

Spécificité(s) des traitements des auteurs d'agressions sexuelles ?

Introduction : A titre de paradoxe

Le titre de ces journées peut paraître paradoxal. Ce, au sens où la singularité de l'Artaas est reconnue dans un engagement qui spécifie ses objets et sujets, d'investigation et d'intervention, par son intitulé : « association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles ». Mais comme l'énonce Marcel Détiéne : « *Comment peut-on définir une « singularité » sans se mettre en question, et son questionnement, à l'épreuve d'un comparatisme « expérimental » ?* (1) Cette « mise à la question » est dans l'esprit des organisateurs des journées toulousaines et des membres de la région Artaas Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon, plus « une mise en acte » qu'un « passage à l'acte ».

Déclinaison de la spécificité

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

- En quoi le dénommé « auteur d'agression sexuelle », « auteur de violence sexuelle » etc. est-il spécifique ?

- En quoi les traitements dits thérapeutiques, juridiques, éducatifs - à leur égard - sont-ils spécifiques ?

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

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

Relativité de la signification

Comme Mencius, penseur chinois du IV^{ème} siècle avt. J.C., l'énonçait déjà : « *Être homme, c'est être homme-en-rapport-à-l'autre* ». Ceci semble montrer que notre questionnement actuel, et qui pourrait paraître moderne, est intemporel (donc inactuel) bien qu'inscrit dans une époque (et un espace) spécifique. Ainsi analogiquement au questionnement, les mots de nos discours sur nos objets et sujets d'étude clinique sont-ils paradoxalement : intemporels d'une part dans le principe abstrait de signification, et temporels d'autre part, situés dans un contexte, dans la réalisation concrète de la désignation. Autrement dit un même mot (du fait qu'il signifie) peut désigner plusieurs choses, avoir plusieurs sens (polysémie), selon le contexte, quand plusieurs mots peuvent désigner une seule chose (synonymie). Ainsi le langage, comme toute autre cognition, est structurellement ambigu, comme le montre la clinique aphasiologique (clinique des troubles du langage) ; et qu'ainsi la distorsion est cause avant que d'être repérée et catégorisée : écart de-du langage.

Le Glossaire qui est joint à ce dossier montre, si besoin était, que la signification d'un mot varie – se transforme selon les époques (ex. époque antique/époque actuelle), les territoires (ex. judiciaire/sanitaire/éducatif), les régimes (ex. *Common Law*/Droit romain). Il permet d'illustrer ce à quoi nous invite Marcel Détiéne « mettre en perspective ce que nous vivons et éprouvons comme singularité et/ou spécificité, dans le but d'agir sur nos pratiques. Pratiques qui ne peuvent implicitement se concevoir hors éthique et déontologie ».

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

Une propriété discutée

La déclinaison de questions autour de la spécificité éprouve notre inclination contradictoire à l'hétérogénéité (ou distinction) et à la complexité (ou appropriation). Nos dichotomies discursives « soin – peine », « rechute – récidive » (2), « pensée – acte », « éducatif – thérapeutique » etc. sont légitimes dans notre contexte légal, indiscutablement. Pour autant cette légitimité contextualisée à notre présent n'est ni intangible, ni universelle.

Il est intéressant de remarquer que médecine et droit se sont confrontés depuis l'antiquité à la préhension de ce questionnement, et se sont appropriés et échangés des concepts identiques ; ces concepts prenant, bien entendu, une coloration (un sens différent – hétérogène) différente selon le champ clinique dans lesquels ils sont usités, employés.

Ainsi le mot récidive, aujourd'hui singularisé dans le juridique fut d'abord médical – *recidiva*, quand dans le même temps il s'énonçait judiciairement – *iterata culpa*. De même le terme diagnostic aujourd'hui singularisé dans le thérapeutique, était utilisé dans le juridique pour signifier : trancher – juger. Ainsi en est-il aussi pour les vocables : *catégoria* – accusation (initialement) ; *aitia-aitios* (cf. *étiologie*, *étio*=cause) désignant la responsabilité pénale. (3)

D'un autre côté, dans un même temps donné, la justice et la médecine, useront de termes inhérents à une même pensée dans des acceptions différentes. Ex. *pathon* – victime, *therapon*-excuse, *krima*- objet de contestation, *crisis*-action de juger, *diagnostikos*-jugement dans le vocabulaire juridique ; *pathos* – affection, *therapèia*-traitement médical, *krima*- objet de diagnostic, *crisis*-moment critique de la maladie, *diagnostikos*-diagnostic dans le vocabulaire médical (3) (4)

Sans doute peut-on mettre, concernant la question de la reconnaissance évoquée envers la prédiction et la prévention, en lien les notions de **diagnostique** (discerner, distinguer nosologiquement un trouble), de **pronostique** (prévoir et prévenir un trouble discerné préalablement), d'**agnostique** (au sens étymologique, et non seulement religieux, de non reconnaissance : du trouble, de l'acte, de l'accusation etc...). Ici le médical peut servir de parangon analogique par sa conception de ce qu'il nomme **anosognosique** (*a* – privatif ; *noso* – maladie ; *gnosique* – reconnaissance). De nombreux patients font preuve de non reconnaissance de leur(s) trouble(s). Cela, d'une part, n'empêche pas le thérapeute de leur proposer et de leur procurer des soins ; d'autre part la levée de l'anosognosie n'est pas une condition *sine qua non* d'une évolution positive du traitement médical. Le clinicien n'en fait pas fi, mais l'intègre à la problématique du patient et à la dynamique du soin.

2- Ph. Génuit. « Existe – t'il des outils permettant d'évaluer les risques de rechute et quels sont-ils ? » « Conférence de consensus sur la psychopathologie et les traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle » 22 et 23 novembre 2001 à Paris. **Introduction** : « Le sujet... faut-il l'avouer peut laisser perplexe dans un premier temps. Existe-t-il des outils d'évaluation de risque de rechute ? Plutôt que de répondre à cette question, et en raison de la perplexité que suggère cette question, je répondrai : il existe des thérapeutes qui utilisent des méthodes qu'ils pensent ou du moins prétendent être des outils d'évaluation des risques de rechute ; ou plus exactement le terme utilisé est risque de récidive. Il semble plus pertinent d'interroger cette intrication entre rechute et récidive sachant que les études des thérapeutes jusqu'ici portent sur des programmes de traitements de prévention de la récidive. Cette intrication rechute- récidive ne peut se départir d'une réflexion sur leurs cadres de référence, juridique d'un côté, thérapeutique de l'autre, qui sous-tend l'explicite de la répétition à savoir, la répétition. **Conclusion** : « En l'état actuel des sciences humaines et tout particulièrement de la psychiatrie et de la psychologie, nous ne pouvons proposer des outils, scientifiquement irréfutables, pour l'évaluation des risques. Et paradoxalement cela est heureux, car le risque de croire qu'ils puissent exister serait de tendre vers un néo- eugénisme. Il nous paraît plus opportun avant de tester, de continuer à œuvrer de concert, de confronter nos analyses et interroger leur validité. C'est pourquoi en désintriquant les concepts de récidive, rechute, répétition, répétition, sérialité nous avons tenté de montrer l'intérêt d'une clinique épistémologique, analogiquement au biologiste qui cherche à déterminer H²O plutôt que s'exclamer comme Mac Mahon : « Que d'eau, que d'eau ! ». Il nous paraît en premier lieu important de dégager les autonomies et homologues structurales dans un mouvement réflexif, analysant simultanément le sujet et le cadre d'évaluation. Aujourd'hui le cadre d'évaluation ne rencontre pas de clinique avérée permettant avec certitude une analyse prédictive de la rechute qui correspond le plus souvent à un passage à l'acte hétéroagressif judiciairisé. Cette correspondance elle-même se manifeste judiciairement dans la récidive. Ces correspondances posent la nécessité de l'articulation réfléchie, de la santé et de la justice, et doit être respectueuse des déontologies et éthiques afférentes à chaque institution ou champ social ».

3- Glossaire : Catégories « Justice / Médecine » dans l'antiquité p.18

4- Joëlle Bertrand : « Vocabulaire grec. Du mot à la pensée » Ed. Ellipses, 2008. Santé, médecine. p.25 ; justice. p. 16

L'approche juridique et pénale de l'objet « déni » et du « sujet « négateur », avec son corolaire de reconnaissance de la responsabilité (imputabilité ; cf. *étios*) et de la nuisance causée à la victime, si elle était conçue comme une « non reconnaissance de l'accusation – *acatégorignosie* », à l'instar de l'anosognosie, prendrait une probable autre dimension et influencerait sur les modes (inefficaces, semble-t-il) de prédiction et prévention actuels. Méthodes qui, selon des études épidémiologiques canadiennes contradictoires, montrent que « la reconnaissance du sujet infracteur » n'est pas le critère inéluctable d'une prévention de la récidive. Cf. Gerard Laurencin « *Monkey see, monkey do...* »

En ce sens il n'est pas anodin de remarquer que le terme « *homologia* » dont la traduction en français est « aveu », et d'où nous vient « homologation » signifie : dire le même ou « la même chose » - (*Homo* – même ; *logia* – sens, mot, discours).

Le critère d'une parole homologuée est-il un indice nécessaire et suffisant (pour paraphraser les mathématiques) de prévention de la récidive ? Ou à l'inverse, une non homologation, est-elle de façon certaine un indice (un signe) de prédiction de la récidive ? En soin médical, la compliance du patient au protocole curatif peut signifier autant une appropriation du soin, qu'un psittacisme (discours de perroquet) au discours du thérapeute.

Légitimité et spécificité

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

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

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

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

Distinction/appropriation. Singularité/propriété

Les notions de soins spécifiques et de spécificité du soin, nous venons de le voir sont emprunts de relativité et de relation. L'acception d'un terme est relatif à un moment, un lieu, un milieu dans lequel il prend sens en relation avec d'autres termes. Le sens de la spécificité, ou de spécifique, s'éprouve par la distinction (ex. le thérapeutique est distinct du juridique), et par l'appropriation (la maladie est particulière à la médecine ; l'infraction est particulière à la justice). L'histoire du mot spécifique montre que les deux sens – ce qui se distingue de (singularité) et ce qui est particulier à (propriété) - se conjuguent. Mais pour paraphraser Jacques Lacan qui différenciait le «sujet de l'énonciation » du « sujet de l'énoncé », sans doute notre réalité clinique nous incite à différencier le « sujet de l'appropriation » du « sujet approprié ».

5- Glossaire, p.9, p.18.

« Sujet approprié » en patient par le thérapeutique, en justiciable par le juridique etc... Probable que l'approprié est au mieux la désinence, au pire l'aliénation de l'appropriation. L'appropriation d'une problématique par le soin, ou l'appropriation du soin par une personne, renvoie à l'expression de Mencius : « *Être homme, c'est être homme-en-rapport-à-l'autre* ». Autre que les latins et les grecs divisaient en *hétéro-alter*-différent-distinct et *allos-alius*-extérieur à.

<p>Hétéro (autre) : hétérogénéité, hétérosexuel etc. opposé à Auto (soi) : autonomie, automobile etc. Alter (autre) : altérité, altération etc. opposé à Sui (soi) : suicide, <i>sui generis</i> etc. Allos (autre) : allopathie, allogène, allergie etc. opposé à Idios (soi propre) : idiotie, idiotisme, idiosyncrasie etc. Alius (autre) : aliénable, inaliénable, aliénation etc. opposé à Ipse (soi particulier ; soi-même) : <i>ipso facto</i> (par le fait même)</p>
--

Une proposition de discussion serait peut-être de différencier dans le mot spécificité ce qui distingue des champs d'exercice (ex : judiciaire / sanitaire) et ce qui est propre (particulier, ce qui appartient exclusivement) à un champ d'exercice. (6)

D'interroger l'intangibilité ou non de la propriété (ou la particularité) d'un champ clinique normatif (médical, pénal, éducatif), selon le temps social (période, durée), l'espace social (territoire, distance) et l'environnement social (codes, régime, législation).

La conjugaison entre les *traits distinctifs et singuliers* d'un côté et la *propriété particulière* d'un autre côté formalise la spécificité. Nous venons de voir qu'il n'y a pas à ce jour de soins spécifiques (méthodes, techniques, théories comprises), pas plus qu'il ne semble y avoir de spécificité du soin hors d'un champ qui se l'approprie, au risque comme certains tenants du thérapeutique d'en faire leur propriété. Qu'en-est-il alors de la spécificité du dénommé « auteur d'agression sexuelles », « auteur de violence sexuelle » ?

La spécificité dans l'unité sociologique « époque-période, espace-durée, milieu-régime »

Il semblerait en lisant Girard ou Foucault (7) et quelques épistémologues des sciences physiques et humaines qu'il n'y a pas de spécificité clinique de l'a.v.s (les cliniciens sont à peu près tous d'accord là-dessus). Cependant il y a bien une variation contemporaine et provisoire du traitement social exutoire (bouc émissaire) (8) auquel de tout temps clergé, médecine et justice ont toujours participé, inventant à chaque fois des procédures et nomenclatures cliniques.

Comme l'énoncent certains : ne pourrait-on pas à ce moment là différencier dans les nomenclatures, la nosologie et la psychopathologie. Et crime de lèse majesté sans doute : penser que la psychopathologie n'est pas la propriété exclusive du thérapeutique et peut être utilisée par le juridique et l'éducatif.

Ce qui au demeurant aideraient les experts qui, alors, pourraient évoquer que pathologique ne signifie pas exclusivement malade. Et qu'ainsi l'avs (hétérogène) pose bien une question de pathologie (*pathos* : affection) sans être nosologiquement malade. Les grecs n'ont jamais confondu **παθος**- *pathos* et **νοσος**- *nosos* -maladie. Du coup cela nous permet tout autrement de poser la question de la spécificité de l'avs, du soin

Une erreur de lecture de cette réflexion serait de la recevoir comme fusion et donc confusion du thérapeutique et du juridique. Ce que l'on peut remarquer au cours du temps est que le pathos a été médicalement nosographié, pendant que le juridique s'appuyait sur la nosologie et la nosographie pour catégoriser son propre rapport au pathos. De même que le verdict de culpabilité n'est pas le sentiment de culpabilité, la sémiologie juridique ne peut se confondre avec la sémiologie psychiatrique. En ce qui concerne la prise en compte du pathos par le juridique, celui-ci doit inventer une clinique qui ne formalise pas de façon *noso*-logique, mais plutôt *krino*-logique ou *krimo*-logique (*krinein*- juger, *krima*-jugement), voire *dicéo*-logique (Diké -justice).

6- Nathalie Lescure : « *Du souci de l'autre et de la thérapie du patient : prendre soin et prendre en soin* »

7- Pierangelo DiVittorio : « *De la prise en charge du déviant et du patient : la tentation de la gestion du risque* »

8- Walter Albardier « *La fonction sociale du pédophile* »

9- Tristan Renard « *La construction sociale de la maladie mentale* »

Les catégories juridiques, pathologiques, nosologiques, thérapeutiques rendent compte plus des modes de construction (9) de savoir inhérents à la singularité des champs et disciplines qu'à une réalité scientifique typologique.

La spécificité de l'avs semble datée (époque, période donnée) et objet d'un enjeu socio-normatif. La spécificité semble plus sociale et légale que scientifique, disciplinaire ou technique.

Les modes de réalisation et d'application de la légalité ne sont cependant pas fortuits et incite à développer une clinique sociologique, au-delà de la statistique et l'actuarialité (comptabilité), et de la stochastique (probabilité)

Conclusion : du vulnérable au sécuritaire

Les questions que nous posons et nous nous posons aujourd'hui ne sont pas exempts de nos emprunts, comme le note pertinemment Nathalie Lescure (10). Il est en cela remarquable que nous n'avons semble-t-il pas encore transformé l'héritage du XIX^{ème} siècle, à tort ou à raison. Les modèles actuels de la psychiatrie (1842), de la psychologie (1857), de la psychothérapie (1888), de la criminologie (1888), de la psychanalyse (1896), sont contemporains des révolutions des 18^{ème} et 19^{ème} s. autant sociale (française – légale) qu'industrielle (anglaise – libérale).

Et ici, la clinique sociologique nous montre que la question du spécifique est corrélée à celle de la spécialisation et par conséquent des spécialités. La médecine ainsi que la justice et l'éducation institutionnelles, se sont déployées simultanément en spécialités de plus en plus précises, mais aussi exclusives, dans leurs établissements respectifs que sont la prison, l'hôpital, l'école. La psychologie a emboîté le pas en investissant dans un premier temps le scolaire (psychopédagogie – psychométrie ; Binet, Piaget), puis le thérapeutique (psychothérapie ; Lagache) et dernièrement à la suite de la psychiatrie, le juridique (psychocriminologie – psychocolasie). Se spécialisant nous construisons socialement une spécificité clinique dans le cadre de notre pratique. Nous sommes très tendance, en somme. Pseudo ou vraie spécificité ? La question, au-delà des apparences n'est-elle pas là. Comme le disait le mathématicien René Thom à un Jacques Lacan intéressé par la formulation : « *La limite de la vérité n'est pas le mensonge mais l'insignifiance* » (11).

Dans le même temps (en termes de longévité ou période historique, comme l'on parle d'antiquité, moyen âge, renaissance, période classique, période moderne) où s'est déployée la notion de spécialité, s'est opérée la déhiscence de la sécurité. Osons dire que celle-ci n'est ni bonne, ni mauvaise (c'est nous qui la construisons) ; qu'elle n'est ni exclusivement de droite (politique conservatrice d'allégeance), ni étrangère à la gauche (politique progressiste d'assurance). Autrement dit la sécurité sociale (assurances), la sécurité technique, la sécurité de l'emploi sont contemporaines de ce que l'on nomme (sans beaucoup de discernement) le « sécuritaire ». Autrement dit cliniquement nous ne saurions parler de « nuit sécuritaire » sans « jour sécuritaire ».

Il semble que réduire le sécuritaire à son acception de répression et d'allégeance, sans se poser la question de son côté d'assistance, nous fait passer à côté de la « mise en question de notre singularité », comme nous incite Marcel Détiéne (12) et notre « être en rapport à l'autre », comme nous y invite Mencius.

D'autant que par mégarde, méprise ou insignifiance (pour paraphraser René Thom), nous omettons de parler « le bon français » (13). « *aire* » que l'on retrouve dans victimaire, vulnérable ou sécuritaire est la contraction d'agir sur. Ainsi victimaire signifie : « le bourreau : celui qui officie la victime ». Vulnérable signifie : « celui qui soigne – agit sur - la blessure-*vulnus* ». Que dire alors de notre acception partagée du sécuritaire ?

Aussi le thérapeutique, à penser l'autre sous la figure de l'*allos-alius* (sous forme de juridique ou politique) est son propre victimaire. A penser l'autre sous la forme de l'*hétéro-alter*, elle serait son propre vulnérable. Promouvoir l'altérité dans le sécuritaire est sans doute utopique, mais ce ne serait pas la première fois que le psy se nourrirait à raison de topiques, transformables dans le temps.

« L'autre n'a de pouvoir sur nous, que celui que celui qu'on lui octroie »(14). Que faisons-nous du pouvoir que l'autre nous octroie ?

10- Nathalie Lescure : « *Du souci de l'autre et de la thérapie du patient : prendre soin et prendre en soin* »

11- René Thom : « *Prédire n'est pas expliquer* »

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

13- Sans référence à la connotation xénophobe énoncée dernièrement

14- Jean Gagnepain « *La personne et la norme* » ED. Pergamon press, 1988

