



Éthique de l'obligation de soin

La question particulière des délinquants sexuels

Bruno Gravier

Volume 1, 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074964ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074964ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinél de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gravier, B. (2000). Éthique de l'obligation de soin : la question particulière des délinquants sexuels. *Psychiatrie et violence*, 1. <https://doi.org/10.7202/1074964ar>

Article abstract

Plusieurs affaires retentissantes ont suscité d'intenses questionnements au sein de l'opinion publique européenne sur la prise en charge que la société actuelle peut proposer aux délinquants sexuels. Le désaveu de l'efficacité de l'action judiciaire et pénitentiaire en matière de récidive, la demande d'une répression accrue dans le sens de l'instauration de peines incompressibles de très longue durée vont de pair avec un appel croissant à la psychiatrie comme recours humaniste. Un certain nombre de pays disposent de législations permettant d'imposer un traitement psychiatrique contraint dans le cadre de peines privatives de liberté ou comme alternative à l'incarcération. Certaines législations vont même jusqu'à imposer la prescription de médicaments inhibiteurs de la libido en dehors de toute règle de consentement éclairé. D'autres pays traditionnellement hostiles aux théories de la défense sociale ou du positivisme criminologique viennent de légiférer en associant peine et soin comme en France où le législateur propose d'instaurer une peine de suivi médical de cinq ou dix ans.

Les questions éthiques que les praticiens devront affronter à l'avenir sont multiples et doivent amener à s'interroger sur les attentes de la société vis à vis de la psychiatrie et sur la toute puissance qu'elle semble lui conférer. Il y a presque deux décennies la psychiatrie américaine était secouée par le cas Tarasoff. Le questionnement qui se développe maintenant en Europe aussi, rejoint certaines questions de fond déjà évoquées alors sur la confidentialité de l'acte médical vis à vis de la justice. Cette question se double de celle l'impact de la thérapeutique sur de tels sujets. Problématique ou inefficace pour certains, indispensable pour d'autres

Confidentialité, consentement éclairé, primum non nocere, respect de l'intégrité du patient, tous ces principes qui fondent la pratique médicale sont singulièrement malmenés dès que l'on s'attache à la question des délinquants sexuels. Cela doit-il signifier que le psychiatre sort du domaine médical dès qu'il s'adresse à cette population pour ne plus être qu'un agent du contrôle social et l'alibi d'une répression accrue ? Les réflexions et élaborations cliniques qui se développent à propos des délinquants sexuels peuvent-elles nous permettre de repenser une obligation de soin, ou du moins une injonction de soin qui ne reproduise pas les impasses dans lesquelles la loi de 1970 sur les toxicomanies a amené les thérapeutes à se fourvoyer ? L'incitation à la rencontre avec un thérapeute doit-elle faire partie intégrante du cadre que vise à mettre en place le contrôle social ? Finalement, le thérapeute doit-il prendre position dans ce qui apparaît comme une véritable mutation dans le rapport de la société à la sanction et à la pénalité ?

ETHIQUE DE L'OBLIGATION DE SOIN

(La question particulière des délinquants sexuels)

Bruno Gravier

Texte préalablement publié dans «Sexologies» vol. VIII no. 29

RESUME

Plusieurs affaires retentissantes ont suscité d'intenses questionnements au sein de l'opinion publique européenne sur la prise en charge que la société actuelle peut proposer aux délinquants sexuels. Le désaveu de l'efficacité de l'action judiciaire et pénitentiaire en matière de récidive, la demande d'une répression accrue dans le sens de l'instauration de peines incompressibles de très longue durée vont de pair avec un appel croissant à la psychiatrie comme recours humaniste. Un certain nombre de pays disposent de législations permettant d'imposer un traitement psychiatrique contraint dans le cadre de peines privatives de liberté ou comme alternative à l'incarcération. Certaines législations vont même jusqu'à imposer la prescription de médicaments inhibiteurs de la libido en dehors de toute règle de consentement éclairé. D'autres pays traditionnellement hostiles aux théories de la défense sociale ou du positivisme criminologique viennent de légiférer en associant peine et soin comme en France où le législateur propose d'instaurer une peine de suivi médical de cinq ou dix ans.

Les questions éthiques que les praticiens devront affronter à l'avenir sont multiples et doivent amener à s'interroger sur les attentes de la société vis à vis de la psychiatrie et sur la toute puissance qu'elle semble lui conférer. Il y a presque deux décennies la psychiatrie américaine était secouée par le cas Tarasoff. Le questionnement qui se développe maintenant en Europe aussi, rejoint certaines questions de fond déjà évoquées alors sur la confidentialité de l'acte médical vis à vis de la justice. Cette question se double de celle l'impact de la thérapeutique sur de tels sujets. Problématique ou inefficace pour certains, indispensable pour d'autres

Confidentialité, consentement éclairé, primum non nocere, respect de l'intégrité du patient, tous ces principes qui fondent la pratique médicale sont singulièrement malmenés dès que l'on s'attache à la question des délinquants sexuels. Cela doit-il signifier que le psychiatre sort du domaine médical dès qu'il s'adresse à cette population pour ne plus être qu'un agent du contrôle social et l'alibi d'une répression accrue? Les réflexions et élaborations cliniques qui se développent à propos des délinquants sexuels peuvent-elles nous permettre de repenser une obligation de soin, ou du moins une injonction de soin qui ne reproduise pas les impasses dans lesquelles la loi de 1970 sur les toxicomanies a amené les thérapeutes à se fourvoyer? L'incitation à la rencontre avec un thérapeute doit-elle faire partie intégrante du cadre que vise à mettre en place le contrôle social? Finalement, le thérapeute doit-il prendre position dans ce qui apparaît comme une véritable mutation dans le rapport de la société à la sanction et à la pénalité?

Mots-clés : éthique, obligation de soin, délinquants sexuels, abus sexuels.

Le questionnement éthique se fait de plus en plus insistant dans la pratique médicale actuelle, tant nous sommes confrontés dans notre pratique à des domaines limites qui, parfois, nous donnent le vertige. Il suffit de parcourir les programmes des congrès de psychiatrie légale, de criminologie voire de victimologie pour mesurer combien ce questionnement déborde le champ de la psychiatrie légale pour envahir toutes les sphères de la pratique médicale psychiatrique et psychosociale.

La succession d'affaires dramatiques et leur écho médiatique a agi comme un formidable catalyseur qui a, en particulier, conduit chaque Etat de droit à s'interroger sur la manière dont sont pris en charge les délinquants sexuels dans les institutions et en corollaire sur les exigences qui doivent accompagner ces prises en charge. A partir de là s'entrechoquent violemment différentes optiques que Jocelyn Aubut (Aubut, 1997) résume en trois quêtes :

une quête de soins pour le patient
une quête de sens pour le thérapeute et
une quête de contrôle pour la société.

Nous sommes dans ce moment particulier où la réflexion qui doit aider à esquisser des réponses à ces trois quêtes est singulièrement pressée par l'actualité.

L'émotion et l'identification sont deux ressorts majeurs de cette urgence qui se décline sans cesse dans les médias. Tous, spectateurs ou acteurs sociaux, par ces deux mécanismes nous devenons un moment ou

l'autre " les parents de fillettes disparues par procuration médiatisée " (Masuy, 1997). Ainsi j'ai pu constater à travers ma pratique (qui me confronte à ces délinquants et aux mouvements qu'ils peuvent induire chez ceux qui tentent, sinon de les soigner, du moins d'établir une relation dans un contexte de soin), combien nous sommes tous un moment ou l'autre l'objet de ce double mouvement qui nous pousse à agir et à mettre en oeuvre des décisions qui pourraient s'inscrire en contrepoint de notre éthique médicale traditionnelle. Une autre dimension peut nous permettre de saisir ce qui est en jeu dans cette urgence éthique: c'est la manière dont s'énonce cet événement qui insiste dans son écho, événement que l'on pourrait baptiser " délinquance sexuelle et pédophilie ".

A propos de l'affaire Dutroux, le politologue Lionel Panafit évoque un triple niveau d'énonciation qui s'ordonne autour du regard, autour du temps et enfin autour du traumatisme (Panafit, 1997) :

L'énonciation du regard se construit de manière polymorphe nous dit ce politologue : l'image est au centre de l'événement " Ce sont les photos des victimes diffusées par les différents canaux, mais aussi en écho le trafic de cassettes vidéos, la symbolique visuelle (la marche blanche, etc.) ".

L'énonciation du temps est aussi particulière en ce que l'événement est pensé comme un événement historique avant même de s'être entièrement déroulé " il n'est pas défini par son appartenance à un passé, par une exemplarité ou un moment fondateur, mais par une conscience de l'immédiateté ". L'événement est urgence, urgence sociale, urgence législative, urgence médicale, il y a des vies à sauver par procuration ... L'énonciation du traumatisme est aussi particulière car c'est au travers du sentiment du traumatisme subi par le corps social que s'écrit l'événement. La pédophilie, par sa présence insistante en des lieux, des fonctions ou des professions où elle est impensable, se révèle être une effraction à une certaine idéalité sociale.

Il me semble que nous nous trouvons actuellement devant une nouvelle donne. On pourrait se borner à constater qu'en réponse à cette émotion, comme le refoulé, la défense sociale fait un retour en force pour redonner un nouvel élan à la création de superstructures permettant de mieux contenir et stigmatiser ceux qui naviguent aux confins de la responsabilité et détruisent l'autre en agissant leur violence.

A mon avis, il est nécessaire de nous interroger un peu plus sur ce qui peut être compris comme une révolution éthique risquant de bouleverser l'ensemble de nos pratiques sans épargner ceux d'entre nous qui ne voudraient pas se commettre avec la justice ou l'action judiciaire.

Ces dernières années déjà, dans le domaine de la psychiatrie légale un certain nombre de questionnements éthiques se sont fait jour, en particulier quant au rôle de l'expert. Je rappellerai les positions d'Alan Stone à propos de la parabole du sergent noir qui remet en question jusqu'à la place du psychiatre dans le procès pénal (Stone, 1980, Appelbaum, 1990). Il faut bien dire que la participation d'un psychiatre au processus qui peut conduire à l'application et à l'exécution de la peine de mort aux Etats-Unis est une des grandes émotions qui a pu saisir les psychiatres légistes.

Les bouleversements éthiques qui s'annoncent procèdent de plusieurs mouvements :

En premier lieu il existe manifestement une certaine remise en cause de l'institution judiciaire dans le sentiment de désaveu et d'inadéquation de la réponse pénale et pénitentiaire en matière de récidive. De ce sentiment découle un constat de l'inefficacité de la réponse pénale ou du moins de l'insuffisante sécurité qu'elle peut procurer. En corollaire de ce mouvement de désaveu existe une tendance à une répression accrue, comme en témoigne l'instauration de peines incompressibles de très longues durées, de mesures d'internement à durée indéterminée dans d'autres pays. En tout cas, l'allongement des peines privatives de liberté sous la pression de l'émotion, des médias et du sentiment d'impuissance, est patent, qui fait se rapprocher les démarches pénitentiaires de ce qui s'est dessiné depuis plusieurs décennies aux Etats-Unis.

Malgré cette répressivité accrue. Le sentiment prévaut que la seule incarcération des délinquants sexuels conduit à l'inéluctable de la récidive. Finalement, on a l'impression que dans ce domaine la justice se met en attente, incarcérant le plus longtemps possible tant qu'un traitement ne viendra pas garantir l'amendement de ce type de délinquants. On a aussi souvent l'impression d'un immense imbroglio dans lequel la justice persévère et où la délinquance mineure se trouve assimilée aux actes criminels les plus barbares et les plus violents.

Indépendamment de ce questionnement judiciaire, nous devons aussi nous interroger sur les attentes de la société vis à vis de la psychiatrie et sur la toute puissance qu'elle semble dans ces moments de crise conférer aux psychiatres. Dans cette actualité, certains principes fondateurs de l'acte médical sont bien souvent, trop souvent, mis à mal .

Dans la situation du traitement des délinquants sexuels, la complexité vient de la place particulière du thérapeute qui est amené, ou se sent obligé de rendre des comptes et d'évaluer la qualité de son traitement à l'aune de ce qu'il pressent de la capacité de récidive de son patient. Cette évaluation peut surgir à deux niveaux. D'abord au niveau externe de l'évaluation demandée par la justice ou par les autorités d'exécution des peines ou des mesures. Mais, il existe un autre niveau dont on ne peut faire abstraction puisqu'il s'inscrit

dans l'essence même de la qualité thérapeutique, c'est le niveau interne de notre propre émotion et de nos propres identifications celles qui sont aussi convoquées par l'événement. Il est bien évident que le niveau interne de l'évaluation peut venir télescopier l'autre et réciproquement.

On se rappelle le séisme qui a suivi l'affaire Tarasoff aux USA.(Kaufmann, 1991). De nouveau la confidentialité de l'acte médical est remise en question, malmenée, interpellée prenant l'allure d'une défense désuète source du soupçon. L'attitude du législateur prend ici plus valeur de symptôme que de cause. Où commence le danger? cette question se fait lancinante : commence-t-il quand notre patient exprime son intentionnalité délictueuse, quand il en ébauche la réalisation, ou quand notre connaissance clinique nous amène au constat que la structure psychique de ce délinquant ne se modifiera pas et partant peut l'amener inéluctablement à commettre des actes qui s'inscrivent dans une répétition mortifère. Que la confidentialité soit brisée en s'adressant à un autre médecin habilité à renseigner la justice ne change rien à l'affaire, car il me semble bien qu'il est maintenant question d'instituer un tiers garant dans cette relation thérapeutique à hauts risques et que la justice a un rôle à y jouer.

Le consentement éclairé ne pouvait être battu en brèche que dans le cas d'un danger ponctuel imminent et manifeste, et en pouvant justifier d'une faillite de la capacité de discernement de la personne. L'obligation de soins telle qu'elle se dessine ouvre un espace inquiétant de contrôle thérapeutique. Il est aussi important de constater que cette obligation de soins se multiplie pour le psychiatre par une obligation de patients. J'ai pu, en effet, constater à plusieurs reprises combien il est difficile de mettre fin à une relation vide de sens et en tout cas vide de thérapeutique dès lors qu'elle est assignée par une autorité.

Finalement, peut-on parler de but thérapeutique en visant principalement la prévention de la récurrence ? En effet, que devient l'idéal du soin, comment peut-il se reconstruire ? Comment peut-on vivre une alliance thérapeutique qui peut nous amener à nous percevoir ou être perçu jusqu'à nos propres collaborateurs comme complice d'un criminel ne serait-ce que parce que l'on se trouve en empathie avec notre patient. L'analyse du contre-transfert en devient particulièrement complexe surtout dès lors qu'elle peut nous conduire à intervenir dans la réalité du patient, parfois dans le sens d'une contrainte et pratiquement dans celui d'une rupture, sinon d'une lecture particulière du cadre thérapeutique.

Cette question se double de celle de l'impact véritable de la thérapeutique sur de tels sujets. A cet égard le débat entre Marshall et Quinsey qui s'est fait jour dans la presse scientifique apparaît symptomatique des enjeux éthiques de la réflexion actuelle. D'un côté Quinsey (Quinsey, 1993) souligne l'absence totale de fiabilité des publications concernant les résultats des approches thérapeutiques tandis que d'un autre côté Marshall (Marshall, 1993) insiste pour que se développent au maximum les approches thérapeutiques. Néanmoins les études les plus récentes plaideraient en faveur d'une certaine efficacité dans le domaine de la prévention de la récurrence lorsque ces traitements sont bien adaptés et vont jusqu'au terme du programme proposé et en incluant un certain nombre de mesures spécifiques qui relèvent plus du contrôle social que du soin. (Marshall, 1994, Pellerin et al., 1996)

Est-il éthique de refuser de mettre en oeuvre un soin parce qu'on reste très circonspect sur son efficacité (du moins dans le sens souhaité par la société) alors que beaucoup estiment que la gravité du risque impose de faire " quelque chose " ? N'est-il pas plus grave encore de laisser perdurer des espoirs vains en mettant en route des traitements alors que rien, aucune étude, aucune expérience scientifique n'en garantit l'efficacité ? Il y a des cas, dramatiques, où beaucoup laissent croire la possibilité d'un soin là où il n'y a que du gardiennage.

La question de l'imputabilité du psychiatre amène une tension supplémentaire dans cette situation déjà bien délicate. Il est patent que dans nombre de pays le rôle assigné au psychiatre dans cette prise en charge l'amène, qu'il le veuille ou non à endosser une responsabilité quant aux actes futurs de son patient. Malgré l'inflation imaginaire qui, dans ce cas, sous-tend la faute imputée au psychiatre, les poursuites juridiques, elles, sont bien réelles et nous en avons eu plusieurs exemples récents.

Le projet de loi élaboré par le précédent gouvernement et repris récemment par l'actuel après avoir gommé les aspects les plus inacceptables s'inscrit aussi dans ce contexte passionnel et dans une certaine surenchère sécuritaire. Je rappellerais brièvement les critiques qui se sont élevées contre le précédent projet de loi dans les différents articles qui ont suivi sa diffusion : ces critiques dénonçaient l'assimilation du soin et de la sanction dès le libellé 1 (" peine de suivi médico-social "). Ces critiques dénonçaient, entre autres le décalage entre les possibilités actuelles et la volonté des pouvoirs publics, l'atteinte au secret médical, l'obligation faite au psychiatre de participer à un traitement psychiatrique imposé en l'absence de maladie psychiatrique, la dimension de loi d'exception d'un tel texte qui fait . " argument de la monstruosité des actes pour légitimer des contraintes hors du droit commun "2.

Il est clair pour beaucoup que depuis plusieurs années la France est engagée dans une dérive sécuritaire qui ne peut laisser indifférent. Depuis l'entrée en vigueur du nouveau code pénal de 1994, la sévérité des

sanctions prononcées par les tribunaux ne cessent de croître. Cette dérive d'ailleurs ne date pas de ces dernières dispositions, la France est suivant l'avis même des ministères concernés le pays d'Europe où les agressions sexuelles sont de loin punies avec la plus grande sévérité. En 1990, 81 % des condamnations à la prison ferme dépassaient 5 ans. Alors que dans aucun autre pays ce taux ne dépassait les 60%.³ Ce projet de loi institue une peine complémentaire et non alternative à la privation de liberté. Le projet d'ailleurs indique bien que finalement il constitue une possibilité de répression supplémentaire là où le législateur a épuisé les possibilités d'une aggravation de la pénalité. L'exposé des motifs indiquait d'ailleurs à l'époque clairement ses intentions " c'est ainsi que le gouvernement avait décidé de limiter à cinq ans pour les délits et à dix ans pour les crimes la durée maximale de la peine du sujet médico-social, tout en étant convaincu que ces durées seraient allongées, voire rendues perpétuelles par le parlement ".

La dérogation aux règles du secret médical semblerait à priori mineure et moins contraignante qu'en cas, par exemple, de maltraitance à enfant puisqu'il n'y aurait pas d'obligation de dénoncer.

L'avis du Comité Consultatif National d'Ethique indique bien à quel point l'imputabilité faite au psychiatre est réelle : " Dans l'hypothèse où le médecin choisit de respecter le secret et où le patient passe à l'acte une nouvelle fois, le médecin pourrait en supporter seul la responsabilité ". La défausse apparaît ici manifeste indiquant clairement au médecin son rôle de garant de la sécurité, le législateur ne se faisant par ailleurs aucune illusion quant aux possibilités de traitement.

Au delà du projet c'est la position même du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) qui fait problème (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 1996). En dehors des réserves exprimées plus haut quant au secret médical. Le CCNE définit une véritable norme en matière de traitement des délinquants sexuels. Il fait en effet reposer sa recommandation sur une vision très sélective de la littérature scientifique, privilégiant les travaux sur la castration chimique, réduisant les approches psychologiques en quelques remarques rapides, pour finalement conclure que "seules quelques publications apportent des arguments en faveur d'une efficacité temporaire chez les pédophiles" des traitements de ce type.

S'agissant d'une des plus hautes instances de l'état, garante de l'éthique des pratiques médicales, il y a de quoi être perplexe surtout quand la recommandation No 3 stipule " La peine de suivi médico-social est précédée d'une expertise psychiatrique qui paraît de nature à orienter les modalités de l'injonction de soins exclusivement vers les psychothérapies. Or, il apparaît qu'un traitement médical, notamment hormonal, soit souhaitable pour nombre de condamnés, associé ou non, selon les cas à un travail psychothérapique ". Et le Comité Consultatif National d'Ethique de s'insurger contre le caractère temporaire de la mesure pour réclamer une peine indéterminée permettant d'imposer indéfiniment un traitement hormonal.

Finalement c'est le Comité Consultatif National d'Ethique qui nous indique combien de tels projets de lois ne peuvent qu'être des lois de sécurité dans lequel le psychiatre est réduit au rôle de prescripteur de castration chimique. Il n'est même plus donné l'illusion d'un soin, d'un accompagnement thérapeutique qui permette d'engager le délinquant dans une véritable remise en question. Le psychiatre ne peut être alors que le gestionnaire de la dangerosité.

L'élaboration de nouveaux points de repères

Nous sommes manifestement dans une urgence éthique qui nous impose de créer des points de repères où doivent être reconnues, dans le cadre d'une pratique de soins, des valeurs qui impliquent le respect de la dignité de la personne, de notre patient auteur d'agressions, mais aussi, et c'est ce qui insiste dans la question de la délinquance sexuelle (plus que dans toute autre pratique clinique concernant les délinquants) le respect de la victime passée mais aussi de la victime potentielle.

Une question est de savoir comment respecter un délinquant sexuel sans que nos interventions dans la réalité (ou même dans la thérapie) ne soient pas une manière d'agir notre propre désir de rétorsion ? Kant indiquait que le respect est avant tout le refus de l'instrumentalisation d'autrui. Comment ne pas lire les désaccords des uns et des autres au sujet des interventions cliniques possibles auprès des délinquants sexuels, comme le reflet de désaccords plus profonds sur la hiérarchisation des valeurs morales qui sous-tendent nos raisonnements cliniques? Peut-être est-ce bien parce que nous sommes dans une ère de bouleversement de certaines de nos valeurs qu'une éthique est sollicitée en tant que travail de création en l'absence de morale de référence.

A mon sens, c'est à partir du respect et de l'écoute d'une situation que des points de repères peuvent s'établir et autorisent à décliner une sémiologie d'attitudes, de partenariats avec certains intervenants, d'interactions avec nos patients qui doivent naviguer entre obligation de soins et contrôle social, et qui nous amènent à travailler au cas par cas les indications thérapeutiques pouvant parfois déboucher sur les incitations thérapeutiques.

C'est là que l'on peut percevoir à quel point une pratique clinique ne peut se valider que dans l'exigence éthique en tant qu'interrogation constante. Le problème n'est pas d'être pour ou contre l'obligation de soins,

mais de refuser le télescopage entre obligation de soins et contrôle : référons-nous à Winnicott qui rappelait que si le praticien peut soigner la tendance antisociale, il n'est pas compétent pour prévenir la récidive. L'élaboration éthique doit prévoir l'intégration de la spécificité de la situation de la rencontre dans la clinique. C'est en effet dans cette spécificité que peut se repérer la place, le dire de la victime dans la prise en charge de l'agresseur. C'est là aussi que se situe l'évaluation de la dangerosité du patient, non pour les partenaires extérieurs (juge d'application des peines), mais telle que le thérapeute dans le commentaire qu'il se fait de la violence de ce patient peut être amené à la reconnaître, à l'évaluer, voire à la surévaluer.

Cette insistance de l'éthique dans la clinique peut nous permettre de nommer notre empathie pour la victime et ainsi de dessiner l'image de celle-ci qui a pu être déposée en nous à travers son agresseur. L'insistance de l'éthique dans la clinique nous amène aussi à nommer, à souligner, notre propre évaluation de la dangerosité du patient dans la restitution thérapeutique et avant toute restitution en dehors de l'équipe soignante. La question est de savoir comment cette dangerosité du patient peut être vécue par les thérapeutes et pensée avant d'être agie par eux en retour? C'est là l'espace de la clinique développée par Claude Balier qui interdit le secret pathogène au sein de l'équipe soignante. (Balier, 1989 et 1996) Nous sommes dans un domaine clinique où il convient d'être particulièrement attentif aux effets pathogènes du clivage sur toutes les dynamiques qui peuvent s'instaurer.

Ces différents aspects nous permettent de négocier le passage de la rétorsion sadique (qui s'instaure souvent en nous face à de telles violences) par la subjectivation jusqu'à la représentation humanisée du tiers menacé par la violence du patient. C'est à mon sens ce passage à la subjectivation qui peut permettre à ce patient d'accéder ainsi à un véritable processus thérapeutique. C'est en tout cas ce qui lui permet de nous vivre en tant que thérapeute, non dénié par l'identification projective. C'est peut-être au prix d'un tel travail que peut s'envisager la restitution dans le réel d'une évaluation du risque présenté par le patient.

L'élaboration des points de repères, ainsi que notre réflexion, me semble devoir inclure aussi la désignation des tiers institutionnels, partenaires respectueux de notre logique de soins mais rigoureux dans l'exercice de leur propre rôle. Comme cela est souvent rappelé, nous sommes dans une triangulation qui peut être structurante lorsqu'elle se dispose dans la clarté des rôles et le respect des espaces de chacun. Cette triangulation peut par contre être une source de clivages et d'affrontements quand le patient arrive à rejouer sa jouissance jubilatoire devant une nouvelle version de l'échec de la scène primitive, et je rappellerais ici les travaux de Joyce Macdougall (1978 et 1993).

L'élaboration théorique doit ainsi pousser à la création d'instances de médiation et de supervisions, investies en tant que telles, instances qui permettent pour les thérapeutes et les interlocuteurs de ce délinquants l'écoute, l'évaluation et la validation des choix. Ces instances de médiation et de supervisions, en permettant la reconnaissance de l'altérité, permettent de construire des instances symboliques dans des espaces souvent bien déserts de ce point de vue.

Finalement, ce qui me semble important, au risque de choquer, ce n'est pas la mesure ou la disposition légale elle-même (obligation, injonction de soins, etc.), mais l'intentionnalité qui la sous-tend, la manière dont une telle mesure, telle qu'elle est pensée par le législateur, peut respecter les élaborations et les pratiques existantes et comment elle peut se poser en espace de création d'une pratique en partenariat qui respecte l'engagement et la compétence du professionnel. Toute mesure légale dans ce domaine doit rappeler avec une insistance particulière que le soin est avant tout une création, surtout dans les incertitudes qui sont les nôtres.

Références

1. APPELBAUM P.S., (1990) The parable of the Forensic Psychiatrist : Ethics and the Problem of doing Harm. *International Journal of Law and Psychiatry*; 13; 4 : 249-259.
2. AUBUT J., (1997) Le traitement des agresseurs sexuels: entre la quête de sens, la quête de soins et la quête de contrôle, communication au congrès de l'AFFORTHEC, 6-06-1997.
3. BALIER C., (1988) *Psychanalyse des comportements violents*. Paris, PUF
4. BALIER C., (1996) *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. Paris, PUF
5. COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ, (1996) *Recommandations sur un projet de loi "renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs"*, 51.
6. KAUFMANN M., (1991) Post Tarasoff legal developments and the mental health literature. *Bulletin Of the Menninger clinic*; 55, 308-322.
7. Mac DOUGALL J., (1978), *Scène primitive et scénario pervers*. In : *Plaidoyer pour une certaine anormalité*; Paris, Gallimard : 35-62.
8. Mac DOUGALL J., (1993), *L'addiction à l'autre : réflexion sur les néosexualités et la sexualité addictive*. In : FINE A., LE GUEN A., OPPNHEIMER H., *Monographie de la Revue Française de Psychanalyse*, 139-157.

9. MARSHALL W.L., (1993) The treatment of sex offenders, What does the outcome data tell us? A reply to Quinsey, Harris, Rice and Lalumière. *J. Of Interpersonal Violence*; 8; 4 : 524-530.
10. MARSHALL W.L, PITHERS W.D., (1994) A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*; 21; 1 : 10-27.
11. MASUY C., (1997) Une émotion populaire médiatisée: laboratoire pour un autre journalisme. In : BURNAY N., LANOY P., PANAFIT L.. *La société indicible*, Bruxelles, Luc Pires Ed.: 27.
12. PANAFIT L., (1997) Production de sens et socialisation de l'événement. In : BURNAY N., LANOY P., PANAFIT L.. *La société indicible*, Bruxelles, Luc Pires Ed.: 153-170.
13. PELLERIN B., PROULX J., OUIMET M., PARADIS Y., Mc KIBBEN A., AUBUT J., (1996), Etude de la récidive post-traitement chez des agresseurs sexuels judiciairisés. *Criminologie*; 29, 1 : 85-107
14. QUINSEY V.L., HARRIS G.T., RICE M.E., LALUMIERE M., (1993) Assessing treatment efficacy in outcome study of sex offenders. *Journal of Interpersonnal Violence*; 8;4; 512-523.
15. STONE A A., (1980) Presidential Address : conceptual ambiguity and morality, in modern psychiatry, *American Journal of Psychiatry*; 137 :887-891.

Bruno GRAVIER
Av. De Sévelin, 18
1004 Lausanne
Suisse.
Décembre 1997

- 1 Communiqué de plusieurs syndicats de psychiatres du 29 11 1996 (SPEP, SUP, SPH, SPS)
 - 2 Prise de position de l'association "Pratiques de la Folie", 12 mars 1997
 - 3 Compte rendu des réunions interministérielles, 18 et 25 octobre 1996, ces chiffres sont d'ailleurs confirmés par toutes les études menées dans ce domaine.
- B. Gravier, Ethique de l'obligation de soin, page 9