est que dans le cadre de notre travail, le temps, compté comme il l'est bien souvent, nous manquât pour explorer avec le sujet ces aspects de sa vie et de son histoire. De plus, fort utiles pour une évaluation longitudinale, nous répétons ici qu'il s'agissait pour nous de mettre à jour des éléments pertinents pour la mise en place d'un groupe de parole. Ainsi nous avons jugé que ces éléments n'intervenaient pas au premier plan dans notre démarche : c'est la raison pour laquelle nous fûmes moins complet à leur propos

Ainsi, après avoir vu en quoi l'apport cognitiviste et comportementaliste peut étayer notre analyse, nous exposerons pour chaque patient l'analyse des éléments biographiques utiles à notre développement, avant de proposer nos interrogations psychopathologiques sous un angle psycho dynamique.

i Apports des théories cognitivistes et comportementalistes.

➤ **L'évaluation des distorsions cognitives**

Parmi les critères d'évaluation psychologique des sujets agresseurs sexuels sur mineurs, les dimensions cognitives, affectives et comportementales prennent une place prépondérante. Les cliniciens, chercheurs et auteurs anglo-saxons orientent de plus en plus l'analyse de la personnalité des agresseurs sexuels qu'ils prennent en charge vers les thérapies cognitivo comportementales, et les études dans cette direction sont nombreuses.

Les modalités d'études de ces paramètres s'inscrivent dans le cadre de recherches en psychologie, et l'évaluation passe alors par l'utilisation de questionnaires précis, directifs, dans lesquels un certain nombre de questions sont posées, la plupart du temps fermées. Le recueil des données aboutit à des résultats qui sont cotés, et censés proposer des critères quantifiables des dimensions cognitives, affectives et comportementales de la personnalité du sujet. Comme nous l'avons dit, nous n'avons pas souhaité nous inscrire dans ce référentiel, et n'avons pas utilisé de questionnaire d'évaluation.

Nous avons vu, dans le chapitre « méthodologie » puis dans le recueil de données, la difficulté qui entoure la question de l'évaluation des distorsions cognitives. C'est l'absence d'articulation entre l'évaluation des distorsions cognitives par la méthode des questionnaires et une orientation thérapeutique, qui nous a conduit à ne proposer ici qu'un abord clinique de ces questions.

Nous avons ainsi intégré dans le chapitre « recueil de données » les éléments que nous avons pensé pouvoir repérer à ce propos, sur la base des items proposés par l'Abel and Becker Cognitions Scale. Nous souhaitons néanmoins exposer ici les travaux de PROULX<sup>(82)</sup> qui, dans l'ouvrage L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels, propose un modèle catégoriel d'analyse du lien entre trouble de la personnalité et modus operandi de l'agresseur sexuel. L'auteur expose ainsi un ensemble de recherches étudiant la relation entre trouble de la personnalité et modus operandi des agresseurs sexuels.

Les paramètres étudiés sont ceux de troubles de la personnalité, tels qu'énoncés dans le modèle proposé par Million. Ce dernier considère qu'un trouble de la personnalité est « un mode relationnel habituel inapproprié et rigide qui engendre des conflits interpersonnels et/ou une détresse psychologique ». Ainsi, si l'agression sexuelle est considérée comme une forme de rapport interpersonnel et que la nature du trouble de la personnalité détermine les caractéristiques de ce type de rapport alors, nous dit PROULX, la nature du trouble de la personnalité détermine, pour une part du moins, le scénario de l'agression sexuelle.

L'agression sexuelle serait ainsi un prolongement ou une compensation, dans le champ de la sexualité, du mode relationnel habituel associé à un profil de trouble de la personnalité, dans ses dimensions cognitives, affectives et comportementales.

Chez les agresseurs sexuels sur mineurs extra familiaux, PROULX <sup>(80)</sup> propose alors, à partir d'une étude menée avec le MCMI-I, trois types de scénarii délictuels, en lien avec certains troubles de la personnalité tels que définis par MILLION.

- L'agresseur homosexuel non familial présente un trouble de la personnalité dépendante, évitante et schizoïde :
  - Sur le plan cognitif : il se considère comme inférieur à autrui, et croit que les adultes qu'il côtoie le rejettent.
  - Dans le champ affectif, il en retire des sentiments de souffrance, de solitude, de dépression, d'humiliation et de rage, qui restent inexprimés. Il se trouve ainsi dans une position de retrait par rapport aux adultes et investit émotionnellement et sexuellement des garçons pré pubères (fantaisies sexuelles de nature pédophile, usage de pornographie infantile).
  - Sur le plan comportemental, le scénario délictuel est ainsi :
    - Prémédité.
    - La victime est non familière avec l'agresseur.
    - La stratégie pour amorcer le délit est non coercitive.

- L'agresseur hétérosexuel non familial présente un trouble de la personnalité évitante et dépendante :
  - Sur le plan cognitif : il se juge inférieur aux autres et pense que les adultes qu'il côtoie le rejettent.
  - Dans le champ affectif, il en retire des sentiments de solitude, de dépression, et d'humiliation, qui restent inexprimés. Il ne renonce pas à la satisfaction de ses besoins émotifs et sexuels avec les femmes adultes, cependant ses sentiments négatifs sont intenses, et il cherche alors un exutoire.
  - Sur le plan comportemental, le scénario délictuel est ainsi :
    - Prémédité.
    - La victime est non familière avec l'agresseur.
    - La stratégie pour amorcer le délit est coercitive.
    - La pénétration de la victime est peu fréquente.
    - Le délit représente pour l'agresseur un moyen d'exprimer son sentiment d'humiliation avec une personne de sexe féminin qui n'est pas encore en mesure d'évaluer sa compétence sexuelle ni de le rejeter.
  
- L'agresseur hétérosexuel familial présente un trouble de la personnalité dépendante et narcissique :
  - Sur le plan des cognitions, il se croit supérieur à autrui, et considère que les autres doivent répondre à ses besoins.
  - Dans le champ affectif, il éprouve alors de la colère lorsque les autres ne répondent pas à ses attentes, et se sent en droit d'utiliser la force pour arriver à ses fins.
  - Sur le plan comportemental, le scénario délictuel est ainsi :
    - Non prémédité.
    - La stratégie pour amorcer le délit est coercitive.
    - Il y a pénétration de la victime.

Nous nous trouvons pour notre part en difficulté pour appuyer notre analyse sur ces propositions, et ce pour les raisons suivantes :

- Le terme de familial n'est pas explicité dans cette étude, ce qui nous confronte à la question de savoir, par exemple, si concernant Monsieur Gilles X., qui a agressé sexuellement une petite fille dans le cadre de son activité d'animateur, la relation doit être qualifiée de familière entre l'agresseur et sa victime.
- Monsieur Paul V. correspond selon nous à la catégorie des agresseurs hétérosexuels familiaux : et pourtant, la préméditation de son agression ne fait aucun doute.
- La nosographie ainsi développée ne propose pas d'articulation avec une orientation thérapeutique.

De plus PROULX lui-même apporte des éléments de critique qui relativise la portée de ces propositions. Il souligne ainsi que les liens entre les troubles de la personnalité et les caractéristiques du processus du passage à l'acte ne sont pas d'une stabilité absolue. « En effet, dit-il, certaines discordances peuvent être relevées entre un cas spécifique et un prototype créé d'après une analyse typologique, puisque l'ensemble des caractéristiques d'un prototype d'agresseur ne se retrouve pas chez tous les agresseurs de ce type ». Et il ajoute : « à chaque étape du processus délictuel, l'agresseur peut se poser une série de questions concernant les risques qu'il encourt, questions qui pourront l'amener à modifier le déroulement du délit ». PROULX évoque également l'intervention de facteurs situationnels, tel le non-accès à une victime préférée. Et de conclure : « ces diverses considérations sur les liens entre la nature des troubles de la personnalité et les scénarios délictuels démontrent la complexité de ces rapports, mais également les limites d'une approche classique d'évaluation de la validité discriminante du MCMI-I avec les agresseurs sexuels ».

Cependant, il nous semble intéressant de mentionner ces travaux, pour ce que certains des sujets que nous avons rencontrés présentent effectivement des arguments cliniques pour certains troubles de la personnalité, et que l'évocation du *modus operandi* confronte conformément aux propositions de PROULX. On peut alors remarquer que des troubles cognitifs sont en partie cliniquement identifiables chez ces sujets, et ainsi développer le travail au sein du groupe thérapeutique vers un abord de ces déficits cognitifs.

Le tableau III, page suivante, est une tentative de clarification synthétique du croisement entre nos observations cliniques et les propositions du modèle de PROULX. Nous ne pensons pas pouvoir préciser ici les catégories auxquelles référer Messieurs T et X, dont le caractère familier à la victime nous est impossible à préciser de façon suffisamment rigoureuse.

L'intérêt de prendre en considération ces éléments réside selon nous dans les propositions thérapeutiques que l'on peut dégager de cette analyse. Le travail en groupe de parole permettra en effet d'aborder les problématiques de ces sujets au niveau relationnel, de tenter de rectifier d'éventuelles croyances erronées quant à la position de ces sujets vis-à-vis des adultes, et de proposer aux participants d'élaborer une mise en mots plutôt qu'une mise en acte de leurs affects, parmi lesquelles pourraient figurer des affects inadaptés de colère.

Tableau III : modèle cognitivo-comportemental catégoriel d'analyse du lien entre trouble de la personnalité et modus operandi de l'agresseur sexuel et articulation avec des implications thérapeutiques pour les détenus évalués.

Agresseur sexuel	Monsieur	Distorsions cognitives	Champ affectif	Scénario délictuel (aspect comportemental)	Implications thérapeutiques
Homosexuel non familial	W Z	Se considère comme inférieur à autrui  Croit que les adultes qu'il côtoie le rejettent.	Position de retrait par rapport aux adultes  Investit émotionnellement et sexuellement des garçons pré pubères	Prémédité  Stratégie non coercitive	Aspect relationnel avec les adultes  Croyances erronées quant à sa position vis-à-vis des adultes
Hétérosexuel non familial					
Hétérosexuel familial	U V Y	Se croit supérieur à autrui  Considère que les autres doivent répondre à ses besoins	Éprouve de la colère lorsque les autres ne répondent pas à ses attentes  se sent en droit d'utiliser la force pour arriver à ses fins	Non prémédité  Stratégie coercitive	Affects inadaptés de colère  Relation d'emprise à autrui

### ➤ Analyse dimensionnelle des troubles de la personnalité

Dans L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels, PROULX<sup>(82)</sup> expose la notion d'analyse dimensionnelle des troubles de la personnalité. Une conception catégorielle de la personnalité, telle que nous venons de l'apercevoir avec le modèle de MILLION, estime que chacun des troubles de la personnalité constitue une catégorie distincte des autres. Dans une approche dimensionnelle, on décrira l'individu selon des dimensions, des traits de sa personnalité. Ceux-ci sont variables en intensité, et sont déterminés par des analyses statistiques. PROULX expose à la suite plusieurs instruments psychométriques élaborés aux fins d'évaluer les traits de personnalité, mais conclut finalement qu'« aucune de ces recherches n'établit de lien entre les scores obtenus avec les tests et le modus operandi des agresseurs sexuels ».

## ➤ **Le modèle de la chaîne délictuelle de PITHERS.**

Il s'agit ici d'un autre modèle cognitiviste qui vise à expliquer la relation qui peut exister entre la notion de préférence sexuelle pédophile et son actualisation dans un passage à l'acte, questionnement très proche de celui de PROULX quant au lien entre trouble de la personnalité dans une analyse catégorielle, *modus operandi* de l'agresseur, et déterminants du passage à l'acte.

À toutes fins utiles, nous citerons de nouveau PROULX <sup>(81)</sup> qui, synthétisant les premiers travaux des comportementalistes sur la question des agresseurs sexuels, et prenant en considération notamment le modèle multifactoriel de MARSHALL, EARLS, SEGAL et DARKE (1983), définit la pédophilie comme un comportement acquis par conditionnement classique. Il ne s'agit pas pour nous de détailler ici ces théories, et nous ne retiendrons donc que cette notion prévalente à la compréhension des modèles cognitivistes : les comportements sexuels déviants et non-déviants sont des comportements acquis. Et cette acquisition dépend de divers mécanismes (conditionnement répondant, opérant, apprentissage par observation).

PITHERS <sup>(77)</sup> s'interroge alors sur ce qui peut expliquer, lorsqu'un tel trouble des préférences sexuelles a été acquis par un sujet, que celui-ci va passer à l'acte agressif sexuel. Il propose le modèle de la chaîne délictuelle, considérant que l'agression sexuelle d'un enfant est l'aboutissement d'une chaîne d'événements, de pensées, d'émotions et de comportements spécifiques à l'auteur de l'agression, et répétitifs d'un passage à l'acte à l'autre. Le concept de la chaîne délictuelle permet ainsi d'analyser la séquence qui va venir réactiver les apprentissages déviants pour aboutir à l'agression sexuelle d'un enfant. Il s'agit donc d'une proposition théorique qui prend en compte à la fois l'aspect dynamique de l'agression sexuelle, par le repérage des événements de vie récents, et porte un regard criminologique sur le sujet, en s'intéressant aux précurseurs du passage à l'acte à court et moyen terme.

L'intérêt pour nous d'exposer ici toutes ces données ne réside pas tant dans le modèle de PITHERS lui-même, dont les propositions sont finalement, à la différence des travaux de PROULX et MILLION, relativement peu exploitables en tant que telles dans notre démarche thérapeutique groupale, que dans l'exploitation qui fut faite de ces données par une équipe de La Garenne Colombe pour un travail thérapeutique groupal. En effet, SMITH et PETIBON

<sup>(87)</sup> développent ce modèle nord américain, « pour ensuite en tirer une adaptation française davantage compatible avec la mentalité latine qui caractérise dans notre pays tant les patients que les thérapeutes, plus proche de la psychanalyse ».

Nous souhaitons donc développer ces éléments, afin d'étayer notre propre démarche sur celle de ces auteurs. À l'instar de SMITH et PETIBON, nous avons mis en place un groupe de parole à partir d'une médiation (« le qu'en dit-on »), support utilisable dans un référentiel théorique cognitiviste, celui des distorsions cognitives, mais aussi dans une application psycho dynamique. Nous reviendrons ultérieurement sur l'expérience de La Garenne Colombe.

ii Apports théoriques pour une analyse psychopathologique dans une perspective psychodynamique.

Il nous faut préciser qu'autant nous avons jusqu'à présent voulu présenter une palette large et ouverte de propositions théoriques dans les grands référentiels actuels, principalement psychiatrique, mais aussi cognitiviste, comportementaliste, psychanalytique, autant l'abord d'une réflexion autour d'une analyse psychopathologique nous motive, à ce stade de notre réflexion, à nous positionner clairement sous l'angle psycho dynamique. À l'instar de BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup>, nous estimons que les propositions cognitivo-comportementales, fondées « sur l'utilisation d'outils plus quantifiables (tests, questionnaires, statistiques) conduisent inévitablement à un appauvrissement d'informations ».

L'étude de la délinquance sexuelle sous un angle psychanalytique est récente. Et, ainsi que l'écrit COUTANCEAU, « il s'agit de situer une relecture de la problématique perverse ». Nous n'allons pas exposer de façon exhaustive les notions théoriques qui cherchent à expliquer la perversion, mais nous efforcer d'éclairer les notions psychanalytiques développées autour de la question de l'agression sexuelle. Plusieurs courants théoriques coexistent actuellement, mais il est notable que la plupart énoncent que le sujet agresseur sexuel présente une organisation psychique qui, au moins en partie, répond à la notion de perversion. Il nous faut donc en premier lieu revenir sur l'abord psychanalytique de la perversion.

Nous citerons dans cette partie explicative de très larges extraits de l'ouvrage Les délinquants sexuels : théories, évaluation et traitements <sup>(37)</sup>, dont le chapitre sur les théories psychanalytiques dresse un aperçu clair et synthétique de l'évolution de la pensée psychanalytique sur ce sujet.

FREUD aborde la question des perversions pour la première fois en 1905, dans les Trois essais sur la théorie de la sexualité <sup>(49)</sup>. Il y détaille ses observations : il retrouve dans la vie psychique inconsciente de tout névrosé des motions d'inversion ainsi que tous les penchants anatomiques présents sous forme de pulsions partielles (la pulsion scopique et l'exhibition, la pulsion de cruauté passive et active). Cela le conduit à penser que les perversions font partie de la vie sexuelle normale. La question se pose alors de savoir ce qui peut distinguer les perversions dites normales des perversions pathologiques. Pour FREUD, cette distinction est à chercher non pas dans le contenu du but sexuel, mais « dans le rapport de celui-ci avec le normal » : « Quand la perversion ne surgit pas à côté de la normale (but et objet sexuels), à un moment où les circonstances favorisent la première et font obstacle à la seconde, mais quand elle a refoulé et remplacé la normale en toutes circonstances, alors nous trouvons – dans l'exclusivité et dans la fixation, par conséquent, de la perversion – ce qui nous autorise généralement à la considérer comme un symptôme pathologique » <sup>(49)</sup>.

Et, à propos de la névrose, FREUD ajoute que les symptômes « constituent l'expression convertie de pulsions que l'on qualifierait de perverses, si elles pouvaient, sans être détournées de la conscience, s'exprimer directement dans des fantasmes ou des actes ». Il dit alors : « la névrose est pour ainsi dire le négatif de la perversion » <sup>(49)</sup>.

C'est donc l'étude des pulsions qui amène FREUD à se pencher sur la question de la perversion. BONNET <sup>(22)</sup>, relatant l'histoire de l'étude des perversions, nous dit ainsi que deux axes sont à considérer dans cette étude. Il importe certes d'inscrire cette étude au sein de l'étude de la question des pulsions, « la perversion se structure à partir d'une forme de sexualité pulsionnelle, dont elle se sert pour articuler à sa façon toutes les autres formes de sexualité », mais il faut d'abord selon cet auteur « différencier les perversions des autres structures, névrose et psychose ».

Nous poursuivons cependant notre réflexion sur le chemin historique de l'étude de la perversion. Définissons donc le terme de pulsion. LAPLANCHE et PONTALIS <sup>(64)</sup> la définissant ainsi : « processus dynamique consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Selon FREUD, une excitation a sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle ; c'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but ».

L'appareil psychique est soumis au principe de plaisir. Son but est de maintenir un état de non excitation. La pulsion « force l'abandon de cet idéal et pousse l'appareil psychique dans son développement » <sup>(50)</sup>. Le nouveau-né se trouve dans un état de confusion entre moi et non-moi, sujet et objet, intérieur et extérieur. La satisfaction du désir se réalise alors sur un mode hallucinatoire. Mais « le défaut persistant de la satisfaction attendue, la déception (...) a entraîné l'abandon de cette tentative de satisfaction par le moyen de l'hallucination » <sup>(51)</sup>. le principe de plaisir va être progressivement relayé par le principe de réalité, « principe régulateur par lequel la recherche de satisfaction ne s'effectue plus par les voies les plus courtes, mais elle emprunte des détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur » <sup>(64)</sup>. Les pulsions du moi et d'auto-conservation vont suivre le développement du moi, tandis que les pulsions sexuelles vont subir les modifications les conduisant de l'auto érotisme à l'amour d'objet.

L'introduction du principe de réalité provoque le clivage d'une forme d'activité de pensée qui reste indépendante de l'épreuve de réalité et est soumise au principe de plaisir : « c'est ce qu'on nomme la création du fantasme (...) » <sup>(54)</sup>.

Mais la pulsion ne suffit pas à signer la perversion : le narcissisme demeure prévalent chez l'adulte pervers puisque « le sujet (pervers), dans la fiction de son fantasme inconscient, s'identifie imaginativement à son partenaire – à son objet comme dit Freud » <sup>(24)</sup>.

Freud nous rappelle que « le terme de narcissisme provient de la description clinique, et a été choisi en 1899 par P. Nächst pour désigner le comportement par lequel un individu traite son propre corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel : il le contemple donc en y prenant un plaisir sexuel, le caresse, le cajole, jusqu'à ce

qu'il parvienne par ces pratiques à la satisfaction complète ». Dès lors, « le narcissisme a la signification d'une perversion »<sup>(52)</sup>.

LAPLANCHE et PONTALIS définissent le narcissisme primaire comme « le premier narcissisme, celui de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs »<sup>(64)</sup>. Ce narcissisme primaire occupe une place prédominante chez le sujet pervers.

Afin de différencier névrose, psychose et perversion, Freud propose des pistes de réponse, et insiste sur l'importance de la phase phallique et du complexe de castration dans la genèse des perversions. Nous allons exposer les notions théoriques du développement de l'enfant qui conduit à la névrose, afin d'expliquer ensuite la genèse de la perversion.

Lors de la phase phallique, l'enfant cherche à confirmer chez tous les êtres la présence du pénis. Il perçoit la différence entre hommes et femmes, mais ne la fait pas correspondre à une différence de leurs organes génitaux. C'est en même temps la phase du complexe d'oedipe, et l'enfant, après la phase anale, se livre à la masturbation comme tentative de décharge génitale de l'excitation en rapport avec le désir oedipien. Les adultes répriment l'intérêt de l'enfant pour la masturbation ; une menace se fait entendre, menace que l'enfant ignore. Dans ses activités exploratoires, l'enfant est amené à remarquer l'absence de pénis chez une fille. Sa réaction est de nier ce manque. Par une suite de constructions logiques, l'enfant arrive à la conclusion que la mère est castrée comme toutes les autres femmes, et que c'est le père qui est l'agent de la castration. Le père a le phallus ; il peut le donner, et il peut le reprendre. « De ce fait, la perte de son propre pénis est devenue, elle aussi, une chose qu'on peut se représenter, la menace de castration parvient après coup à faire effet »<sup>(53)</sup>. Alors, par intérêt narcissique – ne pas perdre son pénis – l'enfant abandonne ses investissements libidinaux envers ses parents : le Moi de l'enfant se détourne du complexe d'oedipe au profit du narcissisme, les investissements d'objets sont abandonnés ou refoulés du fait de l'angoisse de castration, et remplacés par une identification, le Surmoi.

L'étude des perversions débute, avec FREUD, par l'étude du fétichisme. Il développe alors la notion de clivage du Moi : d'un côté, le déni de la perception de la réalité (la femme ne possède pas de pénis) trouve une solution dans la conservation d'une croyance de l'enfant en un phallus maternel, substitué par le fétiche ; d'un autre côté, l'enfant reconnaît l'absence

de pénis. Grâce à l'objet fétiche, l'enfant triomphe de la menace de castration. Il peut continuer son activité masturbatoire pour satisfaire ses pulsions sexuelles.

Un certain nombre de psychanalystes remettront en question le point de vue de FREUD, qui privilégie l'angoisse de castration et le complexe d'oedipe dans l'explication de la genèse de perversions. Ils soulignent alors le rôle de la phase de séparation individuation et de l'angoisse de séparation.

Ainsi STOLLER <sup>(89)</sup> développe l'idée selon laquelle la phase de séparation individuation de l'enfant avec sa mère est un moment angoissant pour l'enfant, et qui peut s'avérer traumatique si la séparation est vécue comme une injustice et comme un rejet de la part de la mère. La perversion trouverait alors son origine dans cette phase. Si la séparation provoque une angoisse excessive, traumatisante, l'enfant éprouve une agressivité extrême envers sa mère. L'acte pervers est une résolution momentanée du traumatisme, dans la mesure où il permet au sujet de réaliser son désir de faire mal, de maîtriser l'angoisse en déshumanisant l'autre, en lui infligeant ce qu'il a lui-même subi.

MAC DOUGALL <sup>(68)</sup> s'attache à dégager la fonction du scénario pervers dans les perversions. Par cette construction fantasmatique – le scénario – le sujet dénie le manque de phallus qui caractérise la mère et va « jusqu'à la négation de la scène primitive » : il se réinvente une scène primitive. Le thème du fantasme est toujours celui de la castration, et de la maîtrise de l'angoisse qu'elle provoque. Les origines de ces fantasmes, scénarii et actes pervers sont à rechercher dans les relations précoces de l'enfant et de sa mère durant la phase préœdipienne. MAC DOUGALL situe le « traumatisme » initial lors de la phase de séparation entre l'enfant et sa mère. « Il y a traumatisme, au sens où l'angoisse qui découle de ce temps charnière est l'angoisse prototypique de l'angoisse du complexe de castration ». L'angoisse survient suite à la perception de l'absence du pénis de la mère ; derrière cette perception se profile « l'ombre tout entière de la mère manquante ». L'agent de ce manque est le père. L'enfant qui emprunte la voie de la solution perverse, au lieu de s'engager dans les constructions logiques qui pourraient expliquer cette absence, fait violence à la réalité pour protéger ses objets internes et externes de sa haine destructrice, et obture l'absence de pénis à l'aide d'une image.

Le point de vue psychanalytique sur la délinquance sexuelle n'est pas univoque lui non plus. BALIER <sup>(10)</sup>, exposant le fonctionnement psychique de sujets examinés en prison, propose de les caractériser par des mécanismes défensifs, tels que le clivage du Moi, le déni ou la dénégation.

Nous serons donc amenés, au décours de l'analyse des données recueillies auprès des sujets rencontrés, à développer les notions de perversion, de pulsion, de narcissisme primaire, d'identification projective, de relation objectale, de clivage du moi, de solutions défensives archaïques, de recours à l'acte, de déni d'altérité.

Bien entendu, il ne s'agit là que d'une ébauche de réflexion autour des problématiques qu'il nous a semblé rencontrer chez ces sujets. Le matériel recueilli se cantonnant à quelque trois entretiens, ne constitue pas en effet une base suffisante au développement d'une analyse exhaustive de l'histoire de chacun de ces sujets. Nous souhaitons simplement tenter de dégager quelques perspectives psychopathologiques au regard des éléments que nous avons recueillis. Il ne s'agira donc, pour chacun de ces patients, que de suppositions et de propositions d'interprétations.

COUTANCEAU <sup>(38)</sup> écrit, concernant l'évaluation des auteurs d'agression sexuelle, qu'afin de mener une analyse psychopathologique, « il s'agit de situer une relecture de la dynamique perverse », et propose d'analyser chez le détenu les items suivants : égocentrisme, relation d'emprise, déni d'altérité.

BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup> nous propose également d'intéressants repères : « une conduite pédophile, en elle-même bien sûr qualifiable de perverse du point de vue strictement comportemental, ne signe pas pour autant obligatoirement un fonctionnement psychique pervers durablement organisé comme tel. C'est seulement quand la place d'une telle conduite s'avère centrale dans l'économie psychique globale que l'on peut attribuer à un individu le qualificatif de « pédophile ». Et lorsque c'est le cas, la plupart des cliniciens insistent sur le caractère protéiforme et souvent mal structuré d'organisations mentales complexes, où la composante perverse intervient de manière plus ou moins marquée et très variable ».

BOUCHET-KERVALLA écrit encore : « dans tous les cas, on trouve au premier plan des troubles graves du narcissisme, une fragilité du sentiment de continuité identitaire, et une menace d'effondrement dépressif sous-jacent, liés à des angoisses majeures d'altération, voire de disparition de la représentation de soi ».

Voici énoncées les grandes lignes de l'analyse psychopathologique que nous allons maintenant développer.

iii Aspects biographiques et analyse psychopathologique sous un angle psychodynamique pour chacun des sujets rencontrés.

### **- Monsieur Albert T. -**

#### **Aspects biographiques.**

- Images parentales : troisième d'une fratrie de quatre frères et deux sœurs, Monsieur Albert T. est placé en foyer d'accueil de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale à 12 ans, avec l'une de ses sœurs. Monsieur Albert T. évoque l'alcoolisme de ses parents, et raconte des faits de maltraitance physique par sa mère, ayant motivé le placement en foyer. Il passe la plupart des week-ends chez sa grand-mère paternelle. L'évocation des faits de maltraitance ne réveille aucun affect particulier. Monsieur Albert T. concentre toujours son discours sur le déni des faits qui lui sont reprochés, et ne nous parle pas de ses parents.
- Premières relations et scolarité : nous ne disposons pas d'informations complémentaires sur ces items.
- Adolescence – rapport au corps, premiers émois sexuels : la question du rapport au corps revient à deux reprises lors de l'entretien avec Monsieur Albert T. Il répond tout d'abord à la question de Madame B. sur la pudeur, et se définit lui-même comme ayant été un enfant très pudique. Notons au passage que Monsieur Albert T. ne connaissait pas ce terme, et il répond, après explication, qu'il avait peur de se montrer nu. Nous ne voyons pas là matière suffisante à une analyse quelconque. La deuxième évocation de ce rapport au corps nous paraît plus intéressante, quand, un

peu plus tard dans l'entretien, il dit qu'il n'a jamais voulu changer les couches de ses enfants quand ils étaient petits, « parce que ça ne se fait pas, un homme ne doit pas faire ces choses-là, ça ne l'intéresse pas ». Monsieur Albert T., nous l'avons vu, présente de forts éléments de trouble de la personnalité de type dyssocial, avec une grande rigidité du discours. La problématique du déni est également majeure chez ce sujet, ne laissant que peu de place aux affects. Il nous semble cependant, qu'à l'évocation du rapport qu'un homme peut entretenir avec le corps d'un enfant, son discours se montre excessivement catégorique. Il affirme à cet instant qu'un « homme ne doit pas faire ces choses-là, ça ne l'intéresse pas », et en fait une vérité qui doit s'appliquer au genre humain tout entier. Monsieur Albert T. pêche donc ici par excès, et il nous semble pouvoir y lire toute la dimension défensive de son discours. Il cherche à nous convaincre de son innocence, dans le même temps qu'il se débat pour mettre à distance des angoisses menaçantes. Nous en concluons que ce déni s'inscrit dans une problématique perverse prégnante chez ce sujet.

- Vie professionnelle : Monsieur Albert T. nous dira simplement qu'il est en invalidité, sans nous préciser depuis combien de temps. Il s'agit d'une invalidité en rapport avec des sciatalgies droites invalidantes et anciennes.
- Vie affectivo-sexuelle : Monsieur Albert T. est marié. Il ne souhaite pas évoquer sa vie affective et familiale.

### **Analyse psychopathologique.**

Nous avons vu qu'une analyse psychiatrique nous apportait un certain nombre d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité de type dyssocial, dont la définition recouvre la notion de perversion.

La réflexion que nous menons à propos de Monsieur Albert T. naît ainsi de ces constatations cliniques :

- Nous avons face à nous un sujet qui nous présente un discours stéréotypé, et le déni des faits occupe une grande partie de la scène exposée. Ainsi, il se déclare innocent,

victime d'un complot, d'une erreur judiciaire, d'une manœuvre de la part du gendarme pour le faire condamner.

- Le sujet est sthénique, revendicatif.
- Il évoque brièvement son enfance, parle de l'alcoolisme de ses parents. Il dit avoir été maltraité par sa mère, et placé pour cette raison en famille d'accueil.
- Nous relevons la phrase suivante dans les propos du sujet : « Moi je ne ferais jamais ça à un enfant, parce que j'aime les enfants. Avec ça aussi je me suis fait piéger, avec le mot « aimer »; mais maintenant je vais à l'école, je me ferai plus avoir, je dirai que j'ai de la tendresse et que j'ai des sentiments pour les enfants ».
- Nous observons dans le dossier du patient la notion d'une condamnation antérieure à l'affaire en cours, en 1999 pour viol sur mineur de 15 ans.

Nous devons donc, pour rechercher une voie d'accès à une compréhension du fonctionnement psychique de ce sujet, et élaborer une hypothèse psychodynamique pouvant nous éclairer sur ses agirs pervers agressifs sexuels, nous appuyer exclusivement sur ce tableau clinique.

Le déni renvoie à la notion de clivage du Moi dont l'une des particularités, nous disent LAPLANCHE et PONTALIS <sup>(64)</sup>, par opposition au refoulement, « est de ne pas aboutir à la formation d'un compromis entre les deux attitudes en présence, mais de les maintenir simultanément sans qu'il s'établisse entre elles de relation dialectique ».

Ce clivage s'observe chez Monsieur Albert T. en premier lieu dans la coexistence d'une vie de couple et de famille stable d'une part, et d'autre part d'une sexualité déviante avérée, avec la résurgence de faits agressifs sexuels sur mineurs.

Nous nous trouvons cependant dans l'incapacité de dire si, face à Monsieur Albert T. nous sommes confrontés à un réel clivage, mode défensif contre des angoisses profondes, dans l'expression d'un déni complet des faits et de sa propre histoire, ou s'il s'agit là d'une forme de manipulation. Le sujet est-il vraiment convaincu des propos qu'il tient, croit-il réellement à ce qu'il dit, lorsqu'il affirme être victime d'une erreur judiciaire, ou bien construit-il un discours à la recherche de bénéfices quelconques ?

Monsieur Albert T., par cette attitude, a mis en échec d'autres situations thérapeutiques : l'ensemble des intervenants de l'UCSA se dit dérouté face à lui. Il tient des propos à tonalité sexuelle très crue devant toutes les femmes thérapeutes qu'il y rencontre, et celles-ci ne manqueront pas de nous signifier qu'elles sont curieuses d'observer ce que la confrontation à un homme pourrait modifier de cette attitude.

Nous revoyons ce patient bien plus tard, dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Il vient consulter pour une lésion au niveau de la verge. Il souhaite être examiné, et nous explique alors qu'ayant constaté un bouton sur son sexe, il a entrepris de retirer ce bouton à l'aide de son couteau de poche. Monsieur Albert T. présente une plaie sur la verge, qui mettra plusieurs semaines à cicatriser, et nécessitera plusieurs consultations.

Il met donc en scène la sphère génitale à la fois dans le discours et dans la réalité concrète. En entretien avec la psychiatre, la psychologue, et l'infirmière psychiatrique, il est cru, provocateur par la vulgarité de ses propos. Lors de l'entretien de préparation au groupe de parole, il réfute, refuse d'aborder les faits, mais évoque une relation sexuelle avec sa voisine : « moi je lui demandais rien, je ne voulais pas, mais elle me mettait les bras en l'air et après... je la laissais faire ». Il porte physiquement atteinte à son sexe, et émet une inquiétude quant au fait que sa plaie puisse ne pas guérir. La conséquence en serait-elle dans les représentations inconscientes de Monsieur Albert T., l'éventualité d'une castration ? Monsieur Albert T. mettrait ainsi en acte sa propre castration au cours de la détention.

Appuyons nous sur BALIER <sup>(10)</sup> : « on bute à chaque fois sur l'angoisse d'anéantissement qui mobilise des défenses radicales (...). L'une de ces défenses est le clivage du Moi. Défini par Freud, selon un modèle génital du moins dans le « fétichisme », comme deux positions contradictoires : oui, la femme a un pénis comme tout le monde et je ne risque rien ; non, elle n'a pas de pénis et je risque de perdre le mien, le clivage repose donc sur un déni de la réalité. Depuis, les travaux portant sur le « pré-génital » amènent les auteurs à situer le déni d'absence (du pénis) dans un sens plus radical de déni d'absence de la mère, déni de la séparation donc : oui, elle est là, infaillible, et je ne risque rien ; non, elle a disparu, et je risque de n'être plus rien. D'où l'appel, dans cette dernière position, à des défenses de survie, délire ou comportement de toute-puissance ».

N'est-ce pas une forme de toute-puissance de la part de Monsieur Albert T. que de dire « regardez, si je le veux, je peux me castrer moi-même », en s'infligeant une plaie sur la verge ?

La notion d'emprise nous paraît pertinente ici. Monsieur Albert T. fait en effet preuve, dans ses mots et dans ses actes, d'une emprise sur ses interlocuteurs médicaux et paramédicaux au sein de l'UCSA. BALIER <sup>(10)</sup> inscrit cette notion dans le cadre de la définition de la perversité, du sujet « pervers-perversité » qui « n'utilise pas forcément un objet sexuel. Sa domination, puisqu'il s'agit de cela, s'adresse à de multiples objets. (...) C'est donc, peut-on dire, le narcissisme à l'état pur, du moins en tant que mode d'organisation de la personnalité, puisque par définition, il n'y a pas d'autre existant. Personnalité redoutable, destructrice, suscitant des réactions violentes de rejet ». BALIER appuie cette réflexion sur les travaux de RACAMIER <sup>(83)</sup> à propos de la perversité narcissique.

La notion de confusion de langue entre les adultes et l'enfant (FERENCZI) nous paraît également devoir être explicitée, lorsque Monsieur Albert T. déclare « Moi je ne ferais jamais ça à un enfant, parce que j'aime les enfants. Avec ça aussi je me suis fait piéger, avec le mot « aimer »; mais maintenant je vais à l'école, je me ferai plus avoir, je dirai que j'ai de la tendresse et que j'ai des sentiments pour les enfants ». Ainsi, dans l'emprise du sujet pervers-perversité sur l'objet de son agression, prolongement narcissique de lui-même, FERENCZI <sup>(47)</sup> développe l'hypothèse selon laquelle la victime « réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse ». L'attitude d'emprise de Monsieur Albert T. agresse-t-elle ses thérapeutes ? Y a-t-il sur eux une forme d'introjection de la culpabilité de Monsieur Albert T. ? C'est dire comme ce sujet met en difficulté les thérapeutes qu'il rencontre en créant des mouvements d'identifications projectives ou de type contre transférentiel qui prennent la forme d'un rejet.

Nous n'avons qu'un accès très limité aux autres éléments que seraient les concepts de scène primitive, articulé avec celui d'imagos parentales. Néanmoins, la simple connaissance de la problématique alcoolique du couple parental, associé à celle d'une maltraitance de la mère de Monsieur Albert T. sur son fils, laisse apercevoir une faiblesse du côté des imagos parentales. On reste ici dans le registre narcissique, avec, comme BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup> le propose « des troubles graves du narcissisme, une fragilité du sentiment de continuité

identitaire, et une menace d'effondrement dépressif sous-jacent, liés à des angoisses majeures d'altération, voire de disparition de la représentation de soi ».

En conclusion de ce développement, nous dirons que nous éprouvons, encore aujourd'hui, une grande difficulté à préciser quel mode défensif, de la perversion sexuelle ou de la perversité narcissique, correspond à nos observations cliniques. Si notre exposé va dans le sens d'une perversité narcissique, où « l'organisation défensive est fondée sur le déni, l'expulsion et la projection immédiate sur autrui de toute blessure susceptible d'altérer une représentation de soi invulnérable et sans faille » (BOUCHET-KERVALLA), nous gardons à l'esprit l'hypothèse selon laquelle nous aurions pu nous-même, par identification projective, éprouver une crainte de « précipiter le patient dans l'effondrement avec toutes ces questions intrusives » (BALIER), et faire preuve, de la sorte, d'une communauté de déni avec ce sujet qui ne nous a pas permis d'accéder à une relation thérapeutique suffisamment étayante pour permettre une autre élaboration à Monsieur T. Néanmoins le mécanisme d'emprise qu'il nous a semblé observer chez Monsieur Albert T. « s'exerce bien au-delà du sexuel, dans le champ de la réalité sociale globale, sous la forme d'une manipulation psychique des objets externes visant à disqualifier leur Moi et leur pensée » (BOUCHET-KERVALLA), et répond bien en cela à la notion de perversité.

Nous dirons enfin, et puisque tel est l'objet de notre étude, que nous voyons bien là qu'une difficulté majeure émane de cette réflexion quant à l'opportunité d'inclure Monsieur Albert T. dans un travail groupal. En effet, si Monsieur Albert T., dans sa dimension de perversité, met en porte-à-faux les thérapeutes, il semble délicat de concevoir que son attitude puisse s'intégrer dans un travail groupal. Le déni, reflet du clivage du sujet, prend valeur de menace pour l'intégrité du groupe d'abord, mais peut-être aussi pour l'un ou l'autre des participants. Comment ceux-ci pourraient-ils en effet s'inscrire dans une dynamique groupale visant à développer un contenu de pensée (CIAVALDINI) sur les questions de la relation à l'autre, du rapport à la loi, dans un contenant groupal ayant fonction de tiers étayant par tous et pour tous, alors que l'un des membres adopte une attitude qui tend justement à la négation de l'autre ?

## - Monsieur Jean U. -

### **Aspects biographiques.**

- Images parentales : Monsieur Jean U. est placé très jeune, avant même l'âge de un an, dans une famille d'accueil avec laquelle il passera toute son enfance. Il évoque un épisode qu'il ressent douloureusement, à savoir le fait que sa mère biologique soit venue reprendre son frère de cinq ans de plus que lui, et placé en même temps que lui, pour qu'il revienne vivre avec elle. Il ne s'agit pas là d'un souvenir, mais d'un ressenti pénible, que Monsieur Jean U. décrit comme un abandon, un rejet de la part de sa mère biologique, qui lui a « préféré (son) frère aîné ». Son enfance s'est déroulée dans une famille qui l'a toujours bien traité, nous dit-il. Nous sommes cependant frappés par l'enchaînement des événements de vie au sein de cette famille, puisque le père accueillant débutera des démarches en vue d'adopter Monsieur Jean U. peu de temps après le décès de son épouse. La figure de l'abandon semble se répéter, la mère accueillante étant à son tour partie alors que l'adoption est demandée.
- Premières relations, adolescence – rapport au corps, premiers émois sexuels : nous ne disposons pas d'informations complémentaires sur ces éléments.
- Scolarité : la scolarité de Monsieur Jean U. est régulière jusqu'au milieu des années de collège. Un infléchissement de ses résultats le conduit alors dans un CAP de couvreur, qu'il n'obtient pas.
- Vie professionnelle : Monsieur Jean U. est sans profession, bénéficiaire du RMI depuis 1992. Il n'a travaillé que rarement, lors de courtes périodes, comme manutentionnaire en intérim. Monsieur Jean U. explique clairement qu'il n'a jamais pu occuper d'emploi de façon stable, car dit-il, « je n'aime pas qu'on me commande ». Il mettra ainsi à chaque fois un terme aux emplois qu'il occupe, pour des raisons de mésentente avec ses supérieurs hiérarchiques.

- Vie affectivo-sexuelle : Monsieur Jean U. est marié, et père de 4 enfants. Son histoire criminelle débute en 2005 lorsqu'il est condamné pour des faits d'agression sexuelle sur mineur datant de 1984. Il est incarcéré en septembre 2005. Au printemps 2006, l'épouse de Monsieur Jean U. demande le divorce. Monsieur Jean U. paraît authentiquement affecté par cette situation. Il évoque sa famille comme un domaine important de sa vie, témoigne d'une grande tristesse à l'évocation de ses enfants, et nous dit souffrir de leur absence. Monsieur Jean U. nous explique que seuls les deux aînés peuvent actuellement venir lui rendre visite au parloir, et se met à pleurer en nous disant qu'il n'a pas vu ses deux plus jeunes enfants depuis presque un an. La vie affective de Monsieur Jean U. paraît donc stable. Sur le plan de la vie sexuelle, dont l'évocation est courte, Monsieur Jean U. nous dit n'avoir que très peu de rapports sexuels avec son épouse depuis plusieurs années, rapports peu satisfaisants. C'est la sexualité avec sa victime qui occupe la majeure partie des propos de Monsieur Jean U. sur la sexualité. Il y voit une relation épanouissante, pour lui comme pour sa victime, à l'image de leur « amour ».

### **Analyse psychopathologique.**

Les éléments cliniques sur lesquels nous allons baser cette analyse psychopathologique sont les suivants :

- Monsieur Jean U. présente une symptomatologie anxio dépressive très fluctuante et labile.
- Il nous dit avoir été condamné en 2005 pour viol sur mineur de 15 ans, les faits s'étant déroulés en 1984.
- Il est marié, sa vie de couple et de famille semble relativement stable.
- Il a été placé en famille d'accueil avec son frère à l'âge d'un an. Il nous dit que sa mère viendra reprendre son frère, mais que le laissera dans sa famille d'accueil.
- Il dit clairement savoir que les faits qui lui sont reprochés sont interdits par la loi, mais il ajoute ne pas comprendre la loi, et considère que rien de ce qui lui est reproché ne devrait être répréhensible.

Dans une première approche, une analyse psychiatrique de ces éléments nous a amené à évoquer la notion d'état limite concernant Monsieur Jean U. Mais, dans l'article « Etats limites », CHAINE et GUELFY <sup>(25)</sup> nous disent que « le polymorphisme symptomatique des états limites est tel qu'une évaluation fondée uniquement sur la sémiologie psychiatrique descriptive reste insuffisamment spécifique, exposant le clinicien à un recours en fait trop fréquent à ce type de diagnostic. Il est indispensable de compléter cette approche formelle par une analyse psycho dynamique du fonctionnement mental, notamment au travers des aléas de choix objectaux des patients ». C'est ce à quoi nous allons nous atteler.

Le premier élément qui nous frappe chez Monsieur Jean U. est la vivacité des affects qui le traversent. Tantôt anxieux, ne souhaitant pas répondre à nos questions, tantôt très loquace, exposant des morceaux de son histoire jusque dans les moindres détails. Monsieur Jean U. présente également une symptomatologie à tonalité dépressive, pleurant à l'évocation de ce qu'il considère comme un mensonge de la part de sa victime (lorsqu'il dit ne pas comprendre qu'elle ait parlé de viol), ou lorsqu'il nous parle de ses deux plus jeunes enfants qu'il n'a pas vus depuis plusieurs mois. Cependant, cette symptomatologie est elle aussi labile.

Les imagos parentales sont faibles chez Monsieur Jean U. En effet, après avoir été confié par sa mère à une famille d'accueil, accompagné de son frère, celle-ci revient quelques années plus tard (vers l'âge de 5-6 ans, nous dit Monsieur Jean U.) reprendre le frère. Monsieur Jean U. évoque ces événements avec tristesse, il exprime une forme d'incompréhension et de douleur morale à l'idée que sa mère lui ait préféré son frère, et l'ait finalement abandonné. L'identification primaire, puis oedipienne, dans sa famille d'accueil, semble n'avoir pas pu pallier cette absence de relation avec la mère biologique. Les relations développées avec ses parents accueillants semblent particulièrement pauvres. De plus, si Monsieur Jean U. parle facilement de sa mère biologique et de l'absence d'autre lien que dans un vécu abandonnique, il n'évoquera à aucun moment la question de son père biologique. Nous observons enfin que la problématique abandonnique maternelle se répète dans l'histoire de Monsieur Jean U. Il apprend en effet, quelque temps après le début de son incarcération, que son père accueillant souhaite faire des démarches en vue d'une adoption. Si l'on peut y voir une possibilité de restauration, quoique tardive, d'une image paternelle jusque là déficitaire, on note surtout que cette démarche survient alors que la mère accueillante est

décédée seulement quelques mois auparavant. Comment alors ne pas s'interroger sur les raisons qui ont pu pousser le père accueillant à différer cette démarche, en ne supposant pas que c'est la mère accueillante qui s'y opposait ?

L'enfance de Monsieur Jean U. est ainsi marquée par une « carence fondamentale (...) de l'amour parental primaire, qui n'a pas fourni l'apport libidinal nécessaire à l'instauration d'une assise narcissique assez solide pour assurer le sentiment de continuité identitaire » (BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup>). Et, à l'instar de ce même auteur, on évoque chez Monsieur Jean U. « un échec des processus d'identifications croisées aux deux parents, qui fondent la stabilité de la représentation de soi ». Cela rejoint, nous semble-t-il, l'un des axes développés par KERNBERG <sup>(62)</sup> lorsque, à propos des états limites, il énonce qu'il s'agit là d'une absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi.

Pour terminer avec la question ainsi ébauchée du narcissisme primaire chez Monsieur Jean U., nous citerons une dernière fois une constatation de BOUCHET-KERVALLA au sujet des auteurs d'agression sexuelle sur mineurs : « un vécu de rejet massif par le couple parental, qui empêche l'intégration d'une représentation positive de la sexualité adulte, paralyse l'élaboration du sens de la différence des sexes et des générations, et entraîne le sentiment d'avoir été pour les parents un enfant en trop, un poids, ou une gêne ».

On ne peut qu'émettre l'hypothèse que l'imgo maternelle provoque chez ce sujet des mouvements « à la fois violents et contradictoires » et que la terreur de la fusion avec cette imago « dangereuse, toute-puissante, phallique, ambisexuée », pourtant désirée, avec l'objet primaire, trouve sa solution, tenter d'annuler cette terreur, dans le comportement pervers. (BALIER). « La continuité du sujet est alors assurée par l'investissement massif d'un ou plusieurs objets externes, dépouillés de leur existence individuelle, prolongeant le vécu narcissique d'un Idéal du Moi primaire » (BALIER <sup>(10)</sup>).

Et Monsieur Jean U. nous dit qu'il est amoureux de sa victime, et insiste sur le fait qu'ils ont vécu ensemble une réelle histoire d'amour. « En fait la pédophilie sans violences corporelles et sans contraintes (ou dite telle) s'appuie sur la force de la séduction terriblement destructrice. L'enfant « aimé » est soi-même, on le sait ». (BALIER <sup>(10)</sup>). On se trouve alors confronté, comme pour Monsieur Albert T. à la question de la perversion dans sa dimension narcissique, le sens de perversité, ou bien dans sa dimension sexuelle. Le mécanisme

d'emprise développé par Monsieur Jean U. s'inscrit dans la négation de la légitimité de la loi qu'il tente d'élaborer. Il revendique un droit, celui d'aimer. Ainsi, lorsque nous évoquons nos difficultés à propos de Monsieur Albert T., nous nous trouvons face à l'idée que, peut-être, Monsieur Albert T. est innocent. Et toute notre difficulté résidait dans le fait que Monsieur Albert T. cherchait justement à éveiller ce doute en nous, comme tentative perverse d'emprise, de toute-puissance, cherchant à nous réduire nous aussi, comme ses victimes, à l'état de prolongement narcissique de lui. Ici, Monsieur Jean U. cherche à nous persuader de la légitimité inaliénable de toute forme d'amour, et voudrait placer cette notion au-dessus de tout, des lois et des tabous de la société. Il exprime une forme de déni, dans la non reconnaissance de la violence de ces actes. Nous n'avons pas de difficulté à confronter ce sujet à ce déni, car il ne nie pas les faits qui lui sont reprochés, et décrit même en détail ses relations sexuelles avec la victime. La relation thérapeutique qui s'instaure apparaît alors suffisamment étayante pour que Monsieur Jean U. accepte notre position, et le cadre que nous lui rappelons alors. Nous sommes en présence d'une forme de clivage, mécanisme défensif qui « s'exerce bien au-delà du sexuel, dans le champ de la réalité sociale globale, sous la forme d'une manipulation psychique des objets externes visant à disqualifier leur Moi et leur pensée »<sup>(23)</sup>, et ce sujet répond en cela à la notion de perversité.

Le clivage est donc bien présent, constatable au premier niveau par la double vie de Monsieur Jean U., d'un côté mari et père de quatre enfants, de l'autre individu se trouvant à plusieurs reprises dans sa vie agresseur sexuel de mineurs. KERNBERG<sup>(62)</sup> développe également la question du clivage dans l'organisation défensive primaire des sujets qui présentent un état limite. Il s'agit pour le sujet, selon cet auteur, de se défendre contre l'envahissement pulsionnel, en maintenant artificiellement une séparation entre les représentations de soi d'objets internalisés toutes bonnes et toutes mauvaises, reliées aux rejets pulsionnels libidinaux et agressifs. KERNBERG relie cette proposition théorique aux constatations cliniques d'une vision infantile et manichéenne du monde, de brusques revirements affectifs à l'égard d'une personne, d'une idéalisation primitive de soi et d'une dévalorisation de l'objet. Autant d'éléments que nous retrouvons lors des entretiens avec Monsieur Jean U.

Nous dirons en conclusion que nous trouvons dans cette analyse une argumentation en faveur de l'inclusion de Monsieur Jean U. dans un travail thérapeutique groupal. Ce patient présente en effet de faibles capacités d'introspection ou d'élaboration ainsi qu'une fragilité

narcissique qui répondent aux critères d'indication groupale que nous reverrons ultérieurement. « Le jeu permet également une exploration de la loi et de l'altérité à la fois du côté des situations proposées et du côté du « jouer en groupe (...) et opère un « forçage » de la représentation et de la parole »<sup>(63)</sup>. La notion de fragilité du sentiment de continuité identitaire proposée par BOUCHET-KERVALLA est ici prégnante, et cet auteur propose d'inscrire ces patients dans une prise en charge qui offre un cadre « tiercéisé » et une modalité relationnelle à valeur d'étayage narcissique dans un cadre parental symbolique.

### **- Monsieur Paul V -**

#### **Aspects biographiques.**

- Images parentales : Monsieur Paul V. évoque sa famille avec aisance. Son discours décrit une famille aimante, unie. Il parle longuement de son père comme d'un homme pétri de qualités, droit, sévère quand il faut, intègre. Sa mère est peu présente dans son discours. Devant un tableau si parfait, nous cherchons à savoir ce que Monsieur Paul V. pense de son enfance, ce qu'il peut dire de ce qu'il a vécu alors. Une difficulté semble se faire jour : la réponse à la question très ouverte « Comment était-ce dans votre enfance ? » est étonnamment brève pour un personnage dont la parole est l'outil premier de sa valorisation auprès de nous. Tandis que Monsieur Paul V., depuis le début de l'entretien, se définit avec force-vocabulaire comme une personne d'exception, et nous présente avec la même verve sa famille comme un idéal du genre, nous sommes très surpris d'une réponse aussi faible que « oui, oui, c'était bien, ça se passait bien ». Nous décidons d'insister, en l'interrogeant de façon plus précise : «- Quelles relations aviez-vous avec vos parents quand vous étiez enfant?» « - oh, bien, on avait de bonnes relations ». Un certain malaise s'installe : «- Avez-vous vécu des choses difficiles dans votre enfance?». Monsieur Paul V. se met alors à pleurer. Il nous raconte d'abord des scènes de violence de son père sur deux de ses sœurs. Ses propos sont flous : il ne peut dire de quelles sœurs il s'agit, et semble signifier qu'il s'agissait d'agressions sexuelles. Il nous dit avoir été spectateur involontaire de ces situations. Puis il nous dira qu'il subissait lui-même des violences physiques de la part de sa mère.

- Premières relations : Monsieur Paul V. nous dit avoir eu peu de partenaires sexuelles au cours de son existence, et n'avoir jamais eu de relation suivie avec une femme. Il ne développera pas plus longuement cet aspect de sa vie.
- Scolarité : Monsieur V. suit une scolarité normale jusqu'en classe de 5ème, puis il devient apprenti plâtrier et obtient un CAP de peinture en bâtiment.
- Adolescence – rapport au corps, premiers émois sexuels : Monsieur Paul V. se décrit comme un adolescent complexé par son physique, ayant peu de succès auprès des femmes. Il ne développera pas plus cet aspect de sa vie.
- Vie professionnelle : Monsieur Paul V. occupe un poste de peintre en bâtiment jusqu'à son incarcération. Il travaille de longue date auprès du même entrepreneur, et l'on note donc une certaine stabilité du patient sur le plan professionnel.
- Vie affectivo-sexuelle : Monsieur Paul V. se dit régulièrement attiré par des femmes, avec lesquelles il entretient des relations amicales. Il envisage pour sa part régulièrement de pouvoir « aller plus loin » dans ces relations, mais se voit chaque fois rejeté par ses amies. Il en tire de grandes déceptions, mais ne paraît pas affecté par cet isolement. Il inclut cet aspect de sa vie dans un discours valorisant pour lui, chevalier au grand cœur, toujours généreux avec les autres, et toujours maltraité par eux, qui ne reconnaissent pas en lui l'être exceptionnel qu'il dit être. Sans nous livrer de détails sur sa vie sexuelle, il semble que les relations sexuelles de Monsieur Paul V. avec des femmes adultes ait été rares et peu satisfaisantes.

### **Analyse psychopathologique.**

Les éléments cliniques sur lesquels nous allons baser cette analyse psychopathologique sont les suivants :

- Monsieur Paul V. vit seul. Il est locataire d'une maison. Il exerce avant son incarcération la profession de peintre en bâtiment. Il est célibataire sans enfant.

- Monsieur Paul V. a 4 soeurs et 2 frères, dont il ne se rappelle pas tous les prénoms ; il ne peut nous préciser s'il est le quatrième ou le cinquième enfant de la fratrie.
- Ses capacités d'abstraction et de symbolisation semblent correctes. Monsieur Paul V. s'exprime facilement sur ses relations amicales, usant de comparaisons et d'images pour étoffer ses propos.
- La question du déni est complexe chez ce détenu : il accepte l'évocation des faits pour lesquels il est incarcéré, mais change à chaque fois très rapidement de sujet.
- Il nous présente un discours qui paraît manipulateur, semblant arguer d'une certaine empathie envers les victimes, pour mieux ensuite expliquer dans quelle mesure il est lui-même une victime.

Notre prise de contact avec Monsieur Paul V. débute par une réaction assez inattendue de sa part. Alors que le premier entretien, très court, se déroule de notre point de vue assez aisément, et que Monsieur Paul V. accepte de revenir pour le deuxième entretien, nous apprenons par la psychologue en charge du suivi individuel de ce patient, que Monsieur Paul V. lui a fait part de ses hésitations. Il ne sait plus, lui dit-il, s'il veut participer au groupe ou non, ni même s'il veut vraiment me revoir. Il lui dit avoir eu un ressenti négatif envers moi lors du premier entretien, que mon regard était jugeant, perçant, et le mettait mal à l'aise. Il accepte finalement de venir à ce deuxième entretien.

Ce qui frappe de prime abord chez ce sujet, c'est la facilité avec laquelle il s'exprime, et surtout l'évolution presque incontrôlable de ses propos, dans des directions aussi diverses que variées, dont la destination finale semble toujours être celle de la victimisation et de sa propre valorisation. Monsieur Paul V. s'exprime avec aisance, et ses capacités d'abstraction paraissent bonnes, utilisant même parfois des métaphores ou des analogies lorsqu'il évoque ses relations avec son entourage.

Cet entourage justement, paraît étonnamment réduit pour un homme de 48 ans. Monsieur Paul V. est célibataire, et souffre de longue date d'un isolement affectif tant sur le plan amical qu'amoureux. Il explique cet état de faits par ce qu'il qualifie d'injustice, de non reconnaissance de sa qualité et de ses qualités par les personnes qu'il rencontre. Il se sent rejeté par elles, et vit douloureusement cette situation. On retrouve bien là ce que BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup> définit comme un mécanisme défensif fondé sur « l'expulsion et la projection immédiate sur autrui de toute blessure susceptible d'altérer une représentation de

soi invulnérable et sans faille ». C'est aussi la lecture que nous faisons du mouvement de retrait qu'opère Monsieur Paul V. lorsqu'il se confie au psychologue suite au premier entretien, et qu'il lui dit s'être senti mal à l'aise en rejetant la faute sur mon attitude.

La dimension perverse de l'organisation psychique de Monsieur Paul V. apparaît également par l'exposition qu'il fait du déroulement de l'acte agressif sexuel pour lequel il est incarcéré, où l'on retrouve un scénario très construit. Évacuons d'emblée en la signifiant une insuffisance à l'appellation de scénario dans le cas de Monsieur Paul V. : en effet, Monsieur Paul V. accepte d'évoquer, quoique brièvement, les faits qui lui sont reprochés, mais il ne nous dit pas avoir déjà commis d'actes semblables. De plus, nous ne disposons pas d'autre information quant à d'éventuelles condamnations antérieures pour des faits agressifs sexuels. La notion de répétition du scénario est donc ici absente. Néanmoins, cette précision faite, ni la question de la compulsivité, ni celle de la ritualisation ne manquent à la description que nous fait Monsieur Paul V. BALIER <sup>(10)</sup> nous dit : « comme le fétiche, le scénario est surinvesti et obéit à une logique compulsive » et il ajoute « fétiche et scénario apparaissent ainsi comme des configurations bien identiques ». En acceptant de lire ici une notion d'équivalence entre fétiche et scénario, nous poursuivons notre citation de BALIER : « le fétiche, ou la fétichisation de l'objet, est une projection sur une chose, ou un objet « chosifié », de la mégalomanie du sujet qui redoute de perdre l'objet primaire et ainsi de le voir surgir en lui à l'état d'objet interne. La fétichisation a pour objet de figer la relation à l'objet ». Monsieur Paul V. expose l'agression sexuelle pour laquelle il est incarcéré sans omettre de nous dire qu'il a programmé cette agression. Proche des victimes, il se rend à leur domicile avec une bouteille d'alcool et une plaquette d'anxiolytiques, avec l'intention préméditée d'en faire usage pour droguer puis agresser ses victimes. Et il exprime facilement qu'il éprouve une grande frustration dans sa relation à l'autre, et qu'il veut s'assurer, par la mise en place de ce scénario, l'accès à ses victimes. Il dit vouloir immobiliser, neutraliser ses victimes ; nous disons qu'il veut figer la relation à l'objet, pour se protéger, par cette fétichisation, de l'irruption d'une angoisse de désobjectalisation devant la menace de perte et d'irruption de l'objet primaire.

Car les imagos parentales sont clairement défailtantes chez Monsieur Paul V., et les processus d'identifications primaires peuvent très certainement se trouver mis en cause dans ces pages. Monsieur Paul V. évoque au cours de l'entretien, dans un moment d'angoisse intense, son enfance et la maltraitance, probablement sexuelle (la réponse de Monsieur Paul V

est évasive), du père sur ses sœurs, et la maltraitance de sa mère sur lui. On découvre ici la notion de phallus externe (MAC DOUGALL <sup>(68)</sup>) : le discours de Monsieur Paul V. est celui d'une idéalisation du père. Et puis son père devient celui qui a agressé, peut-être violé, deux de ses sœurs, et celui qui a permis que Monsieur Paul V. non seulement ait connaissance de ces faits, mais les observe. « Il s'agit bien d'un échec de l'intériorisation du phallus, recherché ensuite dans le monde externe à travers la répétition des actes » (BALIER). Nous n'avons pas assez d'éléments pour développer la question de l'imgo maternelle concernant Monsieur Paul V., et n'avons connaissance que d'une maltraitance sans plus de précision.

Quoiqu'il en soit, devant ce déficit identitaire primaire, c'est la question de la scène primitive qui surgit : « dans un environnement ne jouant pas son rôle de pare excitation, et en l'absence d'élaboration, les conditions sont réunies pour recourir à l'acte, et jouer la scène plutôt que la représenter. Avec le terme de « jeu », nous dit BALIER, j'introduis le problème du scénario, qui est un moyen de transposer les fantasmes concernant les relations entre les imagos parentales et donc de les maîtriser au lieu d'en être exclu ».

Un autre élément clinique vient appuyer cette problématique narcissique primaire. Monsieur Paul V., détaillant sa fratrie, ne sait préciser s'il est le quatrième ou le cinquième enfant, et se trouve dans l'impossibilité d'énumérer tous les noms de ses frères et sœurs. Nous avons vu que l'on ne peut rapporter cet élément à un trouble mnésique, dont Monsieur Paul V. est indemne. Nous avons vu également que Monsieur Paul V. est le seul détenu que nous avons rencontré qui n'a jamais été placé en famille d'accueil, et n'a donc pas subi d'éloignement, de dislocation familiale qui pourrait expliquer cette difficulté. Il nous semble que c'est une manifestation de déni qui apparaît, venant ici protéger narcissiquement Monsieur Paul V. : il évoque d'abord sa famille comme une famille aimante, et pourtant, il est incapable de la citer. Plus tard, il raconte la violence qu'il a vue et subie au sein de cette famille narcissiquement valorisée et idéalisée. La déhiscence est ici manifestation de déni comme mécanisme défensif devant une menace d'effondrement narcissique, d'inexistence, une crainte d'effondrement, l'agonie primitive selon WINNICOTT <sup>(95)</sup>.

Monsieur Paul V. ne nie pas les faits qui lui sont reprochés, mais il présente une certaine ambivalence. Il explique qu'il s'en veut, qu'il n'aurait jamais dû faire ça. Mais il explique aussi qu'il est "à côté de la société", comme il l'a toujours été, et qu'on ne le comprend pas, que personne ne le comprend. "Je mérite la peine de mort" dit-il, mais il

ajoute : “je suis quelqu’un que les autres ne comprennent pas, je m’intéresse à plein de choses, je suis généreux avec les autres”. On retrouve là la notion de perversité narcissique (RACAMIER <sup>(83)</sup>), où le clivage s’exerce « bien au-delà du sexuel, dans le champ de la réalité sociale globale, sous la forme d’une manipulation psychique des objets externes visant à disqualifier leur Moi et leur pensée » (BOUCHET-KERVALLA).

Nous trouvons dans cette réflexion des éléments qui nous incitent à proposer à Monsieur Paul V. de participer au groupe de parole. Un égocentrisme prévalent associé à une inhibition sociale habituelle constituent en effet deux composantes importantes du fonctionnement psychique de Monsieur Paul V., et sont deux éléments d’indication thérapeutique groupale. Le groupe, cadre thérapeutique protecteur, permet d’aménager un espace de « mentalisation » (CIAVALDINI), par le tiers qu’il constitue, support d’élaboration symbolique, lieu d’une mise en mots et non d’une mise en actes. On s’attend ainsi à ce que Monsieur V. puisse recalibrer ses attitudes en se dégageant d’une représentation a priori et toute-puissante, par la confrontation à l’autre dans ce cadre facilitateur. On voit aussi ici l’intérêt d’animer ce groupe à deux cothérapeutes, un homme et une femme, en insérant alors le sujet dans un cadre symbolique parental étayant et protecteur.

### **- Monsieur François W.-**

#### **Aspects biographiques.**

- Monsieur François W., très opposant à l’entretien, ne nous renseignera ni sur ses images parentales, ni sur ses premières relations, ni sur son adolescence, son rapport au corps, et ses premiers émois sexuels,
- Scolarité: Monsieur François W. nous dit avoir obtenu son certificat d’étude et semble en tirer une certaine fierté. Son discours, très théâtralisé, sur fond de probable trouble narcissique de la personnalité, n’a de cesse de se saisir du moindre prétexte pour valoriser son locuteur. C’est ainsi que ce certificat d’étude devient pour Monsieur François W. matière à s’enorgueillir, et a maîtriser consciencieusement l’entretien, pour mieux éviter les « questions qui fâchent ».

- Vie professionnelle : Monsieur François W. occupe un poste d'agent administratif dans un journal local, puis est employé dans une grande entreprise mancelle comme « employé administratif et de qualité » jusqu'à sa retraite. On note ainsi que le parcours professionnel de Monsieur François W. est placé sous le signe d'une certaine réussite.
- Vie affectivo-sexuelle : Monsieur François W. ne nous livre pas d'information à ce sujet, mais des extraits d'entretiens menés au sein de l'UCSA par le psychologue nous apprennent que Monsieur François W. est célibataire, et qu'en dehors de quelques relations passagères avec des femmes, il l'a toujours été. Il explique cet état de fait en se disant complexé par la taille de son sexe. Il affirme néanmoins qu'il a toujours eu des relations sexuelles satisfaisantes, et précise qu'il préférerait avoir des relations éphémères avec des femmes mariées.

**Analyse psychopathologique : l'unique entretien que nous avons pu mener avec Monsieur François W. ne nous a pas permis de recueillir suffisamment d'observations cliniques pertinentes pour l'élaboration d'une réflexion psycho dynamique à son sujet.**

### **- Monsieur Gilles X. -**

#### **Aspects biographiques.**

- À l'instar de Monsieur François W., mais pour des raisons toutes différentes, nous ne disposons que de peu d'éléments concernant ses images parentales, ses premières relations, son adolescence, son rapport au corps, ses premiers émois sexuels et sa vie affective et sexuelle. L'entretien avec Monsieur Gilles X. est en effet totalement envahi par la riche symptomatologie psychiatrique que présente le sujet, symptomatologie anxieuse et rémanence d'éléments psychotiques récents.
- Scolarité : la scolarité de Monsieur Gilles X. se déroule sans difficulté jusqu'au baccalauréat. Monsieur Gilles X. interrompt alors ses études pour chercher un emploi.

- Vie professionnelle : il travaille d'abord comme animateur en centre de loisirs, puis trouve un poste de téléopérateur.

**Analyse psychopathologique : les entretiens que nous avons pu mener avec Monsieur Gilles X. ne nous ont pas permis de recueillir suffisamment d'observations cliniques pertinentes pour l'élaboration d'une réflexion psycho dynamique à son sujet.**

### **- Monsieur Jacques Y -**

#### **Aspects biographiques.**

- Images parentales : Monsieur Jacques Y. évoque facilement son enfance. Il nous expose, à la manière d'un conte, comment il a été abandonné par ses parents dès sa naissance dans un panier rempli de victuailles, devant la porte d'un couvent. Il portera ainsi deux prénoms donnés par les sœurs, dont le deuxième deviendra son nom de famille. Il nous raconte également comment, identifié par ses camarades d'école comme enfant orphelin, ceux-ci auront tôt-fait de lui attribuer des origines allemandes, le surnommant « le boche », et faisant de lui le fruit d'une union illégitime (et forcée ?) entre une femme française et un soldat allemand. Il est ensuite recueilli par les sœurs, puis placé en famille d'accueil, mais il ne sait préciser à quel âge. Monsieur Jacques Y. n'entretient pas de relation affective particulière avec les parents accueillants, chez qui il restera pourtant de longues années. Il quitte cette famille à l'âge de 14 ans, pour partir travailler dans une ferme. Il ne garde pas de contact avec sa famille d'accueil. Monsieur Jacques Y. raconte cette histoire avec un certain détachement, des phrases courtes, dénuées d'affects, qui nous laissent supposer que s'il n'y a pas eu maltraitance au sein de cette famille d'accueil, la relation entretenue avec Monsieur Jacques Y. par les parents accueillants était cependant affectivement très pauvre. Il est notable que Monsieur Jacques Y. sera jugé devant une cour d'assises entre le deuxième et le troisième entretien de préparation au groupe de parole. Ainsi, lors du troisième entretien, Monsieur Jacques Y. revient de lui-même sur son histoire, et paraît bouleversé. Son roman familial s'est en effet effondré lors du procès, où il a appris, nous dit-il, que loin d'être abandonné dans un panier devant la porte d'un couvent, sa mère avait en réalité effectué une demande d'accouchement sous X. La problématique abandonnique de

Monsieur Jacques Y. est donc forte, et son histoire vide d'images parentales.

- Premières relations : elles sont tardives, et ne surviennent qu'avec la femme qu'il épouse à l'âge de 32 ans.
- Scolarité : Monsieur Jacques Y. travaille d'abord dans une ferme pendant un an et demi, puis entre en apprentissage de boulangerie, obtenant un CAP. Il obtient auparavant son certificat d'études primaires.
- Adolescence – rapport au corps, premiers émois sexuels : nous ne pouvons renseigner cet item à propos de Monsieur Jacques Y.
- Vie professionnelle : à son retour de la guerre d'Algérie, Monsieur Jacques Y. travaille à paris comme ouvrier dans une boulangerie. En 1988, pendant ses congés, il se coupe à la main droite, et se retrouve alors en arrêt de travail pendant sept mois. Il sera ensuite au chômage pendant un an et demi, avant de travailler comme livreur de colis entre 1991 et 1994. En 1994, il occupe un poste d'adjoint responsable du chef de dépôt dans une entreprise de transport. Monsieur Jacques Y. se retrouvera ainsi, à la fin de sa carrière, à la tête d'une équipe de 53 personnes, et en est particulièrement fier. Il est retraité en 2002. On note donc une certaine stabilité et des capacités d'adaptation chez Monsieur Jacques Y. sur le plan professionnel.
- Vie affectivo-sexuelle : Monsieur Jacques Y. se marie à l'âge de 32 ans, sans avoir connu d'autre femme auparavant. Sa vie conjugale semble plus tenir de l'arrangement réciproque que d'une relation affectivement satisfaisante. Monsieur Jacques Y. justifie en effet le bien fondé de son mariage par une réciprocité d'intérêts : il lui était commode d'avoir une épouse à la maison, et il était commode à cette épouse d'avoir un mari qui subvienne aux besoins des quatre enfants qu'elle avait d'un premier lit. Leur relation est pauvre sur le plan affectif, mais sans animosité particulière. Ils n'ont que de rares relations sexuelles, que Monsieur Jacques Y. dit satisfaisantes.

## **Analyse psychopathologique.**

Les éléments cliniques sur lesquels nous allons baser cette analyse psychopathologique sont les suivants :

- Monsieur Jacques Y. nous détaille son histoire judiciaire, émaillée de nombreuses condamnations pour des agressions sexuelles sur mineurs, dont la gravité augmente avec les années.
- Il se marie à l'âge de 32 ans, et vit jusqu'à l'incarcération avec son épouse, en location. Ils ont ensemble un fils, et ont élevé ensemble les quatre enfants issus du premier mariage de son épouse.
- Monsieur Jacques Y. est placé en famille d'accueil dès son septième jour de vie. Il ne sait rien de sa famille biologique, ayant été abandonné, dit-il, sous le porche à l'entrée de l'hôpital.
- Sur le plan scolaire et professionnel, Monsieur Jacques Y. fait preuve d'une certaine réussite dans le parcours que nous avons détaillé. Il est fier de cette stabilité et de cette ascension professionnelle, décrivant avec insistance son poste de chef de quai "moi j'ai été chef d'une équipe de 53 gars".
- Il considère que la loi est sévère contre lui et dans les affaires similaires à la sienne, et tient pour « plus graves » des affaires de vol ou d'escroquerie. Il présente une conscience morale simpliste, sans nuances, et expose une vision légaliste de ses rapports aux autres et à la société en général. « On a le droit / on n'a pas le droit de » sont ainsi des expressions courantes de son discours.

Monsieur Jacques Y. se présente à nous sans autre réticence que celle de devoir raconter son histoire une nouvelle fois. Si cette difficulté se pose surtout sur l'évocation des faits d'agressions sexuelles pour lesquels il est incarcéré, nous dévoilant rapidement la problématique du déni chez ce sujet, il n'en va pas de même lorsque Monsieur Jacques Y. en vient à parler de son histoire personnelle. Abandonné par ses parents à la naissance, il est ensuite recueilli par des soeurs, puis il vit en famille d'accueil à partir de l'âge de sept jours. Au cours du procès, il apprendra qu'en réalité, il n'avait pas été abandonné devant la porte de l'hôpital, mais que sa mère biologique avait demandé un accouchement sous X. Nous constatons de vifs éprouvés d'angoisse lorsqu'il s'exprime sur ce sujet, et remarquons un très

fort investissement de l'imaginaire maternelle. Nous retrouvons ici la question récurrente des identifications primaires chez les sujets agresseurs sexuels : Monsieur Jacques Y. parle de sa mère, qui l'a abandonné. Mais il semble lui trouver, dans une représentation imaginaire forte, l'excuse d'une forme de désespoir par le fait d'avoir été retrouvé devant l'entrée d'un couvent. C'est comme si cette scène avait pour lui valeur d'explication au geste d'abandon de sa mère, acculée à une forme d'urgence par une situation qu'il n'expose pas, et le recours à la protection de l'enfant par une institution religieuse lave la dureté de cet acte. Sa mère l'a certes abandonné, mais elle a pris le soin de le remettre entre les mains de sœurs, de l'église catholique, celle d'un christ qui les sauve, lui et sa mère. Lorsqu'il apprend, au cours du procès, que sa mère a accouché sous X., Monsieur Jacques Y a 62 ans, et il est alors confronté à une réalité tout autre : sa mère idéalisée a en fait prémédité cet abandon, organisé administrativement par l'accouchement sous X.

L'imaginaire paternelle est pour sa part très peu présente dans les propos de Monsieur Jacques Y. L'unique évocation de ce père survient quand il parle de son enfance : «à l'école, on m'appelait le boch». Le père devient, par cette phrase, allemand, envahisseur, peut-être violeur. « Ce que j'ai constaté très souvent dans les cas de compulsion au viol, nous dit BALIER <sup>(10)</sup>, c'est que l'enfant, le futur violeur, n'a pas forcément été lui-même la source de la destructivité, mais a été le témoin impuissant de la destruction de la mère par un père violent. L'identification narcissique aux deux protagonistes l'a amené alors à vivre dans une « confusion primaire à trois », où se mêlent et se contredisent désir de détruire et désir d'être détruit, imagés en une scène primitive terrifiante et repris lors du stade phallique, où l'identité sexuée tient lieu d'être ou n'être pas » <sup>(10)</sup>. Nous savons, bien entendu, que Monsieur Jacques Y. n'a connu ni son père ni sa mère, mais il nous semble que cette citation de BALIER décrit bien ce qui pourrait correspondre à des mouvements internes ayant trait aux imagos parentales chez ce sujet. Par ailleurs, les propos de Monsieur Jacques Y. au sujet de sa famille d'accueil laissent entrevoir des relations affectives très pauvres. Il quitte leur domicile à l'âge de 14 ans, pour partir travailler dans une ferme, et n'aura plus jamais de contact avec eux.

La question du clivage est également tout à fait remarquable chez Monsieur Jacques Y. Il est marié, père d'un enfant, et élève avec sa femme les quatre enfants qu'elle a d'un premier lit. Son insertion professionnelle est bonne, voire réussie, puisqu'il se reconvertit à deux reprises, et parvient à chaque fois à progresser dans la hiérarchie des emplois qu'il occupe. Et, parallèlement à ce fonctionnement social bien rôdé, Monsieur Jacques Y. nous fait

part d'agirs agressifs sexuels sur mineurs remontant à 1977. Il avait alors 32 ans. C'est aussi l'âge auquel il se marie. Ainsi que le dit BALIER <sup>(10)</sup>, il présente aux autres et à lui-même la partie de son Moi qui accepte la réalité, « mais il y a une autre réalité, celle-là inacceptable parce qu'elle mobilise une angoisse, disons le de suite en rapport avec l'abandon et l'anéantissement, en même temps qu'elle mobilise également des pulsions impératives s'adressant à l'objet narcissique ». Cette angoisse est ce que WINNICOTT <sup>(95)</sup> nomme l'agonie primitive, dont il détaille plusieurs propositions, « la perte du sens du réel (défense : l'exploitation du narcissisme primaire), la perte de la capacité d'établir une relation aux objets (défense : (...) l'établissement de relations uniquement avec des phénomènes issus de soi) ». C'est aussi ici que l'on éclaire le déni de Monsieur Jacques Y. quant à l'évocation des faits qui lui sont reprochés. Il ne nie pas avoir commis ces agressions sexuelles sur mineurs, mais il en nie la gravité, et à l'instar de Monsieur Jean U., remet en question l'institution judiciaire, non pas tant sur la légitimité des lois, que sur la justesse avec laquelle elle rend justice, et les différences de traitement entre délinquants qui sont selon lui incohérentes.

Nous rejoignons alors la notion de perversion, en tant que la question de la distinction entre perversion sexuelle et perversion narcissique, la perversité selon BALIER, se pose pour chacun des sujets que nous avons rencontrés. MYNARD <sup>(75)</sup> nous dit ainsi que la perversité « est défense contre la menace que représente l'être de l'autre. (...) Il est question ici du déni de l'existence de l'objet, plus que de la recherche de l'orgasme. Et l'effort de nier son existence, de le tenir pour rien, de l'invalider, de le déprécier, de le dégrader ou de l'avilir, bref, l'intention de le chosifier est d'abord une défense existentielle ». Nous pensons donc que l'organisation psychique de Monsieur Jacques Y. renvoie à la perversité, dans ce que, une nouvelle fois, le clivage s'exerce « bien au-delà du sexuel, dans le champ de la réalité sociale globale, sous la forme d'une manipulation psychique des objets externes visant à disqualifier leur Moi et leur pensée » (BOUCHET-KERVALLA).

Nous remarquerons enfin que la notion de scénario pervers est également présente dans le récit de son histoire par Monsieur Jacques Y. Relatant les agressions sexuelles sur ses nièces, et sur une période de plusieurs années, il nous dit ainsi que les actes se déroulaient toujours de la même manière : il conduisait sa victime dans son véhicule garé dans la cour devant son domicile, et l'intimidait et la menaçait pour qu'elle lui fasse une fellation. Nous reprendrons les propos de BALIER <sup>(10)</sup> : « la scène primitive est faite des fantasmes inconscients que l'enfant construit à propos des relations sexuelles entre ses parents ; elle

comporte un élément fondamental, celui du sentiment d'exclusion. (...) L'idée communément admise est que l'acte pervers reproduit la scène primitive. (...) Il s'agit en fait de maîtriser des fantasmes hautement excitants ».

Nous voyons dans l'analyse que nous venons de développer une argumentation en faveur d'une thérapie de groupe pour Monsieur Jacques Y. Nous pensons ainsi que le groupe devrait être pour ce sujet un cadre étayant et protecteur, pouvant lui permettre d'accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi, de les confronter à celles du groupe et ainsi de les relativiser. Il nous semble que Monsieur Jacques Y. pourrait ainsi recalibrer ses attitudes en se dégageant d'une représentation a priori et toute-puissante. A l'instar de Monsieur Paul V., on voit aussi ici l'intérêt d'animer ce groupe à deux cothérapeutes, un homme et une femme, en insérant alors le sujet dans un cadre symbolique parental étayant et protecteur.

### **- Monsieur Pierre Z -**

#### **Aspects biographiques.**

- Images parentales : Monsieur Pierre Z. est le onzième d'une fratrie de 13 enfants qu'il semble ne pas tous connaître. Il sait dire qu'il a deux soeurs cadettes, deux soeurs puis deux frères aînés, mais ne sait pas pour les autres aînés (garçons-filles et prénoms). Monsieur Pierre Z. est placé en famille d'accueil à l'âge de 9 ans (après 6 mois en foyer de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) avec son frère aîné et sa soeur cadette, pour maltraitance. On note que deux éléments principaux expliquent le flou qui entoure, pour Monsieur Pierre Z., sa généalogie : il a d'une part souffert d'une dislocation familiale précoce, et d'autre part, à l'instar de Monsieur Paul V., une forme défensive de déni vient peut-être appuyer cette difficulté de restitution. Il faut cependant temporer cette dernière explication à l'aune d'une débilité mentale, certes légère, mais avérée chez ce sujet. Monsieur Pierre Z. a revu ses parents une seule fois, à leur demande, pour une fête de Noël. Il vit en famille d'accueil jusqu'à environ 20 ans. L'évocation de la famille d'accueil laisse deviner une relation affective pauvre avec les parents accueillants. On voit donc bien que les images parentales de Monsieur Pierre Z. sont faibles.

- Nous ne disposons pas d'éléments pour préciser les questions des premières relations de Monsieur Pierre Z, non plus que son adolescence, la notion de son rapport au corps, et de ses premiers émois sexuels. De plus, Monsieur Pierre Z. est le seul sujet que nous ayons rencontré pour lequel nous ne disposons pas d'information à propos de sa scolarité.
- Vie professionnelle : Monsieur Pierre Z. a une vie professionnelle stable, puisqu'il travaille dans un élevage de volaille de façon régulière.
- Vie affectivo-sexuelle : Monsieur Pierre Z. vit en concubinage, et a une fille de 5 ans avec sa concubine. Il semble particulièrement attaché à sa fille. Sa vie de couple est assez stable, et l'on note surtout le rôle d'étayage, au quotidien, que sa partenaire exerce auprès de lui. Monsieur Pierre Z. ne souhaite pas évoquer la question de sa vie sexuelle au sein de son couple.

### **Analyse psychopathologique.**

Les éléments cliniques sur lesquels nous allons baser cette analyse psychopathologique sont les suivants :

- Il nous dit qu'il s'agit d'une récidive, alors même qu'il était sous injonction de soins. Il s'agirait là de sa troisième condamnation pour agression sexuelle sur mineur.
- Monsieur Pierre Z. vit en concubinage. Il travaille en ramassage de volaille. Il a une fille de 5 ans.
- Monsieur Pierre Z. est le onzième d'une fratrie de 13 enfants. Il présente des difficultés de restitution de sa généalogie probablement en lien avec une dislocation familiale précoce.
- En 1997, il assiste à un procès en tant que victime d'agression sexuelle à l'âge de 16 ans par un professeur.
- S'il n'y a aucun déni des faits chez ce sujet, on perçoit peu d'éléments d'empathie. Monsieur Pierre Z. ne se rappelle pas le prénom de la première victime, et met longtemps avant de dire que la deuxième s'appelle J. et la troisième B. Il dit ne pas comprendre le terme « agression sexuelle » : « - Je ne les ai pas agressés. Pour moi, agresser quelqu'un, c'est quand on le frappe, qu'on le bouscule... ».

- Il fait preuve d'une demande de soins très insistante : "je dois pouvoir vider mon sac".

L'entretien se déroule sans difficulté particulière, Monsieur Pierre Z. est coopérant, et même très demandeur. Nous nous retrouvons cependant assez vite en butte à un déni important, qui se manifeste par l'incapacité de Monsieur Pierre Z. à évoquer les faits qui lui sont reprochés. Il ne nie pas avoir commis une agression sexuelle sur un mineur, il nous dit même qu'il s'agit d'une récidive, mais il est impossible d'en savoir plus, Monsieur Pierre Z. revenant systématiquement à sa position de victime d'agression sexuelle, qu'il veut authentifiée par l'évocation du procès. La question du clivage surgit à nouveau. Ce clivage s'observe d'ailleurs, et d'abord, comme pour les autres sujets que nous avons rencontrés, dans la coexistence d'une vie de couple et de famille, et la récurrence d'agirs agressifs sexuels dans l'histoire de Monsieur Pierre Z.

Nous sommes donc une nouvelle fois confronté à la notion de défense contre une menace d'effondrement. Cette agonie primitive (WINNICOTT) met en jeu une faille narcissique primaire patente chez ce sujet, dont l'enfance est marquée par un environnement familial destructeur. La question de la destructivité revient donc ici éclairer les identifications primaires de Monsieur Pierre Z. à des imagos parentales non fiables, imago paternelle « inaccessible et lointaine » et imago maternelle « envahissante et dominatrice » (BALIER), au travers de ces figures parentales maltraitantes.

La notion de compulsivité doit alors être appelée. Monsieur Pierre Z. agresse des victimes inconnues, qu'il enlève à la faveur d'une courte inattention dans la surveillance des parents, dans un square, à la sortie d'une école. BALIER <sup>(10)</sup> nous dit que l'on doit alors reconnaître « la fonction défensive de la perversion par rapport à une angoisse sous-jacente, qu'on l'estime en relation avec la crainte de la castration ou avec la menace de perte d'objet ».

Notons enfin que Monsieur Pierre Z. fait preuve d'une pauvreté d'élaboration psychique, en termes de productions symboliques, abstractions, métaphores ou analogies, que l'on peut relier à une débilité mentale légère, mais aussi lisible sous l'angle d'une faible capacité de mentalisation. Cette notion est très détaillée par CIAVALDINI, qui la définit comme « une fonction qui atténue l'impact des excitations en leur conférant un sens, qui diffère la satisfaction, et qui maintient la constance de l'objet. La mentalisation est donc le

processus psychique qui prend en charge la tension in corpore (à effet physiologique) pour lui permettre d'advenir psychiquement et de s'inscrire dans l'histoire du sujet »<sup>(30)</sup>. CIAVALDINI propose alors un certain nombre de points de repères cliniques pour l'évaluation de cette mentalisation, qualité des angoisses, positions émotionnelles et relationnelles, contenance psychique, potentialité régressive, capacité dépressive, et dimension onirique. L'ensemble de ces items nous conforte dans l'idée que Monsieur Pierre Z. présente effectivement de faibles capacités de mentalisation.

L'ensemble de ces données nous amène à proposer à Monsieur Pierre Z. de participer au groupe de parole. Le cadre ainsi posé lui permettrait selon nous d'accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi, de les confronter à celles du groupe et ainsi de les relativiser. C'est la création d'un espace de parole et d'élaboration à plusieurs qui nous semble particulièrement pertinent ici, comme opportunité pour ce sujet de parvenir à « mentaliser » (CIAVALDINI) des représentations à la fois narcissiquement menaçantes, et difficilement concevables en dehors du groupe.

\*\*\*

### **Conclusion.**

GRAVIER et DEVAUD<sup>(57)</sup> observent que « la notion de perversion se trouve vis-à-vis de la délinquance sexuelle dans la même situation que la notion de psychopathie vis-à-vis de la personnalité criminelle ou délinquante : la démarche clinique ne peut que se perdre dans une accumulation de données criminologiques, sociologiques, et comportementales et finit par tendre à une démarche déterministe qui, faute de repères structuraux, sacrifie au discours constitutionnel ». Il faut donc rechercher ces repères structuraux, de plusieurs ordres, et savoir qu'ils ne sont pas suffisants pour expliquer le passage à l'acte agressif sexuel ; d'autres facteurs interviennent.

Sous l'angle comportementaliste, on aura recours à la notion de comportement acquis par conditionnement classique (PROULX<sup>(81)</sup>), à la « chaîne délictuelle » de PITHERS<sup>(77)</sup>. On citera à nouveau PROULX<sup>(82)</sup>, qui dans une revue très complète des études cognitives et comportementalistes sur les liens entre troubles de la personnalité et passage agressif sexuel écrit : « finalement, à chaque étape du processus délictuel, l'agresseur peut se poser une série de questions concernant les risques qu'il encourt, questions qui pourront l'amener à modifier

le déroulement du délit (...) Ainsi, même lorsqu'un agresseur a un scénario délictuel préférentiel, bien des facteurs circonstanciels peuvent en moduler le déroulement ».

Sous l'angle psychodynamique, on fera appel à une analyse des éléments recueillis cliniquement à la lumière des notions de perversion et de perversité, de scénario pervers dans une articulation avec le fétiche, tentative de maîtrise de l'angoisse d'anéantissement émanant de l'exclusion de la scène primitive et du surinvestissement d'imagos parentales narcissiquement destructives.

Nous ne prétendons ainsi aucunement avoir développé des propositions exhaustives concernant les sujets que nous avons rencontrés, mais il nous semble avoir apporté un certain nombre d'interrogations et éléments de réponse pertinents pour la poursuite de notre entreprise initiale : poser une indication thérapeutique de groupe de parole et enfin, mener à bien ce projet thérapeutique.

Nous verrons ainsi la synthèse de cette analyse pluridisciplinaire au chapitre « indications et contre-indications ». Interrogeons-nous auparavant sur la notion de nosographie, afin d'étayer nos décisions pour chaque participant. Il nous semblerait en effet utile de pouvoir faire correspondre chacun des sujets à une catégorie d'agresseur sexuel, afin de préciser cette question de l'indication thérapeutique.

### 1.2.2. Vers une nosographie opérante ?

Nous avons balayé un large champ analytique dans les chapitres précédents, cherchant à identifier, pour chacun des sept sujets que nous avons rencontrés, des arguments pour affirmer ou infirmer une indication thérapeutique. Nous souhaitons maintenant confirmer cette analyse, et le recours à une classification nous semblerait à ce titre très utile. Ainsi, intégrer chacun des sujets évalués dans une catégorie d'agresseurs sexuels, voire d'agresseurs sexuels sur mineurs, nous permettrait d'étayer nos décisions d'orientation thérapeutique. De plus nous pensons, à l'instar de MCKIBBEN <sup>(71)</sup>, qu'« en l'absence d'une typologie cohérente, il est difficile d'évaluer l'impact d'un traitement spécifique sur tel ou tel type de délinquant sexuel, donc, de pratiquer une gestion efficace des ressources disponibles ».

Mais ce n'est pas une question simple que celle de la classification des auteurs d'agression sexuelle : « compte tenu des difficultés à relier théories et pratiques, descriptions et hypothèses, les classifications autres (que les classifications internationales des maladies) sont très nombreuses» <sup>(14)</sup>.

Selon les orientations théoriques de leurs auteurs, un certain nombre de classifications ont ainsi été proposées. BOUCHET KERVALLA rappelle dans son article « existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extrafamiliaux adultes »<sup>(23)</sup>, les principales classifications proposées. MCKIBBEN en fait également une revue exhaustive dans l'ouvrage québécois de référence Les agresseurs sexuels <sup>(71)</sup>. MARTORELL et COUTANCEAU en donnent également un aperçu dans l'évolution psychiatrique <sup>(69)</sup>.

- Mohr, Turner et Jerry, dans une étude datant de 1964 en Amérique du Nord, proposent une classification selon l'âge des agresseurs, et « rapportent les conduites pédophiles à un sentiment d'infériorité sexuelle et sociale ».
- En 1977, Groth et Burgess distinguent viol et attentat à la pudeur, et différencient des types de fonctionnement selon la relation entre l'agresseur et la victime. Les termes utilisés ne renvoient pas à des définitions légales des faits.
- En 1989, dans une approche cognitivo comportementaliste, Knight, Carter et Prentky établissent, à partir d'une étude statistiquement fiable, un modèle sur deux axes : le degré de fixation et la compétence sociale, et comme deuxième axe, la fréquence des contacts avec les enfants.
- Van Gijsegem propose en 1988 une classification dans l'optique psychodynamique, à partir de la relation d'objet et de la structure du caractère selon la fixation à l'un des stades freudiens ;

Si aucune de ces classifications ne s'est avérée totalement opérante pour préciser la psychopathologie des agresseurs sexuels, elles présentent, ainsi que le dit BARON LAFORET, l'intérêt « d'avoir des éléments partageables entre professionnels »<sup>(15)</sup>. Enfin, quelles que soient les propositions de classifications ainsi élaborées, il n'existe pas à ce jour

de nosographie opérante articulée avec des modalités de prise en charge thérapeutique spécifiques.

COUTANCEAU <sup>(38)</sup>, insistant comme de nombreux autres auteurs sur l'importance de l'évaluation des patients, écrit : « la seule référence structurelle montre ses limites, au vu des aspects en mosaïque de la personnalité des agresseurs sexuels. Nous avons donc préféré décrire les traits rencontrés et formuler des dynamiques s'actualisant dans le fonctionnement psychique de ces sujets ». Il propose ainsi une classification qu'il articule avec des propositions thérapeutiques, relativisant cependant sa démarche : il ne propose pas des « repères psychopathologiques de la personnalité de base, mais des sensibilités dans la manière dont la personnalité réagit à l'interpellation sociale » <sup>(40)</sup>. Il distingue donc trois regroupements particuliers, et précise une orientation thérapeutique pour chaque regroupement :

- Les profils immaturo-névrotiques relèvent d'une psychothérapie classique
- Les profils immaturo-égocentriques traduisent l'impossibilité d'une demande spontanée, relevant donc d'une obligation de soins. Ce sont de bonnes indications de groupes thérapeutiques.
- Les profils immaturo-pervers relèvent d'une « évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu leur positionnement ».

Néanmoins, par-delà l'aspect très concret de cette démarche, nous ne pouvons une nouvelle fois que nous questionner sur la notion d'immatunité. MCKIBBEN <sup>(71)</sup> pointe un certain nombre de carences méthodologiques, observables dans l'immense majorité des travaux visant à proposer des classifications pour les agresseurs sexuels. Et cet auteur énonce en premier lieu l'absence de critères diagnostiques opérationnels. « Souvent, la description des sous-types proposés est insuffisamment détaillée et repose sur des critères subjectifs qui bénéficieraient de points de repère concrets. Ainsi, à partir de quels critères qualifier un sujet d'immaturo ou de dépendant ? ». C'est cette question précise qui reste en suspend concernant la proposition de COUTANCEAU.

### 1.2.3. Le déni et la reconnaissance des faits.

#### 1.2.3.a. De l'importance de la définition et de l'évaluation du déni.

Rappelons, pour débiter cette réflexion, la constance avec laquelle nous avons été confrontés au déni lors des entretiens d'évaluation que nous avons exposés. Si l'on envisage tout d'abord le déni dans une dimension de présence ou absence, de oui ou non, de « il y a » ou « il n'y a pas » déni, nous dirons alors que tous les patients que nous avons évalués nient, « sont dans le déni » : nous soulignons par des guillemets l'imprécision de cette expression ; que veut dire « être dans le déni » ? Et avant tout, qu'est-ce que le déni ?

Selon le DSM 4, le déni est une réponse aux conflits et aux stress « en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres ». Il s'agit donc d'une manifestation émanant du sujet, qui tend à nier, à signifier la négation, le refus de considérer ou d'envisager l'existence d'un fait, d'une émotion, d'un propos ; dont la réalité, la prise en compte comme élément avéré, ne serait pas contestées par un sujet qui ne manifeste pas de déni. Le DSM 4 semble en outre introduire la notion de la fonction défensive du déni en en justifiant l'émergence par le caractère « douloureux » de l'élément dénié.

La fréquence avec laquelle la clinique des sujets auteurs d'agressions sexuelles met à jour le déni amène ainsi la plupart des auteurs à soulever trois questions majeures : comment évaluer le déni ? Comment comprendre le déni ? Quelles implications thérapeutiques en retirer ?

L'évaluation du déni est ainsi une constante dans les recherches actuellement menées auprès de cette population. AUBUT <sup>(6)</sup> propose alors de qualifier le déni selon différents niveaux de reconnaissance interrogeables chez le sujet. Dans cette perspective, le déni n'est plus présent ou absent, mais devient une variable à quatre niveaux :

- Reconnaissance totale, le sujet est conscient que le délit représente le signe d'un dysfonctionnement lié à un ensemble de facteurs internes et externes.

- Reconnaissance partielle niveau 1 : le sujet reconnaît son délit mais il accuse des facteurs extérieurs et / ou se dit « guéri » et affirme qu'il n'y aura pas de récidive.
- Reconnaissance partielle niveau 2 : le sujet reconnaît avoir eu des contacts avec la victime, voire des contacts sexuels, mais il ne reconnaît pas leur caractère délictueux.
- Négation totale du délit.

Le sujet peut alors dénier plus ou moins, en tout ou en partie. De la même manière, CIAVALDINI <sup>(28)</sup>, dans Psychopathologie des agresseurs sexuels, recherche-action publiée en 1996, menée à partir d'un questionnaire standardisé, le QIPAAS, écrit : « il nous faut enfin rappeler ici que 15 % des sujets de notre population d'agresseurs sexuels restent peu, voire pas, accessibles à un travail thérapeutique, ce sont ceux qui ne reconnaissent pas du tout le délit. Pour autant, cela ne signifie pas qu'ils resteront à jamais inaccessibles à un soin psychique, d'autant que ces sujets acceptèrent quand même de passer le questionnaire et nous avons pu constater pour certains, et au fil du temps des entretiens, une levée partielle du déni sans qu'aucune question abordant le « présumé » délit ne soit directement posée ». CIAVALDINI introduit ainsi la notion selon laquelle certains sujets ne reconnaissent « pas du tout de délit », signifiant que d'autres le reconnaissent plus ou moins, et parle de « levée partielle » du déni. Un premier levier thérapeutique est aussi proposé dans cette citation : l'évaluation met à jour un déni complet, amène ce que CIAVALDINI nomme un « aménagement du déni », et donc une possibilité ultérieure de proposition thérapeutique.

Dans une approche cognitiviste, l'important article « évaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie », extrait de l'ouvrage L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels propose de définir le déni comme « un mécanisme de défense inadapté, relatif au désaveu, qui recouvre la réalité psychique et la réalité externe ». Pour VANDERSTUKKEN, PHAM, MENGHINI et WILLOCQ <sup>(93)</sup>, le déni comprend des motivations diverses et serait maintenu par des facteurs tant sociaux, psychologiques que cognitifs. « Le déni soutiendrait les distorsions cognitives relatives aux passages à l'acte de l'agresseur ». Plusieurs modèles cognitivistes ont ainsi été développés, la notion de responsabilisation de l'auteur d'agression sexuelle figurant parmi les objectifs essentiels des programmes de traitements cognitivo-comportementaux à l'adresse des agresseurs sexuels.

COUTANCEAU, nous l'avons déjà vu, propose une classification clinique des agresseurs sexuels selon leur fonctionnement psychique, et distingue ainsi des profils

immaturo-névrotiques, immaturo-égocentriques, et immaturo-pervers. Par-delà la carence d'explicitation de la qualification d'imaturité, l'intérêt de cette répartition réside dans les orientations thérapeutiques proposées par l'auteur : la catégorie intitulée « immaturo-pervers » est ainsi placée sous le sceau de la prévalence du déni, qui envahit tout le discours du sujet. Celui-ci nie entièrement les faits qui lui sont reprochés. COUTANCEAU suggère alors que la prise en charge thérapeutique doit être différée au profit de ce qu'il appelle une « évaluation longitudinale », que nous comprenons comme la poursuite d'entretiens, supports d'évaluation clinique du sujet permettant éventuellement d'observer une levée complète ou partielle du déni.

Ainsi, tant dans notre propre expérience que dans la littérature, on voit bien que la question du déni est incontournable. L'évaluation d'un sujet auteur d'agression sexuelle doit nécessairement s'efforcer de préciser les caractéristiques du déni ainsi exposé par le sujet. S'agit-il d'un déni complet ou partiel ? Comment ce déni s'inscrit-il dans une compréhension globale de l'organisation psychopathologique du sujet ?

#### 1.2.3.b.L'approche psychodynamique du déni.

Nous avons vu que le DSM 4 introduit la notion d' « aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective » comme justification de l'émergence du déni. VANDERSTUKKEN, PHAM, MENGhini et WILLOCQ<sup>(93)</sup> décrivent « un mécanisme de défense inadapté ». La notion défensive du déni est ainsi mise en avant : de quelle défense s'agit-il ? De quoi se défendent, par le déni, les sujets agresseurs sexuels ?

Nous avons abordé plus haut la complexité des organisations psychopathologiques rencontrées chez ces sujets. Nous prendrons la notion de recours à l'acte énoncée par BALIER<sup>(10)</sup> comme point de départ de cette réflexion. BOUCHET KERVALLA<sup>(23)</sup> écrit : « le recours à la sexualité avec les enfants n'est pas issu d'une aberration pulsionnelle, encore moins d'un excès de la pulsion sexuelle (souvent en réalité peu active), mais d'une tentative de « solution défensive » par rapport au déficit narcissique consécutif à l'absence d'images parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne ». BESSOLES<sup>(19)</sup> pour sa part énonce que « le crime sexuel apparaît comme un processus autocalmant face à des menaces d'effondrement psychique de l'agresseur ». L'agresseur sexuel apparaît ainsi en

proie à des menaces contre son intégrité psychique, produits d'une histoire marquée par l'échec de la résolution de stades de développements psychiques précoces.

i L'abord de la perversion dans son rapport au complexe d'oedipe.

À partir de l'étude du fétichisme, FREUD s'engage sur la voie d'une compréhension de la genèse de la perversion et développe alors la notion de clivage du Moi : l'introduction du principe de réalité provoque le clivage d'une forme d'activité de pensée qui reste indépendante de l'épreuve de réalité et est soumise au principe de plaisir : « c'est ce qu'on nomme la création du fantasme (...) »<sup>(54)</sup>. D'un côté, le déni de la perception de la réalité (la femme ne possède pas de pénis) trouve une solution dans la conservation d'une croyance de l'enfant en un phallus maternel, substitué par le fétiche ; d'un autre côté, l'enfant reconnaît l'absence de pénis. Grâce à l'objet fétiche, l'enfant triomphe de la menace de castration. Il peut continuer son activité masturbatoire pour satisfaire ses pulsions sexuelles.

CHAZAUD<sup>(26)</sup> écrit que « tout se passe comme si le pervers récusait l'angoisse de la castration, et niait son horreur, en hypertrophiant un instinct partiel qui vient assurer le refoulement de l'oedipe à la façon d'un souvenir écran : c'est en fonction du complexe de la castration que la régression prend effet vers la composante infantile sexuelle qui a été vécue d'une façon présumée particulièrement intense (fixation), et qui étanche maintenant tout le courant libidinal ».

À propos du clivage du Moi, GUILLAUMIN<sup>(59)</sup> nous dit : « le clivage du Moi, bien que globalement défensif à l'encontre de l'émergence de liaisons proprement psychiques dans l'organisation du « Soi » (...) se présente comme une solution énergétique plutôt économique par rapport aux solutions névrotiques, ambivalentes et conflictuelles ». Et BALIER<sup>(10)</sup> d'énoncer que le clivage « met en opposition deux parties d'une même instance, le Moi, et est donc tout à fait différent du refoulement qui implique un conflit d'instances : le Moi opposé au Ca ». Tous ces auteurs nous autorisent ainsi à souligner encore une fois, si besoin était, l'importance de l'analyse de l'organisation psychopathologique du sujet dans son rapport au complexe d'Œdipe.

- ii L'abord de l'organisation psychopathologique du sujet auteur d'agression sexuelle dans son rapport aux stades de développements psychiques préoedipiens.

BALIER <sup>(10)</sup> développe sa réflexion sur l'organisation psychopathologique des sujets auteurs de violences sexuelles en intégrant cette approche historique de la perversion, et une lecture issue des réflexions de KLEIN sur la phase de séparation-individuation, et à sa suite d'autres analystes tels que STOLLER ou MAC DOUGALL. « On bute à chaque fois, nous dit BALIER, sur l'angoisse d'anéantissement qui mobilise des défenses radicales (...). L'une de ces défenses est le clivage du Moi. Défini par Freud, selon un modèle génital du moins dans le « fétichisme », comme deux positions contradictoires : oui, la femme a un pénis comme tout le monde et je ne risque rien ; non, elle n'a pas de pénis et je risque de perdre le mien, le clivage repose donc sur un déni de la réalité. Depuis, les travaux portant sur le « pré-génital » amènent les auteurs à situer le déni d'absence (du pénis) dans un sens plus radical de déni d'absence de la mère, déni de la séparation donc : oui, elle est là, infaillible, et je ne risque rien ; non, elle a disparu, et je risque de n'être plus rien. D'où l'appel, dans cette dernière position, à des défenses de survie, délire ou comportement de toute-puissance ».

Ainsi STOLLER <sup>(89)</sup> développe l'idée selon laquelle la phase de séparation individuation de l'enfant avec sa mère est un moment angoissant pour l'enfant, et qui peut s'avérer traumatique si la séparation est vécue comme une injustice et comme un rejet de la part de la mère. La perversion trouverait alors son origine dans cette phase. Si la séparation provoque une angoisse excessive, traumatisante, l'enfant éprouve une agressivité extrême envers sa mère. L'acte pervers est une résolution momentanée du traumatisme, dans la mesure où il permet au sujet de réaliser son désir de faire mal, de maîtriser l'angoisse en déshumanisant l'autre, en lui infligeant ce qu'il a lui-même subi.

MAC DOUGALL <sup>(68)</sup> s'attache à dégager la fonction du scénario pervers dans les perversions. Par cette construction fantasmatique – le scénario – le sujet dénie le manque de phallus qui caractérise la mère et va « jusqu'à la négation de la scène primitive » : il se réinvente une scène primitive. Le thème du fantasme est toujours celui de la castration, et de la maîtrise de l'angoisse qu'elle provoque. Les origines de ces fantasmes, scénarii et actes pervers sont à rechercher dans les relations précoces de l'enfant et de sa mère durant la phase préoedipienne. MAC DOUGALL situe le « traumatisme » initial lors de la phase de séparation

entre l'enfant et sa mère. Il y a traumatisme, au sens où l'angoisse qui découle de ce temps charnière est l'angoisse prototypique de l'angoisse du complexe de castration ». l'angoisse survient suite à la perception de l'absence du pénis de la mère ; derrière cette perception se profile « l'ombre tout entière de la mère manquante ». L'agent de ce manque est le père. L'enfant qui emprunte la voie de la solution perverse, au lieu de s'engager dans les constructions logiques qui pourraient expliquer cette absence, fait violence à la réalité pour protéger ses objets internes et externes de sa haine destructrice, et obture l'absence de pénis à l'aide d'une image. Enfin, elle entrevoit la perversion dans un continuum entre « le pôle de la sexualité archaïque, liée à l'homéostasie narcissique et le pôle de la sexualité oedipienne, liée à l'homéostasie libidinale ».

### iii Le déni est une solution défensive.

Que l'on se place, dans une tentative de compréhension de l'organisation psychopathologique des sujets auteurs d'agressions sexuelles, sous le primat de la structure perverse, ou sous celui d'une organisation préoedipienne produite de défaillances précoces en lien avec des processus archaïques, primaires, on voit bien que le clivage du Moi reste au centre de notre réflexion. Et le déni est donc corrélativement un élément central d'appréhension de ces sujets.

Ce tour d'horizon des propositions théoriques de compréhension du déni le place donc de façon récurrente comme une solution défensive : contre l'angoisse de castration, déniée par le pervers ; ou contre l'angoisse d'effondrement devant l'absence de l'objet primaire, déniée par le sujet qui présente une organisation psychique archaïque. L'ensemble de ce développement doit désormais nous permettre de mettre à jour, dans la prise en considération du déni et du clivage du Moi, un certain nombre de points d'appuis dans la prise en charge thérapeutique de ces sujets.

#### 1.2.3.c. Implications thérapeutiques

BALIER <sup>(10)</sup> énonce que le clivage « pose la question de savoir s'il est réductible ou pas. De la réponse à cette question dépend le problème de la curabilité des états pathologiques concernés par ce mode de défense ».

i La notion de recours à l'acte.

Le sujet auteur d'agression sexuelle, confronté à une menace interne d'effondrement psychique, se trouve dans l'incapacité de s'en protéger par une mise en représentation, une fantasmatisation. Pour éviter le drame qui le guette, il n'a alors d'autre recours que l'acte agressif sexuel (BALIER).

CIAVALDINI <sup>(31)</sup> écrit que « La clinique des sujets auteurs de violence sexuelle confronte toujours à de multiples non-reconnaissances des vécus affectifs qui en imposent souvent pour un processus de déni et / ou alexithymie qui nous indique le peu de capacité de mise en représentation de ces sujets ».

BESOLE <sup>(20)</sup> observe chez les agresseurs sexuels « un défaut d'intériorisation (...) La dynamique psychique de fantasmatisation apparaît pauvre, banale, monotone et répétitive. (...) Cette pauvreté fantasmatisée symptomatise une « viduité » de la pensée soit sur le versus d'un effondrement des représentations et de leurs liaisons soit sur le versus d'une absence « primaire » d'élaboration mentale (...). La propension à l'agir (...) se parle comme de véritables moments de dépersonnalisation ou comme des instants d'effondrement (...) d'une position subjectivante. (...) On observe une rupture des liens entre affect et représentation de même qu'entre deux représentations ».

GUILLAUMIN <sup>(59)</sup> remarque que « les clivages du Moi (...) ont un rapport essentiel avec l'agir. Leur économie de base suppose en effet de manière évidente l'absence (soit par agénésie, soit par fixation ou par régression à un moment donné du devenir du patient) des formations intermédiaires organisant des rapports métaphoriques réversibles, oscillants ou ambigus entre les diverses inscriptions de traces, ou les registres ou instances vouées à former l'appareil psychique ».

Pour TARDIF <sup>(90)</sup> « l'ampleur des résistances dans les cas de perversion a laissé croire aux analystes que ces clients ne pouvaient profiter d'une approche psycho dynamique », « dès les premières entrevues, la carence d'élaboration psychique s'accorde mal avec une modalité thérapeutique introspective ». Elle écrit alors, au sujet des thérapies psychodynamiques individuelles à l'adresse des agresseurs sexuels, qu' « il convient d'adopter une approche plus

active en prêtant attention au manque de liaison entre les faits et les personnes, le passé et le présent, les liens affectifs et la relation au thérapeute ».

Le premier levier thérapeutique qui émerge ici est donc celui du « défaut de mentalisation » (CIAVALDINI). EMERAUD <sup>(46)</sup>, développant les objectifs de la thérapie de groupe que nous reverrons ultérieurement, écrit ainsi que « le groupe constitue un espace d'étayages multiples sur des objets externes solides et permanents ». Chez les auteurs d'agressions sexuelles, poursuit-il « les objets primaires, par leur manque de permanence et leur fragilité les rendant destructibles, n'ont pu être introjectés et constituer un ensemble d'objets internes fiables et structurants ». Le groupe sera donc un espace où « une vie psychique pourra enfin naître et se développer ». Ainsi, l'émergence d'affects menaçants, anxieux, dépressifs, haineux, pourra-t-elle être contenue dans le champ de la mise en représentation, de la symbolisation, peut-être de la fantasmatisation, dans ce que le groupe crée de liens psychiques, d'élaboration collective, et de propositions interprétatives par l'intervention des thérapeutes. Les affects seront ainsi à même d'être nommés, énoncés, repérés, identifiés, et ainsi déjoués, désamorçés avant l'éventuel acte auquel l'organisation psychopathologique du sujet auteur de violence sexuelle le prédispose à avoir recours, comme processus « autocalmant » (BESSOLE). C'est aussi l'aspect stable du groupe, et donc sa valeur d'étayage qui permet de concevoir cette fonction de création d'une mise en représentation et support de la « mentalisation » (CIAVALDINI).

## ii L'autre.

Le deuxième élément qui apparaît est celui de « position subjectivante » proposée par BESSOLE. Car l'organisation psychopathologique des sujets agresseurs sexuel ne se comprend que dans ce qu'elle implique dans la relation à l'autre, dans l'absence de relation à l'autre, dans l'absence même d'un autre pour le sujet agresseur. BALIER <sup>(10)</sup> décrit la notion d'emprise. Pour nombre d'auteurs, la non-reconnaissance de la victime dans une position de sujet est une dimension prévalente du fonctionnement psychique de l'agresseur.

CIAVALDINI <sup>(31)</sup> détaille trois domaines sur lesquels portent les non-reconnaissances que l'on observe dans la dimension dénégatoire du discours de l'agresseur. Il énonce en premier lieu un défaut de reconnaissance dans le domaine de l'identification subjective humaine, « que l'on enregistre dans la désobjectivation du sujet-victime, la non-

reconnaissance de la violence, ainsi que celle des états affectifs précédant l'acte délictueux ». Le troisième domaine de non-reconnaissance qu'il évoque est celui de la différence des générations, avec « la non-reconnaissance des séductions précoces et du choix de certains objets, particulièrement chez les pédophiles et les pères incestueux ».

BESSELE <sup>(20)</sup> écrit que « la victime n'a pas un statut d'objet et de relation objectale (...). Cette défaillance du couple Moi-non Moi dénote une problématique narcissique primaire de l'agresseur », que nous avons déjà repérée dans notre analyse psychopathologique.

GUILLAUMIN <sup>(59)</sup> écrit que « l'économie « en agir » du clivage du « moi » est essentiellement, et peut-être pathognomiquement, une économie en inter-agir ».

Ces éléments psychopathologiques nous semblent rejoindre la proposition d'EMERAUD <sup>(46)</sup>, qui analyse « la problématique du dedans / dehors (...) L'intra-psychique se confond avec l'inter-subjectif sans qu'il y ait possibilité d'établir des frontières sûres et rassurantes. Le groupe, durant son existence, se constitue comme une entité à part entière : il marque des limites entre le dedans et le dehors, il impose le secret sur ce qui s'y vit et produit un effet protecteur. Il permet la différenciation entre l'intériorité et l'extériorité ». La prise en charge thérapeutique groupale des auteurs de violences sexuelles nous semble donc représenter une possibilité de confronter ces sujets à l'existence de l'autre, en instaurant une médiation stable et régulatrice d'affects agressifs dans la relation à l'autre. L'émergence d'une réaction inappropriée par l'un des participants au sein du groupe, renvoyant à la notion d'acting-out, sera ainsi une opportunité d'une mise en représentation par le groupe et l'éventuelle intervention des thérapeutes, qui protégera le groupe et le sujet qui s'est trouvé en position de recours à l'acte. La mentalisation prendra effet dans sa dimension de relation à l'autre, l'on pourrait peut-être avancer aussi dans sa dimension de relation d'objet.

### iii La notion de « névrotisation ».

Que l'on porte un regard sur la psychopathologie des auteurs de violences sexuelles du côté de la structure perverse, déni de la castration, ou de celui d'une organisation primaire de la personnalité, produit de défaillances précoces en lien avec des processus archaïques, le déni inscrit ces sujets dans une relation au complexe d'oedipe qui les place en dehors d'une résolution de type névrotique.

BESSOLE <sup>(19)</sup> relève chez les sujets auteurs d'agressions sexuelles « une désorganisation des repères structurants de type suffisamment « névrotisés ». Cette organisation « pré-oedipienne » tend à circonscrire des structures psychopathologiques à l'interface des psychopathies et des psychoses « avérées ». Il propose aussi la notion d'externalisation de la problématique : « l'externalisation supposerait une construction suffisamment stable et opératoire de l'image du corps de l'agresseur. Ce n'est pas le cas. Le déni, le clivage, l'isolation, la projection témoignent de mécanismes de défenses « archaïques », non névrotisés, toujours accompagnés de violence enrobée de discours de tendresse. L'externalisation tend à hypostasier une défaillance majeure du processus identitaire et de la relation objectale ».

Pour CIAVALDINI, le deuxième domaine de non-reconnaissance des vécus affectifs porte sur la différence des sexes, « identifiée dans l'évitement total du conflit, avec pas de reconnaissance de l'acte, de ses conséquences pour soi et pour l'autre, pas d'effectivité de la honte ou de la culpabilité ». VILLERBU <sup>(94)</sup> développe dans cette optique une analyse criminologique de cette question : « l'analyse des modes de décriminalisation lors d'une imputation d'infraction devrait permettre de mieux dissocier ce qui, dans celle-ci, relève ou non d'une transgression, au sens limité d'un franchissement d'auto-interdit. Ainsi se repose la question du clivage et encore plus vraisemblablement les bases différentes sur lesquelles reposent deux registres hétérogènes, la culpabilité d'une part, la responsabilité de l'autre, tels qu'on peut les concevoir d'un point de vue psychologique ».

Si l'on considère alors que le vécu affectif de culpabilité est une manifestation d'ordre névrotique, le déni apparaît une nouvelle fois comme une manifestation de clivage du Moi sous-tendu par une organisation psychopathologique de type préoedipienne. L'implication thérapeutique de cette considération réside alors selon nous à deux niveaux :

- Selon BALIER, « si l'intériorisation du surmoi a manqué, il faut bien qu'il y ait un cadre externe qui le représente. En conséquence, un traitement ne peut se faire qu'en prison » <sup>(9)</sup>. L'incarcération, et la condamnation par la justice sont ainsi des moyens de rappeler la notion de la responsabilité du sujet,

- Par ailleurs, le groupe est aussi un espace où la loi peut être énoncée, rappelée, dans un cadre contenant, étayant et donc non menaçant.

La prise en charge des sujets auteurs d'agression sexuelle soulève ainsi la question de la « re-névroisisation » d'affects non perçus par ces sujets. Si le groupe peut en être, de façon passive, une modalité dans sa dimension protectrice, il nous semble aussi pouvoir être une modalité active en permettant « aux participants d'introjecter les liens symboliques qui les unissent ainsi que leur jeu dialectique » (EMERAUD). Ainsi la recherche de la création de liens psychiques internes se rapprochant d'un fonctionnement névrotique pourra-t-elle également être recherchée dans les deux dimensions que nous avons développées précédemment : la création d'un espace de mentalisation et la mise en situation de relation objectale au sein du groupe ne peuvent manquer de représenter des modalités d'évolution de ces sujets vers la névroisisation de conflits internes jusqu'alors clivés.

#### 1.2.3.d.conclusion

Nous dirons donc en conclusion que la notion de déni, ou de reconnaissance des faits, est essentielle dans l'évaluation des sujets auteurs d'agressions sexuelles. Non seulement elle s'articule pour de nombreux auteurs avec une orientation thérapeutique corrélée au niveau de déni observé, mais elle s'inscrit comme une composante incontournable, voire une condition, des modalités de prise en charge thérapeutique de ces sujets.

Nous reverrons ainsi que, pour la plupart des auteurs, le déni total des faits présenté par un sujet agresseur sexuel est généralement une contre indication à la prise en charge en thérapie de groupe. Nous souhaitons ici mettre en lumière une simple question : il serait probablement pertinent, en dehors du travail qui nous occupe ici, de soulever la question d'une indication thérapeutique groupale préférentielle et sélective pour des sujets présentant effectivement un déni complet, et d'étudier alors les résultats d'un tel processus thérapeutique dans l'aménagement de ce déni.

Nous appuierons enfin la suite de notre démarche sur ces propositions, et verrons comment les implications thérapeutiques de cette analyse ont traversé notre expérience de prise en charge groupale de sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs.

\*\*\*

Nous venons de mener à bien la première étape de notre recherche, du recueil à l'analyse de données cliniques pour une évaluation médicopsychologique de sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans. Il nous reste à présent à faire la synthèse de ces éléments pour poser une indication ou une contre-indication thérapeutique groupale pour ces sujets.

Nous allons donc exposer à la suite un ensemble de réflexions sur la thérapie de groupe à l'adresse des agresseurs sexuels, cherchant ainsi à mettre à jour les arguments qui plaident pour cette modalité thérapeutique. Nous verrons également les spécificités de la médiation que nous avons employée pour ce groupe, le « Qu'en dit-on ».

\*\*\*

## 2. Résultats : l'indication thérapeutique.

### 2.1. Groupes de paroles et auteurs d'agression sexuelle sur mineurs.

#### 2.1.1. Introduction

L'intérêt pour les thérapies de groupe envers les auteurs d'agressions sexuelles est vif, et de nombreux travaux et articles font état de méthodes diverses et d'expériences multiples dans ce domaine. TARDIF <sup>(91)</sup> écrit : « le survol des articles permet de constater que ces dernières années la psychothérapie de groupe s'adresse davantage à des populations spécifiques, ou encore à des problématiques spécifiques », puis elle ajoute que le modèle théorique psychodynamique qu'elle expose « fait ressortir les éléments dynamiques propres aux groupes d'agresseurs sexuels ».

Les indications de thérapie de groupe varient :

- En fonction de l'évaluation diagnostique des auteurs d'agressions sexuelles, dont nous venons de détailler les critères pertinents énoncés à ce jour dans la littérature scientifique.
- En fonction du type de thérapie de groupe envisagée, c'est-à-dire en fonction des modalités de la thérapie :
  - Des indications larges, avec des objectifs quantitatifs pour les groupes à orientations cognitives et/ou comportementales.
  - Des indications plus restreintes, avec des objectifs qualitatifs, pour les groupes à orientation psychodynamique.

Nous plaçons notre travail dans une orientation psychodynamique prépondérante, même si, nous le verrons au chapitre « le qu'en dit-on, support d'expression libre », l'outil que nous avons employé peut-être considéré comme situé au carrefour des méthodes thérapeutiques psychodynamiques et cognitivo comportementales. Nous avons donc restreint les indications thérapeutiques en fonction des données de notre évaluation, et corrélativement, en fonction des données de la littérature relative aux indications et contre-indications de thérapie de groupe que nous allons détailler dans ce chapitre.

### 2.1.2. Pourquoi un tel intérêt pour les thérapies de groupe à l'adresse des agresseurs sexuels ?

« Plusieurs raisons orientent vers ce choix thérapeutique. La première est la constatation des difficultés à prendre en charge en individuel ces patients, avec un fréquent effet d'essoufflement des thérapies duelles du fait de l'ambivalence de la demande, du manque d'introspection ou de l'inflation narcissique qui a tendance à envahir la relation »<sup>(44)</sup>.

D'autres motivations au développement de groupe de parole envers les agresseurs sexuels sont invoquées :

- TARDIF <sup>(91)</sup> propose des éléments cliniques en faveur de l'approche groupale :
  - « Les symptômes déviants sont syntones au Moi et ils génèrent peu d'anxiété ou de culpabilité »,
  - « Les agresseurs sexuels présentent une faible tolérance à l'anxiété, et ont tendance à évacuer par le passage à l'acte »,
  - « Ils présentent une faible motivation au traitement ».
  
- CORDIER <sup>(36)</sup> écrit que les thérapies de groupe « permettent de contourner des facteurs de résistance et d'aborder non seulement la problématique sexuelle, mais aussi les problèmes de relations interpersonnelles ».
  
- Selon BARON LAFORET <sup>(16)(17)</sup>, « l'abord groupal est facilitant pour ces personnalités. Le groupe constitué de pédophiles sera un cadre plus rassurant pour commencer à exister. La menace d'intrusion sera moindre et les résistances moins importantes. Les thérapeutes seront moins dans une place persécutoire ou toute-puissante ». Elle ajoute qu'« il est plus facile pour un pédophile d'entendre les propos d'un autre pédophile que la parole d'un soignant. Ces autres, dans la même situation que lui, vont être des premiers autres supportables », le groupe favorisant alors la confrontation au déni des faits.
  
- MUGNIER <sup>(74)</sup>, détaillant une expérience de thérapie de groupe menée à la maison d'arrêt de Besançon, écrit que « le groupe comme cadre thérapeutique met des limites au désir d'une relation fusionnelle avec le thérapeute et oblige le délinquant à tenir compte de l'existence de l'Autre ».
  
- EMERAUD <sup>(46)</sup>, dans la 5<sup>ème</sup> conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie, observe que « le groupe, par son fondement même, constitue un tiers entre l'individu et l'autre, quel que soit celui-ci (soignant ou soigné), il est donc en soi une médiation à la relation ».

- COUTANCEAU <sup>(41)</sup> développe également un certain nombre d'arguments en faveur des thérapies de groupe :
  - La psychothérapie en petits groupes constitue un espace plus facile à appréhender pour certains sujets. Ils sont moins interpellés qu'en situation duelle, ils associent à leur rythme et bénéficient d'un travail d'élaboration des autres membres du groupe, tout en s'identifiant sans être trop mis en difficulté.
  - Le groupe comme cadre thérapeutique impose des limites, obligeant chacun à tenir compte de l'existence de l'autre. Plus proche d'une situation sociale, il permet de travailler les situations interpersonnelles et les affects sous-jacents, au moment où ils s'actualisent.
  - Le niveau d'insight (prise de conscience) face à la problématique transgressive est également différent d'un sujet à l'autre. Chacun est confronté au travail élaboratif de ceux qui reconnaissent précisément tout ce qui s'est joué en eux : rage, haine et agression dans une tentative d'emprise de la victime. L'interpellation directe ou indirecte par d'autres agresseurs est souvent mieux acceptée que celle du thérapeute.
  - le groupe est un espace qui invite à développer les processus de sociabilisation, en évitant l'évitement et le repli sur soi qui sont des constantes cliniques de ces patients.
  
- SMITH et PETIBON <sup>(88)</sup> écrivent, à propos d'une expérience groupale d'expression émotionnelle menée au centre pénitentiaire de La Garenne Colombe : « le postulat sur lequel se base ce groupe est celui qu'une meilleure gestion des émotions facilitera les échanges humains et les relations interpersonnelles de ces sujets et pourra les aider à développer des relations d'attachement et d'intimité qui leur font massivement défaut. En effet avoir des relations satisfaisantes avec des proches est considéré comme un facteur pouvant réduire le risque de récidive chez ces sujets ».

### **- SYNTHÈSE -**

On voit bien que tous ces auteurs soulignent plusieurs grands principes justifiant l'utilisation du groupe comme modalité thérapeutique envers les agresseurs sexuels :

- Les difficultés soulevées par la prise en charge en psychothérapie individuelle,
- En lien avec plusieurs problématiques :
  - Psychologiques : le défaut de culpabilité, la confrontation au déni des faits, la faible demande de soin,
  - Et psychopathologiques de cette population : la mise en acte plutôt que la mise en mots, conséquence de faibles capacités de mentalisation et donc d'élaboration,
- L'intérêt du groupe par lui-même :
  - Comme cadre thérapeutique solide, régulier, non défaillant,
  - Et comme tiers dans la relation à l'autre, thérapeute ou patient,
- Enfin, le développement d'un espace propice à la communication, et au développement de relations interpersonnelles non menaçantes.

### 2.1.3. Indications et contre-indications de thérapie de groupe.

De nombreux auteurs ont proposé différentes indications thérapeutiques de groupe, ainsi que des contre-indications :

- En 1993, TARDIF <sup>(91)</sup> propose :
  - Indications :
    - Déficit du Moi.
    - Troubles du caractère.
    - Traits oraux ou narcissiques.
  - Contre-indications :
    - Des déficits trop importants de l'estime de soi.
    - La présence de traits paranoïdes.
    - L'émergence d'un épisode dépressif.
- En 1998, CORDIER <sup>(36)</sup> écrit que les thérapies de groupe « sont indiquées en première intention lorsque la relation duelle est trop anxiogène pour le sujet ».

- En 2002 COUTANCEAU <sup>(38)</sup> énonce les critères d'indication thérapeutique de groupe de parole suivants :
  - Une ambivalence face au suivi.
  - Une insuffisante lucidité, quelque soit le niveau intellectuel.
  - Un égocentrisme prévalent.
  - Une inhibition sociale habituelle.
  
- Selon SMITH et PETIBON <sup>(87)</sup>, « la plupart des auteurs d'agression sexuelle sur enfants ont une indication de psychothérapie de groupe » et ces auteurs développent les indications comme suit :
  - L'absence de capacité d'introspection ou d'élaboration.
  - Une ambivalence face au suivi.
  - L'importance de l'égocentrisme.
  - Une fragilité narcissique.
  - Des mécanismes pervers (emprise, déni d'altérité, manipulation, séduction).

### **- SYNTHÈSE -**

Afin de poser une indication pour les agresseurs sexuels que nous avons rencontrés à la maison d'arrêt du Mans, nous avons ainsi choisi de baser notre décision sur une évaluation clinique préalable d'une part, et sur l'analyse que nous venons de faire de la littérature concernant les indications de groupe de parole d'autre part.

Nous avons alors retenu les éléments d'indication suivants :

- Un suivi en thérapie individuelle anxiogène, ou non pertinent.
- Une insuffisante lucidité, quelque soit le niveau intellectuel, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits.
- Une ambivalence face au suivi.
- Un égocentrisme prévalent.
- Une inhibition sociale habituelle.

En termes de contre-indications à la thérapie de groupe, nous avons retenu les items :

- Des déficits trop importants de l'estime de soi.
- La présence de traits paranoïdes.
- L'émergence d'un épisode dépressif.

#### 2.1.4. Objectifs.

Concernant les objectifs généraux de la psychothérapie de groupe, deux objectifs majeurs sont retrouvés, quelqu'en soient les modalités :

- La prévention de la récurrence
- L'amélioration de la qualité de vie du patient.

BARON LAFORET <sup>(16)</sup> écrit : « les objectifs sont de diminuer le recours au passage à l'acte agressif sexuel et d'améliorer la qualité de vie du patient ».

Un certain nombre d'objectifs spécifiques sont énoncés concernant les thérapies de groupe à orientation psychodynamique :

- TARDIF <sup>(91)</sup> propose trois grandes catégories d'objectifs :
  - Reprenant les travaux de KOZOL, COHEN et GAROFALO, elle détaille six objectifs thérapeutiques « qui assurent une certaine efficacité au traitement et un meilleur pronostic » :
    - Parvenir à contrôler son comportement délictuel.
    - Comprendre ses schémas de distorsions névrotiques.
    - Devenir empathique envers les autres.
    - Développer des attitudes plus responsables et matures socialement.
    - Métaboliser ses sentiments d'hostilité et de ressentiment.
    - Développer une meilleure image de soi.

- Puis elle note que « le thérapeute élabore des objectifs spécifiques pour chaque délinquant pris individuellement ».
- Enfin, elle détaille des objectifs spécifiques des agresseurs sexuels, préliminaires à la thérapie de groupe, concernant le processus de communication :
  - Les agresseurs sexuels présentent des difficultés de communication importantes, ainsi que des traits narcissiques qui nécessitent l'intervention du thérapeute de façon plus active pour favoriser l'écoute et assurer une meilleure répartition du temps de parole.
  - Les agresseurs sexuels, présentant une carence d'élaboration psychique, expriment les conflits par le passage à l'acte plus facilement que par la parole : le groupe de parole favorise un processus de communication où la mentalisation des conflits peut s'élaborer.
- Pour BALIER <sup>(11)</sup>, «la mise en place de groupes ou d'ateliers d'expression pour agresseurs sexuels réalise trois objectifs :
  - Représenter un soutien psychologique permettant la confrontation au déni,
  - Organiser un cadre de référence pour l'autocontrôle des comportements,
  - Préserver et même favoriser les chances d'élaboration psychologique permettant de passer du niveau comportemental au niveau fantasmatique ».
- EMERAUD <sup>(46)</sup> propose les objectifs suivants :
  - Favoriser une prise de conscience de l'acte.
  - Permettre la différenciation entre l'intériorité et l'extériorité, problématique centrale chez ces sujets dont l'intrapsychique se confond avec l'intersubjectif.
  - Développer une vie psychique par l'introjection d'objets externes fiables (autres membres du groupe, thérapeutes, le groupe lui-même), maintenus par le

groupe en tant que facteur d'étayage, et par l'introjection des liens entre ces différents objets.

- Permettre par interprétations ou associations au sein du groupe, la création de liens et le développement des processus d'identification, comme support d'un fonctionnement du préconscient défaillant chez ces sujets.
  - Éviter le passage à l'acte, dernier recours contre l'effondrement psychique.
- SMITH et PETIBON <sup>(88)</sup> détaillent les objectifs suivants concernant le groupe d'expression émotionnelle que nous avons déjà évoqué:
- « Favoriser les relations avec des proches.
  - Diminuer les difficultés de communication afin d'augmenter les ressources en cas de situation difficile.
  - Développer les capacités d'empathie.
  - Renforcer les capacités de contenant.
  - Aider au repérage des situations à risques internes ».
- BERAN et de VARGAS <sup>(18)</sup> fixent quatre objectifs à la prise en charge d'un groupe d'agresseurs sexuels dont ils relatent le cheminement :
- « Une certaine compréhension des conditions les ayant incités à commettre ces actes, ainsi que des composantes de ceux-ci, de leurs conséquences, tant pour les autres, dont la victime, que pour soi-même.
  - Un partage avec d'autres participants qui sont dans des situations plus ou moins semblables.
  - Une certaine intériorisation des normes sociales.
  - Une invention de relations plus satisfaisantes pour soi-même et pour autrui ».
- Dans une expérience de groupe thérapeutique de prévention de la récidive au sein de l'antenne de psychiatrie et psychologie légale de la Garenne Colombe, SMITH et PETIBON <sup>(87)</sup> proposent comme objectifs :
- D'aider les participants à :

- S'exprimer de façon affirmative,
  - Repérer puis verbaliser leurs émotions,
  - Développer des ressources relationnelles qui puissent les aider à faire face en cas de situation à risque.
- De développer différentes compétences sociales :
    - L'empathie envers la victime,
    - Le contrôle de la colère,
    - L'expression de ses besoins.
- MUGNIER <sup>(74)</sup> propose que « le délinquant doit parvenir à :
- Apprendre à contrôler son comportement délictuel.
  - Comprendre ses schémas de distorsions névrotiques.
  - Devenir capable de se mettre à la place de l'autre.
  - Développer des attitudes plus responsables.
  - Métaboliser ses sentiments d'hostilité.
  - Développer une meilleure image de soi.
  - Développer une plus grande tolérance à la critique.
  - Exprimer des sentiments agressifs ouvertement.
  - Devenir un adulte mature qui reconnaît que le comportement sexuel implique à la fois une responsabilité et une gratification ».

### **- SYNTHÈSE -**

Nous voyons bien là aussi que les objectifs proposés par tous ces auteurs sont proches, bien évidemment corrélés avec les motivations à développer les prises en charge groupales pour les agresseurs sexuels. L'énoncé des objectifs diffère selon le référentiel théorique, en ce sens que la méthode thérapeutique employée pour y parvenir sera différente. Néanmoins nous pouvons faire ressortir un certain nombre d'objectifs récurrents et communs à de nombreux auteurs, et nous proposons de les répartir comme suit :

- Ce que TARDIF énonce comme « parvenir à contrôler son comportement délictuel », et qui rejoint la proposition de BALIER de « préserver et même favoriser les chances d'élaboration psychologique permettant de passer du niveau comportemental au niveau fantasmatique », de EMERAUD « Éviter le passage à l'acte, dernier recours contre l'effondrement », ou encore MUGNIER, qui propose « Apprendre à contrôler son comportement délictuel ».
- BALIER énonce comme objectif : « Représenter un soutien psychologique permettant la confrontation au déni », ce qui correspond à l'énoncé de EMERAUD : « Favoriser une prise de conscience de l'acte »,
- La notion de groupe comme cadre ou contenant est énoncée par :
  - BALIER « Organiser un cadre de référence pour l'autocontrôle des comportements »,
  - SMITH et PETIBON « Renforcer les capacités de contenant ».
- Le repérage des conditions psychiques et situations à risque de passage à l'acte agressif sexuel est proposé comme objectif par plusieurs auteurs :
  - « Comprendre ses schémas de distorsions névrotiques » (TARDIF).
  - « Aider au repérage des situations à risques internes » (SMITH et PETIBON).
  - « Une certaine compréhension des conditions les ayant incités à commettre ces actes, ainsi que des composantes de ceux-ci, de leurs conséquences, tant pour les autres, dont la victime, que pour soi-même » (BERAN et de VARGAS).
  - « Comprendre ses schémas de distorsions névrotiques » (MUGNIER).
- Le travail de l'empathie est un objectif également récurrent :
  - « Devenir empathique envers les autres » (TARDIF).
  - « Développer les capacités d'empathie » (SMITH et PETIBON).
  - « Devenir capable de se mettre à la place de l'autre » (MUGNIER).
- Le développement des relations sociales est abordé par de nombreux auteurs :
  - « Développer des attitudes plus responsables et matures socialement » et « métaboliser ses sentiments d'hostilité et de ressentiment » (TARDIF).

- « Diminuer les difficultés de communication afin d'augmenter les ressources en cas de situation difficile » (SMITH et PETIBON).
  - « Une invention de relations plus satisfaisantes pour soi-même et pour autrui » (BERAN et de VARGAS).
  - « Une certaine intériorisation des normes sociales » (BERAN et de VARGAS).
  - « Favoriser les relations avec des proches » (SMITH et PETIBON).
  - « Un partage avec d'autres participants qui sont dans des situations plus ou moins semblables » (BERAN et de VARGAS).
- Enfin « développer une meilleure image de soi » (TARDIF et MUGNIER).

#### 2.1.5. Constitution du groupe.

Plusieurs auteurs soulignent l'importance de la constitution du groupe lui-même.

CORDIER <sup>(36)</sup> note que « Les psychothérapies de groupe doivent réunir des sujets souffrant de troubles similaires et leur permettre de trouver une résonance dans l'expérience des participants. (...) TARDIF recommande d'accorder une attention particulière à la structure du groupe qui se différencie nettement des groupes de névrotiques et au sein duquel le rôle du thérapeute doit être plus actif ».

Il fait ainsi référence à TARDIF <sup>(91)</sup>, qui développe la question de la structure du groupe sous différents aspects :

- « Le groupe se compose essentiellement d'adultes, car il est contre-indiqué de regrouper des adolescents et des adultes »,
- « Il faut éviter une trop grande concentration de personnalités narcissiques, de passifs dépendants, ou encore de clients plus fragiles (borderline, homicide, etc.) ».

Quant à notre propre expérience, cette question de la constitution du groupe ne pouvait être réellement prise en considération pour ce que le nombre de sujets que nous avons rencontré ne nous permettait pas d'exclure un patient du groupe en raison des éléments proposés par ces auteurs.

\*\*\*

## Conclusion

Nous venons d'exposer les arguments de la littérature scientifique qui plaident en faveur de la prise en charge thérapeutique groupale des agresseurs sexuels. Nous avons d'abord spécifié que la caractérisation judiciaire d'un sujet en tant qu'agresseur sexuel n'est évidemment ni une définition psychopathologique, ni un critère d'indication thérapeutique. Nous avons ensuite développé les points de vue de nombreux auteurs sur l'indication thérapeutique groupale, mais aussi sur les objectifs et les modalités de réalisation de ce type de prise en charge. Attardons nous un moment sur la spécificité de la médiation que nous avons utilisé pour développer ce projet. Y a-t-il des indications, des objectifs, des modalités spécifiques au « Qu'en dit-on » ? C'est ce que nous allons maintenant nous efforcer d'éclaircir.

### 2.2. Le « qu'en dit-on » : support d'expression libre.

#### 2.2.1. Introduction.

Créé en 2000 par l'équipe psychiatrique de la maison d'arrêt d'Angers, le « Qu'en dit-on » se présente sous la forme d'un jeu de cartes. L'introduction du livret méthodologique est ainsi formulée : « le jeu qui vous est présenté dans ce livret explore le champ des représentations et des attitudes sur le thème du lien social en tant que lien à l'autre et à la loi. Il est utilisé en groupe comme support d'expression avec des populations présentant des problèmes de violence, qu'elle soit sexuelle ou non. Il peut servir de médiation dans un travail thérapeutique ou d'éducation pour la santé ».

Il nous semble en premier lieu opportun de proposer ici un certain nombre de définitions du terme « jeu », afin d'orienter notre réflexion sur l'utilisation de ce « support d'expression en groupe ». Le dictionnaire de la langue française Le Larousse <sup>(65)</sup> propose :

- « Activité physique ou intellectuelle visant au plaisir, à la distraction de soi-même ou des autres ; manière de s'y livrer ».

- « Ce qui sert à jouer : jeu de carte, de dames ».
- « Manière d’agir légère, facile, gratuite, dépourvue de valeur ou sans gravité ».
- « Manière d’interpréter un rôle », « comédie, rôle qu’on joue ».
- « Groupement d’objets semblables : un jeu de clefs ».

Nous souhaitons alors d’emblée définir notre propos comme relatif à l’utilisation d’un « groupement d’objets semblables », « un jeu de carte » au sens d’un « jeu de clefs ».

Nous pouvons aussi relever dans ces définitions des pistes de compréhension, d’analyse, de réflexion ou d’interprétation des attitudes ou réactions que nous avons pu observer parfois de la part de certains des participants au groupe. Car dans un groupe thérapeutique, comme dans n’importe quel groupe, il y a « manière d’interpréter un rôle », c’est le lieu d’une « comédie, (d’un) rôle qu’on joue ». Citons honoré de Balzac <sup>(11)</sup> qui, dans La Comédie Humaine fait dire, par exemple, à l’un de ses personnages : «Entre nous quand on voit un Minard, une cruche dorée, aller complimenter le Roi, pavaner aux Thuilleries, un Popinot en train de devenir Ministre... Et vous, un homme rompu au travail administratif, un homme qui a trente ans d'expérience, qui a vu six gouvernements, repiquant ses balsamines.... Allons donc !... Je suis franc, mon cher Thuillier, je veux vous pousser, parce que vous me tirerez après vous... ». On voit bien qu’un jeu existe, un rôle, dans la comédie humaine, dans le groupe.

La notion de distraction mérite également d’être développée. « Distraire », « faire diversion ». Voilà l’enjeu du jeu, et de la distraction. Devant la permanence du déni comme phénomène cliniquement observable chez tous les sujets que nous avons rencontrés, distraire est ici détourner l’attention du sujet de sa position défensive, pour travailler à un « aménagement du déni » (CIAVALDINI). Cette proposition n’est pas sans risque, lorsque l’on conçoit que le déni représente bien souvent chez ces sujets une position moins défensive du point de vue de la loi et de la société, que vis-à-vis de menaces internes identitaires. BARON LAFORET <sup>(16)</sup> écrit alors que « l’utilisation de médiation sera très utile ». Nous le pensons également, car plutôt que de distraire ces sujets de leurs aménagements pervers défensifs pour les prendre en défaut, les mettre à mal en désamorçant leur seule enveloppe protectrice face aux menaces, internes nous l’avons dit, mais aussi externes, il s’agit alors de les inscrire dans une dynamique groupale qui instaure le tiers. Le tiers représente un filtre entre des affects violents et l’autre, qui peut peut-être de la sorte reprendre forme. Et la

médiation, ici le support du jeu de cartes, vient soutenir, supporter physiquement et psychologiquement ce tiers protecteur. Le jeu, dans sa représentation matérielle, médiation concrète, permet d'échapper à l'écueil d'un groupe-abstraction, qui serait une nouvelle menace externe, pour développer plus vite, plus sûrement, un groupe distraction, tiers entre soi et l'autre menaçant (Surmoi, ou Idéal du moi insaisissable), et entre soi et des images internes déficitaires et destructrices (ça, ou narcissisme primaire défaillant), pour faire émerger l'autre dans sa dimension sociale constructrice et protectrice.

Nous venons d'exposer notre réflexion autour de l'intérêt thérapeutique que représente le groupe d'une part, et la médiation du « Qu'en dit-on » d'autre part, sous l'angle psychodynamique. Nous souhaitons néanmoins évoquer l'approche cognitive que l'on peut envisager dans l'utilisation du « Qu'en dit-on ». Il nous semble en effet que nous aurions pu faire le choix de placer notre travail sous cet angle. Nous aurions alors développé la même démarche, avec des outils évaluatifs différents, parmi lesquels nous aurions fait une place toute particulière à l'évaluation des distorsions cognitives. Ainsi, nous aurions pu baser notre évaluation sur l'ABC Scale. L'approche groupale n'aurait alors été en rien remise en question. Plutôt que de chercher, par la libre expression des candidats, à travailler à l'aménagement du déni, à explorer la dimension du tiers comme support d'élaboration d'une relation à l'autre non menaçante, de liens positifs au groupe, nous aurions proposé avec le « Qu'en dit-on », un travail précis sur les distorsions cognitives préalablement repérées. Si nous n'avons pas adopté cette démarche, nous avons cependant fait mention de l'attention particulière que nous avons portée à cette question. Ainsi, lors du déroulement du groupe il nous est arrivé à plusieurs reprises de relever les propos de l'un des participants, et de soumettre ces éléments à la discussion et à l'analyse du groupe, en cherchant à éclaircir ce qui nous semblait tenir de distorsions cognitives. Ainsi, à l'instar de SMITH et PETIBON <sup>(87)</sup>, nous avons pris en considération un modèle Nord américain, cognitivo-comportementaliste, et en avons fait une adaptation, modeste, à des pratiques européennes. Ces auteurs ont développé une prise en charge thérapeutique groupale de sujets auteurs d'agressions sexuelles en suivi ambulatoire en s'inspirant du modèle de la chaîne délictuelle de PITHERS <sup>(77)</sup>. Elles proposent tout d'abord aux participants de mener une réflexion personnelle suivant le modèle de la chaîne délictuelle, sur ce que chacun d'entre eux peut repérer, énoncer des événements survenus dans sa vie, et qu'il pourrait mettre en lien avec son propre passage à l'acte agressif sexuel. Puis elles proposent aux participants du groupe de mener une discussion autour des problématiques que chacun aura repérées le concernant, exposant à tour de rôle ses

interrogations. Ces auteurs explicitent ainsi qu'elles ont développé un travail groupal d'expression libre dans un modèle européen psychodynamique, à partir d'une proposition cognitiviste de modélisation de la genèse de l'agression sexuelle. C'est dans cette optique que nous avons cherché à développer la question des distorsions cognitives pour notre propre pratique.

### 2.2.2. Objectifs.

Nous avons vu les objectifs communs aux différentes modalités thérapeutiques proposées actuellement aux auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs. Nous avons également précisé les objectifs des thérapies de groupe dans ce même contexte. Existe-t-il des objectifs thérapeutiques spécifiques au groupe de parole à médiation par le « qu'en dit-on » ?

Nous nous appuyons en première intention sur le guide méthodologique du « qu'en dit-on », qui énonce les finalités suivantes :

- « Pouvoir accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi ».
- « Pouvoir les confronter à celles du groupe et ainsi les relativiser ».
- « Pouvoir recaler ses attitudes en se dégageant d'une représentation a priori et toute-puissante ».
- « Pouvoir relier ses attitudes et ses représentations à son histoire singulière ».
- « Soutenir la pratique thérapeutique : faire ressortir les traits de personnalité des participants et repérer des points qui pourraient être retravaillés en individuel ».

LACCOURREYE <sup>(63)</sup>, psychiatre à la maison d'arrêt d'Angers ayant participé à la création du « qu'en dit-on », en fait une présentation détaillée dans un article de la revue « La santé de l'homme ». Après en avoir exposé la genèse et la forme, LACCOURREYE pose la question de l'intérêt de cette médiation. Elle développe alors les points suivants :

- « La situation du jeu collectif est un cadre contenant, facilitateur de la parole, un espace de détente minimale et crée ainsi une situation sociale structurante,

- Le jeu permet également une exploration de la loi et de l'altérité à la fois du côté des situations proposées et du côté du « jouer en groupe » (...),
- Il opère un « forçage » de la représentation et de la parole, et permet un détour puisqu'il s'agit pour le joueur de débattre des idées ou de l'acte de « IL » ou de « ELLE » sans implication directe de sa part ; il est ainsi dans une situation projective avec un risque personnel modéré ». Cela rejoint bien ce que nous avons développé de la notion de distraction.
- « Le jeu permet ainsi aux participants d'accéder à leurs représentations, d'accorder une place à leurs émotions internes, à leur vie intérieure. (...) Il peut permettre une revalorisation narcissique suscitée par la prise de parole et l'affirmation de soi ».

Remarquons brièvement que le « Qu'en dit-on » est désormais connu et utilisé dans plusieurs centres pénitentiaires en France : objet d'une citation par CIAVALDINI lors du congrès de l'ARTAAS à Lille en mai 2006 <sup>(32)</sup>, d'une communication lors du congrès de médecine pénitentiaire à Brest en avril 2006 <sup>(66)</sup>, et d'un article dans le ouest France <sup>(58)</sup> en date 15-16 avril 2006, où le journaliste écrit : « les auteurs (d'agression sexuelle) demandeurs d'une thérapie sont minoritaires. (...) Pour amorcer cette prise en charge, l'équipe de l'unité de consultation et de soin ambulatoire de Brest utilise un « jeu », le « Qu'en dit-on », mis au point par les thérapeutes de la maison d'arrêt d'Angers ».

Nous dirons enfin qu'ayant rencontré, lors du congrès ARTAAS de Mai 2006, Mme CLOAREC, psychologue à la maison d'arrêt de Brest, nous avons pu nous procurer, avec son aide précieuse, une retranscription écrite de son intervention lors du congrès de médecine pénitentiaire en collaboration avec le Docteur LE LANN, psychiatre de cette même maison d'arrêt. Leurs propos au sujet du « Qu'en dit-on » corroborent ceux que nous avons développés.

### 2.2.3. Description du « Qu'en dit-on ».

Le qu'en dit-on se présente donc sous la forme d'un jeu de soixante cartes, regroupées en six thèmes, comprenant chacun dix cartes. Chaque thème est représenté par une couleur, qui borde la carte en un fin liseré. Les catégories sont les suivantes :

- « Conduites addictives », couleur verte.

- « Responsabilité parentale », couleur marron.
- « Circulation routière », couleur bleue.
- « Questions de femme », couleur rose.
- « Violence », couleur orange.
- « Sexualité », couleur jaune.

Chaque carte décrit une situation relationnelle en une courte phrase, et est illustrée par un dessin de forme figurative, mais peu descriptif de la situation exposée. Les cartes sont identifiées par un sigle composé de la première lettre du nom de leur couleur, suivi d'un numéro dans leur série (Voir annexes 2 à 5).

Le jeu comprend également quatre affichettes en couleur, destinées à être disposées sur une table, autour de laquelle le groupe se sera installé (Voir annexe 1). Ces affichettes représentent une échelle à quatre degrés, disposée verticalement, avec les mentions :

- « Acceptable ».
- « Discutable ».
- « Non acceptable ».
- « Interdit par la loi ».

On trouve enfin dans le coffret du « Qu'en dit-on », un livret méthodologique, relatant en grande partie les éléments que nous venons d'exposer, ainsi qu'un livret juridique. Ce dernier comprend six chapitres correspondant aux six catégories de cartes, et dans chaque chapitre, dix sous chapitres, correspondant à chacune des cartes de la catégorie. Un certain nombre de textes de lois en rapport avec la situation exposée sur la carte y sont retranscrits.

#### 2.2.4. Fonction de l'animateur dans le groupe.

Elle nous paraît intéressante à exposer ici, puisque le livret méthodologique du « Qu'en dit-on » y consacre un chapitre qui nous paraît pertinent dans la spécificité de ce support.

On lit en effet :

- « Par définition, les situations proposées dans le jeu sont ambiguës. Il faut donc laisser un temps au joueur pour qu'il élabore à sa façon la situation ».
- « L'animateur doit veiller à ce que le placement de la carte sur l'échelle de valeurs soit cohérent avec la façon dont le joueur a précisé la situation qui lui est proposée ».
- « Il doit susciter la parole, la distribuer, réguler les rapports entre participants, reformuler ce que disent les uns et les autres, rechercher l'expression de chacun ».

Nous verrons que ces remarques prirent tout leur sens lors de la réalisation du groupe.

\*\*\*

### **Conclusion.**

Nous avons maintenant détaillé tous les éléments nécessaires à la conclusion de cette première partie de notre projet, et pouvons motiver des prises de décision en termes d'indications et de contre-indications thérapeutiques. Nous allons donc reprendre de façon synthétique tous les éléments pertinents de cette réflexion pour chaque patient.

#### *2.3. Indications et contre-indications thérapeutiques pour les sept sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans.*

Pour poser une indication thérapeutique, il faut s'entendre sur le fait qu'il y a « pathologie », qui relève bel et bien d'un traitement. COUTANCEAU et MARTORELL <sup>(42)</sup> posent ainsi cette question : « le cadre médical est-il le plus approprié dès lors que le sujet ne peut être considéré automatiquement comme un patient malade ? ». SENON <sup>(86)</sup> précise qu' « il est essentiel de ne pas faire un amalgame entre malade mental et auteur d'infraction sexuelle même si, dans certains cas, une psychopathologie de l'auteur peut être identifiée et prise en charge ».

C'est bien l'un des objectifs de l'évaluation que nous avons menée auprès des sept sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs que nous avons rencontrés, et de l'analyse multidisciplinaire que nous venons de détailler. Au regard de cette analyse, et des repères théoriques que nous avons étudiés concernant les données spécifiques d'indication de groupe de parole, il nous incombe désormais de répondre à trois questions précises :



- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ? L'évaluation permet :
  - De repérer des critères psychiatriques d'exclusion (personnalité dyssociale, trouble psychotique, personnalité paranoïaque,...), sans critères stricts validés à ce jour en termes d'indication thérapeutique.
  - De repérer, sur un plan psycho-criminologique, des organisations de personnalité orientant vers une thérapie de groupe, ou à l'inverse, contre-indiquant ce type de thérapie.
  - De dégager des critères psychopathologiques d'indication thérapeutique (analyse de la problématique perverse, critères de bonne réponse au traitement énoncés par Ciavaldini – cf.infra- ...).
  
- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
  - Le suivi en thérapie individuelle est anxiogène, ou non pertinent,
  - Le sujet fait preuve d'une insuffisante lucidité, quelque soit le niveau intellectuel, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits,
  - On observe une ambivalence face au suivi,
  - Le sujet témoigne d'un égocentrisme prévalent,
  - On relève une inhibition sociale habituelle chez ce sujet.
  
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
  - Des déficits trop importants de l'estime de soi,
  - La présence de traits paranoïdes,
  - L'émergence d'un épisode dépressif.

Les travaux de CIAVALDINI <sup>(28)</sup> nous apportent également ici une orientation précieuse pour notre réflexion: « au-delà de la volonté affirmée par le sujet d'engager un traitement, notre étude a mis en évidence 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le fait que le sujet reconnaisse totalement le délit qui lui est reproché.
- Le fait de se sentir « anormal » au moment de l'acte.
- La présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de son acte.
- Lorsque l'arrestation est verbalisée comme soulageant le sujet.
- La reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte ».

EMERAUD <sup>(46)</sup> écrit : « de manière générale, nous pouvons reprendre les cinq indicateurs significatifs de bonne réponse à une prise en charge de type psychothérapique repérés dans le rapport de recherche sur les auteurs d'agressions sexuelles de C. BALIER, A. CIAVALDINI, M. GIRARD-KHAYAT (1996) comme des indications favorables à une implication réelle dans un travail de groupe des sujets concernés, même si c'est à leur propre rythme (ce que le groupe permet) ».

Enfin, dans le cadre de l'indication ou de la contre-indication thérapeutique de groupe de parole, le critère « mésusage de l'alcool » ne semble pas, au vu des études sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour l'élaboration de ce projet, apparaître comme un critère discriminant.

Nous allons donc présenter à la suite un exposé synthétique de tous ces arguments, pour chacun des sujets que nous avons rencontré.

### **- Monsieur Albert T. -**

#### 1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?

- Sur le plan psychiatrique, nous avons repéré chez Monsieur Albert T. un certain nombre d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité de type dyssocial. Nous ne pouvons néanmoins pas nous permettre d'affirmer un diagnostic de la personnalité sur la foi de ce seul entretien clinique. Quand bien même l'aurions-nous fait, il n'y a pas à ce jour d'articulation entre description nosologique appuyée sur les classifications internationales et indication thérapeutique.
  - Sur un plan psycho-criminologique, notre analyse détermine pour ce patient un profil immaturo-pervers, nécessitant de ce fait une « évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu (son) positionnement » (COUTANCEAU). Ainsi que l'explique CIAVALDINI <sup>(29)</sup>, il faut rechercher un aménagement du déni : « établir les conditions de changement psychique, c'est mettre en place les prémisses pour que le sujet incarcéré puisse faire l'expérience de la mentalisation et par elle d'augmenter l'empan de sa capacité à mentaliser (...). Ce travail devait participer au travail de réaménagement ultérieur de la levée du déni ».
  - D'un point de vue psychopathologique, l'analyse de la problématique perverse montre que la dimension de la perversité chez ce sujet risquerait de prendre valeur de menace pour l'intégrité du groupe d'abord, mais peut-être aussi pour l'un ou l'autre des participants.
- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
- Le suivi en thérapie individuelle est non pertinent concernant Monsieur Albert T. Le patient est suivi par le médecin psychiatre à sa demande, principalement dans le cadre de troubles du sommeil épisodiques. C'est principalement le suivi par le psychologue et en entretiens infirmiers qui pose problème aux interlocuteurs paramédicaux de Monsieur Albert T. Si ce dernier ne se plaint pas de quelque difficulté que ce soit dans le cadre de ce suivi, les thérapeutes considèrent pour leur part que le travail effectué est quasiment nul et sans

intérêt, le sujet se cantonnant à un unique discours, celui du déni du motif de son arrestation et de l'erreur judiciaire dont il se dit la victime.

- Le sujet fait preuve d'une insuffisante lucidité, quelque soit le niveau intellectuel, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits,
- On observe également une ambivalence face au suivi, dont Monsieur Albert T. est demandeur, mais que les thérapeutes jugent inadapté,
- Le sujet témoigne d'un égocentrisme prévalent, que l'on reliera à la question de la perversité chez ce sujet,
- On ne relève pas d'inhibition sociale habituelle chez ce sujet.

On pourrait donc considérer que Monsieur Albert T., de ce point de vue, répond aux critères d'indication de la thérapie de groupe tels que nous les avons dégagés de la littérature.

- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
  - On ne relève pas de déficits trop importants de l'estime de soi,
  - La présence de traits paranoïdes pourrait être discutée
  - L'émergence d'un épisode dépressif n'est pas d'actualité.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le fait que le sujet reconnaisse totalement le délit qui lui est reproché, ce qui est très loin d'être la cas chez Monsieur Albert T.
- Le fait de se sentir « anormal » au moment de l'acte, ce que nous ne retirons pas de notre évaluation.
- La présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de son acte, également non avenue chez ce sujet.
- Lorsque l'arrestation est verbalisée comme soulageant le sujet, absente des propos de Monsieur Albert T.

- La reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte, ce que nous ne retrouvons pas lors de l'entretien.

2- Nous ne retenons pas d'indication de prise en charge thérapeutique groupale pour ce sujet.

### **- Monsieur Jean U. -**

#### 1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?

- Sur le plan psychiatrique nous avons relevé chez Monsieur Jean U. un certain nombre d'arguments nous orientant vers la notion d'état limite.
- Sur un plan psycho-criminologique, c'est le terme d'« immaturo-égocentrique » (COUTANCEAU) qui nous semble caractériser l'organisation psychique de Monsieur Jean U., orientant selon cet auteur vers une prise en charge thérapeutique de groupe de façon préférentielle : « Les profils immaturo-égocentriques relèvent d'une obligation de soins avec une orientation privilégiée vers les groupes thérapeutiques ».
- D'un point de vue psychopathologique, nous avons vu que Monsieur Jean U. présente de faibles capacités d'introspection ou d'élaboration ainsi qu'une fragilité narcissique qui selon BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup> requiert une prise en charge qui offre un cadre « tiercéisé » et une modalité relationnelle à valeur d'étayage narcissique dans un cadre parental symbolique. C'est ce que le groupe pourrait apporter à Monsieur Jean U.

- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?

- Le suivi en thérapie individuelle est effectivement anxiogène chez ce sujet,

- Qui par ailleurs fait preuve d'une insuffisante lucidité, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits,
  - On observe une ambivalence face au suivi, le sujet changeant fréquemment de discours sur la question de savoir qui, de lui ou de la société, est responsable du caractère illicite et condamnable de ses actes,
  - Le sujet témoigne d'un égocentrisme prévalent, c'est ici très net,
  - On relève une inhibition sociale habituelle chez ce sujet, qui dit par exemple ne pas supporter d'être commandé, et refuse d'occuper un emploi pour cette raison.
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
- Des déficits importants de l'estime de soi sont remarquables chez Monsieur Jean U. Sont-ils trop importants ?
  - Nous ne relevons pas de traits paranoïdes,
  - L'émergence d'un épisode dépressif ne nous semble pas devoir être discutée ici, dans un contexte d'organisation limite de la personnalité, où la labilité de l'humeur invalide un diagnostic psychiatrique de trouble dysthymique.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le sujet reconnaît totalement le délit qui lui est reproché,
- Il dit par moments s'être senti « anormal » au moment de l'acte,
- Il reconnaît spontanément qu'une impulsion peut être à l'origine de ses actes,
- L'arrestation est clairement verbalisée comme ayant soulagé Monsieur Jean U.,
- La reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte ne fait pas défaut.

2- Nous retenons donc l'indication de thérapie de groupe pour Monsieur Jean U.

## - Monsieur Paul V. -

### 1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?
  - Sur le plan psychiatrique nous avons repéré un certain nombre d'arguments en faveur d'un trouble de la personnalité de type narcissique chez Monsieur Paul V., mais une fois encore, ceci n'indique pas, ni ne contre-indique une prise en charge thérapeutique particulière.
  - Sur un plan psycho-criminologique Monsieur Paul V. nous semble correspondre à ce que COUTANCEAU nomme un « profil immaturo-égocentrique », orientant alors la prise en charge de ce sujet vers une thérapie de groupe.
  - D'un point de vue psychopathologique, il nous semble que le groupe, cadre thérapeutique protecteur, permettrait d'aménager un espace de « mentalisation » (CIAVALDINI) propice pour Monsieur Paul V., par le tiers qu'il constitue, support d'élaboration symbolique, lieu d'une mise en mots et non d'une mise en actes. On s'attend ainsi à ce que Monsieur Paul V. puisse recalibrer ses attitudes en se dégageant d'une représentation a priori et toute-puissante, par la confrontation à l'autre dans ce cadre. L'analyse psychopathologique de ce sujet nous montre aussi l'intérêt d'animer ce groupe à deux cothérapeutes, un homme et une femme, en insérant alors le sujet dans un cadre symbolique parental étayant et protecteur.
  
- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
  - Le suivi en thérapie individuelle est peu pertinent pour Monsieur Paul V., de l'aveu du psychologue qui le suit au sein de la maison d'arrêt,
  - Le sujet fait preuve d'une insuffisante lucidité, et présente des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits,

- On observe effectivement chez Monsieur Paul V. une ambivalence face au suivi,
  - Qui témoigne d'un égocentrisme prévalent,
  - On relève une inhibition sociale habituelle chez ce sujet, comme nous l'avons vu dans l'exposé que Monsieur Paul V. nous a fait de ses relations affectives.
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
- On n'observe pas de déficits trop importants de l'estime de soi,
  - Pas plus que la présence de traits paranoïdes,
  - L'émergence d'un épisode dépressif n'est pas non plus à discuter ici.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le sujet reconnaît totalement le délit qui lui est reproché,
- Il dit s'être senti « anormal » au moment de l'acte,
- Il reconnaît spontanément qu'une impulsion peut être à l'origine de son acte,
- L'arrestation est verbalisée comme soulageant le sujet,
- Monsieur Paul V. reconnaît qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte.

2- Nous avons donc retenu l'indication de prise en charge thérapeutique groupale concernant Monsieur Paul V.

### **- Monsieur François W. -**

1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?

- Sur le plan psychiatrique, on relève plusieurs critères en faveur d'un trouble de la personnalité de type dyssocial, ce qui ne nous permet cependant pas de motiver une décision d'orientation thérapeutique.
  - Sur un plan psycho-criminologique, nous pourrions sans doute le ranger du côté des « profils immaturo-pervers » tels que les décrit COUTANCEAU, justifiant d'une évaluation longitudinale préalable pour tenter de modifier quelque peu son positionnement – et finalement le rendre accessible à la prise en charge thérapeutique.
  - D'un point de vue psychopathologique, nous n'avons pas développé d'analyse approfondie de ce sujet, le matériel clinique recueilli nous paraissant trop faible. Il nous semble cependant que c'est bien une organisation psychique sous le primat de la perversité narcissique (RACAMIER <sup>(83)</sup>) que nous a présenté ce sujet. Le risque de « manipulation psychique des objets externes visant à disqualifier leur Moi et leur pensée » (BOUCHET-KERVALLA) prend alors valeur d'élément défavorable à la participation de ce sujet à un groupe de parole.
- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
- Le suivi en thérapie individuelle est certes non pertinent, puisque le sujet, de son propre aveu, n'y adhère que pour attirer la clémence des juges,
  - Le sujet fait preuve d'une insuffisante lucidité, avec des difficultés récurrentes et majeures quant à la confrontation au déni des faits,
  - On observe une ambivalence face au suivi,
  - Le sujet témoigne d'un égocentrisme prévalent,
  - On ne relève pas d'inhibition sociale habituelle chez ce sujet.
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
- On ne relève pas de déficits trop importants de l'estime de soi,
  - La présence de traits paranoïdes n'est pas notée,

- L'émergence d'un épisode dépressif n'est pas à discuter.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapeutique et intersubjective :

- Le sujet reconnaît totalement le délit qui lui est reproché,
- Le fait de se sentir « anormal » au moment de l'acte n'est nullement formulé,
- Il n'y a pas de reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de son acte,
- L'arrestation n'est pas verbalisée comme un soulagement,
- Le sujet ne reconnaît pas qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte.

2- Il n'y a donc, selon nous, pas d'indication de prise en charge thérapeutique groupale pour ce sujet.

### **- Monsieur Gilles X. -**

#### 1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?
  - Sur le plan psychiatrique, nous avons noté l'émergence récente d'une symptomatologie délirante chez Monsieur Gilles X., qui, sans être formellement notifiée par les classifications internationales comme indication ou contre-indication thérapeutique groupale, nous semble peu compatible avec le travail que nous entreprenons. Il semble en effet que la thématique persécutive du délire en lien avec des hallucinations auditives place ce sujet dans une problématique psychotique qui risquerait d'être majorée par ce type de prise en charge, et pourrait déstabiliser le groupe, et l'un ou l'autre des participants.
  - Sur un plan psycho-criminologique, Monsieur Gilles X. relève de la définition « immaturo-névrotique » que propose COUTANCEAU, notamment dans la tonalité de culpabilité que nous relevons chez ce sujet. L'orientation thérapeutique préférentielle est alors celle de la psychothérapie individuelle.
  - Nous n'avons pas pu développer une analyse psychopathologique pertinente au vu des éléments dont nous disposions.

- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
  - Le suivi en thérapie individuelle n'est pas anxiogène, et s'avère plutôt pertinent selon le psychologue,
  - Le sujet fait preuve d'une lucidité relative sur les faits qui lui sont reprochés, mais la confrontation au déni des faits est rendue difficile par le tableau clinique psychiatrique observé,
  - On ne relève pas d'ambivalence face au suivi,
  - Le sujet ne témoigne pas d'un égocentrisme prévalent,
  - On ne relève pas d'inhibition sociale habituelle chez ce sujet.
  
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
  - Des déficits trop importants de l'estime de soi ne sont pas mis en évidence chez Monsieur Gilles X.
  - La présence de traits paranoïdes est discutable dans le contexte de l'émergence d'un épisode psychotique avec une thématique persécutive.
  - L'émergence d'un épisode dépressif n'est pas notée.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le sujet reconnaît le délit qui lui est reproché,
- Il n'exprime pas le fait s'être senti « anormal » au moment de l'acte,
- La présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de son acte n'est pas abordée,
- L'arrestation est très clairement verbalisée comme ayant soulagé Monsieur Gilles X,
- On ne relève pas de reconnaissance qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte de la part de Monsieur Gilles X.

2- Nous n'avons pas retenu d'indication thérapeutique groupale pour ce sujet.

**- Monsieur Jacques Y. -**

1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?
  - Sur le plan psychiatrique, nous n'avons pas relevé d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité, mais un certain nombre de critères cliniques sont apparus en faveur d'un trouble des préférences sexuelles. L'absence d'un des critères de la définition de la pédophilie nous impose néanmoins de ne pas porter de diagnostic concernant Monsieur Jacques Y.
  - Sur un plan psycho-criminologique, c'est le terme d'« immaturo-égocentrique » (COUTANCEAU) qui nous semble caractériser l'organisation psychique de Monsieur Jacques Y., orientant selon cet auteur vers une prise en charge thérapeutique de groupe de façon préférentielle.
  - D'un point de vue psychopathologique, notre analyse nous amène à penser que le groupe devrait être pour Monsieur Jacques Y. un cadre étayant et protecteur, pouvant lui permettre d'accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi, de les confronter à celles du groupe et ainsi de les relativiser. Il nous semble que Monsieur Jacques Y. pourrait ainsi recaler ses attitudes en se dégageant d'une représentation a priori et toute-puissante. A l'instar de Monsieur Paul V., on voit aussi ici l'intérêt d'animer ce groupe à deux cothérapeutes, un homme et une femme, en insérant alors le sujet dans un cadre symbolique parental étayant et protecteur.
  
- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
  - Le suivi en thérapie individuelle est non pertinent avec ce sujet, selon le psychologue qui le suit,

- Le sujet fait preuve d'une insuffisante lucidité, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits,
  - On observe une ambivalence face au suivi,
  - Le sujet témoigne d'un égocentrisme prévalent,
  - On ne relève pas d'inhibition sociale habituelle chez ce sujet.
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
- On ne relève pas de déficits trop importants de l'estime de soi,
  - La présence de traits paranoïdes n'est pas notée,
  - L'émergence d'un épisode dépressif n'est pas envisagée.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le sujet reconnaît totalement le délit qui lui est reproché,
- Il n'exprime pas le fait de s'être senti « anormal » au moment de l'acte,
- La présence de la reconnaissance spontanée qu'une impulsion puisse être à l'origine de son acte n'est pas évoquée par Monsieur Jacques Y.,
- L'arrestation n'est pas verbalisée comme ayant soulagé le sujet,
- Monsieur Jacques Y. reconnaît qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte.

2- Nous retenons donc l'indication de thérapie de groupe pour Monsieur Jacques Y.

### **- Monsieur Pierre Z. -**

1- Résultats de l'évaluation

- Le sujet présente-t-il une organisation psychopathologique qui relève d'une proposition thérapeutique ?

- Sur le plan psychiatrique, notre évaluation ne nous a pas permis de relever d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité ou des préférences sexuelles chez ce sujet.
  - Sur un plan psycho-criminologique, c'est le terme d'« immaturo-égocentrique » (COUTANCEAU) qui nous semble caractériser l'organisation psychique de Monsieur Pierre Z., orientant selon cet auteur vers une prise en charge thérapeutique de groupe de façon préférentielle.
  - D'un point de vue psychopathologique, notre analyse nous amène à considérer que le cadre proposé par la thérapie de groupe permettrait à Monsieur Pierre Z. de pouvoir accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi, de les confronter à celles du groupe et ainsi de les relativiser. C'est la création d'un espace de parole et d'élaboration à plusieurs qui nous semble particulièrement pertinent ici, comme opportunité pour ce sujet d'accéder à des représentations à la fois narcissiquement menaçantes, et difficilement concevables en dehors du groupe.
- Quels arguments peut-on dégager chez ce patient, pour une indication de thérapie de groupe ?
- Le suivi en thérapie individuelle est non pertinent selon le psychologue,
  - Le sujet fait preuve d'une insuffisante lucidité, avec des difficultés récurrentes quant à la confrontation au déni des faits,
  - On n'observe pas d'ambivalence face au suivi, Monsieur Pierre Z. étant très demandeur d'une prise en charge thérapeutique groupale,
  - Le sujet témoigne d'un égocentrisme prévalent,
  - On relève une inhibition sociale habituelle chez ce sujet.
- Une contre-indication à la prise en charge thérapeutique en groupe de parole est-elle mise en évidence par l'évaluation médicopsychologique ?
- On ne note pas de déficits importants de l'estime de soi,
  - L'absence de traits paranoïdes est cliniquement évaluée,
  - L'émergence d'un épisode dépressif n'est pas à discuter ici.

Étudions les 5 données qui, si elles sont présentes ensemble, peuvent représenter selon CIAVALDINI, un bon indicateur d'une réponse favorable lors d'une prise en charge de type psychothérapique et intersubjective :

- Le sujet reconnaît totalement le délit qui lui est reproché,
- Il dit s'être senti « anormal » au moment de l'acte,
- Il reconnaît spontanément qu'une impulsion puisse être à l'origine de son acte,
- L'arrestation est clairement verbalisée comme ayant soulagé le sujet,
- Monsieur Pierre Z. reconnaît qu'il y a eu exercice d'une contrainte pendant l'acte.

2- Nous retenons donc l'indication de thérapie de groupe pour Monsieur Pierre Z.

\*\*\*

### **Conclusion.**

Nous avons rencontré sept sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs, incarcérés à la maison d'arrêt du Mans, et avons mené une évaluation clinique afin de rechercher des éléments d'indication ou de contre-indication à une prise en charge en thérapie de groupe. Nous avons recherché dans la littérature les critères d'indication et de contre-indication à une thérapie de groupe avec les auteurs de violences sexuelles, et nous concluons donc que :

- Quatre des sujets que nous avons rencontrés relèvent de ce type de prise en charge thérapeutique, Monsieur Jean U., Monsieur Paul V., Monsieur Jacques Y. et Monsieur Pierre Z.
- Trois des sujets que nous avons rencontrés présentent des arguments qui nous semblent s'opposer à ce type de prise en charge thérapeutique : Monsieur Albert T., Monsieur François W. et Monsieur Gilles X.

Nous avons donc proposé à Monsieur Jean U., Monsieur Paul V., Monsieur Jacques Y. et Monsieur Pierre Z. de participer au groupe de parole. Ils ont accepté.

Pour conclure ce chapitre, nous souhaitons dire que les travaux de recherche à mener pour préciser les critères d'indication et de contre-indication à une prise en charge thérapeutique groupale sont encore nombreux à devoir être menés. Une question nous semble notamment fondamentale dans les propositions que nous avons relevées : quelle hiérarchisation des données d'évaluation faut-il considérer pour établir au mieux une indication thérapeutique ?

Nous allons maintenant développer la deuxième partie de notre travail, à savoir la réalisation du groupe de parole proprement dite.

**Deuxième partie :**

**création d'un groupe de parole à destination de sujets auteurs  
d'agressions sexuelles sur mineurs à la maison d'arrêt du Mans.**

# 1. Création d'un groupe de parole à destination d'auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs.

## 1.1. Méthodologie du groupe de parole.

### 1.1.1. Préparation du travail groupal.

Celle-ci se fit en deux temps principaux :

- D'une part, il me semble qu'animer un groupe de parole, qui plus est à visée thérapeutique, n'est pas une chose que l'on improvise. Alors en cinquième et sixième semestres d'internat au Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe je décidai, outre l'approche théorique au travers de lectures, de m'armer d'une expérience minimale avant d'animer le groupe de parole au sein de la maison d'arrêt. Cette entreprise revêtit deux aspects :
  - L'animation d'une séance de groupe avec les personnels de mon lieu de stage.
  - Je participai initialement en tant qu'observateur à un groupe de parole pour des sujets présentant des problématiques alcooliques chroniques, que j'animai finalement à plusieurs reprises au sein du secteur 1 du CHSS.
- D'autre part l'utilisation du « Qu'en dit-on », malgré le livret méthodologique fort documenté qui l'accompagne, me poussait à rencontrer l'une des psychologues de la maison d'arrêt d'Angers ayant créé ce support, et qui l'utilise encore régulièrement. Je me rendais donc à Angers, où je rencontrais Mme Armelle JUMELLE.

### 1.1.2. Principes du groupe.

Un groupe thérapeutique, ou groupe de parole à visée thérapeutique, est défini par un certain nombre de principes. Dans le cas du travail que nous avons mené :

- Il s'agit d'un groupe dit « fermé », c'est-à-dire que le nombre de participants est fixe, et que le groupe n'admettra pas de nouvel arrivant en cours de travail.
- La durée du groupe est pré déterminée : il aura lieu sur cinq séances.
- La durée des séances est de 1h30.
- 2 co-thérapeutes interviennent conjointement : Mme B. infirmière spécialisée en psychiatrie à la maison d'arrêt et moi-même.

Ces différents principes sont dépendants entre autres du caractère limité dans le temps de mon exercice médical au sein de la maison d'arrêt. En tant qu'interne, cette intervention est contrainte par la durée d'un stage, c'est-à-dire un semestre d'internat. Il s'agissait dans le cas présent de mon cinquième semestre d'internat, qui se déroula au sein du service du Docteur Cabus, le secteur 2 du centre hospitalier spécialisé de la Sarthe. Avec l'aimable autorisation du Docteur Cabus, du Docteur Anglade, et du directeur de la maison d'arrêt je pus prolonger cet exercice en milieu carcéral les six mois suivants, au cours de mon sixième semestre d'internat, qui se déroula au sein du service du Docteur Anglade, le secteur 1 du centre hospitalier spécialisé de la Sarthe. Ce travail put donc s'étendre sur une année, ce qui me permit de mener à bien l'évaluation médicale que nous avons détaillée en première partie, et le travail de groupe par la suite.

### 1.1.3. Le lieu.

Les séances se déroulent au sein de la maison d'arrêt.

La première séance prend place dans une salle mise à notre disposition par l'administration pénitentiaire, qui se trouve être la salle de parloir. Un certain nombre de raisons nous ont amené à ne pas conserver ce lieu pour la poursuite du groupe. La plupart d'entre elles seront traitées dans le chapitre « contingences du travail en milieu carcéral ». Néanmoins, une des raisons du changement de lieu de travail est la taille de la salle de parloir : cette salle, probablement trop petite pour son usage habituel (promiscuité des familles lors des rendez vous au parloir, impossibilité d'accueillir un nombre suffisant de visiteurs pour satisfaire toutes les demandes de visites...), se révèle trop grande pour l'usage que nous en faisons. En effet six personnes autour d'une table (deux thérapeutes et quatre participants au groupe) ne remplissent pas à elles seules cette salle. Cela conduit à une

dilution de la parole dans un espace non contenant, contribuant à la difficulté de réalisation de cette première séance.

Les séances suivantes ont lieu au sein de l'unité de consultations et de soins ambulatoires, dans le bureau de consultation attenant à la salle de soins de l'UCSA.

#### 1.1.4. Déroulement de la séance.

Les participants s'installent autour de la table, là où ils le veulent. Seules nos places sont prédéterminées. Il s'avère en effet essentiel de penser nos positions au sein du groupe, et avant tout au sens physique du terme. Nous prenons donc initialement la décision de nous installer de telle sorte qu'aucun des participants du groupe ne se retrouve assis seul entre Mme B. et moi, souhaitant de la sorte éviter tout isolement, toute stigmatisation d'un sujet par rapport aux autres par le seul fait de sa position physique au sein du groupe. Nous prenons également la décision de ne pas nous asseoir côte à côte, mais de nous répartir, de nous diluer dans le groupe. Nous envisageons deux arguments pour soutenir cette décision :

- D'une part, il nous semble que nous pourrions ainsi adopter des points de vue différents, qui nous permettraient d'optimiser notre vigilance à tout ce qui pourrait se passer dans le groupe, au sens des attitudes, des expressions, du non verbal. Nous pensons que nous pourrions de la sorte à l'issue de chaque séance confronter ces points de vue et enrichir nos réflexions sur l'évolution du groupe
- D'autre part, nous souhaitons ainsi « entrer dans le groupe », en faire partie. Nous y voyons une possibilité de renforcer la confiance qui peut s'instaurer entre les participants et nous, et de permettre ainsi une plus grande liberté de parole. Nous cherchons à éviter l'émergence d'un phénomène groupal d'opposition des sujets à notre rencontre.

Ce dispositif nous apparaît rapidement obsolète. En effet, on a rapidement la sensation que les participants constituent par eux-mêmes deux sous-groupes : d'un côté Messieurs Jacques Y. et Pierre Z., détenus dans la même cellule, s'assoient l'un à côté de l'autre, et leurs apartés empêchent de façon évidente le développement d'une parole au sein du groupe. De l'autre côté, Messieurs Jean U. et Paul V. développent chacun leurs propres monologues, Monsieur Paul V. me prenant systématiquement comme interlocuteur privilégié, et nous

excluant de fait ainsi de la vie du reste du groupe. Monsieur Jean U. adopte la même attitude vis-à-vis de Mme B. Nous décidons alors, dès la troisième séance, de changer nos positions et Mme B. et moi-même nous asseyons côte à côte :

- Nous cherchons ainsi à éviter la dispersion de la parole, et à centraliser les interlocutions vers nous pour, de cette convergence, tenter au mieux de redistribuer ensuite la parole dans le groupe.
- Par ailleurs nous cherchons également à provoquer une image de couple, homme et femme, qui pourrait faire appel aux notions psychanalytiques d'imagos parentales. Nous souhaitons observer les effets que cette image pourrait avoir sur le contenu des propos tenus au sein du groupe.

Un temps est proposé aux participants en début de séance afin d'exprimer des réflexions qu'ils pourraient avoir à faire en lien avec le groupe. Nous sollicitons ensuite les participants afin que l'un d'entre eux jette le dé. La couleur indiquée par le dé détermine la catégorie dans laquelle nous lui demandons de piocher une carte. Le participant qui a tiré cette carte lit alors à haute voix l'énoncé proposé, et positionne ensuite la carte en face des panneaux « acceptable », « discutable », « non acceptable » ou « interdit par la loi », préalablement disposés sur la table. Nous lui demandons de justifier sa prise de position. La discussion est ensuite libre, chacun des participants pouvant intervenir comme il le souhaite.

On remarque assez vite que les prises de parole sont timorées. Nous ne dirons donc qu'un mot de l'animation du groupe de parole qui est alors requise. Celle-ci doit être active, les thérapeutes devant faire preuve d'une grande vigilance afin de trouver un équilibre entre la nécessaire dynamique imposée par l'inertie du groupe, et une certaine neutralité, voire discrétion, afin de ne pas orienter la teneur des débats par des identifications projectives. SMITH et PETIBON <sup>(87)</sup> décrivant leur technique d'animation groupale écrivent : « nous sommes cependant actifs dans l'animation du groupe, chaleureux mais confrontants ». Au terme de chaleureux, nous préférons celui d'empathiques. Pour le reste, nous adoptons une attitude semblable à la leur.

Ainsi que pour les entretiens d'évaluation préalable, nous sommes confrontés à la difficulté d'obtenir les autorisations nécessaires pour la réalisation d'un enregistrement sonore des séances groupales, et ce d'autant plus que certains des participants ne sont pas encore

jugés lorsque les séances débutent. Nous informons donc les participants qu'une prise de note aura lieu pendant les séances, réalisée par Mme B., et qu'il s'agit d'éléments confidentiels strictement protégés par le secret médical. Aucun des détenus ne s'oppose à cette prise de note.

À la fin de chaque séance, Mme B. et moi-même nous retrouvons pour un temps d'environ trente minutes, au cours duquel nous relisons cette prise de note. Je complète ce document de mes propres souvenirs, ainsi que de réflexions que nous nous faisons à l'issue de la séance.

#### 1.1.5. Supervision.

Une supervision nous semblait indispensable à la réalisation de ce travail. Elle s'est développée selon trois axes :

- Une supervision directe par la présence de deux co-thérapeutes lors des séances de groupe, nous permettait de discuter des séances, d'identifier nos réactions, nos affects, d'éventuelles attitudes projectives.
- Une supervision indirecte par des entretiens réguliers avec le médecin psychiatre intervenant au sein de l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt.
- Une supervision indirecte par l'organisation de réunions de discussion autour du travail groupal avec les différents interlocuteurs en psychiatrie à la maison d'arrêt, à savoir le médecin psychiatre, le psychologue et les deux co-thérapeutes du groupe.

#### 1.1.6. Objectifs.

Reprenons les objectifs que nous avons déterminés en abordant l'exposé sur les groupes de parole et sur le « Qu'en dit-on » plus spécifiquement. Il s'agit d'un groupe thérapeutique, et à ce titre deux objectifs principaux vont englober tous les autres : la prévention de la récidive et l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Les objectifs que nous retenons de la revue de la littérature que nous avons détaillée, en lien avec les groupes de paroles pour les agresseurs sexuels sont :

- Parvenir à contrôler son comportement délictuel en favorisant les chances d'élaboration psychologique permettant de passer du niveau comportemental au niveau fantasmatique, pour ainsi éviter le passage à l'acte, dernier recours contre l'effondrement.
- Organiser un cadre de référence pour l'autocontrôle des comportements.
- Permettre le repérage des conditions psychiques et situations à risque de passage à l'acte agressif sexuel.
- Représenter un soutien psychologique permettant la confrontation au déni.
- Développer l'empathie du sujet agresseur sexuel.
- Rechercher les conditions et les modalités d'accès à des relations sociales plus matures et satisfaisantes pour le sujet.
- Développer une meilleure image de soi.

Les objectifs que nous avons retenus dans le cadre de notre analyse du « Qu'en dit-on » sont :

- Pouvoir accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi.
- Pouvoir les confronter à celles du groupe et ainsi les relativiser.
- Pouvoir recaler ses attitudes en se dégageant d'une représentation a priori et toute-puissante.
- Pouvoir relier ses attitudes et ses représentations à son histoire singulière.

- Soutenir la pratique thérapeutique : faire ressortir les traits de personnalité des participants et repérer des points qui pourraient être retravaillés en individuel.

#### 1.1.7. Modalités de réalisation de ces objectifs.

Ces objectifs une fois précisés, il convient d'explicitier les moyens dont nous disposons pour y parvenir. L'analyse de cet aspect de notre travail fait appel à de nombreuses références.

En premier lieu, c'est la notion de groupe qui doit être notée. A l'instar de EMERAUD<sup>(46)</sup>, nous dirons ainsi que le groupe, en tant que facteur d'étayage, et par la possibilité qu'il offre de l'introjection d'objets externes fiables (autres membres du groupe, thérapeutes, le groupe lui-même) et des liens entre ces différents objets, permet le développement d'une vie psychique chez les sujets auteurs d'agressions sexuelles. Nous nous appuyons ici sur la problématique repérée par de nombreux auteurs quant aux difficultés de mentalisation rencontrés chez ces sujets (CIAVALDINI), ce que TARDIF<sup>(91)</sup> développe comme une carence d'élaboration psychique : « les agresseurs sexuels expriment les conflits par le passage à l'acte plus facilement que par la parole : le groupe de parole favorise un processus de communication où la mentalisation des conflits peut s'élaborer ». EMERAUD développe cette question en écrivant que le groupe « permet la différenciation entre l'intériorité et l'extériorité, problématique centrale chez ces sujets dont l'intrapsychique se confond avec l'intersubjectif. Par interprétations ou associations au sein du groupe, la création de liens et le développement des processus d'identification, comme support d'un fonctionnement du préconscient défaillant chez ces sujets » est rendue possible.

Un autre aspect du groupe doit être relevé, c'est ce que BALIER énonce comme cadre de référence pour l'autocontrôle des comportements. Cette fonction du groupe s'inscrit ainsi dans les objectifs représentés par l'utilisation de la médiation par le « Qu'en dit-on », dans ce qu'elle propose au sujet d'accéder à ses propres représentations sur le thème du rapport à l'autre et à la loi, de pouvoir les confronter à celles du groupe et ainsi les relativiser, et de recalculer alors ses attitudes en se dégageant d'une représentation a priori et toute-puissante. Nous verrons comment, au cours des différentes séances, chaque sujet s'inscrit ainsi dans le groupe, et développe son discours en rapport avec l'autre, c'est-à-dire l'autre-participant, l'autre-thérapeute, et l'autre-groupe. La fonction de tiers ainsi représentée inscrit chacun des

sujets dans un cadre qui autorise la parole, la symbolisation, et confronte le sujet à un cadre structurant et protecteur. La fonction du thérapeute est ici essentielle, dans ce qu'il favorise l'écoute et assure une meilleure répartition du temps de parole, pour faire exister le cadre pour ces sujets qui présentent des difficultés de communication importantes, ainsi que des traits narcissiques qui, hors cadre, envahissent et sidèrent la relation à l'autre.

On croise ici la dimension de la confrontation au déni, aspect incontournable de la conduite de ce travail thérapeutique. LACCOUREYE <sup>(63)</sup> écrit en ce sens que le « Qu'en dit-on » « opère un « forçage » de la représentation et de la parole, et permet un détour puisqu'il s'agit pour le joueur de débattre des idées ou de l'acte de « IL » ou de « ELLE » sans implication directe de sa part ; il est ainsi dans une situation projective avec un risque personnel modéré ». Dans ce cadre thérapeutique, et avec l'utilisation de cette médiation, l'abord de questions relatives à la violence, voire à l'agression sexuelle, est alors rendu possible. « Le cadre thérapeutique, grâce à ses qualités de permanence et d'indestructibilité, permet au sujet de faire l'expérience que penser ne le détruit pas et que parler ne détruit pas les autres » <sup>(46)</sup>.

Et le développement de relations sociales non menaçantes, l'introjection de liens externes fiables, deviennent ainsi accessibles, et réalisent un autre objectif de ce travail thérapeutique : rechercher les conditions et les modalités d'accès à des relations sociales plus matures et satisfaisantes pour le sujet.

Le repérage des conditions psychiques et des situations à risque de passage à l'acte agressif sexuel est abordé à l'aide du « Qu'en dit-on » lorsqu'un sujet propose une interprétation erronée de la carte qu'il a tirée, ou lorsque l'explication qu'il donne à ses propositions prête à discussion au sein du groupe. Le sujet est alors confronté à ses attitudes et à ses représentations, et le travail d'interprétation des propos tenus au sein du groupe doit permettre au sujet d'accéder à des éléments de compréhension de son histoire singulière.

Le dernier objectif sera de permettre au sujet de développer une meilleure image de soi, et de soutenir la pratique thérapeutique individuelle en faisant ressortir les traits de personnalité des participants. « Le jeu permet ainsi aux participants d'accéder à leurs représentations, d'accorder une place à leurs émotions internes, à leur vie intérieure », nous

dit LACCOUREYE. Il peut aussi permettre une revalorisation narcissique suscitée par la prise de parole et l'affirmation de soi.

## **1.2. Recueil de données.**

### 1.2.1. Groupe de parole à la maison d'arrêt : 1<sup>ère</sup> séance le jeudi 5 octobre 2006.

#### *1.2.1.a. Généralités.*

La séance s'est déroulée dans le parloir, soit à l'entrée du secteur fermé de la maison d'arrêt. Un certain nombre d'incidents sont à noter :

- Monsieur Jean U. n'était pas disponible au début de la séance puisqu'il se trouvait en entretien avec deux personnes du conseil général.
- L'avocat de Monsieur Paul V. s'est présenté vers 10h40, se proposant de repasser l'après-midi. Monsieur Paul V. est néanmoins sorti entre 5 et 10 minutes pour s'entretenir avec lui.
- Environ 10 à 15 minutes après le début de la séance, la porte n'étant pas fermée à clefs a été ouverte. Deux détenus ont vu qui se trouvait dans le parloir. Monsieur Jacques Y. a réagi sur le champ, leur intimant l'ordre de s'en aller, puisqu' « ils n'avaient rien à faire là ». Il semblerait en effet que ces détenus n'avaient pas de raison de passer à cet endroit. Avant d'ouvrir la porte de la salle où nous nous trouvions, il faut en effet en ouvrir une autre, qui donne sur un corridor qui lui-même ne débouche sur aucun endroit fréquenté par les détenus. On peut s'interroger sur les raisons de la présence de ces détenus à cet endroit et à ce moment précis.
- À 11h15 à peine passés, la porte s'est ouverte brusquement, presque comme si l'on avait donné un coup de pied dedans, et le surveillant à l'origine de cette intrusion n'a eu d'autres mots que « c'est terminé », proférés sur un ton autoritaire, et avec une expression de visage qui ne l'était pas moins.

### *1.2.1.b.Les cartes (Annexe 2).*

La séance a duré un peu plus d'une heure. Chacun des participants s'y est exprimé. Les cartes tirées furent, dans l'ordre :

1. « Il regarde des cassettes porno mettant en scène des enfants », par Monsieur Paul V., qui prend l'initiative de tirer une carte le premier. Le consensus est immédiat à propos de cette carte, tous les participants proclamant que « c'est interdit par la loi ». Ils s'accorderont sur le fait que c'est aussi « inacceptable » », comme pour renforcer la valeur morale du jugement porté,
2. « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », par Monsieur Pierre Z.,
3. « Elle dort avec son père », par Monsieur Jean U.,
4. « Elle a 13 ans, elle est enrhumée, son père lui applique un baume sur la poitrine », par Monsieur Jacques Y.

### *1.2.1.c.Propos de chacun des participants.*

Nous allons maintenant retracer les différentes réactions individuelles que nous avons repérées :

#### i Monsieur Jacques Y. :

- 1- « C'est interdit par la loi », et « c'est inacceptable ». Pendant quelques minutes, Monsieur Jacques Y. ne saisit pas le sens de la carte, il dit « un enfant ne doit pas regarder une cassette comme celle là », et il ne faudra pas moins de trois reformulations de l'intitulé de la carte pour qu'il en saisisse enfin le sens. Comme pour chaque carte, Monsieur Jacques Y. généralisera très vite son discours, en affirmant haut et fort que de nos jours, tout est interdit par la loi.
- 2- « C'est discutable ». Monsieur Jacques Y. tient un discours moraliste sur « ceux qui consomment de l'alcool » ; tant dans le débit de parole que dans l'intensité de sa voix, il prend une position qui paraît dominante dans le groupe. Par ailleurs, il émet des critiques, bien que modérées, envers le « qu'en dit-on » et envers nous-mêmes, se montrant plutôt rigide quant aux propos tenus à partir des cartes : il comprend mal que

les autres participants parlent de viol alors que cela n'est pas mentionné sur la carte, et il nous reproche de ne pas avoir repris la parole dans ce sens.

- 3- « C'est discutable ». Monsieur Jacques Y. tient globalement un discours « raisonnable » sur cette carte.
- 4- « C'est non acceptable ». « C'est à la mère de le faire » ; « si la mère n'est pas là, à son âge, elle peut se le faire toute seule ».

ii Monsieur Jean U. :

- 1- Non arrivé encore lors de la discussion autour de cette carte.
- 2- Nous nous interrogeons sur le positionnement de Monsieur Jean U., qui évoque la situation inverse : une femme saouïe qui viole un homme. Comme je soumetts l'idée qu'il paraît beaucoup plus difficile pour une femme de violer un homme que l'inverse, Monsieur Jean U. dira qu'il connaît quelqu'un à qui c'est arrivé. Observons que mon intervention à ce propos, alors que la définition juridique du viol que je leur avais lue juste avant explique précisément que le recours à la force physique n'est pas la seule modalité de définition du viol, doit pouvoir se lire comme une identification projective inappropriée à ce moment, ayant pu mettre en difficulté Monsieur Jean U.
- 3- « C'est acceptable » : « il n'y a aucune interdiction pour qu'elle couche... Enfin qu'elle dorme avec son père », « pas de problème quel que soit son âge ». Cependant quand on énonce la possibilité que cette jeune fille ait 16 ans, Monsieur Jean U. dit qu'étant donnée « sa maturité, cela peut poser des problèmes de sexualité ». « Le père doit se méfier de la fille, car elle peut lui proposer quelque chose ».
- 4- « C'est discutable » (de lui-même, Monsieur Jean U. place la carte sur « acceptable », mais son argumentation me conduit à lui proposer de la placer en face de « discutable », ce qu'il fait sans grande conviction). « Étant père de famille, je suis amené à le faire ». Comme j'invite les participants à se positionner à la place de la petite fille (« jeu de rôle » ?), Monsieur Jean U. dit qu'elle veut peut-être préserver sa pudeur. Puis il dit que « si c'est la fille qui demande à son père, c'est peut-être qu'elle aime que l'on s'occupe d'elle ».

Globalement, il apparaît que Monsieur Jean U. énonce de façon quasiment systématique la situation où c'est l'homme qui est « piégé ».

### iii Monsieur Pierre Z. :

- 1- « C'est interdit par la loi », et comme les autres participants, Monsieur Pierre Z. renforce sa position en disant que c'est également inacceptable.
- 2- « C'est non acceptable ». Monsieur Pierre Z. évoque sur cette carte la notion de violence, en disant que l'alcool rend systématiquement les gens violents. La discussion l'amène à relativiser ce propos. C'est Monsieur Pierre Z. qui amorce la discussion autour de la question du viol. Il tient un discours « choqué », convenu ? sur ce qu'il dit être inadmissible, inacceptable dans le viol.
- 3- « C'est non acceptable ». Monsieur Pierre Z. montre une certaine capacité d'adaptation et de relativisation dans son discours. Initialement catégorique (comme attitude défensive ?) sur le fait que cela ne doit pas se produire, quel que soit l'âge de l'enfant, il admet dans un second temps qu'on puisse envisager cette situation pour un enfant jeune qui ferait un cauchemar par exemple.
- 4- « C'est non acceptable ». Monsieur Pierre Z. tient à nouveau un discours très tranché, choqué. Il affirme comme un principe que « le père ne doit même pas se poser la question ». Puis il a des propos plutôt confus sur la possibilité d'une toxicité cutanée pour les mains d'un tel produit et précise qu'il faut donc soigneusement se laver les mains pour utiliser ces produits. Il laisse entendre qu'on peut trouver là une raison de justifier que le père ne veuille pas que sa fille s'applique le produit elle-même.

### iv Monsieur Paul V. :

- 1- « Interdit par la loi ». De même que les autres participants, Monsieur Paul V. renforce ses propos en ajoutant que c'est aussi « inacceptable ».
- 2- Monsieur Paul V. ne se prononce pas entre « inacceptable » et « discutable ». Il demande s'il doit vraiment choisir ; comme je lui dis qu'il est important de trancher, il finit par choisir « discutable ». Monsieur Paul V. se montre très loquace à propos de cette carte, monopolisant même la parole pendant quelques minutes. Il s'oppose à Monsieur Pierre Z. en disant que l'alcool ne rend pas forcément violent, et qu'il peut même être utile « pour donner du courage ». Il dira que boire le rend triste, et expliquera que le fait de boire peut-être un moyen pour l'homme désigné par « il » sur la carte de pouvoir faire l'amour à sa femme. On repère là la fonction du recours à l'alcool pour ses effets déshinibiteurs. Monsieur Paul V. tempore son discours à

propos de cette carte : s'il y a violence, c'est inacceptable ; si l'acte sexuel est non violent, c'est discutable. Ensuite Monsieur Paul V. évoque un souvenir ; il se met à parler de deux jeunes filles (dont il ne précise pas l'âge) qui étaient venues vers lui alcoolisées pour, selon lui, lui proposer un rapport sexuel. Il se met dans la position qu'il avait déjà prise lors des entretiens individuels, de celui que l'on sollicite et qu'on laisse tomber. S'agit-il alors d'un discours manipulateur, d'une problématique narcissique, ou cela renvoie-t-il à une problématique abandonnique ? Monsieur Paul V. est interrompu par l'arrivée de son avocat.

- 3- « Discutable ». Monsieur Paul V centre ses propos autour de l'aspect ludique que peut revêtir cette situation : « les petits qui sautent sur le lit des parents » « si c'est un jeu ». Il reprend la carte pour regarder l'image afin de déterminer le sexe de l'enfant.
- 4- « Non acceptable ». Monsieur Paul V dit que le fait d'être incarcéré, participant au groupe de parole, oriente le discours vers le viol. Il dit ensuite que c'est la mère qui doit faire un tel geste.

#### 1.2.2. Groupe de parole à la maison d'arrêt : 2<sup>ème</sup> séance le vendredi 13 octobre 2006.

##### *1.2.2.a. Généralités.*

Suite aux événements qui ont émaillé la séance précédente, nous avons décidé de changer de lieu pour les séances suivantes : rendez-vous était donc pris avec les détenus pour 13h45 à l'UCSA, où nous nous sommes installés dans le bureau où se déroulent habituellement les entretiens psychiatriques. Les quatre détenus se rendant « à l'école », ils avaient pris soin de nous faire part de leur probable retard. Néanmoins, les deux premiers participants sont arrivés à 13h45 précises.

Attendant les deux autres participants, Monsieur Jacques Y. et Monsieur Pierre Z. les premiers arrivés, se sont vus administrer par le surveillant en charge de l'UCSA une vive admonestation quant à leur stationnement dans le couloir de l'UCSA. Monsieur Jacques Y. nous en fera part en début de séance, nous disant que la répétition de ces réflexions, selon lui chargées de sous-entendus, risquait à terme de l'inciter à interrompre sa participation au groupe. Nous lui proposons à l'avenir de limiter les possibilités de ces désagréments, en faisant admettre les participants dans la salle de groupe dès leur arrivée dans l'UCSA.

### *1.2.2.b.Les cartes (Annexe 3).*

La séance a duré un peu plus d'une heure. Chacun des participants s'y est exprimé. Les cartes tirées furent, dans l'ordre :

- 1- « Sa fille a 13 ans, elle porte des jupes à la mode et se maquille ».
- 2- « Elle a 7 ans, elle veut rentrer de l'école toute seule ».
- 3- « C'est un homme jaloux, il casse la gueule à ceux qui matent sa femme ».
- 4- « Il épingle des photos porno dans l'appartement familial ».

### *1.2.2.c.Propos de chacun des participants.*

i Monsieur Jacques Y. :

- 1- « C'est acceptable ». Monsieur Jacques Y. se présente intéressé, et comme lors de la précédente séance, s'il paraît en retrait, n'imposant pas sa parole, ses réactions (attitude, visage) au cours de la discussion le mettent dans une position de savoir, de jugement, position dominante. C'est en outre le doyen du groupe, et il se présente comme tel. Généralisant comme lors de la dernière séance, disant à maintes reprises que « tout est interdit de nos jours ». Il dira à propos de cette carte que tout dépend de l'éducation que donnent les parents. Pour sa part, il trouve cela acceptable. « Dans les années 50, elle aurait été considérée comme une pute ». Comme j'invite les participants à prendre la position de la jeune fille et à s'interroger sur le « pourquoi » de son attitude, Monsieur Jacques Y. fera partie des deux participants qui diront que c'est parce qu'elle veut plaire, pour séduire, mais en considérant qu'il n'y a pas de question autour de la sexualité à ce sujet. »
- 2- « C'est discutable ». Monsieur Jacques Y. pense que la décision, qui revient aux parents de cette petite fille, dépend de leur lieu d'habitation. Cette situation est selon lui fréquente à la campagne ; le risque lui semble plus important en ville. Comme Monsieur Jean U. se dit en accord avec lui sur ce point, Monsieur Jacques Y. change d'avis, et affirme alors le contraire de sa première proposition. La seule motivation que nous voyons à ce revirement est le fait de se mettre en opposition avec Monsieur

Jean U. Comme à l'accoutumée, il reste très factuel dans ses propos, et généralise en parlant de « la société », « des lois », etc.

- 3- « C'est interdit par la loi ». Monsieur Jacques Y. garde la même attitude, et ajoute que si cet individu frappe cet homme, c'est aussi qu'il frappe sa femme.
- 4- « C'est interdit par la loi ». Monsieur Jacques Y. tient le même discours que précédemment. Il est à noter que s'adressant à moi, il dira quelque chose qui ressemble à : « docteur, si vous avez chez vous des photos sur un calendrier, avec des femmes dénudées, et qu'il vous arrive une histoire comme la mienne, de nos jours, ça servira à vous mettre en prison ». Il dira aussi que « Sarkozy n'a qu'à aller voir chez tous les français, chez eux, et qu'il en trouvera beaucoup des photos qui lui feront mettre les gens en prison ». Le terme de « familial » lui paraît très clair. J'essaye d'obtenir de sa part un discours moins convenu en lui demandant : « mais vous, qu'en pensez-vous ? », « ça c'est ce que selon vous la loi dit, mais vous qu'en dites-vous ? », sans succès. Enfin, Monsieur Jacques Y. tiendra un discours sur la moralité / l'amoralité, en disant qu' « il y a bien des enfants qui vivent avec deux hommes, des homosexuels, que si c'est avec des femmes ça va encore, mais avec des hommes... ».

Globalement, Monsieur Jacques Y., à l'instar de Monsieur Paul V., occupe une position dominante dans le discours, généralisant tous ses propos, et tenant les éléments extérieurs pour responsables des problèmes que posent ces cartes.

## ii Monsieur Jean U. :

- 1- « C'est discutable ». « Ça dépend, le maquillage, c'est provocant ». « Si on lui dit qu'elle est habillée comme une pute, elle sera vexée ; à 13 ans c'est normal de vouloir s'habiller comme ça ». « Les gens voient que ce qu'il y a de mal ». Monsieur Jean U., comme à la séance précédente, tient ce que j'appellerais « un discours inversé », en disant que l'attitude de cette jeune fille est provocante. Par là, il devient à nouveau victime des velléités de séduction de cette jeune fille ; d'ailleurs il dira : « elle veut plaire, pas forcément aux gens de son âge ». Monsieur Jean U. fait partie des deux participants qui envisagent qu'il s'agisse là d'une attitude en rapport avec la sexualité. Il dira en début de séance qu'il ferait bien la sieste.
- 2- « C'est discutable ». Selon Monsieur Jean U., tout dépend du lieu, de la distance qui sépare la maison de l'école.

- 3- « C'est acceptable ». Monsieur Jean U. est le dernier à s'exprimer sur cette carte. Il adopte avec assurance une attitude qui me paraît relever plus de la provocation que de ce qu'il pense vraiment. Il dit que lui, « si un gars mate (sa) femme, (il) le tape, sans discuter ; parfois il vaut mieux taper avant qu'après ». Monsieur Pierre Z. lui fait remarquer que « si le gars est K.O, il aura du mal à discuter après », Il obtient pour réponse de Monsieur Jean U. « j'm'en fiche, moi je ferais comme ça ». Je lis aux participants la référence à la loi à propos de cette carte, et demande à Monsieur Jean U. s'il change d'avis : « non, moi je suis têtue, je dis ce que je pense ». Il me semble que j'aurais dû demander à tous les participants s'ils changeaient d'avis, et non seulement à Monsieur Jean U.
- 4- « C'est discutable ». Monsieur Jean U. dit : « pourquoi on les vend, si c'est interdit » (une nouvelle fois, il se déresponsabilise). Je dis : « ce qui me paraît plus pertinent, c'est que l'on s'interroge sur pourquoi on l'achète ». Il n'y a pas de réponse directe à cette remarque, de quelque participant que ce soit.

Monsieur Jean U. s'est globalement présenté en opposition systématique au cours de la séance, « provocateur », à tel point que nous nous demandons comment il vit ce groupe, et si cette attitude n'est pas le signe d'un certain malaise.

### iii Monsieur Pierre Z. :

- 1- « C'est discutable ». « C'est pour plaire à son petit copain ». « Y en a qui vont la traiter de pute, c'est sûr ». Monsieur Pierre Z. fait partie des deux participants qui envisagent qu'il s'agisse là d'une attitude en rapport avec la sexualité.
- 2- « C'est non acceptable ». Monsieur Pierre Z., à la question « quels sont les raisons qui feraient que ses parents refuseraient, quels risques voyez vous ? », répond : « le kidnapping ». Puis il dit « le viol ». Monsieur Pierre Z. dit que « l'instituteur ne peut remettre l'enfant qu'à un adulte », qu'« il y a risque de viol parce que c'est une fille ; et même si c'est un garçon d'ailleurs ».
- 3- « C'est non acceptable ». « Il faut entamer un dialogue ». « Et puis ça peut être sa femme qui séduit les hommes, une allumeuse » -rires du groupe- « moi je poserais des questions à ma femme, puis je la surveillerais, par exemple si c'est un homme au travail, j'irais voir s'il la raccompagne en sortant du travail ». « Et si c'est plusieurs

fois que je la vois avec le même homme, alors j'irais parler avec le gars ». Finalement il replace la carte sur « interdit par la loi ».

- 4- « C'est interdit par la loi ». Monsieur Pierre Z. est le seul participant à répondre à la question « pourquoi on l'achète » : « parce que c'est joli, si c'est pour soi, ça va ».

Monsieur Pierre Z. paraît plus en retrait que lors de la première séance, affirmant moins ses prises de positions, prenant moins souvent et moins longtemps la parole. Peut-il s'agir d'une certaine intimidation qu'exercerait sur lui son codétenu, Monsieur Jacques Y. ?

#### iv Monsieur Paul V. :

- 1- « C'est discutable ». « Elle fait ça pour imiter ses copines ». Monsieur Paul V., comme Monsieur Jacques Y., généralise le discours, en faisant référence à ce que les enfants voient dans les journaux et à la télévision. Il dira que l'on peut se maquiller à partir d'un certain âge mais que selon lui, 13 ans c'est trop jeune.
- 2- « C'est discutable ». À la question « quels sont les raisons qui feraient que ses parents refuseraient, quels risques voyez vous ? », Monsieur Paul V. évoque les risques liés à la sécurité routière. En fin de discussion, Monsieur Paul V. replace la carte et la positionne en face de « c'est non acceptable ».
- 3- « C'est acceptable ». « Peut-être que sa femme est mignonne ». Monsieur Pierre Z. dit que cela pourrait lui arriver de faire ça.
- 4- « C'est discutable ». À l'instar de Monsieur Jean U., Monsieur Paul V. se demande pourquoi ces articles sont en vente, si c'est interdit.

Globalement, Monsieur Paul V. paraît toujours à l'aise, avec une grande facilité à parler. Comme Monsieur Jacques Y., il adopte souvent un discours généralisateur, laissant entendre que c'est la société qui est responsable des problèmes que posent ces cartes.

1.2.3. Groupe de parole à la maison d'arrêt : 3<sup>ème</sup> séance le jeudi 19 octobre 2006.

*1.2.3.a. Généralités.*

Trois éléments sont notables :

- L'ambiance est de plus en plus détendue entre les participants.
- J'ai clairement changé d'attitude suite à la deuxième séance, les entretiens en supervision indirecte m'amenant à considérer qu'à ce stade du travail groupal, une certaine cohésion semble s'être installée, et m'autorise à me conduire de façon moins interventionniste dans les échanges.
- Madame B. et moi-même nous sommes assis côte à côte

Les participants ont souhaité un temps en début de séance pour aborder les difficultés qu'ils rencontrent au sujet du groupe. Leurs griefs vont à l'encontre d'un surveillant en particulier, qui s'adresse à eux sur un ton qu'ils jugent « non acceptable ». Ce surveillant leur aurait dit par exemple, à la sortie de la dernière séance : « alors ça y est, vous êtes guéris ? » (propos entendus par trois des participants). Ils affirment n'avoir pas de problème en lien avec le groupe par ailleurs, ni avec les autres surveillants, ni avec les détenus. Comme nous les interrogeons sur la réaction des autres détenus en particulier, et notamment au sujet de l'intrusion de deux d'entre eux dans le parloir lors de la première séance, Monsieur Jacques Y. nous dit « l'autre tafiole, je lui ai mis les points sur les « i » ».

*1.2.3.b. Les cartes (Annexe 4).*

La séance a duré un peu plus d'une heure. Chacun des participants s'y est exprimé. Les cartes tirées furent, dans l'ordre :

- 1- « C'est sa fille, il dit qu'elle l'aime ».
- 2- « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes ».
- 3- « Dans la cour de promenade, on dit qu'il est « cachetonné » ».
- 4- « Il braque la caissière avec un pistolet factice ».

### *1.2.3.c. Propos de chacun des participants.*

i Monsieur Jacques Y. :

- 1- « C'est sa fille, il dit qu'elle l'aime » : « c'est discutable ». Au sujet de cette carte, Monsieur Jacques Y. dira qu'il est normal qu'un père aime sa fille. On repère là sa tendance déjà notée à « répondre à côté du sujet ». Il dira que « si on voit le mal, alors... », généralisant de nouveau son discours sur le fait que « de nos jours, tout est interdit ». Comme les autres participants énoncent que c'est le fait que c'est le père qui tient ces propos qui pose problème, Monsieur Jacques Y. dira qu' « alors, c'est non acceptable ».
- 2- « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes » : c'est Monsieur Jacques Y. qui tire cette carte ; il découpe sa réponse comme suit, sous des allures très méthodiques : « elle danse, elle est en boîte, c'est le plaisir de danser, c'est acceptable ». « Il l'aborde, pour faire connaissance, c'est acceptable ». « Elle l'entraîne dans les toilettes, si elle est majeure, c'est acceptable, si elle est mineure, ça pose problème ». On voit là l'attitude de rationalisation de Monsieur Jacques Y., dont le discours se développe sur un mode légaliste, ordonné, s'abritant derrière la loi pour mieux justifier son déni de toute problématique personnelle. Les deux thèmes de la minorité et de l'expression « entraîner dans les toilettes », suggérant le rapport sexuel, le font se positionner finalement pour « interdit par la loi ».
- 3- « Dans la cour de promenade, on dit qu'il est « cachetonné » » : « c'est ceux qui cumulent des médicaments qu'ils font passer illégalement dans la prison, et j'en connais ! c'est non acceptable ». « Ceux qui prennent du subutex, ils sont pas cachetonnés ». « Ici, il y a des zombies, mais pendant ce temps-là, ils ne dérangent personne ». « Les cachetonnés, c'est les malades mentaux, il faut les mettre à l'hôpital psychiatrique ».
- 4- « Il braque la caissière avec un pistolet factice » : « c'est interdit par la loi ». Monsieur Jacques Y. tiendra des propos surprenants sur cette carte : « si je vais en ville avec ma femme et mon petit-fils, et que ma femme rentre dans un supermarché, je les attends dehors et je garde le pistolet en plastique de mon petit fils pendant ce temps-là. Si les flics me contrôlent, ils vont pas m'arrêter pour ça, on n'en est pas là quand même ». Ainsi, contrairement à son habitude, Monsieur Jacques Y. nous dit que tout n'est pas interdit. Il racontera une anecdote personnelle pour appuyer son discours, évoquant un

de ses camarades lors de la guerre d'Algérie qui, beau parleur, s'était avéré peu habile au combat. Il use par là d'une métaphore pour exprimer son opinion envers Monsieur Jean U.

Globalement : Monsieur Jacques Y. occupera clairement une position de leader lors de cette séance, tant par ses attitudes non verbales que par ses propos. Il réagira de façon très lisible aux propos de tous les autres participants, signalant de façon jugeante et en silence son désaccord, se réappropriant la paternité des propos d'un autre lorsqu'il est en accord avec lui. Nous remarquons une progression dans la relation de sujétion de Monsieur Pierre Z. à Monsieur Jacques Y., qui a deux ou trois reprises le reprendra sur des propos qu'il estime non pertinents.

ii Monsieur Jean U. :

- 1- « C'est sa fille, il dit qu'elle l'aime » : « c'est discutable ». « Ca veut rien dire, il est pas sûr qu'elle l'aime à 100% ». Monsieur Jean U. évoque la notion de respect de la fille envers son père. Il dira qu'« il faudrait creuser », qu'elle peut aimer son père, et qu'il peut s'agir d'un amour filial, cela ne poserait pas problème. Il ne relèvera pas la nuance de la phrase sur le fait que « le père dit » qu'elle l'aime. Il est questionnant de remarquer que dans l'histoire personnelle de Monsieur Jean U., la notion d'amour est à la fois complexe et primordiale, mais que s'agissant des relations père-enfant, il tient des propos généralement plutôt adaptés.
- 2- « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes » : Monsieur Jean U. est en accord avec Monsieur Jacques Y. sur cette carte. Cette carte répond particulièrement bien à sa tendance fréquente à inverser les propositions des cartes pour situer l'homme en victime des attitudes des femmes. Pour lui, les propositions de cette carte sont acceptables, à partir du moment où la fille est majeure.
- 3- « Dans la cour de promenade, on dit qu'il est « cachetonné » ». « C'est discutable », « il ne faut pas juger ». Monsieur Jean U. parlera peu à propos de cette carte.
- 4- « Il braque la caissière avec un pistolet factice » : « c'est discutable ». Nous retrouvons sur cette carte une position provocante, que Monsieur Jean U. n'avait pas montré depuis le début de la séance. Pour lui, « si il tire, il va pas la tuer ». Monsieur Jean U. ne voit pas de gravité dans la proposition. Son attitude fera rire les autres

participants, nous faisant craindre un moment que Monsieur Jean U. ne se trouve rejeté par le groupe. Cependant, son humour participera à leur hilarité, et les réactions du groupe nous sembleront rester dans les limites de l'écoute et du respect de l'opinion avancée par Monsieur Jean U. Je remarque que pendant une à deux minutes, il s'adresse exclusivement à Madame B., alors même que je suis dans son champ de vision et que je le regarde. Je ferai à ce moment deux propositions : me rapprocher de Madame B. (avec l'arrière pensée de provoquer une image de couple parental), sans remarquer de conséquence. Et reprendre la parole avec plus d'insistance (alors même que j'avais travaillé lors de toute la séance sur le fait de beaucoup moins intervenir) : je voulais ainsi tester sa position remarquée dans la deuxième séance et discutée à la réunion : Monsieur Jean U. veut-il prendre le leadership ? Sa réaction m'a semblé aller dans le sens d'un renforcement du discours provocateur à ce moment. Étant donné ces éléments, je ne pense pas que Monsieur Jean U. soit en recherche de domination dans le groupe (d'autant moins que les autres participants ne lui confèrent pas ce rôle) mais dans une opposition que l'on qualifierait de contre-transférentielle dans une optique psychanalytique, une quête quant aux images parentales qui lui sont renvoyées par Madame B. et moi-même.

### iii Monsieur Pierre Z. :

- 1- « C'est sa fille, il dit qu'elle l'aime » : « un enfant dit souvent à son père : « je t'aime » ». Monsieur Pierre Z. pose la question du sens que le père donne à la phrase « elle m'aime ». Il dira que si cette jeune fille est amoureuse de son père comme d'un ami, c'est non acceptable. Monsieur Pierre Z. fait donc preuve d'une capacité de questionnement relativement importante, puisqu'il aborde de lui-même la question de la définition du mot aimer, et des différents sens que l'on peut lui donner.
- 2- « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes » : « c'est interdit par la loi ». Les quatre participants se prononcent de façon catégorique sur cette carte. Ainsi, Monsieur Pierre Z. comme les autres invoque le caractère illicite de la relation sexuelle avec une mineure, et s'en tient à cette façon de lire cette carte.
- 3- « Dans la cour de promenade, on dit qu'il est « cachetonné » » : « c'est discutable ». Monsieur Pierre Z. dira que c'est une situation qu'il a déjà observée à la maison d'arrêt du Mans, s'agissant soit de personnes malades, soit de personnes en manque. Il dira que pour sa part, il juge bon d'aller vers ces personnes pour en discuter avec elle,

et dire de cette personne qu'elle est cachetonnée lui paraît non acceptable. Le discours sous-jacent semble être d'énoncer qu'il est anormal de juger les autres. On peut entendre là, de la part de Monsieur Pierre Z., une volonté de se voir appliquer en tant que « pointeur » la même tolérance que celle qu'il prône envers ces individus « cachetonnés ». On peut aussi envisager que Monsieur Pierre Z. fait la preuve par ce discours de ses bons sentiments, de sa gentillesse. Se pose alors la question de savoir si l'on doit y voir un indicateur d'une réelle empathie de la part de Monsieur Pierre Z., ou un discours manipulé afin de se montrer sous le meilleur jour possible. Il me paraît intéressant pour les séances futures de prêter attention à cette attitude, afin d'éclaircir cette question. Enfin, Monsieur Pierre Z. abordera la notion du tabagisme passif, sans lien apparent avec les propos tenus au sein du groupe.

- 4- « Il braque la caissière avec un pistolet factice » : « c'est interdit par la loi ». Monsieur Pierre Z. tiendra sur cette carte deux discours de registres différents. À l'instar de Monsieur Jacques Y., il aborde le rapport à la loi : « j'ai une arme à billes déclarée aux gendarmes », « si tu sais faire du judo, tu n'as pas le droit de t'en servir, à part pour te défendre », « il est interdit de se promener avec une arme, qu'elle soit vraie ou fausse ». Monsieur Pierre Z. semble contourner l'énoncé de la question pour mieux adhérer au déni qu'entretient Monsieur Jacques Y. Cependant dans un deuxième temps Monsieur Pierre Z., notamment devant l'attitude provocatrice de Monsieur Jean U., évoquera les conséquences sur la victime, nous faisant soulever comme pour la carte précédente la question de l'empathie dont Monsieur Pierre Z. pourrait faire preuve envers les victimes.

#### iv Monsieur Paul V. :

- 1- « C'est sa fille, il dit qu'elle l'aime » : Monsieur Paul V. s'est montré une nouvelle fois très inspiré à propos de cette carte : « elle l'aime parce que c'est son père », « Ici à la maison d'arrêt, on voit le mal ». Monsieur Paul V. posera la question de préciser ce que le père entend par « elle m'aime ». Il sera celui des participants qui énoncera qu'il peut y avoir « un problème familial, selon le contexte ». Il relativisera son implication en tant qu'homme et en tant qu'agresseur sexuel en disant que, père ou mère, un tel discours est « non acceptable ». Finalement il dira que « c'est le père qui a un problème ». On peut s'interroger sur la progression du discours de Monsieur Paul V., qui, s'il s'est présenté comme à l'accoutumée avec une tendance banalisante, ne l'en a

pas moins amené à énoncer « c'est le père qui a un problème ». Finalement, Monsieur Paul V. se prononcera pour « non acceptable », et conclura par cette phrase énigmatique : « le monde a été créé pour ce qu'il est ».

- 2- « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes » : pour Monsieur Paul V., le terme d' « entraîner », qu'il répétera plusieurs fois de suite, signifie que la jeune femme a envie de faire l'amour. A l'instar des autres participants, il se prononcera pour « interdit par la loi », se basant sur le fait que toute relation sexuelle avec une mineure est interdit par la loi.
- 3- « Dans la cour de promenade, on dit qu'il est « cachetonné » » : « c'est discutable ». Monsieur Paul V. prend rapidement la parole sur cette carte en disant « qu'il ne faut pas juger ». « Il faut se poser la question de pourquoi est-il « cachetonné » pour pouvoir l'aider ». Il ne semble pas qu'il y ait là chez Monsieur Paul V. d'attitude empathique. On a plutôt tendance à relier ces propos à sa tendance fréquente à exposer des situations personnelles où il occupe la place de victime, et la plupart du temps victime des autres, de leurs comportements à son égard, de discrimination. Monsieur Paul V. s'identifie à la victime, mais il ne semble pas montrer dans son discours de capacité de considération de l'autre autrement que comme objet non individualisable de lui-même et de sa propre histoire.
- 4- « Il braque la caissière avec un pistolet factice » : « c'est interdit par la loi ». Monsieur Paul V. proposera l'argumentation, dans un discours intransigeant, d'un individu qui maîtrise les arts martiaux : « tu n'as pas le droit de t'en servir tant que l'autre ne t'a pas touché, tu dois attendre d'être frappé pour agir ». A l'instar de Monsieur Pierre Z., il évoquera l'émotion de la victime pour renforcer son opinion. Néanmoins, comme pour la carte précédente, nous ne sommes pas certains de pouvoir y repérer une attitude empathique, mais plutôt une incapacité à considérer l'autre-victime en dehors de lui, autre que lui-victime.

#### 1.2.4. Groupe de parole à la maison d'arrêt : 4<sup>ème</sup> séance le mardi 24 octobre 2006.

##### *1.2.4.a. Généralités.*

La séance a commencé avec une demi-heure de retard. Monsieur Pierre Z. est arrivé une dizaine de minutes après le début de la séance en raison de soins dentaires. Les détenus

ont été amenés à faire le point sur la séance précédente et sur les événements extérieurs en fin de séance. Ils disent n'avoir subi ni remarque ni pression depuis la dernière séance.

Nous rencontrons le Dr. S, médecin généraliste au sein de la maison d'arrêt, avant le début de la séance. Il nous rapportera les propos tenus la veille lors d'une réunion d'information sur le fonctionnement de l'UCSA auprès des représentants du personnel (syndicats). Le directeur de la maison d'arrêt leur aurait ainsi signifié la nécessité de respecter le cadre des soins au sein de l'établissement, abordant le groupe de parole comme requérant tout particulièrement le plus grand professionnalisme de la part du personnel pénitentiaire. Selon le Dr. S. toujours, le directeur de la maison d'arrêt aurait en particulier exprimé son opinion favorable sur le déroulement du groupe de parole, et sur le fait que nous l'ayons entretenu la semaine précédente des difficultés que nous rencontrions.

Enfin, toujours avant l'arrivée des participants, Madame B. me fait part de difficultés rencontrées par Monsieur Pierre Z., qui a sollicité un entretien auprès d'elle depuis la dernière séance. Présentant un tableau évocateur de crises d'angoisse, Monsieur Pierre Z. présenterait des difficultés financières qui ne lui permettent pas de se fournir en tabac. Il semblerait que Monsieur Pierre Z. soit donc en situation, pour pouvoir obtenir des cigarettes, de « rendre des services » dont il ne précisera pas la nature.

#### *1.2.4.b. Les cartes (Annexe 5).*

La séance a duré un peu moins d'une heure. Chacun des participants s'y est exprimé. Les cartes tirées furent, dans l'ordre :

- 1- « Elle ne veut plus que son père et son frère entrent dans la salle de bains ».
- 2- « Il troque ses « médoc » contre une cigarette ».
- 3- « Il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard ».
- 4- « Il va en scooter chercher sa copine, elle monte derrière lui sans casque ».

#### *1.2.4.c. Propos de chacun des participants.*

i Monsieur Jacques Y. :

- 1- « Elle ne veut plus que son père et son frère entrent dans la salle de bains » : Monsieur Jacques Y. dit que pour lui, « c'est non acceptable ». Il justifie son opinion en disant que cette jeune fille veut garder sa pudeur, imaginant qu'il peut s'agir d'une jeune fille de 6 à 15 ans. Les autres participants sont perplexes devant cette prise de position. Comme Monsieur Jacques Y. persiste à opposer au groupe « c'est non acceptable », et une explication tenant au droit de cette jeune fille à préserver son intimité, je l'invite à relire la carte : il ne comprend pas. Je lui propose de reformuler sa position en « c'est acceptable », étant donné que la carte ne dit pas « son père (...) la salle de bain », mais « elle ne veut plus que son père (...) la salle de bains ». Monsieur Jacques Y. saisit enfin la différence, le groupe paraît soulagé, et Monsieur Jacques Y. rie fort de sa méprise, claironnant pourtant qu'il pensait bien évidemment « c'est acceptable ». Globalement, Monsieur Jacques Y. n'explicite que très peu ses réflexions sur cette carte, même lorsque j'interroge le groupe sur « qu'est-ce que la pudeur ». Monsieur Jacques Y. fera à nouveau partager sa grande expérience : « en Afrique, c'est autre chose ! ils se promènent tout nu ». On perçoit à plusieurs reprises une tonalité xénophobe dans le discours de Monsieur Jacques Y. Comme les débats s'achèveront, je proposerai une phrase de conclusion au groupe : « vous êtes très pudiques sur cette carte ». Sans réactions.
- 2- « Il troque ses « médoc » contre une cigarette » : « c'est non acceptable, voire, c'est interdit par la loi ». « Et pourtant, c'est courant en prison » ; « les médocs, c'est fait pour se soigner » - discours conventionnel – « il risque le mitard celui qui fait ça ». « Si j'étais surveillant, il n'y aurait aucun médoc en cellule ».
- 3- « Il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard » : « c'est inacceptable ». « Il aurait eu des mots avant, d'accord, mais pour juste un regard » ; « un crachat, c'est humiliant ». Monsieur Jacques Y. parle d'affront, de déshonneur. « S'il lui donne un coup, l'autre peut porter plainte, mais un crachat... ». Monsieur Jacques Y., à la fin de la discussion, changera d'opinion, en disant qu'il s'agit là de faits interdits par la loi. Son ton est péremptoire, définitif, presque autoritaire. Il donne l'impression, en disant « c'est interdit par la loi », que c'est lui qui fait les lois. Il dira également : « le gars te

crache dessus, dans ma jeunesse, dix ans après, il était toujours avec sa mobylette et sa sacoche ». Le sens de cette phrase me paraît être que de nos jours, selon Monsieur Jacques Y., les gens portent plainte pour un rien, et que l'on va en prison pour si peu. Cette phrase sera l'occasion pour nous de relever une réaction de Monsieur Pierre Z., que nous reverrons plus loin, signifiante quant à la relation qui existe entre eux.

- 4- « Il va en scooter chercher sa copine, elle monte derrière lui sans casque » : pour Monsieur Jacques Y., « c'est interdit par la loi », sans autre nécessité d'explication. « En Afrique, ils mettent pas de casque ».

Globalement, Monsieur Jacques Y. paraît détendu, souriant. Il prend clairement la position de leader du groupe, et marque encore d'avantage son ascendant sur Monsieur Pierre Z. en début de séance. Avant de commencer, une discussion détendue anime le groupe sur le repas de Noël. Monsieur Jacques Y. dira que le repas à la maison d'arrêt est copieux et raffiné, et qu'il connaît bien des gens à l'extérieur qui n'ont pas un tel repas pour Noël. Madame B. dit qu'elle travaille toujours ce jour-là ; je plaisante sur le fait que l'on comprend alors bien pourquoi. Monsieur Jacques Y. ajoute « oh, elle peut se le permettre, avec la ligne qu'elle a ! ». Madame B. ne porte pas de blouse lors de cette séance. Monsieur Jacques Y. la gratifiera de nombreux regards.

## ii Monsieur Jean U. :

- 1- « Elle ne veut plus que son père et son frère entrent dans la salle de bains » : « c'est acceptable ». Monsieur Jean U. est en fait le seul participant à comprendre d'emblée le sens de la phrase en entier. Il explique aux autres participants son point de vue, ralliant vite Monsieur Pierre Z. et Monsieur Paul V. à son propos ; enfin Monsieur Jacques Y., devant l'insistance du groupe et finalement mon intervention, comprend la phrase. Monsieur Jean U. paraît tendu, en retrait sur sa chaise, les bras croisés. Il parle peu.
- 2- « Il troque ses « médoc » contre une cigarette » : « c'est discutable, mais c'est interdit ». Pour Monsieur Jean U., c'est un acte compréhensible, qu'il ne juge pas condamnable, mais qu'il sait interdit.
- 3- « Il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard » : c'est la carte tirée par Monsieur Jean U. A peine a-t-il exprimé que, pour lui, cela dépend de comment la personne le regarde, que Monsieur Jean U. se fait déposséder de la parole par le groupe. Il faudra notre intervention pour que Monsieur Jean U. exprime finalement

qu'il pense que « c'est non acceptable ». Retrouvant une certaine attitude de provocation que nous lui avons déjà connu, Monsieur Jean U. dira que « si (il) reçoit un crachat, (il) rend autre chose... ».

- 4- « Il va en scooter chercher sa copine, elle monte derrière lui sans casque » : « c'est interdit par la loi, c'est juste une question de sécurité ».

Globalement, Monsieur Jean U. paraît plus distant, n'ayant pas trouvé le moyen comme lors des séances précédentes de conserver une place privilégiée dans le groupe par l'humour. Il s'exprime peu. Ses prises de position témoignent toujours de son incompréhension du sens de la loi, qui nous interroge sur les distorsions cognitives de ce patient, ainsi que sur son immaturité affective.

### iii Monsieur Pierre Z. :

- 1- « Elle ne veut plus que son père et son frère entrent dans la salle de bains » : bien qu'arrivé presque 10 minutes après le début du groupe, Monsieur Pierre Z. donne son point de vue sur la carte au terme des débats : « c'est acceptable ». A la question « qu'est-ce que la pudeur », Monsieur Pierre Z. fera preuve d'une certaine pertinence, proposant le terme d'intimité. Lors du rappel juridique, il dira : « c'est par rapport à son corps ». Une nouvelle fois, il est celui qui propose le plus d'explications, même si son discours semble bridé par l'attitude de Monsieur Jacques Y. Madame B. suggérera que l'on pourrait envisager la réaction d'un jeune garçon à la place de cette jeune fille. Monsieur Pierre Z., agressé sexuellement à l'âge de 16 ans, ne fera pas de remarque particulière à ce sujet.
- 2- « Il troque ses « médoc » contre une cigarette » : « c'est interdit par la loi ». Il s'exprime peu, parle en dernier, paraît en retrait.
- 3- « Il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard » : « c'est non acceptable ». On retient surtout la réaction de Monsieur Pierre Z. à la phrase de Monsieur Jacques Y. (« Le gars te crache dessus, dans ma jeunesse, dix ans après, il était toujours avec sa mobylette et sa sacoche »). Monsieur Pierre Z. dit alors, avec une certaine incrédulité admirative dans la voix : « il est pas croyable, il a toujours des expressions !... ». Il nous semble pertinent de mettre en perspective ce que nous savons du passif entre ces deux participants avant le début du groupe, de l'attitude de

retrait de Monsieur Pierre Z., et peut-être de la notion de « services rendus » que nous avons évoqués au début de ce compte-rendu.

- 4- « Il va en scooter chercher sa copine, elle monte derrière lui sans casque » : Monsieur Pierre Z. dit en premier lieu que « c'est non acceptable ». Il est le seul, à propos de cette carte, à argumenter son propos, les autres participants disant simplement que cela est évident. Monsieur Pierre Z. dira qu'en cas de choc violent, le passager peut mourir, et que le conducteur en sera responsable. Nous relevons là cette question récurrente de l'empathie dont Monsieur Pierre Z. pourrait témoigner au travers de sa façon d'aborder certaines des cartes proposées lors des différentes séances. À l'issue de la discussion, Monsieur Pierre Z. changera sa position, optant pour « interdit par la loi ».

Globalement, Monsieur Pierre Z. nous paraît de moins en moins participatif, en retrait, beaucoup plus silencieux qu'auparavant. Il semble chercher à plusieurs reprises des confrontations verbales avec Monsieur Jean U., dont l'humour le fait rire, mais dont les prises de position semblent l'agacer. Il reste sous la tutelle très marquée de Monsieur Jacques Y.

#### iv Monsieur Paul V. :

- 1- « Elle ne veut plus que son père et son frère entrent dans la salle de bains » : à l'instar de Monsieur Pierre Z. et Monsieur Jacques Y., Monsieur Paul V. dira d'abord que « c'est non acceptable », avant de « se ressaisir » et de dire « c'est acceptable ». Monsieur Paul V. use à maintes reprises de l'expression « les petits piou-pious », ou encore « les pitchous », pour évoquer les enfants. Il invoque la culture pour parler de la différence d'attitude face à la pudeur selon les pays : « dans les pays nordiques, ils sont moins pudiques ». Il trouve normal de ne pas vouloir être vu, et dira que d'une mère à sa fille, cela ne pose pas de problème, de même que d'un père à son fils. Les autres participants vont d'abord dans son sens ; sur un exemple proposé par Madame B. quant à la pudeur entre mère et fille ou entre père et fils, ils se ravisent.
- 2- « Il troque ses « médoc » contre une cigarette » : « c'est interdit par la loi ». Monsieur Paul V. proposera peu d'argumentation sur ce sujet.
- 3- « Il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard » : « c'est non acceptable ». « Moi, je réagis, j'essaierais de m'expliquer, de lui demander pourquoi il a fait ça ». Monsieur Paul V. se place exclusivement dans le rôle de la victime, tenant des propos

très fermes, arguant de son caractère « à ne pas se laisser faire ». Il dit enfin « qu'une parole (le) blesse plus que les coups ».

- 4- « Il va en scooter chercher sa copine, elle monte derrière lui sans casque » : « c'est interdit par la loi », sans plus de précisions.

Globalement, Monsieur Paul V. est égal à lui-même, il parle beaucoup, dévie grandement du sujet, occupe la place de victime, fait preuve de bonnes intentions et de bons sentiments sur le mode d'un discours ritualisé et récurrent.

#### 1.2.5. Groupe de parole à la maison d'arrêt : 5<sup>ème</sup> séance le mercredi 15 novembre 2006.

##### *1.2.5.a. Généralités.*

Cette séance se déroule plus de deux semaines après la précédente. Les participants sont à l'heure. Monsieur Jean U. est le dernier arrivé, puisqu'il est le seul à venir du quartier de la détention. Les participants n'ont ni doléance, ni remarque particulière à faire. L'atmosphère paraît plutôt détendue. La séance se déroulera de façon plus informelle que les précédentes, puisque c'est la dernière séance et que nous ne procédons pas à un tirage au sort, tour à tour, mais demandons aux participants de nous dire sur quelles cartes déjà vues ils aimeraient revenir.

##### *1.2.5.b. Les cartes (Annexes 2 à 5).*

La séance a duré un peu plus d'une heure. Chacun des participants s'y est exprimé. Il s'agissait de la dernière séance du groupe, et nous n'avons donc pas procédé au tirage au sort de cartes, mais sollicité la mémoire des participants, afin qu'ils nous signifient les cartes qui les avaient le plus marqués, pour pouvoir revenir dessus.

Les cartes proposées par les participants, ont été dans l'ordre :

- 1- « C'est un homme jaloux, il casse la gueule à ceux qui matent sa femme » et « il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard ». Ces deux cartes sont proposées

par Monsieur Pierre Z., qui dit s'en souvenir car les réactions de Monsieur Jean U. l'avaient à la fois choqué et amusé.

- 2- « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », proposée par Monsieur Paul V.
- 3- « Elle a 13 ans, elle est enrhumée, son père lui applique un baume sur la poitrine », proposée par Monsieur Jacques Y.
- 4- « Elle a 7 ans, elle veut rentrer de l'école toute seule », proposée par Monsieur Pierre Z.
- 5- « Elle dort avec son père », proposée par Monsieur Jacques Y.
- 6- « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes », proposée par Monsieur Paul V. La séance prendra fin avant que cette carte ne puisse être débattue.

#### *1.2.5.c. Propos de chacun des participants.*

i Monsieur Jacques Y. :

- 1- « C'est un homme jaloux, il casse la gueule à ceux qui matent sa femme » et « il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard ». Ces deux cartes sont proposées par Monsieur Pierre Z. Monsieur Jacques Y. dira qu' « entre co-détenus, ça peut démarrer vite », mais « on ne doit pas faire justice soi-même ». « Il n'y a qu'en cas de légitime défense que tu peux taper sur quelqu'un ». « S'il y en a deux qui se battent, vaut mieux s'en aller, pour pas avoir de problème ».

Monsieur Jacques Y. raconte une nouvelle anecdote de sa jeunesse : « on était sur une route de campagne, dans une 4L bleue, avec ma femme , et y a un type, 500 mètres devant nous qui se met dans le fossé, tout seul ! On s'arrête sur le bord pour voir si ça va. Quand les flics sont arrivés, sous prétexte que l'autre gars, il avait un peu de bleu sur sa carrosserie, c'est tout juste s'ils m'ont pas accusé de l'avoir poussé ! ».

Comme les détenus évoquent des situations où tous occupent la position de victime condamnée qui ne peut faire la preuve de son innocence, mais sans expliciter tous ces termes, je dis : « c'est donc la question de la preuve que vous soulever, et dans la situation que vous décrivez, c'est parole contre parole, non ? ». Silence.

Monsieur Jacques Y. paraît moins « faiseur de loi » ce jour. Mais il reste une grande victime.

- 2- « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », proposée par Monsieur Paul V. Monsieur Jacques Y. affirme que les gens saouls sont soit comiques, soit ils dorment. « S'ils sont violents quand ils boivent, ils feraient mieux d'aller se coucher ».
- 3- « Elle a 13 ans, elle est enrhumée, son père lui applique un baume sur la poitrine », proposée par Monsieur Jacques Y., qui ne change pas de discours par rapport à la dernière fois. Cependant, il nous paraît intéressant de noter que cette carte est proposée par Monsieur Jacques Y., le seul des participants dont l'histoire d'agresseur sexuel est incestueuse.
- 4- « Elle a 7 ans, elle veut rentrer de l'école toute seule », proposée par Monsieur Pierre Z. « Si on faisait un recensement, on s'apercevrait qu'il y en a beaucoup plus qu'on ne croit des enfants qui rentrent seuls de l'école à cet âge-là ».
- 5- « Elle dort avec son père », proposée par Monsieur Jacques Y. Nous notons une nouvelle fois le lien parent enfant qui est énoncé dans cette carte.

Monsieur Jacques Y. apparaît moins envahissant lors de cette séance. Ses propos semblent moins sentencieux, il profère un peu moins la loi. Il est plus silencieux, non-verbalement beaucoup moins expressif.

ii Monsieur Jean U. :

- 1- « C'est un homme jaloux, il casse la gueule à ceux qui matent sa femme » et « il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard ». Monsieur Jean U. reste sur ses positions, il dit : « je suis comme ça, c'est mon caractère », avec un sourire en coin.
- 2- « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », proposée par Monsieur Paul V. Monsieur Jean U. plaisante : « il est amoureux quand il est saoul ». Il reprend une position que nous lui connaissons bien : « ça peut être l'inverse aussi... Ça peut être la femme qui est saoule ».
- 3- « Elle a 13 ans, elle est enrhumée, son père lui applique un baume sur la poitrine », proposée par Monsieur Jacques Y. ; Monsieur Jean U. ne se prononce pas.
- 4- « Elle a 7 ans, elle veut rentrer de l'école toute seule », proposée par Monsieur Pierre Z. Monsieur Jean U. n'émet pas d'avis.
- 5- « Elle dort avec son père », proposée par Monsieur Jacques Y. « Si ce n'est pas une habitude, ce n'est pas un problème ».

Globalement, Monsieur Jean U. nous est apparu absent, très en retrait. À la question que pose Madame B. au groupe en fin de séance sur le ressenti de chacun vis-à-vis du travail effectué, Monsieur Jean U. dit que « ça ne lui a rien apporté », puis il se rattrape et dit : « enfin si, pour plus tard peut-être, ça travaille ». Il doit voir ses filles au parloir pour la première fois le lendemain. À l'issue de la séance, il attend que les autres participants soient partis pour, dans une grande angoisse et en larmes, montrer des photos de ses filles à Madame B., en ma présence, et solliciter un entretien avec cette dernière pour le lendemain.

Nous nous interrogeons sur le devenir de ce patient, qui nous semble très démuné. Sa personnalité fruste ne lui permet pas de verbalisation, et encore moins de symbolisations efficaces. Il nous semble ne posséder aucun recours anxiolytique opérant, ne sachant peut-être même pas bien distinguer anxiété et tristesse. L'on s'interroge alors une nouvelle fois sur la notion d'état limite.

iii Monsieur Pierre Z. :

- 1- « C'est un homme jaloux, il casse la gueule à ceux qui matent sa femme » et « il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard ». Ces deux cartes sont proposées par Monsieur Pierre Z., qui dit s'en souvenir car les réactions de Monsieur Jean U. l'avaient à la fois choqué et amusé. Comme nous l'évoquions lors de la séance précédente, la personnalité de Monsieur Jean U. semble susciter des réactions contradictoires chez Monsieur Pierre Z. Il provoque Monsieur Jean U. par ses propos : « je me rappelle bien ces cartes parce que je me souviens des réactions de Monsieur Jean U., et que j'aime pas la violence ».
- 2- « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », proposée par Monsieur Paul V. Monsieur Pierre Z. ne s'est pas exprimé sur cette carte.
- 3- « Elle a 13 ans, elle est enrhumée, son père lui applique un baume sur la poitrine », proposée par Monsieur Jacques Y. ; Monsieur Pierre Z. suit le discours de Monsieur Jacques Y.
- 4- « Elle a 7 ans, elle veut rentrer de l'école toute seule », proposée par Monsieur Pierre Z. Monsieur Pierre Z. évoque les risques liés à un enlèvement.
- 5- « Elle dort avec son père », proposée par Monsieur Jacques Y. « si elle fait des cauchemars, c'est compréhensible ».

Globalement, Monsieur Pierre Z. parle peu, paraît toujours sous tutelle de Monsieur Jacques Y.

iv Monsieur Paul V. :

- 1- « C'est un homme jaloux, il casse la gueule à ceux qui matent sa femme » et « il crache à la figure d'un mec qui l'a fixé du regard ». Monsieur Paul V. dit que ça dépend de chacun, que « la société » l'interdit.
- 2- « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », proposée par Monsieur Paul V. Nous notons le fait que Monsieur Paul V. propose cette carte alors même que son histoire personnelle l'a amené à être incarcéré après avoir fait consommer alcool et benzodiazépines à ses victimes. Monsieur Paul V. évoque deux types de réactions sous l'emprise de l'alcool : celui qui devient violent, et celui qui devient drôle. Il dira que « dans le bâtiment, on boit ». Comme je lui demande s'il se souvient de ce qu'il avait dit lors de la première discussion sur cette carte, il me dit que non. Je laisse le groupe s'exprimer ; enfin je dis : « vous aviez noté, Monsieur Paul V., que l'alcool peut aussi faciliter les choses » « - ah oui, c'est vrai ça, ça peut les rendre plus faciles ».
- 3- « Elle a 13 ans, elle est enrhumée, son père lui applique un baume sur la poitrine », proposée par Monsieur Jacques Y. ; Monsieur Paul V. ne se prononce pas.
- 4- « Elle a 7 ans, elle veut rentrer de l'école toute seule », proposée par Monsieur Pierre Z. Monsieur Paul V. évoque une nouvelle fois les risques liés à la circulation. Comme je rappelle que l'un d'entre eux avait parlé du risque de viol, Monsieur Paul V. dira que le risque lié au viol, « c'est l'abandon des parents ». Cette phrase nous semble pouvoir être mise en perspective avec l'histoire de maltraitance subie par Monsieur Paul V. dans l'enfance, battu par sa mère, et observateur de la maltraitance exercée par son père sur deux de ses sœurs. Une fois encore, seule la position de victime est repérable dans le discours de Monsieur Paul V. Néanmoins, l'on peut aussi penser que le groupe comme cadre contenant, et tiers support de symbolisation, permet ici à Monsieur Paul V. d'aborder psychiquement une problématique violente pour lui, sans pour autant se sentir menacé d'effondrement par cette réminiscence.
- 5- « Elle dort avec son père », proposée par Monsieur Jacques Y. « Il ne faut pas être sévère ». Monsieur Paul V. utilise à maintes reprises l'expression « les petits pitchous ». « Si elle veut venir dans le lit le matin, c'est d'accord ». Les

questionnements des autres participants sur le thème sexuel sous-jacent à cette carte amènent Monsieur Paul V. à dire : « évidemment, ici on est en prison, on voit le mal partout », « pourquoi parler de ça ». A quoi je répondrai deux choses : « pourquoi ne pas en parler ? » et « c'est évidemment la question sous-jacente à cette carte, que l'on soit en prison ou que l'on n'y soit pas ».

### **1.3. Analyse des données recueillies au cours du groupe de parole.**

#### **1.3.1. Généralités sur les fondements théoriques de l'analyse du travail groupal.**

En premier lieu, il faut se pencher sur la question de la définition du groupe. MUCCHIELLI <sup>(73)</sup> écrit : « un agrégat de personnes n'est groupe que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de leur unité dans leur « être là ensemble ». Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a interaction entre les personnes, une vie affective commune, et une participation de tous, même si cette existence groupale n'est pas consciente et même si aucune organisation officielle ne l'exprime ». Dès les premières lignes de son ouvrage Le groupe et l'Inconscient, ANZIEU <sup>(2)</sup> écrit que « le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe ».

Chacun de ces deux auteurs introduit ici un courant théorique différent, et l'on voit bien cependant que la notion de groupe nécessite d'être développée. Nous allons donc envisager un bref aperçu des principales théories psychosociologiques actuellement admises, pour tenter de faire évoluer notre réflexion dans une perspective psychodynamique, dans les pas de ANZIEU.

##### **1.3.1.a. Les théories psychosociologiques.**

LEWIN <sup>(67)</sup> est l'un des précurseurs de l'étude des groupes sous un angle psychosociologique. Il est celui qui, interprétant les phénomènes de groupe en termes de jeu de forces physiques, propose la notion de dynamique des groupes, résultante des forces internes et externes auquel le groupe est soumis. Pour LEWIN, le groupe est un tout dont les propriétés sont différentes de la somme des parties. Il s'agit d'un système d'interdépendance

entre les membres du groupe d'une part, et entre les éléments qui constituent le champ du groupe (ses buts, ses normes, sa perception du milieu extérieur, ...).

MORENO <sup>(72)</sup> développe la sociométrie. Il postule que les individus sont reliés entre eux par trois relations possibles : sympathie, antipathie, indifférence. Il propose alors des outils de mesure de ces relations au sein d'un groupe : questionnaire puis tableau, dont découle un schéma (le sociogramme), doivent permettre de révéler les liens socio-affectifs et la cohésion au sein du groupe. Il propose les notions de co-inconscient familial et groupal.

ROGERS <sup>(84)</sup> propose une approche non directive, postulant que le but d'un groupe, qu'il s'agisse d'un groupe de formation ou de psychothérapie, est d'amener les gens à éprouver leurs sentiments authentiques, et à établir avec autrui des relations plus humaines fondées sur l'échange de pareils sentiments.

Nous ne présentons ici qu'un exposé très succinct des mouvements théoriques qui animent la psychologie et la sociologie des groupes : « toutes ces conceptions reposent sur des faits de groupe observables, chaque conception privilégiant certains faits », nous dit en effet ANZIEU, qui pointe leur aspect strictement descriptif, et poursuit sa critique de ces modèles en énonçant que « les concepts psychosociologiques en matière de dynamique des groupes relèvent (...) d'une attitude défensive envers les processus groupaux inconscients ».

### 1.3.1.b. Les théories psychanalytiques

#### i Principes psychanalytiques en situation groupale.

Reprenons la définition qu'ANZIEU énonce quant à la notion de groupe : « le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe ». Il introduit ainsi le concept d'enveloppe groupale : « Il n'y a de réalité intérieure inconsciente qu'individuelle, mais l'enveloppe groupale se constitue dans le mouvement même de la projection que les individus font sur elle de leurs fantasmes, de leurs imagos, de leur topique subjective » <sup>(2)</sup>. Dans un référentiel psychanalytique, un certain nombre de règles peuvent ainsi être formulées pour une meilleure appréhension du fonctionnement du groupe.

« EZRIEL a formulé deux règles qui commanderaient le travail d'interprétation en situation de groupe thérapeutique ou formatif :

- A la différence de l'interprétation « mutative » propre à la cure individuelle et qui fait toucher du doigt dans un conflit actuel la répétition d'une situation infantile, l'interprétation groupale est anhistorique : elle énonce les angoisses, les défenses et les désirs inconscients actuels, c'est-à-dire qui portent exclusivement sur l' « ici et le maintenant » du groupe ;
- L'interprétation n'est pas à donner individuellement à un participant ; elle est adressée collectivement à l'ensemble (mais il convient selon nous d'ajouter que le démontage des rôles joués par des individus dans un processus d'ensemble est tout aussi nécessaire, notamment quand il s'agit d'un cas de leadership) »<sup>(2)</sup>.

Dans l'optique de la première de ces deux propositions d'EZRIEL, BION <sup>(21)</sup> écrivait « En thérapie de groupe, un grand nombre d'interprétations, et les plus importantes d'entre elles, doivent être fondées sur les réactions affectives de l'analyste ». PRIVAT, QUELIN-SOULIGNOUX, ROUCHY <sup>(78)</sup> développent ce point de vue : « le psychothérapeute-analyste est le récepteur des identifications projectives des patients qui vont induire en lui des réactions affectives, ce qui nous amène à insister sur l'importance de l'analyse du contre-transfert ». ANZIEU écrit que « les moniteurs se dégagent de leur contre-transfert inconscient par un travail d'inter-analyse, et ils saisissent et communiquent le sens du transfert par un travail d'interprétation ». C'est ainsi que nous motivons une nouvelle fois notre démarche de supervision à deux niveaux, directe par le travail à deux thérapeutes, et indirecte auprès du médecin psychiatre intervenant à la maison d'arrêt. On trouve une nouvelle fois aussi ici un intérêt au travail d'équipe que nous avons cherché à développer lors des réunions avec les psychologues intervenants au sein de l'UCSA.

ANZIEU énonce deux règles fondamentales à la situation psychanalytique de groupe :

- La règle de non-omission « se présente, nous dit-il, sous trois volets. Elle est d'abord une règle de libre-parole : les participants parlent entre eux de ce qu'ils veulent. (...) (C') est aussi une règle d'obligation de parler (...). Enfin cette règle comporte

l'opportunité pour les membres du groupe de faire part, en séance, des échanges qu'ils ont pu avoir entre eux (et qu'ils ne manquent pas d'avoir) en dehors des séances, lorsque ces échanges concernent le groupe dans son ensemble (règle implicite de restitution à ne pas formuler à l'avance) ».

- « La règle d'abstinence comporte plusieurs volets : le moniteur ne participe pas aux échanges verbaux qui ont lieu dans le groupe quand ceux-ci se rapportent à autre chose qu'à l'expérience vécue actuellement ensemble ; il s'abstient de parler de cette expérience avec des participants pris à part en dehors des séances ».

ii La notion de groupe restreint.

ANZIEU définit les caractéristiques du groupe restreint :

- composé d'un nombre restreint de membres, « tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui, et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu » ;
- Le groupe poursuit en commun et de façon active les mêmes buts, « dotés d'une certaine permanence, assumés comme buts du groupe, répondant à divers intérêts des membres, et valorisés » ;
- Les relations affectives entre les membres peuvent devenir intenses (sympathies, antipathies, etc.) et des sous-groupes d'affinités peuvent se constituer ;
- Il existe une forte interdépendance des membres, et un sentiment de solidarité
- Il y a « différenciation des rôles entre les membres » ;
- On observe la « constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code du groupe) ».

Le groupe que nous proposons semble s'inscrire dans le cadre de ces propositions. D'un point de vue numérique, ANZIEU définit le groupe restreint comme un groupe de 6 à 13 personnes, « pourvu généralement d'un objectif et permettant aux participants des relations explicites entre eux et des perceptions réciproques ; ils sont partiellement ou totalement consacrés à la réunion-discussion ». Notre groupe, constitué de 6 personnes (4 patients, un thérapeute et un observateur) rejoint cette définition.

Néanmoins ANZIEU la développe en apportant les notions de groupe primaire, « caractérisé par les liens personnels intimes, chaleureux, chargés d'émotion, entre tous les membres », dont le prototype est la famille, et le groupe secondaire, qui est un « système social qui fonctionne selon des institutions (...), à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale ». Si un groupe peut être à la fois primaire et secondaire, selon ANZIEU, le groupe restreint s'inscrit plutôt comme groupe primaire. Hors, de fait, notre groupe répond plutôt à la notion de groupe secondaire. Notre groupe semble donc être à la fois un groupe restreint, et un groupe secondaire. Les implications de cette définition résident dans des éléments d'analyse de la situation groupale. Ainsi, pour notre expérience, nous pouvons nous attendre à ce que le groupe ait un effet de changement sur les croyances et les normes de ses membres. La conscience des buts du groupe doit être élevée, et les actions communes importantes.

### iii Quelques notions d'interprétations.

Nous citerons simplement les principaux concepts auxquels nous allons nous référer, et que nous développerons dans le temps de notre propositions d'analyse :

- La fantasmatique groupale.
- L'angoisse et manifestation des angoisses archaïques.
- La notion de résistance.
- L'imaginaire du groupe.
- L'illusion groupale.
- Le transfert.

### 1.3.2. Évolution du travail groupal et propositions d'éléments d'interprétation.

#### 1.3.2.a. Le fantasme, la fantasmatisation.

##### i Préalable.

Nous pensons pouvoir avancer comme premier élément de compréhension des phénomènes dynamiques observés au sein du groupe la notion de fantasme individuel proposée par ANZIEU. Ce dernier écrit ainsi : « la résonance fantasmatique est le

regroupement de certains participants autour de l'un d'eux qui a donné à voir ou à entendre, à travers ses actes, sa manière d'être ou ses propos, un de ses fantasmes individuels inconscients (...). En tant qu'il est porteur d'un désir refoulé, un fantasme suscite chez celui devant qui il se dévoile, l'horreur, la fascination ou l'indifférence, selon qu'il éveille chez ce témoin qui se sent invité à devenir acteur, une violente condamnation par le surmoi, ou un désir analogue jusque-là resté latent mais prêt à flamber en cas de sollicitation, ou enfin d'efficaces mécanismes de défense, en particulier de dénégation ».

Il faut relativiser dès à présent la portée de cette réflexion à l'aune de l'étude psychopathologique que nous avons menée de nos patients. Nous avons vu en effet qu'elle est définie en premier lieu par une caractérisation préoedipienne plutôt peu accessible à une mise en représentation fantasmatique, et que cette observation est en lien direct avec la notion de recours à l'acte. Comment alors envisager que le fantasme soit à l'œuvre avec un groupe composé de sujets dont le fonctionnement psychique a été préalablement défini sur le mode du clivage plutôt que sur celui du refoulement. Nous observerons en réponse à cette question :

- Que nous pensons avoir suffisamment documenté ces organisations psychopathologiques pour pouvoir considérer ici qu'il n'y a pas une seule psychopathologie définissant l'agresseur sexuel, mais des niveaux différents d'organisations, plus ou moins placés sous le primat des stades prégénitaux pour certains, sous celui de stades plus proches d'organisations plus tardives pour d'autres, parmi lesquelles les organisations perverses occupent une bonne part.
- Qu'alors on observera qu'à l'absence de fantasmatisation chez ces sujets se substituent des manifestations qui font appel à des représentations ou angoisses plus archaïques. ANZIEU observe à ce titre une régression formelle de l'appareil psychique au sein des groupes dans « le recours à des modes d'expression archaïques plus proches du processus primaire, comme la pensée figurative, le discours mythologique, les jeux de mots, les interjections, voire les onomatopées, les borborygmes, les signes infra linguistiques, gestes regards, sourires, mimiques, empruntés à l'expression des émotions ou aux premiers simulacres symboliques découverts par l'enfant dans ses jeux avec sa mère et avec son entourage ».

- Qu'ANZIEU nous propose aussi à ce moment un utile apport théorique lorsqu'il nous dit que « FREUD décrit le fantasme au niveau de la symbolisation secondaire, elle-même consécutive à l'érotisation de la pensée et au cheminement vers le complexe d'Œdipe, (quand) Mélanie KLEIN amène à tenir compte d'éléments fantasmatiques qui sont des représentants pulsionnels moins élaborés et qui relèvent de la symbolisation primaire ».
- Que si les difficultés de mise en représentation, de fantasmatisation et de symbolisation que présentent ces sujets semblent entrer en contradiction avec la notion de fantasme, l'espace groupal se veut un espace qui permet cette mise en représentation fantasmatique . ANZIEU dit ainsi qu'« en aménageant un cadre qui, par son dispositif, par ses règles, par le style des interprétations, crée une aire transitionnelle dans le groupe, le ou les psychanalystes qui le conduisent parviennent à assurer cette sécurité narcissique : le groupe devient un contenant des pulsions, des affects, des fantasmes qui circulent entre les membres. Il facilite la constitution d'une enveloppe psychique que chacun peut intérioriser à la place d'un moi-peau trop rigide, ou trop troué, ou trop inconsistant ».

ii Une représentation fantasmatique archaïque : « l'agonie primitive ».

Nous observons ainsi à de nombreuses reprises la place particulière occupée par Monsieur Jacques Y au sein du groupe, et qui nous semble renvoyer à cette notion de fantasme individuel. Ce sujet s'avérera en effet le plus revendicateur dans ses propos. Sa vision légaliste du monde, de la loi, prendront une place importante dans les échanges entre les participants tout au long du groupe. S'il remet en question l'institution judiciaire, non pas tant sur la légitimité des lois, que sur la justesse avec laquelle elle rend justice c'est, nous semble-t-il, une manifestation de déni comme défense contre « une angoisse, disons le de suite en rapport avec l'abandon et l'anéantissement, en même temps qu'elle mobilise également des pulsions impératives s'adressant à l'objet narcissique » (BALIER <sup>(10)</sup>).

Cet élément fantasmatique archaïque nous semble pouvoir être inféré à la notion de déficit narcissique primaire en lien avec une imago maternelle défailante, partagée par l'ensemble des participants au groupe. Le groupe renvoie en effet chaque individu à une

angoisse de morcellement, d'inexistence en ce que le groupe, nous dit ANZIEU, mobilise « une des angoisses les plus profondes (...), celle de perdre l'unité de son corps et de son psychisme. (...) C'est pourquoi les premières rencontres sont consacrées à lutter contre cette image et contre cette angoisse (...). Qui suis-je ? Voilà la mise en question que la situation de groupe exerce sur chaque membre ». Dans cette perspective, l'attitude de Monsieur Jacques Y. nous renvoie à la proposition de BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup> concernant la psychopathologie des auteurs d'agressions sexuelles : « dans tous les cas, on trouve au premier plan des troubles graves du narcissisme, une fragilité du sentiment de continuité identitaire, et une menace d'effondrement dépressif sous-jacent, liés à des angoisses majeures d'altération, voire de disparition de la représentation de soi ». Notre étude psychopathologique nous a permis de montrer comment les interactions primaires avec la mère venaient structurer, ou plutôt déstructurer l'organisation psychopathologique de ces sujets sur le mode d'une absence d'élaboration de la relation d'objet, le sujet restant sous la menace permanente à la fois de perte de l'objet primaire, et d'anéantissement par lui (BALIER). Or, dans les débuts du groupe, on conçoit que celui-ci ne s'est pas encore constitué comme objet pour les participants, et représente donc une menace pour chacun d'entre eux. Le fantasme d'anéantissement par l'objet primaire menace de réapparaître tant que le groupe n'a pas fait la preuve de sa capacité à assurer à chacun l'opportunité de créer un espace propice à l'instauration d'une relation objectale non destructive.

À la suite de Monsieur Jacques Y., on observe un mouvement collectif, une dynamique du groupe dans la direction d'affirmations simplistes sur la question de la loi, et de son application par la justice. Pas un des participants ne manquera de s'exprimer dans ce sens, avec une tendance à généraliser son discours : « c'est toujours comme cela que ça se passe », « tout est interdit », « on ne doit jamais »... Le fantasme individuel de Monsieur Jacques Y. entre en résonance (ANZIEU) avec les fantasmes des autres participants.

Une autre lecture de ce discours banalisant et simpliste peut être énoncée : les participants se placent en victimes, victimes de condamnations excessivement sévères selon eux, victimes d'un milieu carcéral qui fait d'eux des boucs émissaires, victime d'une société qui les déconsidère et les méprise. Nous dirons qu'une nouvelle fois, c'est le déni qui œuvre ici. Tant que ces sujets se trouvent dans la position de victime, ils ne sont pas dans celle du bourreau. Ils se protègent ainsi de la menace extérieure que les thérapeutes représentent, et de menaces internes d'une angoisse qu'ils sont incapables de penser, de

mettre en mots, et qu'ils ont jusqu'à présent mis en actes criminels. C'est donc la dimension du déni et du clivage qui apparaît cliniquement et qui témoigne d'une attitude défensive.

### iii La sexualisation du discours.

À l'instar de TARDIF <sup>(91)</sup>, on observe une tonalité d'emblée sexuelle des propos, et une évocation de la sexualité et de ses interdits, à propos même de questions qui ne paraissent pas nécessairement soulever ce débat en premier lieu. TARDIF expose en effet que dans les premières séances d'un groupe thérapeutique, on observe avec les agresseurs sexuels « une forme de défense spécifique (...). Il s'agit de l'utilisation de thèmes sexuels. Par exemple, certains délinquants tentent de s'exhiber devant le groupe voyeuriste, d'autres expriment leurs pulsions sadiques agressives afin de faire peur, de dominer, d'autres encore cherchent à illustrer que, lors des agressions sexuelles, ils ont été victime de quelqu'un ou de quelque chose ». Ainsi Monsieur Pierre Z., lors de la deuxième séance, interprète la carte « Sa fille a 13 ans, elle porte des jupes à la mode et se maquille », en rapport avec la caractère inadmissible des comportements criminels de viol. Au sujet de la carte « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes » (3<sup>ème</sup> séance) Messieurs Jacques Y. et Jean U. partagent la même opinion, tandis que Messieurs Pierre Z. et Paul V. se mettent d'accord sur la connotation sexuelle du terme « entraîner ». Chacun des participants, dans les derniers temps de parole sur cette carte, débattrà sur le mot « entraîner », le répétant à de multiples reprises. Ils s'interrogent : que veut dire entraîner ? Est-ce qu'elle use de la force, ou d'une contrainte ? Ils évoqueront le fait que « la jeune fille est une prostituée ». La répétition du mot « entraîner » à de très nombreuses reprises attire notre attention sur le signifiant « traîner », que nous pourrions convertir en « traînée ». Nous hésitons à proposer une analyse plus complète, mais nous notons la corrélation qui peut s'envisager entre l'évocation du statut de prostituée par les participants, et la perspective du dévoiement sexuel d'une femme dans le sens de « traînée ». Une fois encore c'est du côté d'une résonance fantasmatique que nous comprenons cet élément clinique, probablement en lien avec cette imago maternelle destructrice déjà maintes fois abordée.

Nous relativiserons néanmoins cette interprétation de la sexualisation des propos comme mode défensif par le fait que le motif même de la création de ce groupe thérapeutique est bien de prendre en charge des sujets qui sont condamnés pour des faits d'agressions sexuelles. Il ne semble ainsi pas si étonnant que surviennent, dès le début du processus

groupal, des discours à tonalité sexuelle. Les participants acceptent de participer à une prise en charge thérapeutique groupale qui leur est d'emblée présentée comme destinée à des sujets qui ont des histoires criminelles semblables à la leur. Monsieur Jacques Y. comprend ainsi assez mal, au sujet de la première carte de la première séance, que les autres participants parlent de viol alors que cela n'est pas mentionné sur la carte, et il nous reproche de ne pas reprendre la parole dans ce sens. Monsieur Paul V. quant à lui, lors de cette même séance, dit que le fait d'être incarcéré, participant au groupe de parole, oriente le discours vers le viol. Sa remarque nous semble pertinente.

### 1.3.2.b.L'angoisse.

Nous avons vu comment l'angoisse d'anéantissement est ce qui motive cette dynamique groupale défensive. Parmi les angoisses archaïques observables au sein des groupes, ANZIEU propose ainsi d'analyser l'angoisse d'annihilation qui « contient une menace de destruction vitale, de castration radicale portant sur tout le corps ». ANZIEU détaille à la suite les mécanismes de défense qui connotent la présence de cette angoisse dans les groupes, et qui s'enchaînent selon lui généralement dans l'ordre suivant :

- Le silence : c'est une constante que l'observation de silence au sein d'un groupe. Il peut être envisagé comme silence de l'ensemble du groupe, lorsque aucun des participants ne s'exprime. Mais l'on doit aussi considérer le silence de l'un ou l'autre des participants. Ainsi, lors de la deuxième séance, Monsieur Jacques Y. se retire dans un silence dominant et moralisateur. Ses attitudes non-verbales sont particulièrement expressives, sa chaise un peu plus en retrait que celle des autres participants, adossé, les bras croisés, le menton replié sur son cou. Nous retrouvons la proposition de ANZIEU au sujet des modes d'expression infralinguistiques comme manifestation d'une angoisse archaïque d'annihilation.
- L'identification à l'agresseur et à la victime : « tel participant, dit ANZIEU, se présente au groupe comme sa victime ou fait tout pour être traité ainsi » « tel autre reproduit l'image supposée de la toute-puissance narcissique du moniteur en développant des relations sado-masochiques avec d'autres membres ». Nous développerons à la suite nos observations cliniques en ce sens.

- Le couplage (« la recherche d'un partenaire privilégié) semble repérable dans notre expérience concernant les attitudes de Messieurs Jacques Y. et Pierre Z. Des enjeux dont nous ne maîtrisons probablement pas tous les tenants et aboutissants paraissent lier ces deux sujets, avec comme conséquence une attitude moins participative de Monsieur Pierre Z., quoique toujours très volontaire et investi dans ses propos. Ils vivent dans la même cellule. Trente-sept ans d'âge les séparent. Monsieur Pierre Z., qui présente une débilité mentale légère, rie volontiers aux réparties de Monsieur Jacques Y., cherchant peut-être une forme d'assentiment ou de reconnaissance de la part de celui-ci. L'évolution au cours des séances nous semble aller dans le sens d'une influence de plus en plus grande de Monsieur Jacques Y. sur Monsieur Pierre Z., qui prend de moins en moins la parole, ou bien seulement pour signifier son accord avec Monsieur Jacques Y.

#### 1.3.2.c. Mouvements défensifs au sein du groupe.

Un certain nombre de mouvements défensifs collectifs viennent ainsi s'opposer dans le groupe à cette menace d'inexistence.

##### i idéologies.

La résonance fantasmatique que nous avons développé est le signe de la formation d'un compromis au sein du groupe, qui s'accorde sur ce discours moraliste et simpliste. Les idéologies se manifestent par la formation de compromis dans les groupes selon KAES <sup>(61)</sup>. Ainsi, « les idéologies persécutives représentent une lutte contre la mère dévoratrice projetée sur la nature, la ville, la société, dans un mouvement d'idéalisation de la « cause » à laquelle on se voue et sur laquelle est projetée une image de toute puissance narcissique », nous dit ANZIEU.

##### ii Le leader.

La question de l'émergence d'un leader au sein d'un groupe est récurrente dans la littérature. Un éclaircissement doit d'emblée être apporté quant à l'éventuelle spécificité des

groupes de sujets auteurs d'agressions sexuelles à ce propos. TARDIF<sup>(91)</sup> développe ainsi un point de vue théorique systémique, qu'elle préconise d'associer aux apports théoriques psychanalytiques. Elle met alors en exergue des spécificités du fonctionnement groupal avec les populations d'agresseurs sexuels et écrit qu'à la différence de ce que l'on observe dans les groupes thérapeutiques de névrotiques, où s'installe une lutte entre les participants pour le leadership, les groupes d'agresseurs sexuels assistent « à un duel entre un agresseur et le thérapeute. (...) Les agresseurs sexuels voient le thérapeute comme un parent dominateur qui n'inspire que la crainte. (...) Les prétendants au leadership se distingueront comme étant les moins ancrés dans le refus du monde adulte et ayant le moins de déficits dans les processus de socialisation. (...) Les autres agresseurs (...) tentent plutôt, par un mécanisme d'identification projective, de triompher du thérapeute. En effet, ils sont aux prises avec des fantasmes inconscients d'attaque envers le thérapeute qui représente l'objet maternel ».

A l'instar de TARDIF, nous n'observons ainsi pas de lutte pour le leadership au sein du groupe. Les participants ne s'affrontent pas dans le but de prendre une position dominante dans le fonctionnement groupal. On observe plutôt des réactions d'antipathie, ou d'indifférence de la part de tel ou tel participant envers l'un ou l'autre des membres du groupe. « L'agresseur sexuel en groupe de psychothérapie nie l'existence des autres membres et focalise les enjeux du pouvoir sur le thérapeute au lieu de viser à établir un leadership au sein du groupe » nous dit encore TARDIF.

Ainsi Monsieur Jacques Y. dirige son discours vers nous thérapeutes. Il est celui qui prend la parole avec le plus de fermeté et d'assurance. Lors de la première séance, il émet des critiques, bien que modérées, envers le « qu'en dit-on » et envers nous-mêmes, se montrant plutôt rigide quant aux propos tenus à partir des cartes. Nous croyons la « provocation en duel du thérapeute » bien présente lorsqu'il me dit : « docteur, si vous avez chez vous des photos sur un calendrier, avec des femmes dénudées, et qu'il vous arrive une histoire comme la mienne, de nos jours, ça servira à vous mettre en prison ». C'est d'ailleurs, nous semble-t-il, le plus socialisé des sujets du groupe, dans l'optique apportée par TARDIF.

D'un point de vue plus analytique, nous pouvons avancer que Monsieur Jacques Y. présente une organisation psychopathologique qui semble conflictualisée sur un mode moins archaïque que celle des autres sujets, et que les éléments fantasmatisques que nous avons invoqué plus haut le placent au devant du discours de résistance opposé par l'ensemble du

groupe. La résonance fantasmatique de l'ensemble des participants s'actualise dans l'affrontement que Monsieur Jacques Y. instaure. Pour ANZIEU « les phénomènes de leadership constituent, avec ceux du clivage en sous-groupes, la forme spécifique de la résistance dans les situations de groupe de formation non directifs ; le leader spontané est le porte parole de la résistance inconsciente du groupe à un moment donné et si l'interprétation pertinente n'est pas donnée au groupe (ou si celui-ci ne la trouve pas lui-même), sa fantasmatique sous-jacente reste refoulée et son évolution bloquée ».

Ainsi Monsieur Jacques Y. fait valoir sa position de doyen (« dans les années 50 »), et tient toujours le même discours moralisateur, simpliste et légaliste. Il énonce ses positions d'une manière qui peut prêter à entendre qu'il est celui qui crée les lois. Dans une attitude régressive formelle, par des manifestations infra linguistiques profuses, il acquiesce, adoube tel ou tel participant, réproouve l'attitude de tel autre. En fait, Monsieur Jacques Y, au sein du groupe, fait la loi.

Et le groupe dans son entier témoigne, au travers des propos de tous, d'une tendance à « s'offusquer », à être choqué, catégorique quant à la gravité des sujets exposés. Apparaît peut-être en fond une certaine morale, mais qui, très appuyée par le discours, trop appuyée, nous renvoie à la notion de déni. « Les verbalisations sur les résistances au traitement, les critiques d'autrui et les conséquences déplorables du processus judiciaire foisonnent. Les membres du groupe fournissent des réponses évasives ou par salves qui demeurent superficielles, ou encore ils se retirent dans un silence défensif qui est rapidement brisé par un autre interlocuteur » (TARDIF). On observe ainsi que les participants ont effectivement un point de vue très critique envers la justice, et qu'ils sont prompts à condamner des comportements délictuels qui semblent pour la plupart moins graves que les faits pour lesquels ils sont eux-mêmes incarcérés. Il y a là une mise à distance de la part des participants de leur propre histoire, criminelle et judiciaire. Ils peuvent alors prétendre à une forme de respectabilité ou de considération, revendiquent l'injustice des peines prononcées à leur encontre, et nient la gravité des faits qu'ils ont commis. En jetant par leur propos, une sorte d'opprobre sur des comportements délictuels dont ils ne sont pas coupables, ils recouvrent une pensée toute-puissante qui tente d'effacer chez l'autre leur propre culpabilité. C'est leur crime lui-même qui s'en trouve alors effacé. On voit bien comment, une nouvelle fois, le clivage est ici à l'œuvre.

### iii Coalition défensive.

« L'unité apparente du groupe peut se faire dans la coalition défensive contre tel fantasme individuel, dont par exemple un bouc-émissaire ou un déviant est fait le porteur » (ANZIEU).

Monsieur Jean U. semble assez vite mis à l'écart par les autres membres, et ce n'est qu'au prix de places imposées aux participants lors des séances que nous maintiendrons son insertion dans le groupe, et éviterons qu'il ne se retrouve assis entre les deux co-thérapeutes. On observe au fur et à mesure des séances que Monsieur Jacques Y. manifeste de plus en plus ouvertement une certaine antipathie envers Monsieur Jean U. La notion d'antipathie est introduite dans les théories psychologiques de groupe par MORENO <sup>(72)</sup>, qui considère que la mise en commun des sympathies et des antipathies au sein d'un groupe permet d'en éclairer le fonctionnement en terme de cohésion / moral du groupe, de communication, de performances. Pour ANZIEU, cette lecture est insuffisante, en ce qu'elle ne prend pas en considération la question du transfert.

Le groupe est en effet un lieu de transfert, dont il faut analyser la nature et l'objet. La question de la nature du transfert renvoie aux « processus évolutifs liés aux avatars de la libido : exploration des diverses problématiques de la sexualité pré-génitale et génitale, phénomène de couplage, relation à l'autorité, à la loi, au double interdit de l'inceste et du meurtre, intrication du masochisme et du narcissisme, sentiments de culpabilité et leur érotisation, rôle de la transgression, diversité et mobilité des choix libidinaux ». Concernant notre expérience groupale, ces questions renvoient à la prise en considération des manifestations archaïques que nous avons développées plus haut.

Quant à l'objet du transfert, ANZIEU énonce que « dans le petit groupe, le transfert central porte sur le moniteur mais les transferts latéraux des participants les uns sur les autres sont tout aussi actifs et significatifs ». La dynamique du groupe à ce propos se lit selon nous dans les multiples manifestations verbales et non verbales dont Monsieur Jean U. sera l'objet de la part des autres membres. C'est par exemple le fait que Monsieur Jacques Y. changera d'avis à propos d'une carte, au seul motif que Monsieur Jean U. est en accord avec lui. Les autres participants ne manqueront pas de prendre position par rapport à cette conflictualité.

Monsieur Pierre Z., qui loge dans la même cellule que Monsieur Jacques Y., et qui semble subir une certaine ascendance de ce dernier, fera la preuve de son positionnement envers Monsieur Jean U. à plusieurs reprises. On prendra pour exemple la réaction de Monsieur Pierre Z. lors de la dernière séance, qui proposera de revenir sur deux cartes en justifiant ses choix par le fait d'avoir été frappé des réactions de Monsieur Jean U. à leur sujet. Le jeu des identifications projectives entre les participants semble s'inscrire dans l'ensemble des réactions que Monsieur Jean U. déclenche chez ses comparses. Tantôt déclenchant l'hilarité de tous, tantôt l'incrédulité de certains lorsqu'il tient des propos en opposition au reste du groupe, recueillant enfin parfois les signes d'une animosité de la part de certains participants.

ANZIEU, sur la question des angoisses archaïques au sein du groupe, développe les manifestations de l'angoisse d'annihilation, parmi lesquelles l'identification à l'agresseur et à la victime :

- « tel participant, dit ANZIEU, se présente au groupe comme sa victime ou fait tout pour être traité ainsi » : n'est-ce pas la lecture que l'on peut faire de l'attitude de Monsieur Jean U., qui détourne ainsi de façon quasi-systématique les propositions des cartes ? Lorsque l'on peut interpréter l'énoncé d'une carte dans l'optique d'une relation d'agresseur-victime (par exemple : « Elle s'éclate en dansant, il l'aborde, elle l'entraîne dans les toilettes », « Sa fille a 13 ans, elle porte des jupes à la mode et se maquille »), Monsieur Jean U. énonce presque toujours une situation où l'agresseur devient victime d'une victime provocante, responsable de la situation d'agression.
- « Tel autre reproduit l'image supposée de la toute-puissance narcissique du moniteur en développant des relations sado-masochiques avec d'autres membres ». C'est ce que nous comprenons de l'attitude de Monsieur Jacques Y. envers Monsieur Jean U.

Monsieur Jean U. occupe également une place à part vis-à-vis des thérapeutes, à qui il adresse directement toutes ses réflexions sur un mode de provocation récurrente : « si un gars mate ma femme, je le tape, sans discuter ; parfois il vaut mieux taper avant qu'après ». Lorsque je lis aux participants la référence à la loi à propos de la troisième carte de la deuxième séance, et demande à Monsieur Jean U. s'il change d'avis, il répond : « non, moi je suis têtu, je dis ce que je pense ». Lors de la troisième séance, je remarque que pendant une à

deux minutes, il s'adresse exclusivement à Madame B., alors même que je suis dans son champ de vision et que je le regarde. Je ferai à ce moment deux propositions : me rapprocher de Madame B. (avec l'arrière pensée de provoquer une image de couple parental), sans remarquer de conséquence. Et reprendre la parole avec plus d'insistance, afin de redistribuer la parole à l'ensemble du groupe. On voit bien comment ici Monsieur Jean U. cherche à s'isoler avec le thérapeute. La question des identifications aux thérapeutes est essentielle avec ce sujet, dont la quête d'assises narcissiques est permanente, et va jusqu'à phagocyter une partie de l'espace groupal.

Rappelons qu'à l'issue de l'évaluation pluridisciplinaire nous nous interrogeons à propos de Monsieur Jean U. : lorsqu'il semble effacer la déviation, en affirmant que dans son référentiel personnel, il n'y a rien de déviant dans ses actes ou ses pensées, devons-nous le lire comme manifestation de distorsions cognitives, comme système défensif dans une forme de déni, ou bien encore comme une remise en question plus profonde par Monsieur Jean U. de la notion de normalité ? Le groupe est alors une situation où Monsieur Jean U. répète ce discours d'opposition à la loi et aux normes sociales. C'est bien à nouveau l'organisation psychopathologique archaïque du sujet qui vient projeter dans le groupe un fonctionnement dénégatoire. C'est la quête de la maîtrise de l'objet qui est le moteur d'une attitude de provocation à l'adresse du groupe. Un fantasme de toute-puissance se fait entendre de la part de Monsieur Jean U., fantasme qui est rejeté par le groupe. La dynamique groupale accepte ainsi la résonance fantasmatique proposée par Monsieur Jacques Y., mais récuse celle qui est amenée par Monsieur Jean U.

Comment expliquer cette différence de traitement ? Pourquoi le groupe accepte-t-il de se placer sous le signe de la résistance de l'un, et non sous celui de l'autre ? Qu'est-ce qui distingue les angoisses archaïques de Monsieur Jacques Y. de celles de Monsieur Jean U. ? Et pourquoi alors les identifications projectives des participants s'orientent-elles au profit de l'un, et au détriment de l'autre ? Car, si nous voyons bien ce qu'il y a de commun entre ces deux sujets (angoisse de morcellement, risque d'inexistence en référence à l'agonie primitive de WINNICOTT<sup>(95)</sup>), nous ne trouvons que peu d'arguments dans cette expérience clinique pour préciser cette situation. Des éléments de réponse semblent pouvoir être envisagés :

- Ainsi, l'organisation psychopathologique de Monsieur Jean U. peut-elle probablement être considérée comme moins structurée que celle de Monsieur

Jacques Y. et impliquer des représentations fantasmatiques plus archaïques. C'est la question de l'imgo maternelle qui vient appuyer cette proposition, dans la problématique que représente pour ces sujets la relation d'objet primaire. Nous avons vu que l'enfance de Monsieur Jean U. est marquée par une « carence fondamentale (...) de l'amour parental primaire, qui n'a pas fourni l'apport libidinal nécessaire à l'instauration d'une assise narcissique assez solide pour assurer le sentiment de continuité identitaire » (BOUCHET-KERVALLA <sup>(23)</sup>). Et, à l'instar de ce même auteur, on évoque chez Monsieur Jean U. « un échec des processus d'identifications croisées aux deux parents, qui fondent la stabilité de la représentation de soi ». En ce sens, la notion d'état limite évoquée à propos de Monsieur Jean U. recoupe l'énoncé de KERNBERG <sup>(52)</sup> quant à l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi. Monsieur Jean U. est dans une forme d'instabilité émotionnelle et psychique permanente, cliniquement observable.

Monsieur Jacques Y. quant à lui, lorsqu'il parle de sa mère, semble lui trouver dans une représentation imaginaire forte, l'excuse d'une forme de désespoir l'ayant poussé à abandonner son enfant. Il nous semble ainsi que, tandis que Monsieur Jean U. est en porte-à-faux, de façon quasi-permanente, prêt à se voir enseveli par cette imago dévorante et, simultanément, par la perte de l'objet primaire indispensable à sa survie psychique, Monsieur Jacques Y. résiste et lutte par un clivage imperméable contre ces mêmes angoisses, dont il maîtrise ainsi l'irruption, et empêche l'effraction. Résumons : tandis que Monsieur Jean U. nous paraît impuissant devant cette agonie primitive, Monsieur Jacques Y. nous semble tout-puissant.

- Un aspect factuel vient appuyer cette proposition : c'est le seul des participants à séjourner en détention, c'est-à-dire dans un corps de bâtiment différent de celui des trois autres membres. Cela signifie qu'à la différence des autres participants, il a non seulement déjà été jugé, mais a été condamné à une peine d'incarcération suffisamment longue pour être transféré du secteur de détention préventive à celui de la détention. Ainsi, les trois autres membres du groupe sont tous incarcérés dans le même corps de bâtiment, et ont donc l'occasion de se croiser (cour de promenade, circulation dans les couloirs). Mais c'est aussi un aspect symbolique qui se dit ici : Monsieur Jean U. peut être considéré par les autres membres comme le plus criminel d'entre eux.

Les identifications projectives entre les participants viendront alors, assez logiquement nous semble-t-il, s'appuyer sur la personnalité toute-puissante de Monsieur Jacques Y., et valider naturellement une position de rejet de Monsieur Jean U.

#### iv Un savoir préalable.

ANZIEU énonce une autre manifestation défensive, lorsque les participants « interposent entre le groupe et eux « un savoir préalable ». L'utilisation d'une parole abstraite et désincarnée a pour pendant la résistance inverse : une parole, en groupe, si proche du corps et des affects qu'elle ne laisse la place ni aux autres ni à la pensée. Parler pour parler, pour faire du volume, est une autre forme de résistance, celle des « murailles sonores » ».

Ainsi, lors de la deuxième séance, Monsieur Paul V. et Monsieur Pierre Z. occupent beaucoup la parole : Monsieur Paul V. reste dans le même flot de parole et de digressions que nous lui connaissions lors des entretiens individuels. Monsieur Pierre Z. semble chercher l'opposition voire la confrontation avec Messieurs Paul V. et Jean U. D'une manière générale, Monsieur Paul V. n'a que très peu d'interactions avec les autres participants. Il prend volontiers la parole, mais il le fait pour développer des propos florides et dispersés, sans jamais vraiment répondre aux propositions qui lui sont soumises, qu'elles émanent d'un autre membre du groupe ou des thérapeutes. Ainsi, lors de la première séance, à propos de la carte « C'est sa femme, il est saoul, il veut faire l'amour », Monsieur Paul V. s'oppose à Monsieur Jacques Y. en disant que l'alcool ne rend pas forcément violent, et qu'il peut même être utile « pour donner du courage ». Il dira que boire le rend triste, et expliquera que le fait de boire peut-être un moyen pour l'homme désigné par « il » sur la carte, de pouvoir faire l'amour à sa femme. On voit bien ici que lorsqu'il s'adresse en réponse à un autre participant, c'est dans une « attitude égocentrique (...) accentuée au point où les délinquants sexuels déforment les propos des autres pour alimenter leurs propres préoccupations » (TARDIF). Dans cette même perspective, nous observons que Monsieur Jacques Y. use à de nombreuses reprises d'un « savoir préalable », privilèges de son âge, de son expérience et de ses anciennes responsabilités professionnelles.

### 1.3.2.d.L'illusion groupale.

Pour ANZIEU, la notion d'illusion groupale est à la fois le signe de mouvements défensifs au sein du groupe, mais remplit aussi un rôle de transition entre la réalité psychique interne et la réalité naturelle et sociale extérieure. Nous observons ainsi que le groupe thérapeutique que nous menons, à l'instar des écrits de cet auteur, se déroule dans une situation d'isolement par rapport à la réalité extérieure que constitue la vie de la prison. Pendant la séance, pour un temps prédéfini, les membres du groupe se consacrent à une activité différente de leur activité ou de leur inactivité habituelles, et tandis que les autres acteurs de cette organisation sociale carcérale ne suspendent pas leur activité routinière. ANZIEU y voit un « désinvestissement objectal » de la réalité extérieure, auquel correspond, « en termes économiques, un surinvestissement du groupe, c'est-à-dire un report de la libido ainsi libérée sur la seule réalité présente ici et maintenant. Le groupe devient objet libidinal ».

ANZIEU poursuit sa définition : « j'appelle illusion groupale un état psychique particulier (...) et qui est spontanément verbalisé par les membres sous la forme suivante : « nous sommes bien ensemble, nous constituons un bon groupe ; notre chef ou notre moniteur est un bon chef, un bon moniteur ». Si nous n'avons pas recueilli de tels propos lors de notre expérience, nous pensons néanmoins pouvoir traduire la notion d'illusion groupale par l'observation de quelques éléments cliniques.

Au début de la troisième séance, les participants demandent un temps pour aborder les difficultés qu'ils rencontrent au sujet du groupe. Leurs griefs vont à l'encontre d'un surveillant en particulier, qui s'adresse à eux sur un ton qu'ils jugent « non acceptable ». Ce surveillant leur aurait dit par exemple, à la sortie de la dernière séance : « alors ça y est, vous êtes guéris ? » (propos entendus par trois des participants). Ils affirment n'avoir pas de problème en lien avec le groupe par ailleurs, ni avec les autres surveillants, ni avec les détenus. Comme nous les interrogeons sur la réaction des autres détenus en particulier, et notamment au sujet de l'intrusion de deux d'entre eux dans le parloir lors de la première séance, Monsieur Jacques Y. nous dit : « l'autre tafirole, je lui ai mis les points sur les « i » ». Monsieur Jacques Y. n'en dira pas plus.

La notion d'illusion groupale peut se lire ici dans ce qu'une menace vient de l'extérieur, et que tous les membres du groupe sont d'accord pour la reconnaître, et la trouvent inacceptable. La dynamique groupale de dénonciation et de condamnation d'une situation émanant d'un sujet extérieur au groupe est ainsi un moyen d'affirmer une unité entre tous. C'est de plus une atteinte à une problématique commune à tous les membres, puisque c'est l'objet même de ce travail thérapeutique qui est visé. L'objet groupal a été visé, objet libidinal vers lequel chacun et tous tendent à établir une relation d'objet satisfaisant à l'illusion groupale du bon groupe. Faire du groupe un bon objet nous semble ici requérir l'identification d'un mauvais objet extérieur, qui accrédite l'idée collective qu'au sein du groupe, en son sein, le bon sein, la relation objectale est narcissiquement valide pour tous, tandis que le mauvais sein, c'est ce qui est en dehors du groupe.

Nous pourrions nous avancer encore un peu plus dans cette interprétation en repérant que le mauvais sein, celui dont le sujet est dépossédé malgré lui, qui lui échappe, qui le martyrise, est ici incarné par un surveillant. Le mauvais sein, c'est donc la prison, donc l'institution pénitentiaire ici presque symboliquement visée, donc, peut-être, l'institution judiciaire, donc la société. De là à dire que ce mouvement peut signifier pour le groupe qu'il ont été condamnés à tort, il n'y a qu'un pas. On peut alors aisément invoquer ici une manifestation de clivage de la part du groupe, et l'aspect défensif de l'illusion groupale. Les participants semblent énoncer : « Si notre objectif est de constituer un bon groupe, nous n'avons plus à considérer l'objectif premier de ce groupe, qui est thérapeutique, plus à nous remettre en question, donc l'illusion groupale nous protège, protège chacun des membres du groupe ». De quoi les protège-t-elle ? Pour ANZIEU, « du point de vue topique, l'illusion groupale illustre le fonctionnement, dans les groupes, du moi idéal (en tant qu'il) désigne un état archaïque du Moi, héritier du narcissisme primaire ». Le Moi idéal, dont la fonction est beaucoup plus affective que représentative, « est constitué par l'intériorisation de la relation duelle de l'enfant à la mère dont il est dépendant et par laquelle il est protégé. C'est l'image exaltante de la toute-puissance narcissique, image archaïque avec laquelle le sujet cherche à entretenir une relation fusionnelle sur le mode fusionnel de l'identification primaire. L'illusion groupale provient de la substitution au moi idéal de chacun, d'un moi-idéal commun ». Le groupe se protège donc une nouvelle fois d'une angoisse archaïque d'anéantissement, en substituant au moi-idéal de chacun d'un objet primaire sous son emprise, un moi-idéal du groupe d'un objet groupal maîtrisé.

Un autre élément clinique ayant trait à l'illusion groupale est selon nous l'atmosphère qui se développe au sein du groupe : l'ambiance est de plus en plus détendue entre les participants. Le groupe nous paraît de plus en plus vivant, spontanément plus animé au fur et à mesure des séances. Les échanges ont eu lieu avec plus de facilité, et sans que le regard ne transite nécessairement par les co-thérapeutes.

Ainsi, à la fin de la troisième séance, j'évoque auprès des participants différents éléments de la vie du groupe que j'ai noté : je souligne l'intérêt de ces échanges verbaux dans la confrontation de leurs opinions, cherchant à assurer au groupe un étayage suffisant. Je leur rappelle la nécessité de ne pas occulter les questions qui les animent, et de garder un investissement personnel dans leurs propos ; je leur précise que le rappel de la loi n'est pas, loin s'en faut, le seul objectif de ce travail, mais bel et bien un élément parmi d'autres, dont l'élaboration d'idées de façon collective me semble très importante. Et je pointe du doigt que chacun d'entre eux occupe désormais une place particulière au sein de ce groupe, stipulant que j'imagine ne pas avoir été le seul à remarquer que l'un d'entre eux occupait une place de leader du groupe. Cette phrase déclenchera l'hilarité du groupe, dont les regards se tourneront, il me semble spontanément, vers Monsieur Jacques Y. Je cherche de la sorte à sonder les éprouvés du groupe, à cerner les identifications projectives qui se sont instaurées entre les participants, et à leur proposer une interprétation du côté de l'émergence d'une résistance dans la figure toute-puissante de Monsieur Jacques Y.

#### 1.3.2.e. Quels points d'impacts thérapeutiques ?

Un certain nombre des propositions théoriques que nous avons énoncées vont nous permettre de repérer les implications thérapeutiques de cette session de groupe de parole. Nous allons nous attacher ainsi à mettre à jour comment, depuis l'évaluation psychopathologique des sujets que nous avons rencontré jusqu'à la fin des séances groupales, nous pouvons penser l'aspect thérapeutique de notre travail.

« En même temps qu'un rôle de défense, les productions psychiques groupales remplissent un rôle de transition entre la réalité psychique interne et la réalité naturelle et sociale extérieure ». Cette proposition énoncée par ANZIEU dans l'approche de la notion d'illusion groupale, vient ainsi prendre tout son sens dans la prise en charge groupale des auteurs d'agressions sexuelles. Nous avons vu en effet, avec EMERAUD <sup>(46)</sup>, que « la

problématique du dedans / dehors » est essentielle pour ces sujets. « L'intra-psychique se confond avec l'inter-subjectif sans qu'il y ait possibilité d'établir des frontières sûres et rassurantes. Le groupe, durant son existence, se constitue comme une entité à part entière : il marque des limites entre le dedans et le dehors, il impose le secret sur ce qui s'y vit et produit un effet protecteur. Il permet la différenciation entre l'intériorité et l'extériorité ». Ainsi, c'est l'interprétation par le thérapeute qui doit venir signifier au groupe que si l'illusion groupale lui permet de se constituer en tant qu'entité suffisamment stable, elle revêt néanmoins un caractère défensif qui devra être compris et énoncé par le groupe. Il nous semble que dans le temps de notre propre expérience, l'énonciation par les thérapeutes aurait risqué de renforcer les dynamiques de résistances en menaçant le groupe par cette remise en question. Peut-être aussi, en tant que thérapeutes, avons-nous, par manque d'expérience, différé cette formulation analytique dans une participation à l'illusion groupale collective. Car, comme le dit ANZIEU, s'il le groupe est un bon groupe, alors le moniteur, ici thérapeute, est un bon thérapeute.

Cependant, c'est bien la question du déni et du clivage qui se manifeste ici. Le groupe se défend d'une angoisse d'inexistence, et peine à se constituer comme objet d'étayage. Cette préoccupation occupera une grande partie des entretiens entre les deux co-thérapeutes. Sans chercher à confronter directement les participants à l'aspect dénégatif, voire parfois contradictoire de leurs propos, ce qui aurait comme conséquence probable de développer une certaine insécurité pour les participants, objectif à l'opposé de notre réflexion, nous cherchons un moyen de pouvoir aborder cette question. Dans cette perspective, nous considérons la notion de « jeu de rôle », support conceptuel que le « qu'en dit-on » permet d'exploiter. En effet, le support des cartes propose des situations mettant en scène différents personnages, et nous entrevoyons là un moyen de travailler à cet aménagement du déni. Ainsi, dès la fin de la deuxième séance, nous décidons d'essayer de proposer aux participants de se mettre dans la position du personnage de l'énoncé dont ils ne semblent pas de prime abord considérer le point de vue. Nous espérons de cette manière travailler la question du déni sans faire émerger de menace anxiogène au sein du groupe. Nous observons que ce positionnement permet un décalage relatif et partiel du discours du groupe, tout en conservant une démarche de constitution d'une enveloppe groupale, et d'un espace groupal favorable au développement des autres points d'impact thérapeutiques que nous recherchons.

Parmi ceux-ci les questions, au niveau individuel de la « restauration narcissique », de « l'étayage », et au niveau groupal, d'une certaine « sécurisation », de la fonction pare-

excitante du groupe, du groupe en tant que « moi-peau », en tant qu'enveloppe protectrice animent également vivement les échanges entre les co-thérapeutes. Comment créer concrètement les conditions du développement de ce travail thérapeutique au sein du groupe ? L'abord de cet aspect émerge du côté des représentations imaginaires du groupe, et des résonances de représentations fantasmatiques archaïques. « C'est dans la mesure où il y a une telle représentation imaginaire qu'il y a une unité, quelque chose de commun dans le groupe », nous dit ANZIEU. « La tâche du psychologue, poursuit-il, c'est d'être perméable à ces représentations imaginaires de façon à pouvoir, avec les groupes dans lesquels il vit et par lesquels il est consulté, les élucider et amener le groupe lui-même à les élucider, dans la mesure où ces représentations font obstacle à son fonctionnement ». Une fois encore, nous nous trouvons en butte à des phénomènes de résistances, parmi lesquelles on observe en premier lieu l'émergence d'un leader. ANZIEU dit à ce sujet que « les phénomènes de leadership constituent, avec ceux du clivage en sous-groupes, la forme spécifique de la résistance dans les situations de groupe de formation non directifs ; le leader spontané est le porte parole de la résistance inconsciente du groupe à un moment donné et si l'interprétation pertinente n'est pas donnée au groupe (ou si celui-ci ne la trouve pas lui-même), sa fantasmatique sous-jacente reste refoulée et son évolution bloquée ». Nous essayons de formuler cette interprétation au groupe à la fin de la quatrième séance, en signifiant que chacun d'entre eux occupe désormais une place particulière au sein de ce groupe, et en précisant avoir remarqué que l'un d'entre eux occupait une place de leader du groupe. Cette phrase provoque le rire du groupe, dont les regards se tournent vers Monsieur Jacques Y. Il est à croire que cette interprétation, probablement insuffisamment claire pour le thérapeute, n'a pas été formulée de façon assez lisible pour être comprise par le groupe.

Ce processus psychique groupal met en jeu les identifications projectives au sein du groupe :

- Les identifications projectives entre les participants participent progressivement à l'émergence du groupe comme objet d'investissement collectif. ANZIEU dit en ce sens qu'un « petit groupe psychanalytiquement mené peut apporter aux participants une expérience enrichissante du narcissisme humain ; diversité des formes, des niveaux de structuration et des modes d'investissements du moi et du soi ; fragilité narcissique propre à chacun et danger ressenti à sa mise en question ; prédisposition à la blessure ou la rage narcissiques et aux contre-investissements défensifs ; jeu des

identifications imaginaires, projectives, spéculaires, idéales, masochiques-héroïques, symboliques ; recherche d'un narcissisme primaire collectif ».

- La communauté de déni, le compromis autour de la notion d'idéologie, les phénomènes de couplage, sont autant de manifestations de lutte contre des angoisses archaïques. ANZIEU dit alors que « le petit groupe (...) donne l'occasion aux participants (...) d'être sensibilisé à ces positions, à ces angoisses ainsi qu'aux fantasmes et aux mécanismes de défense qui y sont liés (...) ». Cette démarche semble cependant faire appel à des capacités de mentalisation (CIAVALDINI) importantes, que notre étude psychopathologique de ces sujets a montré plutôt faibles. Ainsi, sans repérer de discours faisant preuve de symbolisation, nous pensons du moins que la parole au sein du groupe enfin constitué comme objet d'étayage peut permettre de travailler la mise en représentation, la fantasmatisation de ces affects archaïques. Plutôt que d'imposer la parole des thérapeutes en ce sens, nous avons alors cherché à provoquer des images stabilisantes, rassurantes, du côté des imagos parentales. Notre réflexion se fait alors autour du positionnement spacial des thérapeutes dans le groupe, et nous décidons, dès la troisième séance, de nous asseoir côte à côte. Nous voulons de la sorte, non seulement recentrer les propos, chercher une meilleure circulation de la parole mais aussi proposer aux participants une image de couple, homme-femme thérapeutes, qui peut, fantasmatiquement, renvoyer une image parentale que nous espérons structurante et protectrice pour le groupe. Nous tentons de la sorte de répondre à la proposition de BESSOLE <sup>(20)</sup> quant à « l'externalisation (qui) supposerait une construction suffisamment stable et opératoire de l'image du corps de l'agresseur. Ce n'est pas le cas. Le déni, le clivage, l'isolation, la projection témoignent de mécanismes de défenses « archaïques », non névrotisés, toujours accompagnés de violence enrobée de discours de tendresse. L'externalisation tend à hypostasier une défaillance majeure du processus identitaire et de la relation objectale ».

C'est aussi l'ensemble de la constitution du groupe en « Moi-peau » qui nous semble pouvoir représenter un point d'appui thérapeutique pour cette externalisation des angoisses archaïques sur le mode de la fantasmatisation :

- Le développement de ce travail groupal s'est ainsi initialement porté sur la constitution d'un espace groupal, espace commun à chacun des participants et des deux co-thérapeutes, qui nous a mené lors des premières séances à chercher à atteindre une forme de relation non individualisée entre nous, thérapeutes, et les participants. Nous voulions de la sorte créer ce groupe sur un fondement fédérateur et protecteur pour tous, nécessitant en pratique de limiter nos interventions à des remarques non personnalisées, non individuelles. « Dans les débuts de groupe, il semble préférable de renoncer à un travail d'emblée trop personnalisé, et de privilégier d'abord la prise en compte de la dimension groupale. (...) La prise en compte d'une problématique personnelle accentuerait, chez les autres, le sentiment d'exclusion et renforcerait, chez le patient désigné, l'impression d'être abandonné, après avoir focalisé l'attention du thérapeute » <sup>(79)</sup>.
- Les deux co-thérapeutes mènent une réflexion autour de la question de la spatialité du groupe et sur l'opportunité de placer les participants, comme suit : Monsieur Jacques Y. – Monsieur Jean U. – Monsieur Paul V. – Monsieur Pierre Z. ? En effet, certains aspects relationnels et dynamiques nous questionnent dès l'issue de la deuxième séance quant au développement futur du groupe. Les atteintes verbales répétées à l'encontre de Monsieur U. de la part des différents participants nous font craindre que celui-ci ne finisse par se retrouver isolé du groupe. D'autre part, nous commençons à percevoir une attitude d'attente, notamment dans les regards, de la part de Monsieur Pierre Z. vis-à-vis de Monsieur Jacques Y., pour pouvoir s'exprimer. Enfin, nos propres places dans le groupe, dispersées, contribuent à un certain éclatement de la parole, dirigée tantôt vers moi, tantôt vers Madame B., avec parfois une difficulté à ce que les participants s'écoutent mutuellement. On remarque que certains d'entre eux ont tendance à s'adresser individuellement à moi ou à Madame B, et ce par moments simultanément. Nous décidons, pour la troisième séance, de nous asseoir côte à côte et de proposer aux participants de se placer comme nous l'avons indiqué. Nous avons vu comment les imagos parentales pouvaient ici être appelées, mais nous ajoutons la dimension dynamique groupale de la répartition des membres dans l'espace, manifestation, une fois encore, de résistance, dans la coalition défensive contre Monsieur Jean U. et dans le couplage qui s'opère entre Messieurs Jacques Y. et Pierre Z.

- La dynamique groupale, passant par la rationalisation, nous semble évoluer vers des formes d'élaboration collective de sens. Le groupe s'accorde à rire des plaisanteries de Monsieur Jean U. Monsieur Pierre Z. s'exclame, en parlant de Monsieur Jean U. : « il est pas croyable ! », l'air admiratif de cet humour, mais aussi des prises de position de Monsieur Jean U., souvent à contre-courant du reste du groupe. La première carte de la troisième séance (« C'est sa fille, il dit qu'elle l'aime ») apporte une discussion intéressante entre les participants, qui tourne autour du fait que c'est le père qui tient ces propos. « C'est le père qui a un problème » selon Monsieur Paul V. et Monsieur Pierre Z. Messieurs Jacques Y. et Jean U. n'y voient pas de problème. Il n'y a pas d'opposition frontale, pas de conflit entre les participants, mais des divergences de point de vue. Pour la première fois dans l'histoire du groupe, on observe également à propos de cette carte que Monsieur Jacques Y., qui conserve sa position dominante, se ralliera à l'avis du groupe pour dire que « c'est non acceptable », les autres participants insistant sur « c'est le père qui dit qu'elle l'aime ». Il nous semble pouvoir lire ici que le groupe s'est effectivement constitué comme enveloppe, « métaphore du moi-peau » (ANZIEU). L'attitude de Monsieur Jean U. évolue, et le groupe lui permet de tenir des propos qui paraissent authentiques ; il ne fait pas de concession dans ce qu'il pense, et nous percevons chez lui une grande difficulté de symbolisation. Il semble peu atteint par ce que dit le groupe, mais très rassuré par l'enveloppe que celui-ci représente. On remarque ainsi qu'à propos de la première carte de la quatrième séance (« Elle ne veut plus que son père et son frère entrent dans la salle de bains. »), Monsieur Jean U. est le seul participant à comprendre d'emblée le sens de la phrase en entier. Il explique aux autres participants son point de vue, ralliant vite Monsieur Pierre Z. et Monsieur Paul V. à son propos. Enfin Monsieur Jacques Y., devant l'insistance du groupe et finalement mon intervention, comprend la phrase. C'est la première fois dans l'histoire de ce groupe que Monsieur Jean U. propose une vision d'une carte à laquelle de rallie le reste du groupe, et nous y voyons une forme de cohésion groupale s'instaurant un peu moins du côté de l'illusion groupale comme résistance, que du côté d'une progression du groupe dans cette dynamique d'élaboration.

On voit bien, à l'appui de toutes ces éléments observés dans le groupe, comment s'instaure initialement une réaction défensive collective, et comme une dynamique de

résistance de tous les participants ensemble vient s'opposer au but proposé par le groupe : construire ensemble une nouvelle unité où les participants pourront accepter de remettre en question ces positions défensives pour accéder à des représentations fantasmatiques support d'une évolution vers la symbolisation. ANZIEU <sup>(3)</sup> nous paraît résumer ce travail dans cette phrase : « Quand plusieurs personnes se rencontrent, chacune projette son objet fantasmatique inconscient sur les autres et essaie de les faire agir en accord avec lui. Si cela correspond à son propre fantasme, chaque membre jouera le rôle attendu et une tension commune au groupe s'établira. Sinon, il utilisera contre cette dernière des mécanismes de défense inconscients qui apparaissent alors. Ce que l'analyste doit comprendre c'est ce que l'attitude et les pensées d'un membre du groupe signifie pour les autres et comment chacun régit de façon spécifique commun du groupe. Ce qu'il doit pointer dans les interventions, c'est le problème latent révélé par le contenu manifeste des discussions, c'est le dénominateur commun des fantasmes inconscients du groupe ». Voilà ce que nous avons tenté de faire.

### 1.3.3. Conclusion et critiques.

Voici détaillé l'ensemble des données que nous avons recueillies lors de ce travail de groupe, ainsi que l'évolution de notre réflexion tout le long du développement de ce projet. Nous voyons qu'un certain nombre de questions restent alors en suspend.

Malgré notre recherche de construction d'un groupe étayant et protecteur, « moi-peau », certaines de nos interventions dans les débuts du groupe ont pu être dirigées de façon un peu trop individualisée vers l'un ou l'autre des participants. Cela a pu alors contrarier l'émergence d'un fonctionnement groupal optimal, ou tout du moins la retarder. De plus, nous pensons que cette expérience, si riche soit-elle d'enseignements, aurait gagné en pertinence à se voir poursuivie sur une période beaucoup plus longue. Car nous pouvons penser que certaines observations que nous avons faites auraient trouvé développement et début de réponse lors de séances supplémentaires.

Ainsi la question du déni, et celle adjacente du clivage, nous paraissent-elles avoir seulement été effleurées dans ce travail de cinq séances. Nous croyons que sur une plus longue période, nous aurions pu observer une levée partielle de ce déni : les questions de l'empathie envers les victimes, de la victimisation des participants, de la généralisation

opiniâtre des discours proposés auraient trouvé une évolution favorable dans la poursuite de ce travail.

« La situation de groupe (...) mobilise chez les membres deux types d'identifications imaginaires : l'identification au moniteur, au chef, au père, à l'idéal du moi ; l'identification, projective et introjective, des participants les uns aux autres »<sup>(2)</sup>. C'est ainsi la question des relations au sein du groupe, entre les participants eux-mêmes et envers les thérapeutes, qui est ici soulevée. Nous avons vu que la cohésion du groupe était un objectif à rechercher, mais difficile à atteindre. Les groupes thérapeutiques avec les agresseurs sexuels voient émerger « des conduites agressives exprimées directement. En effet, l'agresseur sexuel exprime ses sentiments d'hostilité via un mécanisme de projection. Il se voit rejeté et victime du thérapeute, des autres membres et de la société. (...) Une telle attitude génère de nombreux conflits interpersonnels » nous dit TARDIF. C'est ce que nous avons vu par exemple des réactions répétées de Monsieur Jacques Y. vis-à-vis de Monsieur Jean U.

Ainsi, la constitution d'un « soi de groupe » est entravée par de nombreux mécanismes défensifs, et nécessite certainement un travail groupal de longue haleine, afin d'espérer voir céder ces résistances.

Nous avons pu observer, finalement, que le groupe s'est mis en mouvement. Loin d'être resté atone ou inerte, de nombreuses prises de parole et de position nous donnent à penser que la constitution du groupe a été amorcée lors de ce travail.

D'un point de vue individuel enfin, il nous semble que ce travail nous a apporté des informations riches et nombreuses sur les participants, et a rempli, pour certains d'entre eux, « sa fonction contenante, c'est-à-dire support d'un travail de symbolisation », et a ainsi fourni « un étayage aux fonctions pare-excitantes défaillantes »<sup>(79)</sup>.

Monsieur Pierre Z. a trouvé dans le groupe un espace tout à fait pertinent pour lui. Ce sujet, en prise à de grandes difficultés en thérapie individuelle, de l'aveu même du psychologue qui le suivait, a fait preuve tout au long du travail de capacités à énoncer des problématiques étonnamment construites. Il est ainsi celui qui a souvent développé la réflexion du groupe autour de notions abstraites et symboliques fortes, et à de nombreuses reprises, proposé des réflexions sous lesquelles se dessinait la question de la reconnaissance

des victimes, et partant, fait preuve d'éléments d'empathie jusqu'alors non repérables chez lui. Nous notons qu'entre la troisième et la quatrième séance, ce sujet est venu s'adresser à Madame B. pour lui faire part de vécus d'angoisse, qu'il attribuait alors à sa situation financière délicate, l'obligeant à « rendre des services » dans la prison, et dont nous ignorons la nature exacte. Il est loin d'être anodin de remarquer que cette question surgira dans le groupe, à la fois par l'attitude de Monsieur Pierre Z. sur certaines cartes (notamment « Il troque ses « médoc » contre une cigarette », carte à propos de laquelle il se montrera particulièrement circonspect et silencieux), et par la relation et l'évolution de la relation entre lui et Monsieur Jacques Y. Finalement, le groupe aura ouvert la voie à Monsieur Pierre Z., la voix pourrait-on dire, puisqu'il sollicitera de nouveau le psychologue à l'issue du travail groupal.

Monsieur Jean U. nous semble aussi avoir trouvé dans le groupe un espace, si ce n'est de symbolisation, du moins d'apaisement et de contenant. Nous pensons que les imagos parentales sont probablement à prendre en considération ici, et que Monsieur U. a développé de fortes projections sur les personnes des deux thérapeutes du groupe. Lors de la dernière séance, en proie à une grande angoisse, il vient ainsi trouver Madame B. pour lui montrer des photos de ses filles et solliciter un entretien pour le lendemain. Si sa situation au sein du groupe nous a paru précaire, se trouvant la cible d'identifications projectives hostiles de la part de Monsieur Jacques Y. principalement, le groupe a été cependant pour lui un réel lieu d'étayage, et de verbalisation, a minima, de conflits internes profonds.

Monsieur Paul V. pour sa part, sans jamais réellement abandonner ses discours tout-puissants, a fait preuve d'un investissement dans le groupe que nous n'aurions pas nécessairement attendu de sa part. Le travail d'aménagement du déni nous semble ainsi avoir trouvé pour lui un début dans le déroulement de ce processus groupal.

Enfin Monsieur Jacques Y., malgré sa position dominante, a clairement participé à ce fonctionnement groupal, et fait quelques concessions dans son propre fonctionnement. Ainsi a-t-on observé chez lui une progression dans le discours, moins systématique, moins victime à la fin du travail groupal.

## 2. À la maison d'arrêt du Mans : l'environnement pénitentiaire, contingences liées au travail en milieu carcéral.

Afin de terminer cet exposé, nous souhaitons aborder un aspect non négligeable de notre travail, celui de la pratique en milieu carcéral. De plus en plus médiatisé, l'univers des prisons est actuellement la proie des plus vives critiques. Nos observations rejoignent très souvent les constats qui sont dressés par des sources diverses (médias, observatoire international des prisons...), et nous allons apporter ici notre point de vue, issu de cette expérience.

### **2.1. La maison d'arrêt du Mans.**

La première étape de notre travail aura été de nous rendre à la maison d'arrêt du Mans. Une fois les autorisations nécessaires recueillies auprès des instances judiciaires, nous sommes admis à entrer dans la prison.

La maison d'arrêt du Mans se situe en plein cœur de la ville, dans des bâtiments construits en 1634. Leur vocation première fut d'accueillir des religieuses. Dès 1782, la destination de ces locaux va changer : d'abord caserne militaire, ils deviendront rapidement un établissement pénitentiaire. En 1797, l'administration départementale obtient la jouissance et la propriété du couvent qui devient un palais de justice, une gendarmerie et une maison d'arrêt. Seule cette dernière subsiste aujourd'hui, pour encore quelques mois, puisqu'une nouvelle prison est en construction en périphérie de la ville.

Sur le plan architectural, deux caractéristiques nous semblent particulièrement évidentes :

- L'exiguïté des lieux, quels qu'ils soient, administratifs, de détention, dédiés au personnel surveillant, ou au soin. Ainsi l'UCSA est sise dans un préfabriqué posé là de façon provisoire, et ce depuis de nombreuses années si l'on en croit les personnels soignants. Six pièces la composent : une petite salle d'attente, une salle de consultations de médecine générale d'environ 15 mètres carrés, un secrétariat

attenant de 4 à 5 mètres carrés, une pièce polyvalente à destination du médecin psychiatre et du kinésithérapeute, de 20 mètres carrés environ, une salle destinée aux soins dentaires, et une salle d'entretien pour les psychologues de la maison d'arrêt.

- Une visite guidée par un surveillant au début de notre intervention nous amène à découvrir les différents secteurs de cette prison. La maison d'arrêt, le quartier de la détention et, avant le franchissement des deux portes grillagées donnant accès au secteur fermé et à l'UCSA, un autre couloir desservant les services administratifs, mais aussi un vaste dortoir destiné aux détenus pour lesquels un jugement de semi-liberté a été prononcé. Nous serons alors surtout frappés par le dédale de couloirs qui constitue ces bâtiments. Loin de l'aspect architectural très lisible d'une prison construite en étoile comme la maison d'arrêt d'Angers, la maison d'arrêt du Mans est une suite d'escaliers, de demi-étages, de coins et de recoins qu'une seule visite ne permet pas d'appréhender dans sa globalité.

La capacité d'accueil de cette maison d'arrêt est de 58 places. Les rapports d'activité de l'unité de consultations et de soins ambulatoires rapportent une population moyenne oscillant entre 130 et 150 détenus par jour. En 2004 il était ainsi de 133, et de 151 au 21 décembre 2007. Cet état de faits est un des reproches majeurs énoncés à l'encontre du milieu carcéral. Le rapport de l'observatoire international des prisons <sup>(76)</sup> sur les conditions de détention relatait en 2005 « un taux d'occupation supérieur à 100% » pour 138 des 234 établissements pénitentiaires que compte notre pays.

Au 21 décembre 2007, 33 détenus sont en détention préventive, et 116 sont condamnés. À cette date, parmi ces 151 détenus, 13% sont incarcérés pour violences sexuelles, soit 17 détenus. Il faut observer que la moyenne nationale est de 21,4 sujets auteurs de violence sexuelles pour 100 sujets incarcérés. Cette disparité s'explique par le "délestage" des détenus qui survient lorsque la Maison d'arrêt du Mans est en incapacité de recevoir un détenu supplémentaire, et que l'on procède alors aux transferts de détenus vers d'autres établissements pénitentiaires.

Au 1<sup>er</sup> Avril 2004, « sur les 7 956 détenus condamnés pour agressions sexuelles (viols et autres) (...) 73,5 % ont commis leur agression à l'encontre d'un mineur » <sup>(35)</sup>. BARLET <sup>(13)</sup> nous dit que « l'on trouve actuellement parmi les condamnés 23% d'auteurs de crimes ou de

délits sexuels commis pour les trois quarts sur des mineurs ». Au niveau local, un rapport de la préfecture de police de la Sarthe relève 46 agressions sexuelles sur mineurs dans le département pour l'année 2000 <sup>(34)</sup>.

Une coupe transversale concernant l'activité du secteur de psychiatrie de la maison d'arrêt du Mans au 15 janvier 2007 montre que 64 patients sur 125 détenus incarcérés ont bénéficié d'un entretien avec le psychiatre. Sur ces 64 patients, 14 présentent un « Trouble pathologique des conduites sexuelles ».

L'équipe soignante de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires se compose :

- D'un médecin généraliste à temps plein, détaché du Centre Hospitalier Régional du Mans.
- De deux demi-journées hebdomadaires de consultations par un médecin psychiatre détaché du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe
- De trois postes d'infirmières diplômées d'état détachées du Centre Hospitalier Régional du Mans à temps plein
- D'un poste d'infirmière diplômée d'état à temps plein détachée du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe,
- D'un poste à temps plein de secrétaire médicale
- D'un temps plein de consultations par des psychologues détachés du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe,
- De vacations par un kinésithérapeute et deux dentistes intervenant chacun une demi-journée hebdomadaire.

## **2.2. Mise en place du groupe de parole au sein de la maison d'arrêt.**

La mise en place de notre projet thérapeutique de groupe de parole au sein de la maison d'arrêt est une activité de soins, attachée à l'Unité de Soins et de consultations Ambulatoires qui se trouve sous la tutelle d'un secteur du centre hospitalier spécialisé de la Sarthe. Rappelons que c'est sous l'influence d'HIVERT <sup>(60)</sup> que naissent les S.M.P.R. (Service Médicopsychologique Régional), institués troisième type de secteur psychiatrique après les secteurs adultes et infanto - juvéniles. Le droit est ainsi reconnu aux détenus de bénéficier du dispositif public de santé mentale commun à l'ensemble de la population. Les

SMPR sont légalement rattachés au ministère de la Santé par l'arrêté du 14/12/1986, suite à une lente évolution débutée au début des années 70, où les soins dispensés en prison étaient entièrement sous la responsabilité des institutions pénitentiaires et du ministère de la justice. DAVID <sup>(43)</sup> expose cette évolution dans Psychiatrie en milieu pénitentiaire, et BARLET <sup>(13)</sup> écrit qu' « ainsi se dessine, au niveau des soins psychiques, l'évolution vers la notion que le soin des personnes détenues constitue une mission de santé publique que seuls les hôpitaux publics sont en mesure de remplir ». Les UCSA (unités de Consultations et de Soins Ambulatoires) font ainsi partie du dispositif des SMPR, constituant des lieux de consultations sans hospitalisation, dans les centres pénitentiaires qui ne disposent pas d'un SMPR à proprement parler.

Les soins dispensés en prison semblent dès lors placés sous le sceau d'une certaine indépendance. Néanmoins, il convient de relativiser cette proposition sous deux angles :

- Sur un plan réglementaire, on note que le Code de Procédure Pénale limite cette indépendance. Il affirme par exemple que « le médecin de l'établissement délivre des attestations écrites relatives à l'état de santé des détenus et contenant les renseignements nécessaires à l'orientation et au traitement pénitentiaire et post pénal de ceux-ci, chaque fois que l'administration pénitentiaire ou l'autorité judiciaire en fait la demande » <sup>(43)</sup>.
- Sur un plan plus pratique, on observe que l'indépendance des unités de soins est très vite limitée de façon quotidienne par les relations entretenues avec les personnels pénitentiaires, au premier rang desquels on trouve les surveillants de prison.

Si la mise en place de notre projet avait donc comme préalable l'accord et la volonté du chef de service du secteur hospitalier concerné de voir ce projet exister, il nous fallait également obtenir l'accord du chef de l'établissement pénitentiaire. Celui-ci fut obtenu sans difficulté.

Ainsi étaient réunies les conditions minimales nécessaires à la mise en place d'un groupe de parole pour des sujets incarcérés pour agressions sexuelles sur mineurs. Les conditions optimales pour la réalisation de ce travail, et d'un travail de recherche associé furent plus complexes à mettre en oeuvre. Nous en exposerons deux exemples :

- La consultation de documents émanant des autorités judiciaires (notamment les expertises psychiatriques) nous fut accordée. En pratique, lorsque nous nous présentions, à deux reprises, à l'administration pour consulter ces documents, personne ne fut jamais en mesure de nous fournir plus de quelques vagues photocopies non référencées et incomplètes.
- La réalisation d'enregistrements sonores pendant les séances fut elle aussi abandonnée devant la nécessaire obtention d'un accord des instances judiciaires. Il est en effet impossible de considérer pratiquement que le secret médical protège suffisamment cette démarche pour nous affranchir de cette autorisation. Et le développement qui doit être apporté ici pour éclairer cette affirmation tient bien dans l'explicitation de la notion de secret médical telle qu'on la rencontre au sein de la prison.

Pour introduire cette question, nous citerons BARLET : « comme tout secret, le secret médical constitue, qu'on le veuille ou non, un outil destiné à affirmer la spécificité d'un statut, à asseoir le pouvoir de celui qui le détient, autant qu'à protéger celui dont il vise à respecter l'intimité. (...) Or nul milieu d'exercice du soin ne suggère, voire ne suscite autant ce type de rapports que le milieu carcéral. (...) De longue date, les soignants et leur savoir ont représenté le modeste mais seul contre-pouvoir du judiciaire et de son bras séculier pénitentiaire à l'intérieur des hauts murs. (...) Il se pourrait que la réforme de 1994, en autonomisant la gestion de la santé ait accentué cloisonnements et rivalités. Le pouvoir médical, auparavant maîtrisable dans l'institution puisque s'y trouvant en position de subordination, était perçu comme un facteur de régulation de la vie en détention ; son émancipation ainsi que le développement des moyens de soins (...) ont initialement été perçu comme une dévalorisation pour les surveillants qui se voyaient dépossédés de leur fonction « humanitaire » (cf. la dispensation des médicaments) et recentrés, ou plutôt réduits à leur fonction sécuritaire (...) ».

Nous fûmes confrontés à cette réalité décrite par BARLET de façon aiguë. Car si de prime abord nos tutelles montraient, comme nous venons de l'exposer, un investissement réel dans ce projet, la réalité intra-muros fut toute différente. Tandis que les responsables de la prison nous proposaient un lieu pour la réalisation du groupe thérapeutique et, élément plus contraignant, un horaire fixe, autant d'éléments plutôt favorables à notre démarche, la relation

avec les surveillants s'avérait pour sa part moins confiante. Nous allons voir à la suite, et avec le déroulement dans le temps des séances de groupe, les exemples de ce que nous avançons maintenant.

Observons enfin que la possibilité de mettre en place ce projet en partenariat avec l'établissement pénitentiaire fut aussi un bénéfice du grand investissement des professionnels de santé exerçant de longue date à l'unité de consultations et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt. Leur motivation, leur énergie et leur connaissance des rouages de la prison nous permirent d'avoir, in situ, des interlocuteurs dynamiques et diplomates, dont le savoir faire est directement lié à la fois à la fluidité de ces relations avec l'institution, et à la fois avec l'habileté qu'ils ont développée à communiquer avec des surveillants parfois opposants.

### **2.3. Le déroulement du groupe dans la prison.**

#### 2.3.1. Première séance.

Elle se déroule dans le parloir, qui se trouve à l'entrée du secteur fermé de la maison d'arrêt. Un certain nombre d'incidents viendront perturber son déroulement :

- Monsieur Jean U. n'est pas disponible au début de la séance puisqu'il se trouve en entretien avec deux personnes du conseil général. Lors de la réunion pluridisciplinaire que nous avons organisé le 17 octobre 2006 Mme O., psychologue en charge du suivi individuel de Monsieur Jean U., nous apprend qu'il s'agit d'organiser des visites au parloir avec ses deux plus jeunes filles. Elle nous dit aussi que Monsieur Jean U. a reçu des demandes de parloir de la part de son père adoptif. Enfin, elle nous dit que la convocation de Monsieur Jean U. au rendez-vous avec les deux personnes du conseil général a été reçue par le directeur d'établissement qui, selon le patient, ne lui a pas transmis l'information jusqu'au jour du rendez-vous.
- L'avocat de Monsieur Paul V. se présente vers 10h40, se proposant de repasser l'après-midi. Monsieur Paul V. sort néanmoins entre 5 et 10 minutes pour s'entretenir avec lui, puisque le procès aura lieu très peu de temps après, et que les enjeux pour lui sont alors tout à fait conséquents.

- Environ 10 à 15 minutes après le début de la séance, la porte n'étant pas fermée à clefs est ouverte. Deux détenus ont pu voir qui se trouve dans le parloir. Monsieur Jacques Y. réagit sur le champ, leur intimant l'ordre de s'en aller, puisqu' « ils n'avaient rien à faire là ». Il semblerait en effet que ces détenus n'avaient pas de raison de passer à cet endroit, puisque avant d'ouvrir la porte de la salle où nous nous trouvons, il faut en ouvrir une autre qui donne sur un corridor, qui lui-même ne débouche sur aucun endroit fréquenté par les détenus. On peut s'interroger sur les raisons de la présence de ces détenus à cet endroit et à ce moment précis. En tout état de cause, on peut signaler que la circulation des détenus au sein de la prison paraît assez libre, et peu contrôlée.
  
- 11h15 à peine passés, la porte est ouverte brusquement, presque comme si l'on avait donné un coup de pied dedans, et le surveillant à l'origine de cette intrusion n'a d'autres mots que « c'est terminé », proférés avec force, sur un ton autoritaire, et avec une expression de visage qui ne l'est pas moins.
  
- Enfin, Mme B., infirmière au sein de l'UCSA, se trouve en position de récolter un certain nombre d'informations sur les réactions que provoquent la création de ce groupe de parole sur les protagonistes de la maison d'arrêt, principalement surveillants mais aussi cadres administratifs. Lors de la réunion du 17 octobre, elle nous fera part d'une discussion informelle qu'elle a eu quelques jours auparavant avec un membre de l'administration pénitentiaire. Elle apprend alors que la première séance s'étant déroulée dans le parloir, le corridor qui donne accès à la porte de cette salle et à l'œilleton qui s'y trouve, a été le théâtre d'un défilé de surveillants.

Nous pensons pouvoir ici nous référer à notre développement quant à la question du secret médical au sein de la prison. Le groupe de parole est une donnée nouvelle, et prend place en un lieu accessible au regard, non seulement des surveillants, mais aussi des deux détenus ayant fait intrusion dans la salle. Le secret comme enjeu de pouvoir est mis en lumière par cette situation. La curiosité d'un certain nombre des protagonistes de la prison est attisée, il faut aller voir, il faut chercher à avoir accès à ces éléments, à un savoir sur autrui comme dimension du pouvoir que l'on peut exercer sur lui.

La dimension du regard est ici fondamentale. Le détenu ne se trouve nulle part à l'abri du regard. C'est le premier sens qui, au sein de la prison, est un moyen d'affirmer un pouvoir. La porte du parloir est certes pourvue de ce judas, mais toutes les portes de la prison derrière lesquelles se trouve un détenu en sont pourvues. Au sein même de l'unité de soins, aucune des salles de consultations ne fait exception à cette règle. Dès la porte d'entrée de l'établissement, notre regard se porte sur une longue perspective : le parcours que nous allons devoir effectuer s'étale devant nous. Nous allons passer deux portes grillagées, et l'on découvrira alors sur la gauche la cour de promenade, sous stricte surveillance du regard pénitentiaire par l'intermédiaire d'une sorte de guérite, de mirador. Plus loin, on remarque de petites pièces aux parois vitrées, bureaux destinés notamment aux entretiens entre les détenus et leurs avocats. Et cette dimension du regard n'est pas sans évoquer une dimension asilaire : « tout est organisé, nous dit FOUCAULT <sup>(48)</sup>, pour que le fou se reconnaisse dans ce monde du jugement qui l'enveloppe de toutes parts ; il doit se savoir surveillé, jugé et condamné ; de la faute à la punition, le lien doit être évident, comme une culpabilité reconnue par tous ».

Lorsque nous nous entretenons de ces événements avec les personnels soignants, le discours qui se déploie et les interprétations qui se créent montrent que les soignants sont offusqués par cette attitude des personnels pénitentiaires. Dans ce que l'on pourrait considérer comme une forme de fantasme persécutif, les soignants attribuent à ces comportements de surveillance une intention malveillante, et les ressentent comme une violation de l'intimité des détenus, et peut-être aussi de leur propre intimité.

On voit bien comme de part et d'autre, soignants et surveillants, des interprétations, des comportements se créent, dans la suspicion ou la méfiance, signe de ces enjeux de pouvoir sur l'autre. Au centre de ces mouvements, ce sont les détenus qui sont finalement le moins à même de garder une part de pouvoir sur les événements. Nous nous référons une nouvelle fois à BARLET, qui dit ainsi : « le monopole des moyens de contrôle (de la circulation des personnes comme de celle des informations) dont disposent les surveillants est perçu par les soignants comme une emprise systématiquement réductrice sur leur activité. Le risque est grand que le patient devienne enjeu du conflit de pouvoir entre détenteurs des clés, du savoir sur l'infraction, de l'observation quotidienne de son comportement et détenteurs du savoir médical ».

Nous rencontrons alors le 19 octobre le directeur d'établissement, pour lui faire part de nos constats. Il en prend note et nous assure de sa volonté de participer à l'élaboration de bonnes conditions de travail. Il nous fait également part d'une réunion d'information, précisément à l'intention des surveillants, concernant le fonctionnement global de l'UCSA, en collaboration avec le Dr S., médecin responsable de l'UCSA, qui pourrait avoir lieu le 23 octobre, et lors de laquelle pourrait prendre place une information au sujet du groupe de parole.

Suite aux événements qui ont émaillé la première séance, nous décidons de changer de lieu pour les séances suivantes : elles n'auront donc plus lieu au parloir, mais au sein de l'UCSA. Ceci semble d'autant plus justifié que nous réinscrivons ainsi le groupe de parole dans le domaine géographique, et conséquemment symbolique, du soin. En outre, nous préservons ainsi la confidentialité nécessaire au bon déroulement du projet, tant en termes de respect du secret médical, qu'au niveau de la mise en œuvre des meilleures conditions possibles à la réalisation d'un travail de groupe. Nous nous installons dans le bureau où se déroulent habituellement les entretiens psychiatriques.

### 2.3.2. Deuxième séance.

Le début de la deuxième séance est alors marqué par un nouvel événement : attendant les deux autres participants, Messieurs Jacques Y. et Pierre Z., les premiers arrivés, se voient administrer par le surveillant en charge de l'UCSA une vive admonestation quant à leur stationnement dans le couloir. Monsieur Y. nous en fera part en début de séance, nous disant que la répétition de ces réflexions chargées de sous-entendus selon lui, risquait à terme de l'inciter à interrompre sa participation au groupe. Nous lui proposons de limiter à l'avenir la possibilité de tels désagréments en faisant admettre les participants dans la salle de groupe dès leur arrivée dans l'UCSA.

Faisons encore une fois appel aux propos de BARLET, qui nous proposent deux pistes de réflexions que nous pensons ici pertinentes :

- Déclinant la notion de secret, et de secret médical comme outil destiné à asseoir la pouvoir de celui qui le détient, il affirme que le milieu carcéral est un lieu qui favorise cette situation : « deux collectivités, celle des détenus et celle des

intervenants, s'y trouvent face à face, dont l'une détient tout pouvoir sur l'autre (...). L'emprise du schéma dominant / dominé inhérente à la conception actuelle du fonctionnement de l'institution est telle qu'elle place chacun dans la hantise de s'y voir pris au piège à son tour, suspectant a priori l'autre d'une volonté dominatrice et tenté de le devancer pour ne pas se retrouver dominé ». Nous pensons que c'est ce qui peut se comprendre ici, à la fois de la réaction du surveillant, et de la plainte que nous formulent les participants au groupe à ce propos, nous sollicitant, voire nous mettant en demeure d'agir pour leur permettre de s'extraire de la domination alors exercée par le surveillant.

- D'autre part, BARLET écrit que la prise en soin des détenus est « demandée par (les) personnels (surveillants) s'il s'agit d'une gestion de crise, de traumatismes immédiats ou de validation d'un placement en quartier disciplinaire ; acceptée si elle concerne une démarche somatique évidente et freinée par l'inertie, voire ouvertement contestée, si elle s'inscrit dans une prise en charge de type psychosocial (...) ». Ainsi ce surveillant manifeste son désaccord, et affirme son pouvoir en imposant des règles de circulation totalement subjectives dans les couloirs de l'unité de soins.

### 2.3.3. Troisième séance.

Au début de la troisième séance, les participants demandent un temps pour aborder les difficultés qu'ils rencontrent au sujet du groupe. Leurs griefs vont à l'encontre d'un surveillant en particulier, qui s'adresse à eux sur un ton qu'ils jugent « non acceptable ». Ce surveillant leur aurait dit par exemple, à la sortie de la dernière séance : « alors ça y est, vous êtes guéris ? » (propos entendus par trois des participants). Ils affirment n'avoir pas de problème en lien avec le groupe par ailleurs, ni avec les autres surveillants, ni avec les détenus. Comme nous les interrogeons sur la réaction des autres détenus en particulier, et notamment au sujet de l'intrusion de deux d'entre eux dans le parloir lors de la première séance, Monsieur Jacques Y. nous dit : « l'autre tafiole, je lui ai mis les points sur les « i » ».

Deux éléments sont ici à énoncer :

- D'une part, le groupe de parole s'adresse à une population spécifique au sein de la maison d'arrêt, celle des agresseurs sexuels sur mineurs. DAVID dit à leur sujet : « On sait que ce type de délinquants, « les pointeurs » en langage carcéral, sont très mal acceptés par leurs co-détenus ». S'ils sont par ailleurs souvent considérés par les surveillants comme des détenus sans histoires, rarement agressifs, obéissant au doigt et à l'œil, de tels propos témoignent néanmoins des sentiments de rejet ou de mépris qui peuvent émerger chez certains surveillants à leur rencontre.
- « L'aridité (du) statut (de surveillant) en regard de leur qualification (les) amène à s'identifier aux détenus en termes de frustration et à se placer en rivalité avec eux par rapport aux soignants suspectés de privilégier la vie du détenu en méconnaissant la leur » (BARLET). Nous croyons que cette composante illustre bien une autre motivation possible de l'attitude de ce surveillant vis-à-vis des détenus.

#### 2.3.4. Quatrième et cinquième séances.

La quatrième séance commence avec une demi-heure de retard. Monsieur Pierre Z. arrive une dizaine de minutes après le début de la séance en raison de soins dentaires. Les autres détenus se trouvaient bloqués à l'entrée de l'unité de soins. Une nouvelle fois, le contrôle exercé par un surveillant sur la circulation des détenus vient perturber le déroulement de la séance, et fait preuve du pouvoir qui se fait ainsi comprendre.

Ainsi « le monopole des moyens de contrôle (de la circulation des personnes comme de celle des informations) dont disposent les surveillants » évoqués par BARLET, s'il se manifeste sur la circulation des détenus, s'exerce aussi sur celle des autres intervenants au sein de la maison d'arrêt. Le parcours qu'il faut ainsi effectuer de l'entrée de la maison d'arrêt jusqu'au sein de l'unité de consultations peut parfois prendre une vingtaine de minutes. Devant la première porte, et sous le regard d'une caméra de surveillance, on attend patiemment que l'on veuille bien répondre à notre coup de sonnette. Une fois la cour traversée, une deuxième porte, donnant accès aux bâtiments peut mettre plusieurs minutes à

s'ouvrir. Les formalités de contrôle sont bien codifiées. En tant que visiteur occasionnel, on nous demande notre carte d'identité à chaque nouvelle entrée. Celle-ci est attentivement scrutée, puis précieusement conservée par le surveillant en charge de l'accueil des visiteurs pendant tout le temps de notre séjour dans la prison. Nous sommes ensuite invités à passer sous le portique détecteur de métaux. Une fois ces démarches accomplies, nous sommes admis à pénétrer plus avant. Il faut alors franchir deux nouvelles portes, celles-ci grillagées, dont un deuxième surveillant doit actionner l'ouverture : encore une fois, il faut à ce niveau savoir parfois prendre patience. Enfin, la porte de l'UCSA, la plupart du temps ouverte, ne le sera parfois qu'après plusieurs minutes passées à attendre un surveillant et ses clefs. On voit bien, encore une fois, comme une forme de pouvoir des surveillants peut s'exprimer de cette manière.

Entre la quatrième et la cinquième séance, nous rencontrons le Docteur S., médecin généraliste au sein de la maison d'arrêt. Il nous rapporte les propos tenus la veille lors de la réunion d'information sur le fonctionnement de l'UCSA auprès des représentants du personnel (syndicats). Le directeur de la maison d'arrêt leur aurait ainsi signifié la nécessité de respecter le cadre des soins au sein de l'établissement, abordant le groupe de parole comme requérant tout particulièrement le plus grand professionnalisme de la part du personnel pénitentiaire. Le directeur d'établissement leur aurait en particulier exprimé son opinion favorable sur le déroulement du groupe de parole, ainsi que sur le fait que nous l'ayons entretenu la semaine précédente des difficultés que nous rencontrions.

Lors de la cinquième séance, et avant l'arrivée des participants, Madame B. me fait part de difficultés rencontrées par Monsieur Pierre Z., qui a sollicité un entretien auprès d'elle. Présentant un tableau évocateur de crises d'angoisse, Monsieur Pierre Z. présenterait des difficultés financières qui ne lui permettent pas de se fournir en tabac. Il semblerait que Monsieur Pierre Z. soit donc en situation, pour pouvoir obtenir des cigarettes, de « rendre des services », dont ce dernier ne précisera pas la nature.

#### **2.4. Propositions d'éléments de réflexion et de compréhension.**

Nous voyons bien, ces éléments exposés, qu'il n'est pas simple de proposer le soin en milieu carcéral. Les personnels médicaux et paramédicaux utilisent des codes tacites qui régissent leurs relations avec le personnel pénitentiaire. Car c'est bien à ce niveau que des

problèmes se posent. Nous avons explicité que nos relations avec les institutions judiciaires et les personnels administratifs pénitentiaires furent simples, voire cordiales, et ne furent l'objet d'aucune entrave à notre projet. C'est au sein de la maison d'arrêt que la difficulté apparaît, au contact des personnels de terrain, les surveillants de prison. Il faut ainsi objectivement observer que certains surveillants font preuve de ce que l'on pourrait qualifier de manque de coopération dans le cadre des soins.

Vivre cette situation sur le mode de la défiance et de la conflictualité serait une erreur préjudiciable, et les personnels de l'UCSA l'ont compris depuis longtemps. Car la confrontation sur le terrain de la prison, dans ce territoire qui est celui des personnels pénitentiaires, ne laisse pas de doute sur son issue : le travail des personnels médicaux serait quasiment paralysé, et les détenus en souffrance sans recours médical.

Alors comment comprendre que certains surveillants soient ainsi dans l'opposition au soin ? La première question qui naît alors est : qu'ont-ils à y gagner, ou à y perdre ? On peut penser, en première approximation, qu'ils ont à y gagner une forme de pouvoir, et corrélativement, à y perdre de leur autorité sur les détenus. Il est notable en effet qu'une demande de consultation médicale venant d'un détenu est probablement la seule chose qui ne peut pas lui être refusée au sein de la prison. La notion de risque (pour la santé) et donc de responsabilité (de la vie du détenu) qui peut se concevoir derrière toute demande de soin, a pour conséquence de ne pas permettre aux surveillants de refuser une telle demande à un détenu. Difficile concession pour le personnel pénitentiaire, qui a pour habitude de faire régner l'ordre sans aucun partage dans la prison. Entraver la réalisation des soins en leur imposant une lenteur inimaginable (faire monter les détenus au compte-goutte par exemple) est alors un moyen pour les surveillants de reprendre la main sur ce qui leur échappe. Car non seulement refuser une consultation est impossible, mais les surveillants ne sont pas admis dans le lieu et le temps de la consultation. Et c'est certainement le seul endroit de la prison où ils ne sont pas admis. Et aussi le seul espace pour un détenu où retrouver une part d'intimité et de secret, fût-ce le secret médical. On conçoit alors qu'un enjeu de pouvoir existe dans les relations entre l'unité de soins et de consultations et les surveillants de prison.

Mais alors, qu'est-ce qui pousse les surveillants à refuser ainsi au détenu toute forme d'intimité et de pouvoir de décision sur soi-même ? D'où vient cette volonté de contrôle sur l'autre ? On peut penser bien sûr, à une forme d'habitude. On peut invoquer aussi, et surtout,

des raisons sécuritaires. Mais lorsqu'il s'agit ici de sujets agresseurs sexuels, la raison de sûreté n'est pas tout à fait recevable, cette population étant connue dans les prisons pour son comportement exemplaire, de « prisonniers modèles », jamais turbulents ni agressifs. La raison de l'habitude est plus remarquable : les agresseurs sexuels sont nommés « les pointeurs » dans la prison, et représentent la caste la plus méprisable de ce milieu social très codifié. Et l'on peut vraisemblablement affirmer que certains surveillants témoignent d'une forme de mépris pour ces détenus qui se rapproche de celui que manifestent les autres détenus eux-mêmes.

Enfin, la question qui doit être posée est de chercher ce qui peut expliquer ce mépris. Et l'on en vient à considérer les conditions de travail de ces surveillants. Ces hommes sont ainsi chaque jour confrontés à des détenus pour certains violents, toxicomanes, psychotiques parfois, angoissés, dépressifs, socialement déçus, condamnés par la justice, et parfois condamnés en sus par leur exposition médiatique. La violence et l'agression tentent ainsi à chaque instant de faire irruption, voire effraction, dans le psychisme des surveillants de prison. Leur exposition quotidienne à des situations d'une grande violence, à des histoires et des trajectoires de vie très dures, fait de ces professionnels du milieu pénitentiaire des individus souvent sujets au désarroi. Leur formation ne les prédispose pas à faire avec cette souffrance perpétuellement mise à nu devant eux, et leur mode de défense face à cette intrusion brutale d'énergies pulsionnelles dévastatrices est bien souvent la négation, le refus, la dureté : ils n'ont pas appris d'autre moyen de se protéger. Ils n'ont ni lieu, ni aide pour penser cette violence. Ainsi, le scénario dominant / dominé « qui, chez les détenus, se joue souvent sur le mode de la violence exercée contre autrui ou contre soi-même se transpose bien évidemment, s'agissant des intervenants, sur d'autres registres, parmi lesquels l'instrumentation du secret » (BARLET).

Le dernier aspect qui doit se penser ici pour une compréhension globale de ces enjeux est celui des réactions des personnels soignants. « Certes, la curiosité des surveillants peut sembler parfois infondée, mais l'est-elle d'avantage que celle des soignants qui prétendent que la connaissance préalable de l'infraction reprochée au patient leur est indispensable pour le prendre en charge ? » (BARLET). Et nous avons vu que par-delà le souci de préservation du secret médical dans une volonté de respect de l'intimité du patient, se profile parfois l'ombre d'une préservation d'un pouvoir au sein de l'institution pénitentiaire. Si « (les) personnels (surveillant) désignent (...) des pestiférés à partir d'impressions personnelles ou de

rumeurs », les soignants eux-mêmes interprètent les comportements et les attitudes des détenus, mais aussi des surveillants dans une optique erronée, et parfois à tonalité persécutive. On en veut pour exemple un fantasme répandu parmi les soignants, celui de la collusion entre certains surveillants et certains détenus. Il n'est pas rare par exemple d'entendre que les agresseurs sexuels, détenus si sages se voient attribuer des traitements de faveur en remerciement de leur bonne conduite. On évoquera aussi ces propos d'un membre de l'UCSA, supposant que l'irruption de deux détenus dans le parloir lors de la première séance pouvait être le fruit d'une manœuvre orchestrée par un surveillant, avec l'objectif de faire connaître aux autres détenus l'identité des individus qui participent au groupe de parole à destination des auteurs d'agressions sexuelles. Ainsi, bien obligés que sont les soignants de faire des concessions au quotidien puisqu'ils n'ont pas les clés, on voit que l'incompréhension et les fantasmes ont aussi cours dans leur fonctionnement au sein de la maison d'arrêt.

C'est ainsi sur le mode d'enjeux de pouvoir que nous comprenons ce manque de coopération, et parfois cette hostilité qui animent les relations entre soignants et surveillants en prison. Modifier cette situation demanderait donc selon nous des moyens financiers et humains pour permettre de travailler avec les surveillants sur ces questions. Cela voudrait dire proposer à ces personnels des formations, peut-être des espaces de parole et d'échange avec les personnels soignants, sous la forme de réunions, d'investissement de ces personnels dans les volets de certains projets de soins qui relèvent de leurs fonctions. La mise en place de protocoles simples et efficaces serait par exemple un moyen de fluidifier ces relations. BARLET propose quant à lui « une évolution vers un concept de secret professionnel partagé (...), dans le respect des rôles respectifs (...). Ce partage de secret professionnel devra donc se limiter à ce qui est strictement nécessaire pour maintenir une collaboration rationnelle auprès de la personne qui voit sa détention alourdie par une pathologie ou un handicap et n'intervenir qu'après que l'accord de celle-ci ait été recueilli sur son contenu ». Mais en cette période mouvementée sur le plan politique et institutionnel, où les prisons sont au cœur de vifs débats et de projets de réformes profondes, commencer par le début revient à se pencher sur l'insalubrité des bâtiments des prisons.

## **Conclusion.**

Au terme de ce travail, nous nous trouvons bien plus en mesure d'énoncer des questions, que nous ne le sommes de proposer des réponses. En effet si l'objet d'une recherche scientifique devrait être de valider des hypothèses, nous voyons bien ici que les hypothèses sont si nombreuses, et les moyens existants pour les valider si imprécis, que nous ne pouvons qu'éclaircir les voies d'exploration qu'il reste à développer.

Le premier aspect qui nous semble devoir être explicité est celui de la difficulté diagnostique à laquelle est confronté tout médecin lors de la rencontre avec un sujet auteur d'agression sexuelle sur mineur. Ainsi, étant entendu que rien ne justifie de superposer l'intitulé judiciaire d'« agresseur sexuel » avec un énoncé médical, la question qui se pose est de savoir si l'on peut caractériser médicalement ces sujets. On voit bien que les débats à ce propos sont extrêmement vifs, et qu'il serait aussi abusif d'affirmer qu'aucun agresseur sexuel ne relève jamais d'une prise en charge médicale, que d'affirmer que tous les agresseurs sexuels relèvent toujours d'une telle prise en charge. En filigrane, c'est aussi la question aigüe du rapport entre la justice et la médecine qui se profile, et les risques majeurs qu'encourrait la société à voir confondre ces deux registres si différents. À l'aune des références que nous avons proposées, et désormais de notre propre expérience, il nous semble judicieux de mener cette réflexion plutôt sur la voie de l'articulation entre justice et médecine, comme la loi du 17 juin 1998 <sup>(92)</sup> en propose une modalité. Car nous avons vu que pour tous les auteurs que nous avons cités à ce sujet, la sanction par la justice du sujet auteur d'agression sexuelle est une composante indispensable, voire une condition du traitement des sujets qui relèvent de propositions thérapeutiques.

Cela nous ramène alors à notre première interrogation : quels sont les sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs qui nécessitent une prise en charge thérapeutique ? Nous avons vu qu'il n'y a pas à ce jour de nosologie suffisamment précise, ni de nosographie opérante pour préciser cette question. Les sujets condamnés pour agressions sexuelles sur mineurs, s'ils présentent des organisations psychopathologiques complexes, ne sont cependant que rarement concernés par les diagnostics psychiatriques de troubles des préférences sexuelles. La lecture de la littérature retrouve plutôt des tableaux cliniques en

faveur de troubles de la personnalité mais, une fois encore, sans caractère invariable. Il semble donc que l'approche de ces sujets, éminemment dépendante des référentiels théoriques des thérapeutes qu'ils rencontrent, n'en nécessite pas moins de faire appel à une évaluation pluridisciplinaire. Car que l'on opte pour une évaluation clinique, paraclinique, avec des auto questionnaires ou des tests de personnalité, que l'on se penche sur une approche cognitive du modus operandi, des distorsions cognitives, de la chaîne délictuelle, ou une approche psychodynamique de la problématique perverse, des défaillances narcissiques primaires, des manifestations de clivage et d'emprise, on se retrouve rapidement confronté aux limites des champs d'exploration que l'on a choisis. Aucune de ces propositions théoriques n'a su à ce jour affirmer scientifiquement la validité de ses modèles. Il semble donc, pour la plupart des auteurs, qu'un abord le plus vaste possible soit une voie d'accès à une compréhension des organisations psychopathologiques de ces sujets.

Et ainsi, une voie d'accès à des débuts de réponse concernant la troisième question qui mérite d'être énoncée ici : celle de l'indication thérapeutique. En effet, les auteurs le disent : s'ils sont bien en peine de définir une pathologie univoque au contact des sujets condamnés pour agressions sexuelles sur mineurs, l'identification de problématiques psychopathologiques rend licite une démarche thérapeutique. Nous avons ainsi, pour notre part, cherché à développer cette analyse psychopathologique pour inscrire notre réflexion autour des indications de thérapie de groupe pour ces sujets dans des propositions théoriques que nous pensons assez nombreuses. Notre analyse psychopathologique, développée dans un référentiel théorique psychodynamique, s'est ensuite enrichie d'une revue des propositions de ces auteurs en termes d'indication thérapeutique. Pourtant, une fois encore, aucun modèle n'a su à ce jour argumenter sans conteste possible les indications thérapeutiques qu'il propose.

Une autre question aura été soulevée par notre travail, et il s'agit de l'articulation entre la peine et le soin au sein de la maison d'arrêt. Nous avons vu que le travail en milieu carcéral amène son lot de difficultés, liée aux fonctionnements et aux dysfonctionnements de l'institution pénitentiaire. Il y a, là aussi, matière à réflexion, recherche, et matière à développer de nombreuses pistes de travail en collaboration avec le monde de la prison.

Bien d'autres questions restent en suspens. Quels outils d'évaluation développer ? Une nosographie est-elle possible ? Comment intégrer la dimension sociale du sujet dans une réflexion thérapeutique ? Quelle prévention secondaire développer, et de quelle manière ? La

prévention primaire, actuellement à l'adresse des victimes, peut-elle et doit-elle se penser aussi à l'adresse des agresseurs potentiels ? Et alors comment ? Quelle articulation avec la justice serait la plus pertinente ? Nous ne ferons certainement pas une revue exhaustive de toutes ces questions. Mais il nous importe de dire ici à quel point le champ de recherches dans le domaine de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle est vaste, utile, et passionnant.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris : Masson, 1996, 1056p.
- 2- ANZIEU D. : Le Groupe et l'Inconscient, Paris ; Dunod, 1999, 260 p.
- 3- ANZIEU D. : La dynamique des groupes restreints, 1968, Paris ; PUF, 2007, 397 p.
- 4- ARCHER E. : « Le traitement psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles pendant et après la détention », L'information psychiatrique, 74, 5, 1998, pp. 461 à 473.
- 5- ARCHER E. : Agressions sexuelles : victimes et auteurs, Paris, Québec ; L'harmattan, 1998, 409 p.
- 6- AUBUT J. : « annexe A, les niveaux de reconnaissance du délit », in AUBUT J. : Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal ; La Chenelière, 1987, Paris ; Maloine, 1993, pp. 301-316.
- 7- AUBUT J. : « Moyens et modalités spécifiques d'organisation recommandés dans le traitement des auteurs d'agression sexuelle », in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Paris ; John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001, pp. 379-387.
- 8- BALIER C., SAVIN B. : « Processus thérapeutique et changement en milieu carcéral », in GABEL M. : Le traumatisme de l'inceste, Paris ; PUF, 1995, p. 211-222.
- 9- BALIER C. : « Psychopathologie des auteurs de délits sexuels concernant les enfants », in GABEL M. Les enfants victimes d'abus sexuels, Paris ; PUF, 1992, pp. 149-155.
- 10- BALIER C. : Psychanalyse des comportements sexuels violents, Paris ; PUF, 1999, 255 p.
- 11- BALIER C. : « Agressors sexuels : psychopathologie et stratégies thérapeutiques », in GABEL M. : Le traumatisme de l'inceste, Paris ; PUF, 1995, pp. 199-210.
- 12- BALZAC, Honoré de. : « Les Petits bourgeois » [En ligne]. Paris : Furne, 1845. CHAPITRE XI LES HONNETES PHELLION. Disponible sur internet : <http://www.paris.fr/musees/balzac/furne/presentation.htm>
- 13- BARLET P. : « La prison, carrefour des paradoxes », conférence à la Chaire des droits de l'homme de Lyon, le 29 mai 2006, [www.aidh.org/lyonchaire/images/prison-barlet.pdf](http://www.aidh.org/lyonchaire/images/prison-barlet.pdf).
- 14- BARON LAFORET S. : « Quelles sont les catégories psychiatriques concernées : exhibitionnisme, pédophilie, sadisme sexuel, paraphilie ? », in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Paris : John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001, pp. 49-56.
- 15- BARON LAFORET S. : « Les auteurs d'agressions sexuelles : éléments de compréhension », in Diplôme interuniversitaire de psychiatrie criminelle et médicolégale, <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/3cycle/Psychiatrie/DIU%20psy%20crim/sophie%20BL.pdf>
- 16- BARON LAFORET S., BALIER C. : « Traitement des pédophiles en milieu carcéral », in L'évolution psychiatrique, 63, 1-2, 1998, pp. 69-81.
- 17- BARON LAFORET S. : « Pédophilies, les traitements », in Forensic n°17, 2è semestre 1997, pp. 10-11.
- 18- BERAN C., DE VARGAS D. : « Chronique d'une session de groupe avec des auteurs d'abus sexuels : septembre à décembre 1997 », in Forensic n°12, octobre novembre décembre 2002, pp. 3-8.

- 19- BESSOLES P. : « Criminalité sexuelle et processus autocalmant », in L'évolution psychiatrique, 71, 2006, pp. 619-629.
- 20- BESSOLES P. : « L'agresseur (du) sexuel ; vers une modélisation du complexe criminogène », in BACCINO E., BESSOLES P. : L'agresseur sexuel ; problématiques et prises en charge, Lecques ; Les éditions du champ social, 2002, pp. 29-38.
- 21- BION W. : Recherche sur les petits groupes, Paris : PUF, 1965, 40 p.
- 22- BONNET G., Les perversions sexuelles, Paris ; PUF 2001, 128 p.
- 23- BOUCHET-KERVALLA D. : « Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extra-familiaux adultes ? », in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Paris ; John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001, pp. 101-112.
- 24- CASTANET H. : La perversion, Paris ; Anthropos, 1999.
- 25- CHAINE F. et GUELFY JD. : « Etats limites », Encycl Med Chir, Paris ; Elsevier, Psychiatrie, 37-395-A-10, 1999, 10 p.
- 26- CHAZAUD J. : Les perversions sexuelles, Toulouse ; Privat, 1973, 175 p.
- 27- CEMAMA R. : Dictionnaire de la psychanalyse, Paris ; Larousse, 1995, p. 318.
- 28- CIAVALDINI A. : Psychopathologie des agresseurs sexuels, Paris ; Masson, 2001, 255 p.
- 29- CIAVALDINI A. : « Nécessité d'élaborer une « pragmatique de la mentalisation » dans la prise en charge thérapeutique des agresseurs sexuels », in CIAVALDINI A. : Psychopathologie des agresseurs sexuels, Paris ; Masson, 2001, p. 183-194.
- 30- CIAVALDINI A. : « capacités de mentalisation chez l'agresseur sexuel », in CIAVALDINI A. : Psychopathologie des agresseurs sexuels, Paris ; Masson, 2001, pp. 159-168.
- 31- CIAVALDINI A. : « Vers une clinique de l'agir », in Annales médicopsychologiques, Paris ; Elsevier, oct. 2004, Vol. 162, n°8, pp. 664-667.
- 32- CIAVALDINI A. : « Evolution, évaluation, sources et ressources du soin psychique pour l'auteur de violences », communication du 12 mai 2006, journées nationales ARTAAS, De la rencontre à l'évaluation.
- 33- Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, CIM-10/ICD-10, Organisation Mondiale de la Santé, Masson, 1993.
- 34- Conférence de Presse du 7 Février 2001, ressource en ligne : <http://www.sarthe.pref.gouv.fr/securiteftp/delinquance.htm>
- 35- Conseil de l'Europe, Comité d'experts sur le traitement des délinquants sexuels dans les établissements pénitentiaires et dans la communauté, PC-DS (2004) 23, 31 août 2004, 10 p. ressource en ligne : [http://prison.eu.org/article.php3?id\\_article=9274](http://prison.eu.org/article.php3?id_article=9274)
- 36- CORDIER B. : « Soins aux délinquants sexuels », in L'information psychiatrique, 74, 5, 1998, pp 455 à 460.
- 37- CORNET J.-P., GIOVANNANGELI D., MORMONT Ch. : Les délinquants sexuels : théories, évaluation et traitements, Paris ; Frison roche, 2003, 211 p.
- 38- COUTANCEAU R. : « Les délinquants sexuels », in Santé mentale, n° 64, 2002, p18 à 21, p 19.
- 39- COUTANCEAU R. : « Les auteurs d'agression sexuelle. De l'évaluation pluridisciplinaire à une thérapie humanisante », in CIAVALDINI A., COUTANCEAU R., MARTENS F., WACQUANT L. : Le délinquant sexuel, enjeux cliniques et sociétaux, Bruxelles ; Ingberg, 2005, pp. 17-36.
- 40- COUTANCEAU R. : « Délinquants sexuels : stratégies de prise en charge et association de techniques thérapeutiques », in Psychopathologie et traitements actuels

- des auteurs d'agression sexuelle, Paris ; John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001, pp. 307-313.
- 41- COUTANCEAU R. : « Un espace thérapeutique », in Santé mentale, n°64, janvier 2002, pp. 34-35.
- 42- COUTANCEAU R., MARTORELL A. : « Traitement médico-psychologique ou suivi psycho-criminologique des pédophiles », in Forensic n°17, 2è semestre 1997, pp. 29-31.
- 43- DAVID M. : Psychiatrie en milieu pénitentiaire, Paris ; PUF, 1993, 126 p.
- 44- DESCARPENTRIES F., CHAPEL J. : « Les groupes thérapeutiques », in Santé mentale n°64, janvier 2002, pp. 56-59, p. 57.
- 45- DUBRET G. et COUSIN F.R. « La peine et le soin. Nécessaire coordination de deux logiques pour une prise en charge des délinquants sexuels », L'évolution psychiatrique, 63, 1-2, 1998, pp. 157-174.
- 46- EMERAUD PY. : « Psychothérapie de groupe des auteurs d'agression sexuelle : modalités, indications, objectifs, difficultés, limites... » in Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Paris ; John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2001, pp. 257-262.
- 47- FERENCZI S. : Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, 1932, Paris ; Petite bibliothèque Payot, 2004, 73 p.
- 48- FOUCAULT M. : Histoire de la folie à l'âge classique, 1972, Liège ; Gallimard, 2005, p. 621.
- 49- FREUD S. : Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1905, Paris ; Gallimard, 1987, 211 p.
- 50- FREUD S. : « Pulsions et destin des pulsions », 1915, in FREUD S. : Métapsychologie, 1915, Paris ; Gallimard, 1986, pp 11-43.
- 51- FREUD S. : « L'organisation génitale infantile », 1923, in FREUD S. : La vie sexuelle, Paris ; PUF, 1999, pp. 113-116.
- 52- FREUD S. : « Pour introduire le narcissisme », 1914, in FREUD S. : La vie sexuelle, Paris ; PUF, 1999, pp. 81-105.
- 53- FREUD S. : « La disparition du complexe d'oedipe », 1923, in La vie sexuelle, Paris ; PUF, 1999, pp. 117-122.
- 54- FREUD S. : « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques », 1911, in FREUD S. : Résultats, idées, problème I, Paris ; PUF, 2007, pp. 135-143.
- 55- GARRE JB.  
<http://www.med.univangers.fr/services/AARP/psyangevine/publications/troubles%20personnalite.htm>
- 56- GAZAN F. : « Traitement, accompagnement psycho-criminologique : guidance ou contrôle social ? », Forensic, 17, 1997, pp. 20-25.
- 57- GRAVIER B., DEVAUD C. : « Délinquance sexuelle : état des lieux », in Nervure, tome VIII, n°7, octobre 1995, pp. 10-22.
- 58- GUERIN Y. : « Délinquants sexuels : de plus en plus de femmes », Ouest France 15-16 avril 2006, p. 6.
- 59- GUILLAUMIN J. : « Le « moi » clivé et son partenaire, (ou clivage du « moi » et interagir) », in Psychologie médicale, 1991, 23,4, pp. 355-360.
- 60- HIVERT P. : « Les C.M.P.R., Aspects historiques », in L'Information Psychiatrique, 59, 1983, 155 - 159.
- 61- KAËS R. : Le groupe et le sujet du groupe, 1997, Paris ; Dunod, 352 p.
- 62- KERNBERG O. : Les troubles limites de la personnalité, Privat ; Toulouse, 1979, 287 p.

- 63- LACCOURREYE V. : « A Angers, un outil pour parler violence avec les jeunes détenus », in La santé de l'homme, n° 366, juillet aout 2003, pp. 34 à 36.
- 64- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. : Le vocabulaire de la psychanalyse, 1967, Paris ; PUF, 2004, 523 p.
- 65- Larousse, dictionnaire de la langue française
- 66- LE LANN S. « Qu'en dit-on, les groupes de paroles pour agresseurs sexuels », communication du 13 avril 2006, 5<sup>ème</sup> congrès inter régional de médecine en milieu pénitentiaire.
- 67- LEWIN K. : Psychologie dynamique : les relations humaines, 1967, Paris ; PUF, 296 p.
- 68- MAC DOUGALL J. : « Essai sur la perversion », 1980, in MAC DOUGALL J. : Les perversions : les chemins de traverse, Paris ; Tchou, 1980, pp. 287-304.
- 69- MARTORELL A., COUTANCEAU R. : « Des conduites pédophiliques. Considérations cliniques et sociales », in L'évolution psychiatrique, 63, 1-2, 1998, pp.35-67.
- 70- MCKIBBEN A. : « l'évaluation des fantaisies sexuelles » in AUBUT J. : Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal ; La Chenelière, 1987, Paris ; Maloine, 1993, pp. 89-97.
- 71- MCKIBBEN A. : « La classification des agresseurs sexuels », in AUBUT J. : Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal ; La Chenelière, 1987, Paris ; Maloine, 1993, pp. 58-78.
- 72- MORENO JL. : Les fondements de la sociométrie, 1970, Paris : PUF, 503 p.
- 73- MUCCHIELLI R. : La dynamique des groupes, Paris ; ESF Editions, 1995, p 104.
- 74- MUGNIER Y. : « Bilan de la prise en charge individuelle et groupale de délinquants sexuels à la maison d'arrêt de Besançon », juillet 2001, ressource en ligne : <http://www.psy-desir.com/textes/spip.php?article855>
- 75- MYNARD J. : « Perversité / perversion et de l'avantage de les différencier », in Revue française de psychanalyse, 1/1983, pp. 383-390.
- 76- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS : Les conditions de détention en France rapport 2005, OIP, Editions La decouverte, 2005, 288 p.
- 77- PITHERS WD. : « Relapse prevention with sexual agressors : a method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision », in MARSHALL WL., LAWS DR., BARBAREE HE. : Handbook of sexual assault : issues, theories end treatment of the offenders, New York, Plenum press, 1990, pp 343- 362.
- 78- PRIVAT P., QUELIN-SOULIGNOUX D., ROUCHY JC. : « De l'analyse de groupe à la psychothérapie », in Encycl Med Chir, Paris ; Elsevier, Psychiatrie 37-817-A-10, 2001, 8 p.
- 79- PRIVAT P., QUELIN-SOULIGNOUX D., ROUCHY JC. : « Psychothérapie psychanalytique de groupe », in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°37, 2001/2, pp. 11-20.
- 80- PROULX J., PERREAULT C., OUMET M., GUAY J.P. : « Les agresseurs sexuels d'enfants : scénarios délictuels et troubles de la personnalité », in PROULX J., CUSSON M., OUMET M. : Les violences criminelles, Québec ; Presses de l'université de Laval, 2000, pp. 187-216.
- 81- PROULX J. : « les théories comportementales », in AUBUT J. : Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal ; La Chenelière, 1987, Paris ; Maloine, 1993, pp. 35-43.
- 82- PROULX J. : « les troubles de la personnalité des agresseurs sexuels », in PHAM TH. : L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels, Sprimont ; Mardaga, 2006, pp. 43-68.

- 83- RACAMIER P.C. : « Entre agonie psychique, déni psychotique et perversion narcissique », in Revue française de psychanalyse, 1986, n°5.
- 84- ROGERS C. : Les groupes de rencontre, 1970, Paris ; Dunod, 168 p.
- 85- SALLES A. : « Nicolas Sarkozy promet un hôpital fermé pour les délinquants sexuels », in Le Monde, 22 août 2007.
- 86- SENON JL., MERY B., PATILLOT P. : « Légitimité et limites du secteur de psychiatrie dans la prise en charge des agresseurs sexuels », in Forensic n°17, 2è semestre 1997, pp. 16-19.
- 87- SMITH J., PETIBON C. : « Groupes de prévention de la récidive destinés à des pédophiles : adaptation française », in L'encéphale, revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, septembre octobre 2005, cahier 1, pp. 552-558, p. 554.
- 88- SMITH J., PETIBON C., RACHETER GJ. : « Que ressentez-vous en ce moment ? », in Santé mentale n°64, janvier 2002, pp. 54-55.
- 89- STOLLER R.J. : « Dynamiques des troubles érotiques », 1993, in LE GUEN C., DIATKINE G. : Les troubles de la sexualité, Paris ; PUF, 1993, pp 119-138.
- 90- TARDIF M. : « les thérapies psychodynamiques », in AUBUT J. : Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal ; La Chenelière, 1987, Paris ; Maloine, 1993, pp. 155-175.
- 91- TARDIF M. : « la psychothérapie de groupe », in AUBUT J. : Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement, Montréal ; La Chenelière, 1987, Paris ; Maloine, 1993, pp. 176-205.
- 92- TYRODE Y., BOURCET S., SENON JL., OLIE JP. : « Suivi sociojudiciaire, loi du 17 juin 1998 », Encycl Med Chir, Paris ; Elsevier, Psychiatrie, 37-901-A-60, 1999, 6 p.
- 93- VANDERSTUKKEN O., H. PHAM T., MENGHINI M., WILLOCQ L. : « Evaluation du déni, des distorsions cognitives et de l'empathie », in H. PHAM T. : L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels, Sprimont ; Mardaga, 2006, pp. 172-179.
- 94- VILLERBU L. : « Psychopathologie des figures de la négation chez les auteurs d'agressions sexuelles (hommes) », in BACCINO E., BESSOLES P. : L'agresseur sexuel : problématiques et prises en charge, Lecques ; Les éditions du champ social, 2002, pp. 51-57.
- 95- WINNICOTT D.W. : « La crainte de l'effondrement », in Nouvelle revue de psychanalyse, 1974, n°11, p. 35-44.

## **LISTE DES TABLEAUX.**

Tableau I : Critères de définitions proposés par l'American Psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, pour chacun des sept détenus rencontrés pour l'évaluation préalable à la création d'un groupe de parole..... p. 75.

Tableau II : Caractéristiques et profils psycho criminologiques des détenus évalués..... p. 92.

Tableau III : modèle cognitivo-comportemental catégoriel d'analyse du lien entre trouble de la personnalité et modus operandi de l'agresseur sexuel et articulation avec des implications thérapeutiques pour les détenus évalués.....p. 99.

## TABLE DES MATIERES.

**Introduction .....page 10.**

**Première partie : de l'évaluation médicale de sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs à l'indication thérapeutique.....page 12.**

**1. L'évaluation médicale de sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs.....page 13.**

1.1. L'évaluation médicale de sept sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans. .....page 13.

1.1.1. Méthodologie de l'évaluation. .....page 16.

1.1.2. Recueil de données. .....page 26.

1.2. Analyse des données et références théoriques. .....page 53.

1.2.1. Analyse multidisciplinaire. .....page 54.

1.2.1.a. Sémiologie psychiatrique. .....page 54.

1.2.1.b. Analyse psycho criminologique. .....page 78.

1.2.1.c. Analyse psychopathologique. .....page 93.

1.2.2. Vers une nosographie opérante ? .....page 134.

1.2.3. Le déni et la reconnaissance des faits. .....page 137.

**2. Résultats : L'indication thérapeutique. .....page 148.**

2.1. Groupes de parole et auteurs d'agression sexuelle sur mineurs. .....page 148.

2.2. Le « qu'en dit-on » : support d'expression libre. .....page 160.

2.3. Indications et contre-indications thérapeutique pour les 7 sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans. .....page 166.

**Deuxième partie : création d'un groupe de parole à destination de sujets auteurs d'agression sexuelle sur mineur à la maison d'arrêt du Mans.....page 183.**

**1. Création d'un groupe de parole à destination d'auteurs d'agression sexuelle sur mineur.....page 184.**

1.1. Méthodologie du groupe de parole. .....page 184.

1.2. Recueil de données. .....page 192.

1.3. Analyse des données et discussion. .....page 217.

**2. À la maison d'arrêt du Mans : l'environnement pénitentiaire, contingences liées au travail en milieu carcéral. .....page 246.**

**Conclusion. .....page 261.**

**Bibliographie. .....page 264.**

**Liste des tableaux. .....page 269.**

**Table des matières. .....page 270.**

**Annexes :**

**Annexe 1. ....page 271.**

**Annexe 2. ....page 272.**

**Annexe 3. ....page 273.**

**Annexe 4. ....page 274.**

**Annexe 5. ....page 275.**

Annexe 1 : échelle de valeurs du « Qu'en dit-on ».

**ACCEPTABLE**

**DISCUTABLE**

**NON ACCEPTABLE**

**INTERDIT**

**PAR LA LOI**

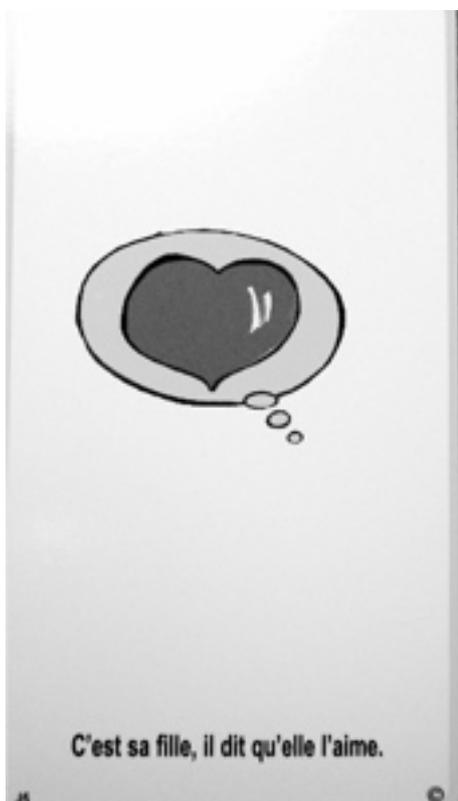
**Annexe 2 : cartes discutées lors de la première séance.**



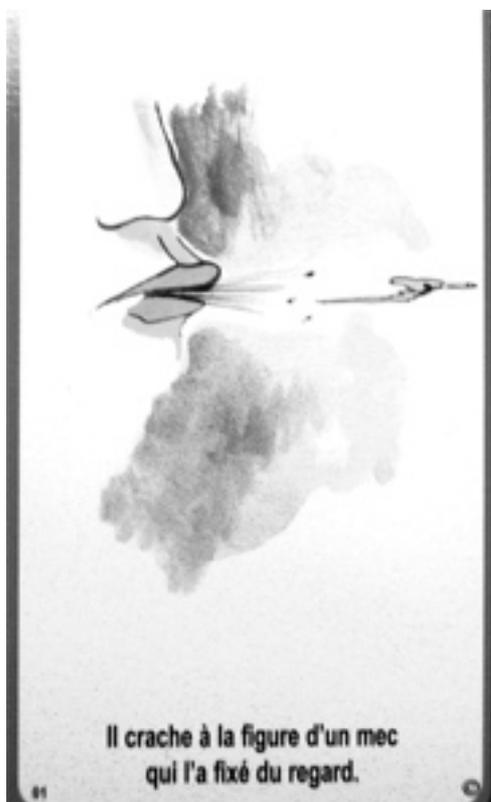
Annexe 3 : cartes discutées lors de la deuxième séance.



Annexe 4 : cartes discutées lors de la 3<sup>ème</sup> séance.



Annexe 5 : cartes discutées lors de la 4<sup>ème</sup> séance.



**MARSAULT Benoit.**

**De l'évaluation médicopsychologique de sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs à l'indication thérapeutique: création d'un groupe de parole à la maison d'arrêt du Mans.**

## **RESUME**

L'actualité renouvelle sans cesse la question de la prise en charge médicale des auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs. La médecine se voit ainsi régulièrement interpellée quant à la prise en charge de ces sujets, avec la préoccupation majeure du risque de récurrence. Mais loin de pouvoir considérer l'intitulé judiciaire d'agresseur sexuel comme une réalité médicale, il faut s'interroger sur les propositions nosologiques qui sont à notre disposition. Et l'on aura alors rapidement recours à une évaluation médicopsychologique multidisciplinaire, tant la seule psychiatrie montre à ce jour les limites de son champ d'investigation dans ce domaine. C'est le repérage de problématiques psychopathologiques polymorphes qui permet alors de mener une réflexion pertinente sur la question de l'indication thérapeutique.

Nous avons ainsi mené une évaluation médicopsychologique de 7 sujets auteurs d'agressions sexuelles sur mineurs incarcérés à la maison d'arrêt du Mans. Dans un deuxième temps nous avons cherché, par une analyse pluridisciplinaire des données cliniquement recueillies, à préciser les organisations psychopathologiques de ces sujets. Complétant cette analyse par un aperçu de la littérature sur la question des groupes de parole, nous avons dégagé un certain nombre de critères d'indications thérapeutiques de groupe de parole, et avons alors posé une indication thérapeutique pour quatre des sept sujets évalués.

Notre étude se prolonge enfin par la mise en place d'un groupe de parole fermé, à médiation par un jeu de carte, le "qu'en dit-on", et se termine par l'analyse des données recueillies lors de la réalisation du groupe, dans un référentiel psychodynamique.

## **MOTS-CLES**

AGRESSION

SEXUELLE

EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE

INDICATION THERAPEUTIQUE

GROUPE DE PAROLE

QU'EN DIT-ON

PSYCHODYNAMIQUE

PRISON