

## **Gouverner la dangerosité : sur quelques légitimations de l'injonction de soin**

Claude-Olivier Doron

Communication au colloque « La politique des faux semblants », Pratiques de la folie, juin 2007

Je tiens à préciser dès le départ que c'est moins comme philosophe que comme anthropologue de la santé mentale que je vais intervenir aujourd'hui. J'ai mené l'an dernier un travail de recherche ethnographique sur les modalités de prise en charge des auteurs de violences sexuelles (AVS) en France et c'est de cette étude que sont extraites les données que je vais analyser. Le problème qui va m'intéresser est celui du gouvernement de la dangerosité. Vous n'êtes pas sans savoir que, depuis un certain nombre d'années, a été mis en place en France un dispositif original qui articule légalement la peine et le soin, autour d'une population spécifique : les auteurs de violences sexuelles (AVS). Ce dispositif s'est trouvé depuis élargi aux auteurs de violences conjugales, aux incendiaires et, suite aux nouvelles lois sur la récidive, aux criminels récidivistes. Ce dispositif a pour objectif explicite de gouverner les conduites violentes et dangereuses et ce sous une modalité bien spécifique : il ne s'agit pas, en effet, ou pas simplement, de punir un acte illégal ; il s'agit de prendre en charge sur la longue durée une conduite qui est référée, plus ou moins clairement, à une personnalité pathologique ; et plus encore : il s'agit moins de réformer, de soigner cette personnalité pathologique, que de l'encadrer dans un suivi continu, de déployer autour d'elle un ensemble de techniques d'évaluation, de contention, dont l'objectif principal avoué est la prévention de la récidive et la gestion – sinon la neutralisation – du risque criminel. Pour ce faire, on assiste à l'articulation de techniques pénales et médicales. Alors ce qui va m'intéresser ici, en rapport avec la thématique générale de ce colloque, c'est ceci : 1. quel lien existe-t-il entre le déploiement toujours plus étendu de ces techniques de prise en charge de la violence et une forme de gouvernement spécifique qui caractériserait nos sociétés disons « néo-libérales » ? A-t-on affaire, depuis quelques années, avec l'accentuation de ce problème de la gestion du risque criminel, à une mutation des technologies de gouvernement des conduites criminelles ? Sous quelle forme ? 2. Quels effets de subjectivation – quel type de sujet – ces modes de gouvernement des conduites qui articulent techniques pénales et médicales induisent-ils ? Je voudrais insister sur les effets de responsabilisation et de désactivation du pulsionnel qui se manifestent à tous les niveaux, d'une part ; et sur l'inquiétante transformation de la

temporalité du crime qu'induit le couplage d'une analyse en terme de pathologie et de techniques de suivi indéfini. 3. L'articulation de techniques pénales et médicales induit une co-transformation de ces techniques. Je me concentrerai ici sur les problèmes d'identité que rencontrent les acteurs de la santé mentale dans ce secteur et comment ils les surmontent via des processus de légitimation qu'il nous faudra interroger.

\*\*\*\*\*

Je commencerai par clarifier quelques points conceptuels. Le cadre d'analyse que je mobilise ici est bien évidemment inspiré de Foucault ainsi que de certaines relectures qui en ont été faites, en Angleterre et en Australie notamment, et qui mettent en avant le problème du gouvernement des risques (ici criminel) en lien avec une biopolitique disons néo-libérale. Il est pondéré néanmoins de critiques fondées sur mon expérience de terrain, qui contraint à complexifier un peu les choses. Mais il reste particulièrement utile à mobiliser : le concept de « gouvernement » présente en effet plusieurs avantages : d'abord, il permet d'envisager le jeu de renvoi constant entre « gouvernement des autres » et « gouvernement de soi », permettant de bien souligner le fait que le gouvernement de la dangerosité n'est pas seulement quelque chose qui s'impose à un sujet de l'extérieur mais – et dans le cadre qui nous intéresse, c'est essentiel – qui constitue le sujet selon des caractéristiques propres et implique l'appropriation par lui de techniques de soi spécifiques. Par rapport à la notion de « discipline » développée avant par Foucault, celle de gouvernement est plus souple et met mieux en relief l'interaction entre le sujet (qui se gouverne) et les institutions (qui sont censées le gouverner). Ensuite, la notion de gouvernement est plus large : elle permet d'envisager la transformation et/ ou l'accumulation de techniques variées (pénales, disciplinaires, sécuritaires) au long de l'histoire s'appliquant sur des populations qui sont ainsi constituées selon des caractéristiques spécifiques. Enfin, elle permet d'insister sur l'articulation de plusieurs institutions (ici, pénales, sociales, et médicales) en vue d'objectifs communs et/ ou divergents, définis en partie sur un plan extérieur à ces institutions (par exemple au niveau politique et sociétal), en partie à l'intérieur de ces institutions. Se pose alors la question des modalités d'articulation des diverses institutions et de la définition des objectifs propres à chacune.

C'est ici que vient s'articuler une autre notion importante, qu'il convient de lier à celle de « gouvernement », le « dispositif » : un dispositif désigne la façon effective dont sont articulés les éléments censés gouverner, il s'agit d'un mode du gouvernement. Pour Michel Foucault, il s'agit « d'un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des

institutions [etc....] bref : du dit aussi bien que du non-dit »<sup>1</sup> ; cet ensemble lie entre eux des éléments disparates, articule par exemple des techniques ou des énoncés hétérogènes, et c'est le lien entre tous ces éléments qui constitue à proprement parler le dispositif. Qui veut analyser le dispositif doit donc autant s'intéresser à ces éléments qu'au type de relation qui s'établit entre eux. Enfin, le dispositif est « une sorte [...] de formation qui, à un moment historique donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante »<sup>2</sup>. Le dispositif est donc défini comme une structure fonctionnelle, c'est-à-dire une articulation structurée d'éléments hétérogènes qui se trouvent liés entre eux, par delà des fins secondaires, en vue de la prise en charge de quelque chose qui est défini comme une « urgence ».

Se pose la question de qui – ou ce qui – définit tel phénomène comme une urgence qui justifie la mise en place du dispositif. Est-ce une instance extérieure au dispositif ou bien qui lui est immanente ? On fera l'hypothèse que la définition – et la redéfinition – de l'urgence, ainsi que les sens qui lui sont impartis, font partie intégrante du fonctionnement du dispositif. Nous entendons par-là que, dans le cas qui nous occupe, l'urgence qui est définie est celle-ci « éviter les actes transgressifs en matière sexuelle, et notamment leur récurrence » ; on sait que si ceci a été qualifié comme urgence, c'est au travers d'un ensemble de mutations de l'économie sexuelle notamment, mais plus généralement, d'évolutions hétérogènes qui ont conduit à définir la violence sexuelle comme l'un des phénomènes les plus intolérables, et comme une urgence à traiter – et à traiter autrement qu'elle avait pu l'être sous des formes traditionnelles (par exemple dans un cadre familial) c'est-à-dire comme une urgence « politique » et sociale forte. Or on doit considérer ces mutations comme parties intégrantes du fonctionnement du dispositif, puisqu'elles définissent ses priorités stratégiques et constituent sous des formes plus ou moins élaborées son élément proprement discursif. De plus, le sens à donner à l'urgence qu'il s'agit de traiter, est l'objet de débats, de négociations, de réélaborations, au sein de ce dispositif. Le travail de légitimation que déploie une partie des acteurs de la santé mentale à propos des AVS, de la nature de leur prise en charge et de ses objectifs, en est un exemple. On ne saurait donc considérer les objectifs et les stratégies qui organisent le dispositif comme simplement imposés du dehors de celui-ci, mais bien comme au moins partiellement réélaborés à l'intérieur de celui-ci.

Pour Foucault, le dispositif est un ensemble de discursif et de non-discursif de nature essentiellement stratégique. Cela suppose, ajoute-t-il, « qu'il s'agit là d'une certaine

---

<sup>1</sup> « Le jeu de Michel Foucault » in *Dits et Ecrits, II*, p. 298

<sup>2</sup> Ibid.

manipulation de rapports de forces, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de forces, soit pour les développer dans une telle direction, soit pour les bloquer, ou les stabiliser, les utiliser. Le dispositif est donc toujours inscrit dans un jeu de pouvoir, mais toujours lié à une ou des bornes de savoir, qui en naissent mais, tout autant, le conditionnent. C'est ça, le dispositif : des rapports de forces supportant des types de savoir et supportés par eux »<sup>3</sup>. Il s'agit donc toujours d'un complexe de savoirs/ pouvoirs, qu'il faut interroger de la manière suivante : comment s'articulent-ils ? quels sont les jeux entre les forces en présence ? quels liens existe-il entre les jeux de force et les savoirs qui les sous-tendent et/ ou sont élaborés à partir d'eux ? Quels objectifs, quels impératifs stratégiques sont définis et comment ? Quelle stratégie caractérise le dispositif ?

Dans le travail de Foucault, la notion de « dispositif » joue un rôle extrêmement large : elle renvoie généralement à des modèles de liaison et de relation qui s'incarnent dans les formes particulières les plus diverses ; autrement dit, elle caractérise un mode de relation indépendamment de la combinaison effective des éléments. Ici, je prendrai la notion de dispositif dans le sens plus étroit d'une articulation effective d'éléments hétérogènes selon un ou plusieurs objectifs définis. Les éléments hétérogènes qui s'articulent sont un certain type de pratiques pénales, sociales et médicales ; des énoncés plus ou moins élaborés ; des acteurs répartis dans des champs professionnels, scientifiques, éthiques etc. distincts. Il reste qu'il est utile de garder à l'esprit certaines questions que Michel Foucault pose à propos des « dispositifs » dans le sens général qu'il leur attribue ; cela me permet d'introduire la troisième notion centrale de mon exposé, celle de « technologies ». On peut distinguer en effet trois types de dispositifs, tous les trois caractérisés par des technologies spécifiques, des urgences – ou des problèmes à traiter – envisagés différemment, des stratégies distinctes. Il existe d'une part un dispositif *légal* de souveraineté, « avec partage binaire entre le permis et le défendu et un couplage en quoi consiste [...] le code, le couplage entre un type d'action et un type de punition. » : à un acte transgressif d'un interdit correspond un châtiment. D'autre part, un dispositif *disciplinaire*, où l'acte transgressif se trouve encadré « par toute une série de surveillances, contrôles [...] qui permettent de repérer, avant même que le voleur ait volé, s'il ne va pas voler », où son châtiment n'est plus un simple moment spectaculaire mais « une pratique comme l'incarcération avec, sur le coupable, toute une série d'exercices, travaux, travail de transformations » et où, en plus de l'acte judiciaire de punition, s'appliquent sur le coupable « toute une série de techniques adjacentes : policières, médicales, psychologiques,

---

<sup>3</sup> Ibid., p. 300

qui relèvent de la surveillance, du diagnostic, de la transformation éventuelle des individus ». Enfin, on peut repérer un troisième type de dispositif, le dispositif de *sécurité*, qui va insérer le phénomène transgressif « à l'intérieur d'une série d'événements probables [...] et les réactions du pouvoir à l'égard de ce phénomène dans un calcul, qui est un calcul de coût<sup>4</sup>. Et enfin, [...] au lieu d'instaurer un partage binaire entre le permis et le défendu, on va fixer une moyenne considérée comme optimale et puis fixer les limites de l'acceptable, au-delà desquelles il ne faudra plus que ça se passe »<sup>5</sup>.

L'hypothèse régulièrement avancée par les criminologues et sociologues anglo-saxons de tendance foucauldienne, est que nous sommes passés d'un dispositif disciplinaire à un dispositif de sécurité ; cela induit, comme le souligne par exemple John Pratt, le développement de nouvelles technologies – actuarielles notamment – de prédiction et de traitement du risque de récidive et une transformation consécutive de la manière dont est envisagé et gouverné le sujet dangereux. Généralement, on articule cette évolution des dispositifs avec la mise en place d'un type de gouvernance néo-libérale des risques criminels, où il s'agit moins de transformer l'individu que de lui donner les instruments cognitifs pour gérer son comportement déviant et prévenir ainsi la récidive de l'acte. Ce que je voudrais faire donc ici, c'est réfléchir avec vous sur la manière dont le dispositif actuel de prise en charge des AVS s'inscrit dans le cadre de ces transformations. Nous verrons qu'il s'agit moins d'ailleurs d'une substitution de technologies sécuritaires et disciplinaires que d'une articulation des unes et des autres. Ces transformations posent aux praticiens un certain nombre de problèmes aigus qu'il nous faudra affronter, quant à leur statut, à la nature du suivi qu'ils font, et à la population qu'ils prennent en charge.

\*\*\*\*\*

Tout d'abord, comme je l'ai dit, tout dispositif est un ensemble stratégique d'éléments hétérogènes défini par une urgence à traiter. Dans le cas qui nous occupe, l'urgence, c'est le traitement des comportements violents et plus particulièrement des comportements sexuels violents. L'enjeu, c'est de faire en sorte que des personnes qui sont réputées éminemment susceptibles, du fait d'un profil psychopathologique qui pose d'ailleurs bien des questions

---

<sup>4</sup> « Quel est donc le coût comparé et du vol et de sa répression, qu'est-ce qui vaut mieux : relâcher un peu le vol ou un peu la répression ? » (p. 8)

<sup>5</sup> M. Foucault, *Sécurité, territoire, population*, Cours au Collège de France (1977-1978), Hautes Etudes-Gallimard Seuil, Paris, 2004, pp. 6-8.

quant à sa définition, de répéter leur agir et donc de récidiver, qu'ils cessent leurs comportements violents et adoptent une conduite sexuelle normale. Je ne vais pas ici m'étendre trop sur le cadre même au sein duquel l'émergence d'un tel problème, d'une telle urgence, a été rendu possible et définie, et comment s'est constituée la figure spécifique de l'AVS qui y fait écho. Je ferai juste certaines remarques : tout d'abord, il semble que se soit opérée depuis les années 1960 au moins une transformation générale de l'économie morale au sein de laquelle est pensée la sexualité et s'opère le partage du normal et du pathologique en terme de sexualité ; on est passé, en raison de l'intervention de nouveaux acteurs sociaux (mouvements féministes, gays, etc.) et de transformations internes à la psychiatrie et la psychanalyse, d'un cadre articulant fonction- instinct – sexualité (pulsionnelle) – perversion, à un cadre qui articule reconnaissance d'autrui- consentement- sexualité (relationnelle) – violence, où l'élément central de la norme sexuelle ce n'est ni le choix d'objet, ni le mode de satisfaction de la pulsion, mais le mode de relation effectuée entre deux sujets de droits et d'émotions et la question du consentement. Dans ce cadre, le pathologique en matière de sexualité est redéfini en terme de narcissisme, d'incapacité à reconnaître l'autre comme sujet, et d'une tendance pathologique à agir malgré les cadres normaux de contention que représentent les interdits<sup>6</sup>. C'est l'agir violent et négateur de l'autre qui devient le pathologique par excellence dans le cadre d'une sexualité pensée sous forme contractuelle.

Cette évolution s'inscrit dans un cadre plus général qui fait de la violence faite aux personnes, et de la violence psychologique et sexuelle en particulier, l'intolérable absolu de nos sociétés, dans la mesure où elle menace le sujet dans son autonomie et son intimité : la violence psychologique (ou physique envisagée dans ses conséquences psychologiques) est censée entraver le processus de construction du sujet, gêner son développement personnel ; elle est par ailleurs une violation de ce qui est présenté comme un point essentiel aujourd'hui : la zone d'immunité dont doit bénéficier chaque sujet et qui le soustrait aux autres pouvoirs réputés arbitraires ou susceptibles d'abus (parental, scolaire, religieux, communautaire etc.).

Je laisse de côté ici toutes ces questions qui demanderaient de trop long développements. Le traitement de la violence sexuelle a donc été défini comme une urgence tant au niveau de la société qu'au niveau politique, et qu'elle ait fait l'objet ces dernières années du développement d'un cadre légal particulièrement contraignant. Il peut y avoir un certain paradoxe à parler d'un mode néo-libéral de gouvernement de la sexualité et d'assister au développement parallèle de cette législation contraignante, mais il faut bien voir que l'un et

---

<sup>6</sup> Les travaux de Claude Balier et d'André Ciavaldini sont tout à fait représentatifs de ce genre d'analyse.

l'autre vont de pair : le modèle néo-libéral de gouvernement des comportements sexuels vise à ne pas intervenir dans les conduites du moment qu'elles respectent les règles de bon fonctionnement du jeu, le reste étant relégué dans la sphère de l'intime, du fantasme et du plaisir ; les règles de bon fonctionnement porte justement sur le type de relation qui est effectué : ce à quoi doit veiller l'Etat et la société en son ensemble, c'est à ce que la relation ait bien une valeur contractuelle à tout le moins possible, qu'elle implique donc bien deux partenaires consentants. Une fois ceci posé, le reste relève d'un jeu, d'une quête de plaisir légitime, même si elle est plus ou moins pathologisée selon l'ancienne lecture pulsionnelle. Par contre, ceux qui ne respectent pas les règles du jeu, ceux qui ne *peuvent* respecter ces règles, et qui forment cette constellation hétéroclite regroupée sous le terme AVS, deviennent un problème par excellence, à la frontière du criminel et du pathologique, les deux se recoupant ici. Ces éléments rendent compte par ailleurs de ce fait étonnant d'un point de vue historique d'une surévaluation du crime sexuel par rapport à tout autre type de criminalité : le principe affirmé par les acteurs de la défense des victimes, les hommes politiques et certains magistrats est : un seul crime sexuel, et a fortiori une seule récidive, est intolérable. C'est déjà trop. On imagine que le même principe appliqué au vol ou même aux autres types de violences semblerait extravagant. On en arrive à une situation paradoxale puisque, d'un côté, il est reconnu que l'on ne peut que très rarement faire totalement disparaître en un AVS la potentialité de récidive qui le caractérise et qu'en ce sens, on est dans une *gestion du risque* ; d'un autre côté, il existe à tout le moins une demande (fantasmatique assurément, mais régulièrement affirmée) d'une disparition complète de ce type de délinquance, c'est-à-dire une *annihilation du risque*. La tension entre ces deux objectifs fait apparaître tout l'enjeu qu'il y a dans le gouvernement de la dangerosité des AVS : le risque, la potentialité d'un acte transgressif est au centre du dispositif.

L'AVS est une figure ambiguë qui se trouve constituée au croisement des divers éléments du dispositif qui doit le prendre en charge : signalé d'abord par un acte transgressif qui fait l'objet d'un repérage judiciaire, il n'est pas simplement soumis à une technologie pénale qui consisterait à répondre à son acte transgressif par une sanction proportionnée ; il est renvoyé par ailleurs – *en outre* – à une technologie médicale de prise en charge qui vient redoubler le pénal comme son acte lui-même est référé à une perturbation plus générale de sa personnalité dont il est censé porter témoignage. Bien des choses seraient à dire là-dessus, mais ce sont les effets de subjectivation de ce couplage entre technologies pénales et technologies médicales qui vont ici me retenir. Il convient d'autant plus d'y réfléchir que ce couplage, au départ limité aux délinquants sexuels, tend à s'étendre à un ensemble d'autres

conduites criminelles, posant la question de l'émergence d'un nouveau mode de gestion des populations criminelles.

En effet, l'application d'une technologie spécifique à une population induit une modification du mode de subjectivation sous lequel on envisage cette population ; ou encore, elle constitue cette population avec un certain nombre de caractéristiques propres. Si une personne est condamnée pour vol une première fois, puis une seconde, puis une troisième, on parlera de récidive pénale; si une personne est condamnée pour « agression sexuelle » une première fois, puis une seconde, puis une troisième, on parlera aussi de récidive<sup>7</sup>, mais entendra-t-on la même chose ? Certainement pas. Il ne viendra guère à l'esprit de corrélérer les récidives de vols à une pathologie impliquant une prise en charge médicale ; par contre, la potentialité de récidive du délinquant sexuel se trouve en quelque sorte inscrite dans sa personnalité. On parlera de « sérialité morbide »<sup>8</sup> : lorsque l'AVS récidive, il « rechute » au sens médical du terme. Il s'agit, au sens psychodynamique, d'une *répétition*. Autrement dit, à la technologie médicale correspond un sujet pathologique qui détient – pour partie – en lui la potentialité de la répétition de sa transgression, potentialité indéfinie, puisque liée à une pathologie dont il n'est pas évident qu'on puisse la guérir à proprement parler, mais qui requiert un suivi tout aussi indéfini.

L'AVS est un individu dangereux. Sa dangerosité n'est pas d'ordre psychiatrique, au sens où elle n'est pas liée à une maladie mentale stricto sensu; il s'agit d'une dangerosité que les psychiatres appellent « criminologique ». Elle porte sur une potentialité, à plus ou moins long terme, sur un risque, qui est celui de la *récidive*, c'est-à-dire ici la répétition d'un acte qu'on corrèle à la pathologie qui sous-tend le recours à l'acte. Si l'on tient pour éminemment susceptible de récidive l'AVS, c'est précisément parce que l'auteur de l'acte est envisagé sous un mode médical, sinon comme un malade (pour une bonne partie de la population, il l'est), au moins comme quelqu'un pathologiquement incliné vers l'agir. L'analyse que fournit André Ciavaldini dans son article *Prévoir la récidive, c'est comprendre la récidive*<sup>9</sup>, suivant laquelle le délit a pour le sujet une fonction calmante, lui permettant d'apaiser dans l'acte une excitation issue d'une tension psychique liée à son état d'angoisse, et d'après laquelle, de manière assez similaire à celle des comportements addictifs, le sujet est conduit à réitérer son

---

<sup>7</sup> La question restant d'ailleurs ouverte de ce qui est considéré comme une récidive : la plupart des auteurs admettent que tout acte transgressif, impliquant une certaine violence, peut être considéré comme une récidive dans ce sens non strictement pénal ; autrement dit, il ne faut pas qu'il y ait identité au moins générique des deux actes.

<sup>8</sup> Genuit, P. « Existe-il des outils permettant d'évaluer les risques de rechute et quels sont-ils », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, op. cit.

<sup>9</sup> Ciavaldini, A., « Prévoir la récidive, c'est comprendre la récidive », in Govindama, Y., Rosenblat, Christiane & Sanson, Mady, Ed, *Itinéraires des abuseurs sexuels*. Paris, L'Harmattan, 1999, pp. 111-121.



acte en l'aggravant toujours plus parce qu'il a besoin d'une excitation toujours grandissante, donne un exemple de cette lecture qui associe l'acte à un trouble plus profond et implique par conséquent que le sujet va récidiver tant que son trouble n'aura pas été pris en charge et qu'il n'aura pas appris, par une thérapie assez longue, à ne pas recourir à l'acte. Encore y a-t-il ici une légère perspective de « guérison » à plus ou moins long terme, mais le plus souvent, on affirme que le sujet est pathologiquement enclin à son acte, donc risque « analytiquement » de le commettre de nouveau, et que sa pathologie ne relève pas d'un soin mais d'un accompagnement. Le suivi, par conséquent, doit être indéfini. Le manifeste de la LFSM est de ce point de vue explicite : « les sujets délinquants sexuels ne relèvent pas de « l'article 64 » et doivent être jugés et traités [...] il s'agit de prendre les agresseurs en charge dans le cadre de la sanction pénale, le plus tôt possible, de les suivre, indéfiniment, pour contrôler le passage à l'acte sans espérer les guérir ». Suivi indéfini ou en tout cas s'étendant à très long terme, car de l'avis de tous les thérapeutes, si guérison il peut y avoir, elle prend généralement du temps ; la LFSM parle même explicitement d'un traitement qui n'est pas indexé à une possibilité de guérison, ce qui est pour le moins intrigant, même si aujourd'hui, cela semble être quelque chose de récurrent dans bien des domaines de la santé mentale. Bien évidemment, il conviendrait de distinguer entre les AVS, puisque les mêmes mesures ne valent pas pour les exhibitionnistes, les petits attouchements ou les grands pervers. Il reste que, le sujet étant envisagé à travers sa pathologie, s'ouvre un suivi potentiellement aussi long que la réduction de celle-ci. Par ailleurs, la dangerosité n'est pas indexée sur la nature de l'acte accompli. On pourrait penser, en effet, qu'un violeur meurtrier pourrait être nécessairement plus dangereux qu'un exhibitionniste. Ce n'est pas forcément le cas, cependant, puisque la dangerosité est indexée sur le risque de récurrence – or les exhibitionnistes ont un potentiel de récurrence plus élevé que certains violeurs – et que, par ailleurs, on admet souvent qu'un acte bénin sera suivi d'un acte plus grave.

Autant donc le sujet pénal classique peut paraître dans une situation assez simple : il a commis un acte, il est condamné pour cet acte, il purge sa peine, il bénéficie d'aménagements de peine en fonction de sa conduite en prison, il sort de prison et entame une phase de réinsertion. S'il récidive, il retourne en prison : il a commis un nouvel acte. Autant l'AVS se trouve dans une situation bien différente : il a commis un acte, il est condamné pour cet acte, il purge sa peine, mais cet acte est interprété par ailleurs comme témoignant d'une pathologie de sa personnalité, pathologie qui laisse toujours planer la potentialité d'une répétition de l'acte ; il est donc évalué régulièrement quant à l'évolution de sa personnalité, de son rapport à l'acte, de sa dangerosité ; il bénéficie rarement de remises de peine, en dépit d'une conduite

généralement exemplaire en prison, parce que demeure toujours en fond l'ombre portée par sa pathologie ; et lorsqu'il sort de prison, il doit se soumettre à un suivi qui a pour but de l'aider à gérer sa personnalité, à prévenir l'acte toujours possible et à évaluer le danger qu'il représente. Un suivi qui, depuis l'institution du suivi socio-judiciaire avec injonction de soin, se règle sur une temporalité quasi-indéfinie (il peut atteindre trente ans en cas de crime et décision motivée) qui est celle non plus de la peine, mais d'une mesure de sûreté indexée à la surveillance d'une pathologie ou encore d'un effort thérapeutique qui, par définition comme le rappelle les praticiens, s'inscrit dans une temporalité indéfinie. Il existe le risque et le soupçon fort qu'au nom d'une réforme thérapeutique du sujet, on justifie en fait des mesures de sûreté à très long terme. C'est là une question qui mérite d'être posée : le couplage de techniques pénales et médicales – étant bien entendu qu'il reste à définir ce que recouvre ce terme, si on est encore dans le soin ou quelque chose de différent – n'est-il pas une manière nouvelle de traiter la criminalité violente et de faire passer des mesures d'exception qui, du point de vue du droit strict, seraient complexes à mettre en œuvre, en leur offrant un surcroît de légitimation ?

\*\*\*\*\*

Dans les analyses fournies par les chercheurs anglais et australiens de tendance foucauldienne, le problème de la prise en charge du risque, de la dangerosité entendue comme potentialité de récidive, est une caractéristique fondamentale d'un nouveau mode libéral de gouvernement. Selon John Pratt, on peut distinguer trois moments dans l'évolution du concept de dangerosité au niveau criminologique. Au départ, la dangerosité qualifie un sujet multirécidiviste dont la caractéristique principale est « la persistance dans l'habitude délibérément acquise du crime »<sup>10</sup> et s'applique aux criminels professionnels. Elle est évaluée sur la base des infractions antérieures commises par l'individu. Vers le milieu du XXe siècle, le concept s'élargit pour intégrer « certains criminels sexuels [...] particulièrement ceux qui commettent des délits répétés contre les enfants et les jeunes enfants et ceux qui corrompent les garçons »<sup>11</sup> et on ne l'évalue plus seulement en fonction des violations de la loi antérieure mais « en fonction de la nécessité de protéger la population contre des criminels de ce genre [...] la dangerosité reste liée au nombre et à la régularité des infractions mais ce qui a

---

<sup>10</sup> *Report of The Departmental Committee on Prisons*, Cmnd 7702, 56, Parliamentary Papers, 1895, p. 303, cité in Pratt, J. : "Dangerosité, risque et technologie du pouvoir." *Criminologie*, XXXIV, 1, 2001 : p. 103

<sup>11</sup> *Report of The Departmental Committee on Persistent Offenders*, London: HMSO, Cmnd 4090, 1932, cité in *ibid*, p. 106

changé, c'est que désormais les motifs de la sentence sont plus étroitement liés à la défense de la société. »<sup>12</sup>. Enfin, « autour des années 1970 et par la suite, on découvre un intérêt croissant pour le genre de crime qu'un individu pourrait commettre dans le futur, plutôt que pour le nombre de crimes commis antérieurement, comme c'était le cas à l'origine »<sup>13</sup>, au moment précisément où le délinquant sexuel achève d'incarner la figure de l'individu dangereux. Il y a ici un infléchissement certain, de la violation de la loi à la menace envers la société, et de la collecte des antécédents judiciaires à la prédiction d'un comportement futur ; c'est bien le risque de récidive qui devient l'enjeu fondamental de la dangerosité et, si l'on suit l'analyse de Pratt, au moment même où l'Etat se dessaisit peu à peu de ses fonctions de protection et d'assurance de la population aux bénéficiaires d'acteurs privés, l'assurance contre ce risque-là devient une fonction que l'Etat se charge d'assumer, comme celui contre lequel les individus seuls ne peuvent se prémunir. Ce risque prend par ailleurs une dimension d'autant plus importante que « la menace au bien-être physique [la violence contre les personnes] a graduellement supplanté la menace à la propriété que constituaient les criminels dangereux »<sup>14</sup>, évolution dont j'ai dit qu'elle contribuait à rendre les crimes sexuels comme intolérables.

Comme le souligne Pat O'Maley dans son article « Risk and responsibility »<sup>15</sup> qui adresse à ces analyses des critiques comparables à celles que je vais formuler, « Le crime tend de plus en plus à être compris moins en terme de pathologies personnelles et sociales qui doivent être corrigées, que comme un ensemble de risques, plus ou moins inévitables, mais qu'on peut prédire et gérer [...] la prévention et la prise en charge des risques (l'assurance) deviennent plus centrales que la détection et la correction ». L'hypothèse qui sous-tend ces analyses est que ce déplacement qui va de la correction de l'individu dangereux à la gestion de situations à risque, et de la détection des pathologies à la prévention des passages à l'acte, est fondée sur une maximalisation de l'efficacité du pouvoir ou, si vous préférez, du rapport entre coût et effets de pouvoir. Autrement dit, la mise en place de ce nouveau dispositif sécuritaire serait à la fois beaucoup plus efficace dans le gouvernement des populations et beaucoup moins coûteux que le dispositif disciplinaire.

La mise en place de ce dispositif induit le développement de tout un ensemble de techniques nouvelles de prédictions de la récidive et de gestion du passage à l'acte. Techniques actuarielles de prédictions, techniques cognitivo-comportementales de gestion du

---

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid., p. 108

<sup>14</sup> Ibid., p. 110

<sup>15</sup> in *Foucault and Political Reason*, The University of Chicago Press, Chicago, 1996

passage à l'acte et de travail sur les habiletés sociales. On a vu que le concept de dangerosité avait subi une évolution dans les années 1970 le conduisant de la récollection des infractions antérieures commises par l'individu à la prédiction des comportements transgressifs ultérieurs dont il est capable. Du point de vue de la prédiction du risque de récidive, la capacité des psychiatres et des psychologues à l'évaluer à partir d'une base clinique a été parallèlement remise en cause, notamment avec l'étude classique de Monahan, et l'on a assisté au développement d'une « nouvelle technologie de pouvoir » dont l'efficacité serait de ce point de vue meilleure : « les méthodes actuarielles, qui consistent à appliquer des taux de base et des méthodes statistiques à la tâche de catégoriser des individus en les repérant dans des sous-groupes taxonomiques »<sup>16</sup>. Il s'agit d'une technique proprement sécuritaire qui segmente l'individu en une pluralité d'éléments d'évaluation, codés comme « prédicteurs de récidive », et prétend repérer ainsi des facteurs qui permettent d'évaluer en terme statistique le risque de récidive représenté par un individu<sup>17</sup>. Ces études, portant sur des cohortes de taille souvent importante, dissolvent en un sens l'individu de la clinique pour en faire l'intersection de facteurs multiples. Il existe de ce point de vue une importante littérature nord-américaine et les débats sur la loi sur la récidive de 2005 en France appelaient au développement de ces méthodes en France, où elles restent peu développées. Il convient de noter que la plupart de ces études remettent en cause les appréciations cliniques habituellement mobilisées pour évaluer la dangerosité, tels que le déni de l'infraction ou le manque de motivation au traitement. Il reste que leurs résultats sont souvent contradictoires. Surtout, elles n'ont que très peu d'impact sur l'évaluation effective de la dangerosité dans les expertises. Il existe sans doute un certain nombre d'échelles cliniques qui permettent l'évaluation de la dangerosité de l'individu au travers du recoupement d'un certain nombre de critères fixes, établis à partir de ces études, mais elles semblent assez peu utilisées en France. En outre, les méthodes actuarielles permettent essentiellement d'évaluer les facteurs dits « statiques », c'est-à-dire guère susceptibles de modifications, et laissent de côté les facteurs « dynamiques » qui jouent un rôle essentiel dans la prédiction effective du risque de récidive chez tel individu et que la clinique seule paraît apte à déterminer. La technique « sécuritaire » par excellence que représente l'analyse actuarielle, est obligé de reconnaître Pratt lui-même, « ne remplace pas

---

<sup>16</sup> Op. cit., p. 114

<sup>17</sup> On trouvera un exposé de ces prédicteurs de récidive in R. Karl Hanson, « Facteurs de risque de récidive sexuelle : caractéristiques des délinquants et réponse au traitement », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*, op. cit., pp. 207-217.

les stratégies de discipline et de surveillance »<sup>18</sup> mais vient s'adjoindre à elles. Il semble qu'en France, ces pratiques traditionnelles restent en fait largement prioritaires.

C'est bien ici que je voudrais loger ma critique : sans doute les analyses qui voient dans l'émergence du nouveau dispositif sécuritaire fondé sur la prise en charge du risque et la gestion des conduites à risque ont-elles raison d'en souligner l'importance et la nouveauté, mais elles commettraient une erreur si – comme elles le font souvent – elles se figuraient qu'il y avait là quelque chose comme une substitution des technologies sécuritaires aux technologies disciplinaires. Les rapports sont beaucoup plus complexes et méritent d'être étudiés de près : nous verrons que les définitions mêmes des pratiques et leur légitimation font l'objet de débats et de résistances. Comme le rappelle O'Maley, pour Foucault lui-même, technologies disciplinaires et sécuritaires devaient être analysées comme « deux pôles de développement reliés par tout un ensemble de relations intermédiaires », si bien que plutôt que de les penser en terme de simple substitution ou de redondance, il faut envisager la « dynamique de leurs interactions » : « nous devons envisager les relations [du dispositif de sécurité] avec les formes de souveraineté et de discipline, en terme d'articulations et d'alliances, de colonisations et de traductions, de résistances et de complicités, plutôt que selon un développement unilinéaire ». C'est que la situation française nous invite tout particulièrement à faire.

\*\*\*\*\*

Avant de conclure en présentant les deux technologies qui sont proposées dans la prise en charge des AVS et la manière dont la majeure partie des soignants s'efforcent de recoder dans les termes disons, plus traditionnels, de pratiques disciplinaires des impératifs sécuritaires, je voudrais revenir un instant sur certaines caractéristiques du gouvernance libérale des risques de récidive et les effets de subjectivation concrets qu'elle implique dans la pratique. Le mode libéral de gouvernement se concentre sur l'acte et la relation effectuée et renonce à investir l'intériorité du sujet et ses fantasmes : on se concentre sur le comportement, la conduite, qu'il s'agit de gérer, d'accompagner, et non de réformer radicalement, de guérir au sens fort : comme le dit un psychiatre : « la question qui se pose n'est pas de changer leur imaginaire, n'est pas de changer leur orientation sexuelle mais de les aider à gérer le permis et l'interdit, Maintenant, que le type se masturbe ou ait des fantasmes, ça, le but de la manœuvre,

---

<sup>18</sup> Op. cit., p. 118

faut pas rêver, c'est d'essayer de comprendre *quand* il passe à l'acte, *comment* il passe à l'acte et d'essayer de l'aider. » Il s'agit bien moins de travailler sur des fantasmes que de se concentrer sur un agir : travailler la réalité d'un acte transgressif passé et prévenir la récurrence d'un acte transgressif à venir. Cela amène par ailleurs à une redéfinition du travail même que font les thérapeutes : quelle signification donnée au *traitement* des AVS ? Faut-il parler de « soin », au sens classique du terme ? Pour beaucoup, il n'en est pas question : « on *traite* les maladies [...] on ne peut pas traiter de la même manière quelque chose qui ne relève pas de la maladie ! il y a une confusion dans l'esprit du public entre le traitement des maladies mentales et *l'aide* qu'on peut apporter aux délinquants sexuels pour éviter la récurrence ». Par conséquent, il ne s'agit pas de soins, au sens classique du terme, c'est-à-dire d'un ensemble de pratiques ordonnées idéalement vers la guérison; mais bien plutôt de la gestion en continu d'une potentialité transgressive, au travers d'un accompagnement du sujet dont on estime qu'il n'est pas totalement déterminé par son état ; accompagnement qui doit amener le sujet à se surveiller, à mieux comprendre son fonctionnement mental pour prévenir l'acte transgressif, à intégrer les interdits.

C'est que par ailleurs, le mode néo-libéral de gouvernement des conduites met l'accent – pour des raisons complexes qui tiennent notamment à l'assomption de la figure de la victime dans le champ judiciaire et psychiatrique – sur la responsabilité du sujet délinquant en même temps que sur ses tendances « pathologiques » : l'AVS n'est pas un malade au sens classique de l'ancien article 64, mais il n'est pas normal non plus : on admet que son acte est pathologique, qu'il renvoie à une pathologie qu'il va nous falloir évaluer, mais en même temps, son acte est contingent, il demeure un sujet responsable et condamnable. Le problème, c'est que la plupart des AVS ne s'éprouvent absolument pas comme ça. Ils soutiennent au contraire qu'ils ont été victimes d'une pulsion, d'une force qui les a poussés et à laquelle ils n'ont pas pu résister. Tout l'enjeu du travail thérapeutique va être justement convertir ce mode de rapport à soi sous un mode pulsionnel en un mode de rapport à soi sous un mode responsable et coder ce rapport à soi sous un mode pulsionnel comme une « résistance », une manière qu'a le sujet de se dédouaner de sa responsabilité, de « se trouver des excuses » ; on va impliquer à tout les niveaux le sujet dans le processus de soin et ainsi le responsabiliser.

On désactive la problématique pulsionnelle pour passer à une problématique relationnelle. Cette position est très claire dans la prise en charge mise en place dans les SPIP et l'on comprend bien pourquoi. Le pulsionnel ne regarde absolument pas les CIP ; par contre, ils peuvent travailler sur le relationnel, où ils servent de médiateurs de la loi. « On essaye de

leur faire admettre l'idée que s'ils ont agi mal, c'est qu'ils n'avaient pas suffisamment réfléchi à ce qu'ils faisaient [...] leur problème, c'est l'intégration de la loi au sens fort du terme [...] la grande erreur, c'est de penser que le passage à l'acte serait uniquement lié à une pulsion ». Mais on la trouve aussi chez les acteurs médicaux ,quelle que soit sa technologie de référence. On s'efforce de rendre le sujet responsable de son acte, de la sanction et du suivi qui lui sont corrélatifs. Dans le cas d'une technologie cognitivo-comportementale, le schéma de la chaîne de l'abus illustre très bien cet effort de désamorçage du pulsionnel. On s'attache à décomposer le mécanisme en apparence unique, brusque et irréprensible de la pulsion, en une série d'étapes qui peuvent être analysées, dont chaque moment peut faire l'objet d'un contrôle et d'une correction. Mais, la technologie psychanalytique en vigueur affirme elle-aussi que la pulsion n'est pas l'élément en jeu dans l'acte et que l'individu peut parvenir à mettre un terme au recours à l'acte s'il modifie en profondeur les éléments pathologiques de sa personnalité, en l'occurrence s'il accède au statut de sujet véritable – et non clivé – au travers d'un processus de mentalisation des affects et de reconnaissance de l'autre. L'objectif de la thérapie, quelle qu'elle soit, est de produire un sujet à part entière, qui reconnaisse en son agir une possibilité toujours présente mais pouvant et devant être contrôlée. Les techniques de surveillance mise en place par la justice, et notamment le PSEM, partent du même postulat. Récemment interrogé sur France Info sur la question de l'efficacité du PSEM, Roland Coutanceau soulignait que son bénéfice premier était d'amener l'individu à se surveiller sans cesse et à éviter ainsi le passage à l'acte. Il est bien évident que, dans un schéma pulsionnel, le PSEM n'aurait absolument aucun sens. Et lorsqu'on dit que l'individu est amené à se contrôler, cela veut dire se rapporter à lui-même sous une forme responsable, d'une part, et où c'est moins son intérieur qu'il doit scruter que le moment de basculement dans l'acte. Si l'intérieur du sujet doit être scruté, c'est en vue de prévenir le comportement déviant, non pour lui-même.

\*\*\*\*\*

Revenons maintenant aux technologies concurrentes de prise en charge des AVS. Il est évident que les évolutions que je viens de décrire et les spécificités de prise en charge des AVS posent bien des problèmes identitaires et déontologiques aux acteurs de la santé mentale et des résistances corrélatives. On peut les résumer brièvement ainsi :

La première résistance, la plus massive sans doute, est une réticence généralisée à la prise en charge des AVS et à la constitution d'une spécialité psychocriminologique. Les AVS,

pour la plupart, ne présentent pas au premier abord de demande ; ils ne semblent pas caractérisés par une souffrance liée à un quelconque état pathologique, mais au mieux par une souffrance induite par les sanctions que suscite leur comportement délictueux. Par ailleurs lorsqu'ils se présentent en consultation, contrairement aux autres sujets, ils refusent de parler de leur problème, ils s'enferment dans un silence ou une attitude de déni, de protestation voire de provocation. On ne voit donc pas vraiment de raison d'admettre qu'ils soient susceptibles d'une quelconque prise en charge thérapeutique. Par ailleurs, en admettant que cette prise en charge ait lieu, en raison de l'obligation ou de l'injonction de soins, on dénonce son artificialité: si le sujet se présente en consultation, c'est avec une demande bien spécifique, celle d'obtenir son certificat, et même dans le cas où ce n'est pas explicite, il n'y a pas de demande spontanée mais fortement incitée par les mécanismes judiciaires. Un grand nombre de thérapeutes mettent en doute la possibilité de travailler avec le sujet à partir d'une telle demande. Enfin, nombreux sont ceux qui considèrent les AVS comme des pervers fortement structurés, sur lesquels le travail mené n'aura guère d'efficacité. Il s'ensuit qu'on est amené à percevoir le travail thérapeutique opéré avec ces sujets comme un travail doublement imposé – au sujet et au soignant – dont la fonction n'est pas une fonction soignante, mais plutôt une fonction de surveillance, qui ne rentre pas dans les missions du thérapeute. Le risque est bien de ne plus se penser comme thérapeute, mais comme élément d'un dispositif sécuritaire dont la finalité est moins la réforme de l'individu que son suivi, son évaluation, son contrôle et la prévention de sa récurrence.

On touche là à un autre ensemble de questions qui font l'objet de fortes réticences : la prise en charge des AVS implique que le thérapeute s'intègre dans un dispositif qui articule justice et psychiatrie. La place du thérapeute dans un tel dispositif est l'objet de nombreuses inquiétudes. Les premières concernent sa fonction : est-il encore véritablement un thérapeute, ou plutôt une forme d'agent de contrôle du sujet et de son évolution ? S'agit-il encore de soigner, ou plutôt de surveiller et, au mieux, d'éduquer ? Ne risque-t-il pas aussi de se trouver responsabilisé à outrance en cas d'échec du suivi et de récurrence ? Les secondes concernent les transferts d'informations et les relations avec les autres acteurs de la prise en charge. N'y a-t-il pas un risque de « psycho-fliciatrisation » des thérapeutes, si bien qu'ils deviennent des auxiliaires de justice ? Quelle est la légitimité des transferts d'informations ? Quelles sont ses limites ? Ne menace-t-il pas le secret médical ?

On peut enfin esquisser un troisième foyer de résistances, qui se concentre sur les problèmes posés par la pratique thérapeutique. La pratique thérapeutique « classique » en entretiens duels, tend à ne pas fonctionner avec les AVS. Les praticiens rencontrent chez les



sujets des résistances multiples : silence, déni, défi, qui impliquent de travailler de manière beaucoup plus active avec eux, en reprenant leur dossier judiciaire, en les interrogeant et en les bousculant. Beaucoup de thérapeutes sont mal à l'aise avec ce genre de pratiques et les considèrent comme déplacées. Ces blocages thérapeutiques sont l'une des raisons majeures qui conduisent à contester l'idée que les AVS relèvent de la juridiction médicale, d'autant plus que, pour beaucoup de thérapeutes, leur pathologie est loin d'être évidente. A ces blocages s'ajoutent les difficultés subjectives – les contre-transferts – que rencontrent les thérapeutes face à ce genre de sujets et à leurs récits, souvent difficiles.

Face à ces résistances que suscitent les particularités de la prise en charge des AVS, les acteurs de la santé mentale impliqués dans cette prise en charge (en milieu fermé comme ouvert) développent des attitudes que l'on peut très grossièrement répartir en deux pôles opposés : ces pôles sont des idéaux évidemment, et les positions réelles se répartissent entre les deux ; on peut dire que certains membres de l'équipe de Coutanceau à la Garenne-Colombes incarnent assez bien l'un de ces pôles, tandis que l'autre est mieux représenté par les principes fondamentaux de l'ARTAAS et tout particulièrement par les personnes travaillant au PARI autour de Ciavaldini. Ces deux positions opposées incarnent des options distinctes dans le développement d'un segment de la santé mentale spécialisé dans la psycho-criminologie.

La première attitude consiste donc à admettre toutes ces difficultés et affirmer la singularité du suivi qui est proposé (voire imposé) aux AVS en le définissant moins comme un soin que comme un accompagnement, centré sur la prévention de la récidive, et une sorte de rééducation psycho-éducative ou psychosociale. Si la psychiatrie doit se charger de cette prise en charge bien qu'il ne s'agisse pas d'un travail à proprement parler thérapeutique, c'est qu'elle a développé un certain nombre de techniques pertinentes pour ce mode de traitement. L'usage d'une technologie cognitivo-comportementale, du travail sur les habiletés sociales du sujet et une forme d'éducation sexuelle y sont utilisées pleinement au nom d'une pragmatique de la prise en charge. Il s'agit de faire en sorte que le risque que le sujet répète son comportement délictueux disparaisse ; pour ce faire, on va longuement travailler sur le passage à l'acte, ce qui le motive, quelles erreurs sont à son origine ; on va apprendre au sujet à repérer ces erreurs de telle manière qu'il puisse se contrôler. Généralement, on admet que l'acte renvoie à un dysfonctionnement plus général du comportement, lié à des problèmes relationnels notamment. On va donc apprendre au sujet à mieux se comporter avec les autres, à adopter des schémas comportementaux convenables. Il s'agit de lui enseigner comment s'approprier un rôle qui réduise chez lui le risque de récidive. Plus qu'un soin, un traitement

en profondeur qui vise à transformer la personnalité du sujet, il s'agit d'une rééducation et d'une aide pour que le sujet s'intègre au mieux dans l'espace social. On se soucie au fond assez peu de savoir s'il y a en lui quelque chose de pathologique, ou plutôt la pathologie se traduit essentiellement par un dysfonctionnement social. La dimension sécuritaire y est absolument reconnue : les troubles des AVS y sont définis plus comme « des comportements inacceptables et aberrants, inacceptables pour tous, pour toute la société, pour nous comme pour vous » ; ce qui permet de les caractériser comme pathologiques, c'est d'une part qu'ils « menacent la société » et d'autre part qu'ils « handicapent la vie de ces sujets » [citations de Martorell]. Dans ce cas, la question de savoir si le sujet est en souffrance n'a pas grande importance. Et puisque ce qui désigne le sujet comme objet d'une prise en charge est de l'ordre du dysfonctionnement social, puisque cette prise en charge elle-même consiste avant tout dans la réduction de ce dysfonctionnement, alors le lien avec les instances judiciaires et le fait que ce soit la justice qui les adresse ne sont plus guère problématiques. Mais il faut admettre alors que l'acteur de la santé mentale tient ici une fonction qui diffère de manière importante de son rôle habituel de soignant, qui remet en cause une bonne part de sa culture traditionnelle.

L'autre position permet bien au contraire de maintenir le soignant dans sa position stricte de soignant ou au moins de se donner cette illusion, en recodant systématiquement en termes médicaux et thérapeutiques les problèmes posés par le suivi. C'est une certaine lecture psychanalytique des agirs qui joue ici un grand rôle. Significativement, tandis que dans la plupart des pays (nord-américains, Belgique, Suisse...) la position précédemment présentée est très largement dominante et le rôle de la psychanalyse dans ce domaine extrêmement réduit, en France, la tendance psychanalytique est hyper-dominante : par delà des effets de conjoncture, il y a là sans doute le signe d'un malaise profond des acteurs de la santé mentale par rapport au sens de cette prise en charge, la psychanalyse jouant en quelque sorte ici un rôle de valeur refuge pour rester soignant. Examinons pour finir ces recodages :

1. il est légitime et même déontologiquement impératif de prendre en charge les AVS. En effet, les travaux de Claude Balier montrent bien comment un grand nombre des comportements sexuels violents sont en réalité les symptômes d'un état pathologique plus profond, qui affecte la personnalité du sujet en son ensemble ; cet état est présenté comme étant « à la limite de la psychose », et comme étant marqué par une très forte dépressivité, qui se trouve en quelque sorte masquée par le clivage du sujet, lui-même interprété comme un mécanisme de défense. En conséquence, ces individus relèvent de la juridiction médicale et constituent bien une priorité de la prise en charge psychiatrique.

2. On en vient de cette manière à la question de la souffrance et de la demande, points cardinaux de la légitimité de la prise en charge. la justice adresse des sujets qui ne formulent pas de demande, mais on admet que l'acte commis est le témoignage d'une souffrance qui ne se dit pas. Cette souffrance, le sujet est incapable de la formuler voire de la ressentir. Par conséquent, il ne formulera pas de demande au premier abord. Le travail du thérapeute est justement de travailler non pas à partir de leur demande, mais en vue de la demande, en les produisant comme sujet souffrant. « Tout l'art du thérapeute consiste à faire naître chez le patient, d'abord réticent, ou indifférent, une authentique demande de soins »<sup>19</sup>. Marcel Colin avance même la notion risquée d'« anticipation de consentement », « comptant que le traitement obligatoire, et même impératif, sera ratifié par le sujet dans l'après-coup (ce qui est vérifié dans la quasi-totalité des cas). En fait, l'intervention de la loi s'avère un puissant adjuvant thérapeutique »<sup>20</sup>. Le rôle explicite de la thérapie est de manifester la souffrance, de constituer ces personnes comme sujets souffrants (un lien très fort étant établi entre la faculté d'empathie, de reconnaissance de l'autre, le sentiment de souffrance et le statut de sujet). Comme le dit André Ciavaldini, « le problème avec ces sujets c'est qu'ils ne souffrent, pour un certain nombre, pas. [...] Alors ces sujets, on ne va pas travailler sur leur demande, on va essayer de les constituer comme pouvant percevoir qu'ils sont souffrants. [...] Le jour où le sujet dira « mais ça va pas, je suis vraiment en souffrance »... ça y est, ce sujet sera infiniment moins dangereux, il ne se défendra plus de la même manière. Il ira mal par contre. Et là il faut être vigilant. [...] Donc on travaille en deçà de la demande et on essaye de mobiliser la demande, on essaye de faire en sorte qu'ils deviennent sujets de leur souffrance. » On retombe donc sur le critère familial de la souffrance, mais a posteriori, comme produit paradoxal de la thérapie.

3. Dans le prolongement de ces analyses, nous nous trouvons amenés à envisager la question de l'articulation du travail de soin et de la justice. « L'intervention de la loi, disait Marcel Colin, s'avère un puissant adjuvant thérapeutique ». Ce que cela signifie, c'est que non seulement la pratique de soin et la pratique pénale ne sont pas contradictoires, mais que l'intervention de la justice joue un rôle thérapeutique décisif. On réinterprète l'activité judiciaire en termes thérapeutiques. Cela est vrai à plusieurs niveaux. D'une part, c'est par la justice qu'une vraie demande peut émerger. Mais ce n'est pas tout. C'est tout au long de la thérapie, que la justice joue un rôle thérapeutique. Elle assure la solidité du cadre, sa

---

<sup>19</sup> Marcel Colin, « « Nul n'est tenu de se soigner » ? », in *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, p. 21.

<sup>20</sup> Ibid.

permanence, et le constant rappel de la loi et des interdits. Elle a de ce fait un rôle thérapeutique décisif. Ces sujets en effet sont caractérisés par une pathologie qui est à rattacher à une déficience infantile des objets externes, une relative faiblesse du cadre parental, tout un ensemble de déficits qui les empêche d'intégrer en eux le cadre de la loi et ses limites. La présence, tout au long du suivi, d'une obligation sanctionnée par un dispositif judiciaire offre au sujet une forme « d'étayage » qui lui permet de persévérer dans sa thérapie. « La sanction ouvrant sur l'obligation, sous la forme d'une injonction pénale, prendra tout son sens : elle soutiendra le sujet dans son travail psychique, dans la peine qu'il prendra pour mettre en place puis partager les valeurs de ses contemporains. Ce travail, qui ne pourra se réaliser qu'avec un professionnel formé et averti, voit les termes de *soin*, de *surveillance* et de *sanction* devenir des partenaires indissociables. »<sup>21</sup> En vérité, « le soin et la surveillance sont cousins germains. On conçoit mal un soin sans surveillance et une surveillance qui ne prenne pas soin sous une forme ou sous une autre. »<sup>22</sup> Le thérapeute n'a donc pas à trop se préoccuper s'il occupe une fonction de surveillance ; elle coïncide plutôt qu'elle ne s'oppose à sa fonction de soignant.;

Quant au partage des informations entre justice et médecine, point si brûlant dans la prise en charge des AVS, il convient de l'envisager dans le cadre plus large du partage des informations entre soignants et la notion de « secret médical partagé » qui est l'un des principes décisifs de la prise en charge établi par l'ARTAAS. « On ne peut pas travailler seul avec ces sujets. ». En effet, le sujet est marqué par le clivage et le déni. Multiplier les points de vue, les instances d'observation et d'examen, autour de lui, constitue un moyen de briser ce clivage. C'est évident dans le transfert des informations entre justice et psychiatrie : le développement de « liens » entre justice et psychiatrie, dans le respect des limites déontologiques de chacun, facilite le travail thérapeutique en permettant de s'attaquer au clivage et au déni, en confrontant par exemple le sujet à la réalité des faits pour lesquels il a été condamné. Mais c'est aussi vrai dans le transfert d'informations entre les différents thérapeutes : en confrontant les points de vue et les affects ressentis auprès d'un même sujet, on peut espérer arriver plus facilement à surmonter le clivage.

On peut conclure sur ceci : dans ce discours, la thérapie des AVS est possible et – avec des aménagements profonds au niveau des techniques dont on a vu comment ils étaient

---

<sup>21</sup> André Ciavaldini, « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », op. cit., p. 28.

<sup>22</sup> A. Ciavaldini, « Violences sexuelles : surveiller et/ou soigner, une question « éthique » », in *Violences sexuelles*, op. cit., p. 28.

légitimés en terme médicaux<sup>23</sup> – se fonde sur les notions traditionnelles de « soin », de « demande » et de « souffrance ». L'objectif qu'elle se donne est bien la transformation de l'individu – sa régénération morale, dit même Ciavaldini, son humanisation – et la réduction de son état pathologique via un processus thérapeutique qui est pensé sous la forme d'une assomption de la mentalisation à partir des affects. Au travers de ce processus, on obtient la reconstitution d'un véritable sujet ; sans doute ce sujet réussira-t-il à mieux s'intégrer dans l'espace social, sans doute sera-t-il à même de ne plus récidiver, mais ce sont là les effets bénéfiques d'une régénération globale du sujet qui se rapporte d'abord, et avant tout, à lui-même. Les dysfonctionnements sociaux eux-mêmes sont pensés de manière différente puisqu'il ne s'agit plus ici d'inadaptation à des schèmes comportementaux et à des rôles, mais de déficits d'intégration des principes structurants l'humain en général. On voit qu'on est dans une posture plus noble, plus rassurante aussi pour le soignant ; il n'est pas un simple éducateur. Il est véritablement un soignant, quand ce n'est pas même un rédempteur. En tous les cas, il se trouve dans une position relativement traditionnelle où le soin est mené avant tout sur et pour le sujet.

Claude-Olivier Doron

© copyright Claude-Olivier Doron

---

<sup>23</sup> On insiste sur la nécessité d'une thérapie active, qui ne laisse pas au sujet la possibilité de s'enfermer dans son déni. Il s'agit, selon Balier, d'abandonner l'écoute « sur le divan », passive, avec un principe de neutralité bienveillante : « le thérapeute ne peut se contenter d'attendre des éléments qui ne viendront jamais. Il convient qu'il adopte une démarche active, notamment pour obtenir des précisions sur les actes commis, le vécu les accompagnant, etc. L'expérience montre que le patient s'en trouve finalement considérablement soulagé. » C'est que l'enjeu n'est plus l'examen des fantasmes du sujet, L'enjeu, ce sont avant tout les agirs. Le sujet a commis un acte et c'est avant tout sur cet acte – sur sa réalité, la manière dont le sujet l'a perçu – que l'on doit l'interroger, d'autant plus qu'il tend à le nier ou le minimiser. On peut avoir recours pour ce faire, on l'a vu, au dossier du sujet. Il faut bien voir qu'avec ces sujets, et contrairement aux autres patients pris en charge en psychanalyse, peu de choses passent par la parole, ne serait-ce que parce qu'ils sont clivés et parce que ce qui fait le fond de leur pathologie n'accède pas au langage. Ce sont les éprouvés qui comptent le plus.