



Responsabilisation et déresponsabilisation dans le traitement des délinquants sexuels en Belgique

Christophe Adam

DANS **DÉVIANCE ET SOCIÉTÉ 2012/3 Vol. 36**, PAGES 263 À 276

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 0378-7931

DOI 10.3917/ds.363.0263

Date de mise en ligne : 15/10/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2012-3-page-263?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Responsabilisation et déresponsabilisation dans le traitement des délinquants sexuels en Belgique

L'article pose le problème de la responsabilisation/déresponsabilisation dans le contexte des pratiques belges francophones de traitement ou de guidance des auteurs d'infraction à caractère sexuel, en référence à des données issues d'une pratique clinique de terrain spécialisée dans la rencontre de ces auteurs. La thèse d'une déresponsabilisation des cliniciens sera soutenue en miroir d'une responsabilisation des auteurs d'infraction(s), attestant d'un renversement de la charge de la responsabilité dans le chef du justiciable-patient alors que la démarche clinique suppose qu'elle soit toujours partagée entre « traitant » et « traité ». Les ressorts de ce renversement de la responsabilité seront examinés à travers la critique d'une clinique critériologique en vogue, de ses présupposés discursifs et de ses conséquences sociales.

Christophe Adam
Centre de recherches
criminologiques
Université Libre de Bruxelles

Dans le domaine des pratiques psychosociales, le mot « responsabilisation » est sur bien des lèvres. Sous réserve d'un examen empirique approfondi, il semble revêtir une acception pragmatique et méthodologique au sens de responsabiliser les justiciables dans les démarches de leur vie quotidienne dont ils sont pleinement tenus responsables. Ainsi, la responsabilisation apparaît-elle unilatérale. Il s'agit pour les justiciables de se montrer responsables de chaque démarche envisagée, témoignant qu'ils s'impliquent activement dans les mesures dont ils font l'objet.

Nous avons choisi de poser le problème de la responsabilisation à partir de données empiriques issues de notre pratique « clinique » de « traitant »¹ dans le cadre d'une équipe spécialisée dans le traitement et la guidance d'auteurs d'infractions à caractère sexuel² dans un service de santé mentale en Région wallonne de Belgique. Ces données seront croisées avec d'autres, collectées lors de nos activités de psychologue clinicien au Centre d'appui bruxellois, de 2009 à 2010, où nous étions chargé de l'évaluation psycho-diagnostique

¹ Nous faisons usage du terme « clinique » pour désigner formellement un type de formation en psychologie universitaire. Nous verrons plus loin pourquoi nous évitons de nous autoproclamer « thérapeute » *de facto*.

² Que nous nommerons ci-après « délinquants sexuels », par souci de commodité.

et de l'orientation « thérapeutique » des délinquants sexuels vers des équipes spécialisées dans le traitement et la guidance de ces derniers. Nous avons été régulièrement confronté aux refus de prise en charge par ces équipes pour des raisons diverses qu'il s'agira d'évaluer³. Nous avons ainsi eu la possibilité d'occuper des positions différentes dans le suivi de ces délinquants: si avant nous étions chargé de leur orientation vers des structures spécialisées de soin, aujourd'hui, depuis 2010, nous le sommes de leur traitement au sein de ces mêmes structures.

Des accords de coopération entre le monde de la justice et le monde de la santé relatifs au traitement et à la guidance des auteurs d'infraction à caractère sexuel

Afin de saisir les enjeux de la responsabilisation, le cadre institutionnel belge doit être brièvement décrit. Depuis les années 1999 et 2000, le traitement des délinquants sexuels est régleménté par des accords de coopération entre le monde judiciaire et celui de la santé. Il existe trois accords de coopération différents entre l'entité fédérale et les entités fédérées que sont la Région flamande, la Région Bruxelles-capitale et la Région wallonne. Si l'accord de la Région wallonne et celui de la Région flamande diffèrent peu, celui de la Région Bruxelles-capitale est spécifique puisqu'il institue un acteur en lui reconnaissant une fonction d'intermédiaire, le Centre d'appui Bruxellois (CAB), représentant un « tiers » entre le monde de la justice et celui de la santé. Cette situation atypique s'explique par la difficulté récurrente de coopération entre les deux « mondes » (Francis, 2003), marquée par des conflits, nécessitant une instance tierce. Le CAB est ainsi chargé de recevoir les injonctions de la justice au traitement, de les évaluer et, le cas échéant, de les orienter vers des structures de soin adaptées, telles que les équipes spécialisées dans le traitement et la guidance des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Chaque Région dispose de son centre d'appui, les missions des deux autres centres d'appui – Région wallonne et Région flamande – se distinguent dans la mesure où ces structures s'occupent et de l'évaluation et du traitement, ce qui n'est pas le cas du CAB. C'est donc dans des cadres assez différents que nous avons pratiqué et pratiquons encore actuellement.

Concrètement, d'un point de vue légal, le juge *peut* obliger un auteur d'infraction à caractère sexuel à suivre « un traitement ou une guidance » dans une équipe spécialisée⁴. Lorsqu'un justiciable-patient⁵ est adressé, il est rencontré à plusieurs reprises lors d'une phase évaluative de la possibilité d'un traitement, en vue d'envisager les adaptations possibles du cadre d'intervention aux singularités des cas. À l'issue de cette évaluation, si elle est positive, une convention est signée par le représentant de l'autorité judiciaire (appelé « assistant de justice »), le justiciable-patient et le représentant de l'équipe spécialisée qui

³ Une récente recherche évaluative confirme ce constat: Raes *et al.* (2011).

⁴ Ces termes sont ceux consacrés par la loi.

⁵ Nous faisons usage de ce double terme pour différencier logique judiciaire et logique de traitement.

le prendra en charge. Cette convention est censée garantir les droits et obligations de chacune des parties. Au sein du service de santé mentale où nous exerçons, le refus d'une prise en charge est rare mais cette possibilité est offerte par l'accord de coopération. L'obligation de soin pèse donc sur le justiciable-patient et non sur les équipes de traitement ou de guidance en tant que telles. Le cadre des accords de coopération donne lieu à des réinterprétations plus ou moins restrictives. En effet, du côté des équipes spécialisées, certains praticiens traduisent les exigences de traitement ou de guidance en exigences psychothérapeutiques, ce qui n'est pas conforme au sens des accords de coopération car, en évoquant les termes de traitement et de guidance, le législateur avait l'intention de donner à la notion de « traitement » une acception extensive et non restrictive⁶ afin que tous les courants, obédiences et paradigmes s'y retrouvent. Pour ce qui concerne la notion de « guidance », elle sous-entendait que les prises en charge ne se limitent pas aux dispositifs (psycho) thérapeutiques mais puissent aussi s'engager dans des dispositifs de contrôle social ou de rééducation qui font en général bondir certains « thérapeutes »⁷ qui se défendent de ces rôles en pensant qu'ils n'ont pas à s'y investir. Les « thérapeutes », au nom d'une représentation puriste de leur métier, refusent alors de jouer le jeu du contrôle social dans un certain isolement ; tout se passant comme si le praticien méfiant ne pouvait interférer avec la commande socio-pénale, laquelle est le plus souvent suspectée. Il reste que certains, une minorité, acceptent de transformer leurs pratiques pour rencontrer des problématiques aux marges de leur dispositif de soin et de leurs conceptions d'une pratique idéale qui se fonderait sur le modèle de la cure psychanalytique. Souvent, ils sont discrédités par la profession elle-même confondant orthodoxie avec radicalisme (Adam, 2011). Il suffit de lire les écrits de Balier (1988, 1996) pour comprendre qu'il a d'abord dû se défendre contre des attaques émanant de sa propre profession, lui qui a soutenu, avec rigueur, que l'on pouvait développer une *psychanalyse des comportements*, qui plus est en milieu carcéral. Et ce, sans y voir un pacte avec le diable de la justice pénale.

⁶ Si toute thérapie est un traitement, tout traitement n'est pas nécessairement thérapeutique. Le terme traitement est beaucoup plus large et générique que celui de thérapie. Le champ de la thérapie ne se réduit pas à la psychothérapie, ce qui permet d'identifier les prises de positions monopolistiques des tenants des « disciplines psy- ». On peut ainsi parler d'un traitement social ou pénal sans convoquer des significations thérapeutiques ou psychothérapeutiques ; or, l'on est souvent face à de redoutables confusions dans ces domaines. Foucault (2001) revient sur les exigences antiques de la thérapeutique au double sens de prendre soin et se soucier de soi, bien avant d'évoquer une quelconque souffrance ou pathologie ou encore de s'occuper d'autrui. En ce sens, traiter un délinquant sexuel, ce n'est pas nécessairement traiter un malade, ni prendre soin de lui. Pour saisir les différences conceptuelles entre traitement et thérapie, nous renvoyons à l'étymologie suggestive des deux termes. Il reste que les acceptions de la thérapie restent à étudier empiriquement car le terme, même s'il est fréquemment véhiculé chez les praticiens, renvoie à des réalités diverses, transformant d'ailleurs substantiellement l'origine sémantique du terme (qui reste en rapport avec la transcendance et le sacré).

⁷ Il est intéressant de remarquer que les professionnels se proclament « thérapeutes » *de facto* alors que le texte des accords de coopération n'évoque pas le terme « thérapie ».

La dialectique responsabilisation-déresponsabilisation : vers une conception clinique de la responsabilité

Nous pensons qu'il s'agit de poser le problème de la responsabilisation en l'associant dialectiquement avec celui de la déresponsabilisation, ce qui permet d'envisager des glissements, des renversements, des polarités, des équilibres ou des ruptures.

Revenons un instant sur le terme « responsabilité ». Il est un dérivé du verbe « répondre » et ne prend donc *son sens qu'en situation de dialogue où il s'agit tout autant de s'expliquer avec soi-même qu'avec autrui. Il exprime l'entretien d'échanges mutuels et réciproques où chacun est appelé à tenir des engagements à l'égard de soi comme d'autrui* (Kinable, 2006). La démarche clinique suppose donc toujours une conception réciproque, mutuelle et partagée de la responsabilité. Toute démarche clinique qui s'écarterait de cette conception de la responsabilité, non seulement dénierait le sens profond du terme mais serait très certainement traversée par des phénomènes relationnels non repérés comme tels, lesquels constituent pourtant le terreau de toute pratique clinique. Ces phénomènes sont entre autres : la projection, l'identification projective, le contre-transfert... sans entrer ici dans le détail des définitions techniques et des différences conceptuelles, relevons simplement que le « traitant » qui y est soumis risque justement de perdre sa place structurante de « traitant », il risque de ne plus tenir son rôle de manière professionnelle, se laissant envahir par des motions personnelles. Ces phénomènes sont aussi bien des dangers que des moteurs du traitement lui-même, à condition qu'ils puissent être soigneusement identifiés, ce qui reste une opération difficile. Si la démarche clinique suppose de comprendre le monde de l'autre tel qu'il le vit, tout mouvement en ce sens de la part du praticien présente le risque de l'en déloger. Sa responsabilité est donc toujours engagée du seul fait qu'on lui parle dans un certain cadre. En ce sens, faire porter le poids de la responsabilité sur le seul justiciable-patient nous apparaît constituer un présupposé anti-clinique, résultant d'un effet d'un puissant phénomène relationnel à la fois engendré et vivifié par le cadre clinique mais non repéré comme tel par le clinicien. Si la responsabilité devient un vecteur qui n'est plus partagé ou partageable, si elle n'est plus un entre-deux ou un espace de connaissance réciproque et de reconnaissance mutuelle, alors elle aura perdu sa densité clinique. C'est bien là le danger de toute relation clinique.

Une forme de déresponsabilisation du clinicien consiste donc à faire porter tout le poids de la responsabilité sur le justiciable-patient. Par conséquent, la responsabilité n'est plus pensée que de manière unilatérale. En ce sens, responsabiliser l'autre, c'est ne plus se porter garant de lui ; c'est ne plus pouvoir, pour des raisons qui restent à éclaircir, faire vivre le lien humain entre lui et nous. Faire usage du terme « poids » en évoquant la responsabilité pose question car on pourrait projeter de la mesurer ; or, elle nous paraît impondérable. C'est en quelque sorte un poids qui ne se pèse pas avec la balance de la justice, ni avec les outils d'une nouvelle technologie métrique. La répartition et la distribution des parts respectives, en toute logique juridique, masque l'unité fondamentale et indivisible de la responsabilité au sens clinique comme entité dialogique. La responsabilité n'appartient ni à l'un, ni à l'autre mais aux deux ensemble.

La déresponsabilisation ambiante dans le domaine des pratiques cliniques s'explique aussi peut-être dans les suites de l'affaire « Dutroux » qui a secoué la Belgique il y a près de quinze ans. Une commission parlementaire avait été désignée pour mener l'enquête sur les responsabilités individuelles et collectives impliquées dans les multiples dysfonctionnements que l'affaire a révélés. Parmi ceux-ci, les praticiens psychosociaux chargés de l'évaluation dans le cadre de la libération conditionnelle avaient été mis sur la sellette. Depuis, dans le « parler du métier », on fait souvent usage de l'expression : « ouvrir son parapluie », signifiant que l'on cherche à se couvrir en se prémunissant contre une mise en cause possible. Kaminski (2009) a d'ailleurs parlé de « logique immunitaire » pour traduire cette expression émanant du terrain. Dans le domaine du traitement, la loi est claire : il s'agit d'une obligation de moyens et non de résultats. Il ne s'agirait donc pas de transformer les délinquants en non-délinquants, même si cette option reste souvent implicite dans le travail psychosocial puisque l'objectif des accords de coopération est de lutter contre la récidive. Il n'est pas rare de constater que certains cliniciens ne souscrivent pas à cet objectif alors qu'il s'agit d'un cadre institutionnel dans lequel leurs pratiques doivent pouvoir s'inscrire. Cette position de refus relève d'une idéologie puriste du traitement qui serait débarrassée des logiques pénales « contaminantes », jugées mauvaises, tout se passant comme si le clinicien ne devait rien aux lois de la cité, oubliant quelquefois qu'il reste un citoyen lui aussi soumis à ces dernières. Ce splendide isolement témoigne également d'un désir – parfois féroce – de marquer un territoire où le juriste et ce qu'il représente – un agent du contrôle social – ne seraient pas les bienvenus, alors que la justice peut représenter un support d'étayage indispensable pour les pratiques de soin (Ciavaldini, 1999). Cela étant, lorsque l'on examine l'arrière-plan de telles idéologies professionnellement défensives, on constate que les praticiens ont en réalité *peur* de la récidive et, surtout, d'être personnellement mis en cause, ce qui fut le cas pour certains praticiens chargés de l'évaluation des contre-indications à la libération conditionnelle de Marc Dutroux, sommés de s'expliquer devant le ministre de l'époque pour les erreurs commises... Au reste, l'étude de la jurisprudence devrait permettre de relativiser ces peurs d'être mis en cause et d'en déterminer les contours fantasmatiques⁸.

Une clinique critériologique *a priori* : l'exclusion sociale des justiciables-patients difficiles

Il nous apparaît que de plus en plus, notamment pour tenter de répondre à un problème de saturation⁹ des équipes de traitement, les praticiens fixent des conditions préalables à la prise en charge des patients. L'offre de soin devient très sélective, dévoilant le développement de ce que nous appellerons une « clinique critériologique » au sens où les praticiens tendent à fixer des critères d'inclusion ou d'exclusion *a priori*, plus confortables, ce qui

⁸ Cette étude devrait être comparative et s'étendre à des pays comme la France ou la Suisse où la responsabilité se pose de manière différente.

⁹ L'idée de saturation renvoie ici à la fois à une acception quantitative, à une fatigue professionnelle et à un problème institutionnel.

engendre un rejet des justiciables-patients les plus difficiles, ceux qui heurtent le plus les idéaux de traitement, interrogent de manière décisive leur intimité corporelle et psychique et sont susceptibles de remettre radicalement en cause leur cadre de travail. Le patient idéal est ainsi réifié et le patient difficile, voire dangereux, est celui dont personne ne veut. À cet égard, Raes *et al.* (2011), sur base d'une récente recherche empirique évaluative, identifient très clairement des catégories de justiciables-patients qui sont immédiatement exclues : déficients mentaux, négateurs, psychopathes et même ceux qui présentent un risque de récurrence trop élevé. Ce phénomène révèle un paradoxe : celui qui consiste à ne pas traiter des justiciables-patients dont on affirme par ailleurs qu'ils nécessitent d'être traités de manière spécialisée... On doit aussi poser l'hypothèse d'une clinique qui se fonderait, par mimétisme, sur les critères admis et reconnus dans la littérature scientifique car il en va de la reconnaissance des praticiens dont la légitimité reste toujours à construire.

La clinique critériologique tend à renverser un principe technique de la clinique à laquelle pourtant les cliniciens de profession semblent adhérer : plutôt que d'adapter le cadre aux singularités des justiciables-patients, ce sont à ces derniers à s'adapter aux singularités du cadre. Ce renversement est problématique. L'accueil des cas singuliers devient donc fortement conditionné alors qu'il pourrait être, du moins au départ, inconditionné. Le problème n'est pas selon nous de poser des critères – en soi, il s'agit d'une pratique légitime – mais bien de les poser avant même que la rencontre ait lieu ou de se limiter à un minimum d'entretiens pour en décider. Certes, des exigences de rentabilité, d'efficacité et d'efficience sont sans doute à l'œuvre dans le tri opéré mais sont-elles compatibles avec les exigences d'une démarche clinique ? Les critères peuvent très bien se poser au cours du traitement, notamment lorsque les possibilités de travail psychique s'amenuisent considérablement. Cela étant, nos suivis à long terme nous montrent souvent qu'après des heures de bavardages, d'enkystement des processus psychiques, de retour au premier-plan des défenses psychologiques, des choses surprenantes se passent en fonction de ce qui vient faire événement dans une vie... relançant ainsi le processus alors que l'on n'en attendait plus rien. Par ailleurs, il s'agira de toujours bien distinguer la fatigue professionnelle ou personnelle entraînant un vécu de désillusion et le lot d'incapacités que l'on prête au patient. Il n'est pas rare d'entendre que les patients disposent de *peu de capacités psychiques* justifiant ainsi, de manière tatillonne, de ne pas les prendre en charge... Alors que ce « peu » n'est déjà pas si mal... Quelquefois, il semble que c'est le soignant qui ne dispose plus assez de capacités psychiques pour des raisons personnelles, professionnelles, voire institutionnelles. Un praticien en détresse commence alors à exiger de la part d'un autre que lui... Si l'inertie et le découragement¹⁰ sont de mise dans le traitement de nombreux patients auteurs d'infraction à caractère sexuel, les potentialités et possibilités de mobilisation psychique ne sont pas rares, pour peu que l'on se donne du temps et que l'on aménage les dispositifs de prise en charge en les adaptant aux problématiques rencontrées, ce qui exige de pouvoir penser et créer. En ce sens, le support que peut représenter l'institution est indispensable. Nous

¹⁰ On ne peut pas ne pas envisager un possible « acharnement thérapeutique » dans le domaine du soin psychique qui relèverait d'une attitude toute puissante du soignant, héros vertueux du soin, se refusant à reconnaître les impossibilités et les limites dans le chef des patients. Il nous semble que ce constat doit pouvoir être posé mais il ne devrait ni être établi rapidement, ni seul. Il suppose que l'on ait quand même tenté l'aventure souvent difficile.

avons parfois constaté que des crises institutionnelles et/ou dans les équipes ne permettaient plus aux praticiens de soutenir cette ouverture à l'adaptation de leur cadre clinique aux singularités du patient. Il ne faut certainement pas éluder le fait que les crises vécues au sein des équipes ou dans l'institution aient un rapport avec les problématiques rencontrées. S'il existe des phénomènes de transport des problématiques psychiques dans la vie de l'institution, l'inverse est également vrai¹¹. D'éminents auteurs tels Kaes (1993, 1999) et Balier (1996) ont apporté de convaincants matériaux à l'appui de ces thèses nouant la scène intrapsychique et d'autres scènes, groupales ou institutionnelles. La vie psychique des uns et des autres entre ainsi en résonance avec la vie à d'autres niveaux, plus macroscopiques. Balier (1996) souligne, en outre, que les crises institutionnelles ou d'équipe ne sont pas à éviter en ce qu'elles représentent le signe qu'un collectif de travail n'est pas une entité idéale – ou à idéaliser – impossible de se déstructurer, de se diviser. Il est à l'image de la vie ou de ce qu'il appelle aussi parfois la *culture*, traversée par des conflits. Cette image de la division permet aussi d'éviter que les patients et les soignants ne s'abîment dans la contemplation d'un *supercollectif*¹² qui reste une entité vivante et, par là même, fragile. Le problème survient lorsque ces crises persistent et paralysent la pensée.

Cette critériologie préalable à la rencontre participe d'une déresponsabilisation du clinicien en miroir d'une responsabilisation du justiciable-patient. Il semble que l'on exige beaucoup de ce dernier alors que les conditions pour pouvoir soutenir un cadre clinique viennent à manquer du côté des traitants (Casoni, 2007) ; ces manques devenant malheureusement, par effet de bascule, seulement ceux des patients-justiciables.

Nous souhaitons brièvement examiner deux attentes, logiquement antécédentes à la rencontre interhumaine, témoignant du renversement de la responsabilité dans le chef du justiciable-patient : la focalisation sur le demandeur et sa demande, d'une part, et l'exigence d'une reconnaissance de la vérité judiciaire, d'autre part. Ces attentes semblent attester de la portée unilatérale du concept de responsabilisation qui s'émancipe ainsi de son sens clinique. Elles tendent à prendre la forme de discours conventionnels et circulaires, alimentant ce que nous avons appelé « clinique critériologique ».

La focalisation sur le demandeur et sa demande

Dans le domaine des pratiques, on entend souvent les praticiens affirmer de manière péremptoire que le justiciable *n'a pas de demande*. Or, il en formule souvent mais celles-ci ne sont pas considérées comme de *vraies demandes* : « *je voudrais sortir de prison ; je veux ne pas y retourner...* ». Il existe donc d'emblée une répartition clinique du vrai et du faux, se calquant sur la logique judiciaire de cette bipartition. Ce « doublon » clinique du judiciaire, comme aurait dit Foucault (2003), participe d'une reproduction des logiques pénales par les dispositifs cliniques, ce qui, à notre avis, ne permet pas d'assumer une dissymétrie nécessaire à ce que les deux « mondes » puissent se structurer dialectiquement¹³. On sait, par

¹¹ Le nouage des scènes ne doit pas, d'après nous, être compris à travers des rapports de causalité mais à travers des phénomènes bien plus subtils d'échos réciproques.

¹² La contre-idéalisation est également possible.

¹³ Dans une autre perspective, Kinable (2006) a montré en quoi le paradigme étiologique en psychologie était accusateur, se fondant sur la conception d'un sujet « coupable » à l'instar du droit pénal.

ailleurs, que certains justiciables-patients n'auraient pas été rencontrés s'ils n'avaient pas été envoyés par le monde judiciaire. C'est effectivement le cas de bon nombre de nos patients mais c'est aussi la plupart du temps le cas de l'enfant en consultation ou celui de l'époux obligé par la conjointe... La demande vient alors aussi d'autrui. Le charivari que l'on fait autour de cette question de la sacro-sainte « Demande » dans les milieux professionnels nous a toujours interpellé et nous y voyons le plus souvent l'énonciation d'un discours professionnel défensif et excluant.

Les « fausses » demandes sont dites « utilitaires » au sens où le justiciable-patient utiliserait le praticien dans le sens d'une manœuvre de manipulation-sédution. On doit ici pouvoir affirmer que les justiciables formulent bel et bien des demandes mais celles-ci ne sont pas accueillies comme telles par les praticiens qui les suspectent. Il existe donc des attentes idéales préalables des cliniciens par rapport à ces demandes, une sorte de bonne et due forme qu'elles devraient revêtir. Ces attentes constituent en réalité des obstacles à ce que des demandes émergent. Sur ce point, Balier (1996) se montre ferme : il faut éviter de mettre à l'avant-plan ces discours sur la « Demande » qui ne font que masquer l'essentiel et obérer les possibilités de prise en charge.

Selon nous, ces discours professionnels convenus participent d'une forme de déresponsabilisation liée à une représentation particulière de la notion de demande¹⁴. Cette déresponsabilisation fait porter tout le poids du traitement sur le demandeur en masquant la responsabilité de l'offreur. On peut très vite se rendre compte de la polarisation du débat sur la demande, on ne parle que de cela dans les milieux psychosociaux alors qu'il faudrait revenir, de manière essentielle, sur le problème de l'offre. Dans le dispositif clinique, il n'y a pas de demande possible sans offre. L'offre constitue donc un préalable logique et temporel. Si le praticien n'est pas en mesure d'offrir, aucune demande ne sera possible. Il s'agirait de renverser le problème de la responsabilité : c'est le praticien qui est d'abord responsable de l'offre et non plus le justiciable qui est préalablement responsable de la demande. Il ne suffit pas que l'offre existe pour que le justiciable soit demandeur ou preneur. L'offre est une condition nécessaire mais non suffisante.

La conception de la demande est souvent substantialiste ou matérialiste : elle est une substance ou une chose que l'on possède ou pas, un contenu. Dans d'autres acceptions, la demande est immatérielle et peut émaner de la rencontre inter-humaine. Elle n'a donc pas d'existence *a priori* ou *per se*. Elle n'est pas quelque chose, ce serait là introduire une nouvelle confusion entre la demande et sa matérialisation. Dans cette perspective, c'est moins la demande qui importe que le fait même de demander au sens où cette activité implique toujours une dimension d'adresse à l'autre qui peut toujours refuser ou se refuser. Elle est plus un mouvement d'appel à l'autre qu'un contenu. Ici, on pourrait reprendre le double problème de la signification au sens transitif et intransitif. Dans le sens de l'adresse, la délinquance aurait ici valeur de message à décoder, un message en quête d'interprète. Elle se veut signifier quelque chose à quelqu'un, telle une manière de se faire connaître et reconnaître.

Un des discours convenus, fréquemment rencontré sur les terrains professionnels, veut que tout dispositif d'« aide contrainte » élimine la possibilité d'émergence d'une demande.

¹⁴ On peut bien sûr continuer à se poser la question de la demande mais, à notre avis, cette question ne doit arriver ni trop vite, ni tout de suite, alors que dans la plupart des méthodologies professionnelles, l'analyse de la demande est posée comme préalable (c'est peut-être surtout le cas en travail social).

C'est aussi l'effet de ce que nous avons nommé l'« idéologie puriste du soin ». En Belgique, les conceptions ont néanmoins évolué dans la mesure où certains praticiens défendent aujourd'hui à la fois l'intérêt et la possibilité des traitements sous contrainte judiciaire. C'est ici la dimension toujours contraignante d'un cadre (et non plus seulement un cadre contraignant) qui fonctionne comme possible opérateur de changement. Cela étant, pour une partie d'entre eux, ces types de traitement représentent une dénaturation ou un abâtardissement de la clinique contaminée par les logiques judiciaires. On ne souhaite pas se frotter au cadre judiciaire vu comme mauvais objet persécuteur, la contrainte ne pouvant être perçue que de manière négative. Tout se passe comme si la clinique était pure, libre, expurgée de toute contrainte, ce qui constitue assurément une fiction défensive fondée, nous le pensons, sur des peurs. C'est d'ailleurs au nom de ce purisme que ceux qui tentent de traiter sous contrainte se voient disqualifiés par les tenants de leur propre profession¹⁵. Nous l'avons déjà évoqué : lorsqu'un enfant est envoyé en thérapie par ses parents, il est rarement demandeur par lui-même. Entre le moment de décision d'entreprendre une thérapie, celui où on se procure les coordonnées du thérapeute, celui où on le contacte effectivement, celui où l'on investit le dispositif de manière régulière, une temporalité plus ou moins longue se dévoile selon les cas, témoignant de contraintes fortement opérantes. Que dire encore du patient qui consulte parce que son conjoint ou sa conjointe l'y a fortement invité, voire a fait pression sur lui ?

Nous pensons qu'il faut encore poser une distinction dans le registre de la responsabilité face à la demande. On peut répondre *à* et *de* la demande, ce qui n'est absolument pas pareil. Si le clinicien *répond à* la demande, il s'inscrit d'emblée dans une logique de réciprocité, laquelle tend également à introduire les logiques marchandes au cœur de son dispositif, surtout s'il entend répondre à la demande sur le mode de la satisfaction du client¹⁶. On voit que la majorité des évaluations d'efficacité d'une série de dispositifs contemporains – on pourrait ici prendre les évaluations des enseignants à l'université comme observatoire – intègrent la logique de la satisfaction du client. Cette transformation est aussi intéressante qu'inquiétante car tout se passe comme si la frustration n'était plus opérante ou fondatrice. On sait qu'elle est irrecevable dans un monde sans médiation, celui du « tout-tout de suite » qui ne tolère aucune médiation possible. Si nous récusons le terme client, c'est précisément pour nous inscrire dans un univers qui n'est pas totalement vidé de sa substance par les logiques marchandes. Répondre aux demandes sur le mode de la satisfaction du client constitue une déresponsabilisation du clinicien comme de son patient. En fait, le modèle de responsabilité clinique est plutôt celui consistant à répondre de la demande, assumant la dissymétrie entre moi et l'autre, s'inscrivant alors dans un autre registre, celui de la solidarité où chacun est garant de l'autre à travers un cadre qui lui est extérieur mais qui peut être intériorisé, psychiquement, par les parties.

¹⁵ Milly (2001) l'a très bien démontré dans le cadre carcéral où les soignants *intra-muros* sont mal vus par les soignants *extra-muros* qui ignorent tout du travail en milieu carcéral.

¹⁶ Les logiques contractuelles infiltrent les dispositifs de traitement. On parle aujourd'hui de « contrat thérapeutique » ou de « convention » de soin. Si ces termes ont leur utilité et permettent de trouver certaines bases opérationnelles pour pratiquer, comme repères du cadre, ils sont loin de réduire la complexité des pratiques et de régler l'univers dans lequel elles se déploient. Pour un éclairage sur la différence fondamentale entre les notions de « pacte » et d' « alliance », deux figures contractuelles dans le domaine thérapeutique, voyez Adam (2008).

L'exigence de reconnaissance de la vérité judiciaire

Il semble que la reconnaissance des faits tels que consignés dans ce que l'on peut appeler la formation de la vérité judiciaire fonctionne bien trop souvent comme une autre exigence posée *a priori* par les cliniciens. Dans cette perspective, nous sommes assez peu convaincu par les travaux scientifiques qui font de cette reconnaissance un critère d'efficacité thérapeutique (Ciavaldini¹⁷, 1999). Par ailleurs, on connaît également certaines techniques psychologiques censées mettre le patient sur la voie obligée de cette reconnaissance, comme si l'aveu était recherché et qu'il représentait un gage d'excellence du clinicien. Sa reconnaissance personnelle étant alors peut-être recherchée inconsciemment à travers celle qu'il attend de l'autre... tant il est vrai que la quête de reconnaissance chez les cliniciens semble une question décisive et critique pour une profession dont la légitimité reste toujours à construire (Adam, 2011). Les identités professionnelles apparaissent bien fragiles et cette fragilité n'est peut-être pas sans lien avec cette exigence de reconnaissance...

Le dispositif clinique représenterait un doublon¹⁸ supplémentaire du dispositif qui a produit la vérité judiciaire, entraînant alors une interchangeabilité entre vérité judiciaire et vérité clinique alors qu'il s'agit de registres qui doivent être distingués.

En réalité, le problème de la reconnaissance est redoutablement complexe. On constate qu'il est posé de manière simpliste en faisant usage du sens commun, de sorte que l'on est conduit à amalgamer des verbes aussi différents que nier, dénier, renier, ne pas reconnaître, méconnaître... Le fameux terme « déni » que l'on trouve partout dans les publications actuelles pour évoquer des processus distincts l'atteste. Un nouveau travail de conceptualisation s'impose ici pour retrouver une pluralité de sens et éviter que les concepts ne perdent de leur tranchant. Car, en tant que cliniciens, nous partons de ce que disent les patients et des verbes qu'ils mobilisent.

La responsabilisation du patient devrait le mettre devant les faits, l'amenant à devoir en répondre. Mais peut-être n'est-ce simplement pas le moment... Il nous paraît que le fait de nier ce dont il est accusé ou condamné ne relève pas nécessairement d'une forme de déresponsabilisation dans le chef du patient. De nombreux patients ne nient pas que quelque chose soit arrivé mais ils en imputent la responsabilité à autrui. À bien des égards, dans les représentations professionnelles, une confusion s'installe entre l'auteur, l'agent et l'acteur, ce qui ne permet pas d'analyser finement ce qui s'est passé dans le rapport complexe d'un sujet à son acte. Rejeter toute la responsabilité sur autrui, c'est aussi peut-être vivre la sienne par procuration (ce qui du même coup relativise la déresponsabilisation imputée aux cliniciens). Reconnaître les faits constitue dès lors une menace d'inexistence pour certains, renvoyant le sujet au néant ou au chaos (Balier, 1988, 1996). Nier ou dénier représente donc encore la marque de leur subjectivité, l'expression d'une opération de sauvegarde psychique, à laquelle le clinicien devrait pouvoir faire droit, sous peine de voir les défenses psychologiques du sujet s'effondrer dangereusement. Il n'est pas rare d'observer dans la pratique clinique des patients qui reconnaissent d'emblée la vérité judiciaire puis la nient au cours du traitement, surtout dans des périodes de crise où leurs assises identitaires sont menacées. Ces constats cliniques imposent de considérer la reconnaissance

¹⁷ L'auteur est assez bref sur ce point mais ouvre, selon nous, une hypothèse de travail fort intéressante.

¹⁸ Au sens où nous l'avons indiqué *supra*.

des faits de manière dynamique : il ne suffit plus d'identifier si l'auteur reconnaît ou non avant la prise en charge mais de continuer d'examiner son attitude à l'égard des faits tout au long du processus de prise en charge.

De notre point de vue, il n'est pas étonnant de ne pas reconnaître la responsabilité de nos actes tant nous avons tendance quotidiennement à imputer spontanément la faute à autrui, c'est ce que De Greeff (1947) avait bien montré avec sa théorie des instincts : nous sommes portés émotionnellement et affectivement à imputer la responsabilité à d'autres que nous... et c'est ce que fait la réaction sociale à travers des processus d'attribution qui masquent la responsabilité vécue par le sujet (Adam, Digneffe, 2010). Comme l'énonce magistralement Schotte (1990) et pour compliquer encore le problème, nous sommes toujours plus responsables que nous ne le voudrions nous-mêmes et toujours moins responsables que les autres le voudraient à notre endroit... En fait, cliniquement, il faudrait vraiment s'étonner de cette reconnaissance immédiate et peu conflictuelle : pourquoi tel sujet reconnaît-il aussi facilement ce qu'on lui impute ? Pourquoi ne s'en défend-il pas ? La reconnaissance des faits peut être la résultante d'une aliénation du justiciable-patient aux attentes du traitant. Elle peut représenter le signe d'un conformisme inquiétant, une sorte de *franchise pathologique* pour reprendre le terme de Colin (1961). Nous connaissons bien les patients qui se voient – trop rapidement – soulagés de leur angoisse une fois les faits reconnus. De sorte qu'ils n'auraient plus à y revenir et seraient alors débarrassés du devoir d'en répondre à nouveau, de les re-connaître en quelque sorte car la reconnaissance reste un processus ouvert et souvent fluctuant.

Par ailleurs, dans les écrits scientifiques, les modalités de la variable « reconnaissance des faits » sont très peu explicites. On parle de reconnaissance totale, partielle ou d'une non-reconnaissance. Qu'est-ce à dire ? Certains auteurs prennent les choses d'un autre biais en évoquant la minimisation, plus ou moins grande. Il faut souligner que ces modalités sont dépendantes des techniques statistiques mais elles conviennent bien mal pour intégrer la complexité et la dynamique des situations cliniques rencontrées. Nous nous contenterons ici de donner deux exemples : comment intégrer l'histoire de ce patient qui en deux semaines est passé d'un premier énoncé : *J'ai donné un bisou mais je n'ai pas fait ce qu'ils ont dit dans l'exposé des faits* à un deuxième : *si je l'ai fait, je ne m'en souviens plus ?* Comment faire avec cet autre patient qui nous dit d'abord : *Que Dieu m'exhauisse (sic, lapsus ?) si je l'ai fait !*, ensuite : *Ma main a glissé...* ; que dire encore de ce patient qui nous annonce qu'il n'a pas fait ce dont on l'accuse et que, de toute façon, il a promis à sa mère qu'il n'avait rien fait ? Ces changements interviennent souvent au regard de notre pratique. Le patient ne se déresponsabilise pas mais assume des formes ténues de responsabilité non reconnues par le droit. Si le patient ne s'en fait pas encore pleinement l'auteur mais s'en attribue déjà bien l'agence, la responsabilité assumée à la première personne est présente *in statu nascendi*. Comment donc faire entrer ces situations dans l'étroitesse des classes statiques telles qu'elles existent actuellement dans la littérature sans perdre la teneur de ce qui s'est joué pour le justiciable-patient ? Ce problème n'est certes pas neuf mais on pourrait à partir de ce seul exemple formuler l'hypothèse d'une déresponsabilisation par la technique au sens où son usage participe d'une réduction schématique de l'expérience vécue¹⁹. La position du « je » se voit alors

¹⁹ Si nous avons examiné cette question sous l'angle du traitement, nous pensons qu'il faudrait compléter l'investigation en s'intéressant au diagnostic et à la prédiction où la technique peut avoir fonction d'écran, permettant au

effacée au profit d'une formulation abstraite. Une fois l'information codée, il n'est plus possible de s'y reconnaître... Ce faisant, le clinicien peut toujours amener cette complexité en relativisant l'usage de ses instruments.

Conclusions

Les pratiques de traitement sous examen nous ont permis de poser le problème du renversement de la responsabilité dans le chef des justiciables-patients, ici auteurs d'infraction(s) à caractère sexuel. Cette opération relève non seulement d'une déresponsabilisation des soignants mais aussi d'une transformation de la notion même de responsabilité. Dans une démarche clinique, la responsabilité ne peut être conçue de manière unilatérale, elle est toujours partagée entre « traitant » et « traité ». En raison des difficultés de la rencontre des délinquants sexuels, de cette clinique exposée, s'installe progressivement une clinique critériologique posant des critères *a priori* à la prise en charge, ce qui n'a d'autres conséquences que de produire l'exclusion des justiciables-patients difficiles qui deviennent vite des « intraitables ». Tout se passant comme si l'« intraitabilité » était une caractéristique individuelle ne relevant plus que de la seule responsabilité du celui qui est traité. Ce renversement s'arme d'au moins deux redoutables exigences préalables : le patient doit avoir une demande et reconnaître les faits consignés par la vérité judiciaire. Mais l'on n'interroge plus tellement l'offre de traitement qui se raréfie et se crispe comme l'on peine à reconnaître une certaine responsabilité dans le fait de nier la vérité judiciaire. Le traitement n'est plus une affaire relationnelle et intersubjective, dynamique et processuelle. Les dispositions individuelles et internes du justiciable-patient occupent tout le champ de la « traitabilité ». Comment ne pas y voir la crise des identités professionnelles de clinicien plus ou moins attisée par les défaillances institutionnelles que la rencontre des auteurs d'infraction à caractère sexuel révèle ? Si certains annoncent aujourd'hui la mort de la clinique (Couturier *et al.*, 2009), nous serions quant à nous moins catastrophiste : si le sens dialogique de la responsabilité clinique s'ameuise, il nous reste à nous mobiliser pour devenir responsables ensemble en mettant à distance certains discours commodes et confortables, « pratiques ». Tout en convenant que la recherche de confort fait parfois partie d'une carrière professionnelle même si la clinique est toujours inconfortable parce que, se penchant, le clinicien prend toujours le risque de tomber et de faire tomber en prenant tout le poids sur lui ou en le faisant porter à l'autre.

Christophe Adam

Centre de recherches criminologiques
Université Libre de Bruxelles
50, avenue F. D. Roosevelt
1050 Bruxelles
Belgique
christophe.adam@ulb.ac.be

clinicien d'éviter d'être débordé par l'angoisse fondamentale de la rencontre (Devereux, 1980). On peut aussi attribuer la responsabilité aux failles des instruments ou aux risques d'erreur de type I et II toujours à l'œuvre dans la prédiction, ce qui serait une autre forme de déresponsabilisation. La fiction sous-jacente à cette manœuvre est puissante car les instruments ne peuvent, en retour, répondre au clinicien. Ce n'est plus lui qui assume personnellement son diagnostic ou sa prédiction mais il accuse alors la technique elle-même et l'univers qui l'a engendrée (ce qui permet alors de faire avancer la Science, en trouvant toujours plus de sophistication).

Bibliographie

- ADAM C., 2008, Contrat pervers et contrat névrotique : du pacte vers l'alliance, *Szondiana*, 28, 5-42.
- ADAM C., 2011, *Délinquants sexuels et pratiques psychosociales. Rester clinicien en milieu carcéral*, Bruxelles, Larcier.
- ADAM C., DIGNEFFE, 2010, Présentation, in DEBUYST C., *Essais de criminologie clinique. Entre psychologie et droit pénal*, Bruxelles, Larcier.
- ANSPACH M.R., 2002, *À charge de revanche. Figures élémentaires de la réciprocité*, Paris, Le Seuil.
- BALIER C., 1988, *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.
- BALIER C., 1996, *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.
- CASONI D., 2007, Enjeux contre-transférentiels dans le traitement du délinquant, *Topique*, 99, 79-86.
- CIAVALDINI A., 1999, *Psychopathologie des agresseurs sexuels*, Paris, Masson.
- COLIN M., 1961, *Examen de personnalité et criminologie (étude clinique et médico-légale)*, Premier Congrès Français de Criminologie, Lyon, 21-24 octobre 1960, T. 1, Paris, Masson.
- COUTURIER D., DAVID G., LECOURT D., SRAER J.-D., SUREAU C., 2009, *La mort de la clinique ?*, Paris, PUF.
- DE GREEFF É., 1947, *Les instincts de défense et de sympathie*, Paris, PUF.
- DEVEREUX G., 1980, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Aubier-Montaigne.
- FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la sexualité. 1. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- FOUCAULT M., 2001, *L'Herméneutique du sujet. Cours au Collège de France. 1981-1982*, Paris, Gallimard, Seuil.
- FOUCAULT M., 2003, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard, Seuil.
- FRANCIS V., 2003, *Magistrats et thérapeutes face à l'abus sexuel. Entre devoir, espoir et besoin*, Bruxelles, De Boeck.
- KAËS R., 1993, *Le Groupe et le Sujet du groupe*, Paris, Dunod.
- KAËS R., 1999, *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».
- KAMINSKI D., 2009, *Pénalité, Management, innovation*, Namur, Presses universitaires de Namur.
- KINABLE J., 2006, Les rapports entre responsabilité et culpabilité à propos/au jour de la psychopathologie, in DIGNEFFE F., MOREAU T. (dir.) *La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier/De Boeck, 37-74.
- MILLY B., 2001, *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. « Sociologies Essais ».
- RAES A., DELADRIERE A., SIVRI S., TAEYMANS M., DEFEVER C., 2011, *Évaluation des accords de coopération concernant la guidance et le traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel*, Recherche empirique, Service de la politique criminelle, 28 février.
- SCHOTTE J., 1990, *Szondi avec Freud*, Bruxelles, De Boeck.

Summary

This paper raises the question of responsabilization/deresponsabilization in the context of French-speaking Belgian practice of treatment or guidance of sex offenders, with reference to data from a clinical practice specializing in the field meeting these offenders. The thesis of a disempowerment of clinicians will be supported in a mirror accountability of offenders, showing a reversal of the burden of responsibility on the part of the offender-patient when the clinical approach assumes that is always shared between

«treating» and «treaty». The springs of this reversal of responsibility will be examined through a critical clinical criteriological discourse of its assumptions and its social consequences.

Zusammenfassung

Der Artikel stellt die Frage nach Verantwortungsübertragung (responsabilization/derresponsibilization) bei der Behandlung von Sexualstraftätern im französischsprachigen Teil Belgiens auf der Basis von Daten aus der klinischen Praxis. Die These einer Verantwortungsübertragung vom Kliniker auf die Täter wird bestätigt, wobei insbesondere die juristische Verantwortlichkeit auf Seiten der Täter hervorgehoben wird, während Kliniker immer von einer geteilten Verantwortlichkeit zwischen Behandelnden und Behandelten im Prozess der Therapie ausgegangen sind. Die diskursiven Grundlagen und die sozialen Konsequenzen dieser Umkehrung von Verantwortlichkeit werden untersucht im Kontext einer Kritik an einer an Indikatoren orientierten klinischen Praxis, die in Mode gekommen ist.

Sumario

Este artículo analiza la cuestión de la responsabilización/desresponsabilización en el contexto de las prácticas belgas (francófonas) de tratamiento y orientación de delincuentes sexuales, a partir de los datos extraídos de una práctica clínica especializada en el encuentro con los autores. La tesis de una desresponsabilización de los expertos clínicos contrasta con una responsabilización de los autores de los delitos. Ello evidencia una inversión de la carga de la responsabilidad del delincuente-paciente, cuando el planteamiento clínico defiende que ésta se reparta entre el que trata y el que es tratado. Los orígenes de esta inversión de la responsabilidad se examinarán mediante la crítica de una clínica criteriológica de moda, de sus presupuestos discursivos y de sus consecuencias sociales.