

Conduites de transgression

Y Tyrode
S Bourcet

Résumé. – Les conduites de transgression peuvent s'appréhender selon trois axes que nous analysons dans cet article. Successivement, nous abordons les points de vue clinique, psychopathologique et médico-légal. Les agresseurs sexuels avérés sont étudiés en distinguant les parents incestueux, les violeurs, les pédophiles, les autres agresseurs sexuels, les exhibitionnistes et les auteurs de harcèlement sexuel. Les autres actes transgressifs décrits correspondent essentiellement à des manifestations de violence d'un individu envers lui-même ou autrui. Notons également les conduites d'appropriation et de destruction. Nous insistons sur le fait que, si certains actes transgressifs peuvent être spectaculaires, souvent ceux-ci évoluent à bas bruit. Toute la vigilance du praticien sera donc nécessaire pour favoriser un diagnostic rapide et un traitement médical, social et légal pertinent.

© 2000 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

« L'homme ne saurait connaître la loi, mesurer ses limites, qu'en passant outre. » Arthur Adamov, *L'Aveu*, 1946.

Le terme de « transgression » tire ses origines du latin *transgressum*, c'est-à-dire de *transgredi* : aller au-delà (de *trans*, au-delà et *gradi*, aller). Il signifie : passer outre, par-dessus, contrevenir à, enfreindre.

Dans son *Dictionnaire universel* datant de 1690, Antoine Furetière^[42] définit le verbe transgresser comme étant le péché accompli contre les commandements de Dieu ou de l'Église, en enfreignant les lois divines.

Diderot et D'Alembert^[30], dans leur *Encyclopédie*, confirment cette acception en citant cet exemple « Si vous enlevez à un homme son bœuf, sa servante ou sa femme, vous transgresser les commandements de la loi. »

Transgresser renvoie à la notion de désobéissance, de violation et induit l'existence d'un cadre de référence.

C'est probablement par le biais de l'ethnologie qu'il s'est introduit dans le champ de la psychiatrie. Bien que son usage soit courant dans le langage professionnel, les ouvrages de sémiologie psychiatrique, psychanalytique ou psychologique ne le définissent pas précisément.

En criminologie clinique, les termes de transgression et de transgresser renvoient souvent aux processus de passage à l'acte et d'impulsivité.

En fait, cette terminologie correspond essentiellement à une notion d'ordre psychodynamique et débouche sur un vaste champ clinique transnosographique.

Yves Tyrode : Psychiatre, pédopsychiatre, criminologue, expert près la cour d'appel de Nîmes, centre hospitalier, 84143 Montfavet, France.
Stéphane Bourcet : Psychiatre des Hôpitaux, centre départemental varois d'évaluation et d'observation de l'adolescence, 83000 Toulon, France.

Cadre conceptuel

Toute organisation sociale humaine se dote de règles et de lois permettant son fonctionnement^[5]. Celles-ci varient dans l'espace et dans le temps^[23, 32, 67, 68].

Vouloir considérer l'ensemble des conduites qui aboutissent à enfreindre un cadre moral, religieux, social, légal ou culturel nous entraînerait à envisager de nombreux comportements qui ne sont pas en lien direct avec la discipline psychiatrique^[43, 70].

Par ailleurs, la toxicomanie et l'alcoolisme traversent l'ensemble de ces champs et apparaissent souvent comme éléments moteurs des conduites de transgression.

Mais pour des raisons méthodologiques, nous développerons uniquement les axes cliniques, psychopathologiques et médico-légaux spécifiques de cette question complexe et transnosographique.

Nous traitons donc successivement les conduites de transgression sexuelle, les conduites de transgression hétéroagressive et autoagressives et les conduites d'appropriation et de destruction.

Clinique

CONDUITES DE TRANSGRESSION SEXUELLE

■ Inceste

Définitions

Le mot inceste est issu du latin *incestus*, composé du préfixe négatif *in* et du mot *castus* (chaste). Il est en général défini comme le commerce charnel entre proches parents.

Pour tout un chacun, l'inceste évoque des relations sexuelles entre consanguins ; celles-ci sont jugées comme étant immorales^[8].

Sur le plan juridique français, l'inceste est l'union illicite entre deux individus qui sont parents ou alliés à un degré prohibé par la loi pour contracter un mariage civil.

Famille et inceste

Vers 1960, en France, l'inceste apparaît comme un abus sexuel considéré comme plus fréquent en milieu rural et comme une conséquence de l'alcoolisme, dans un climat de pauvreté et de

promiscuité^[19]. Les auteurs de cette époque incriminent l'alcool comme le catalyseur du dysfonctionnement des relations intrafamiliales et du passage à l'acte incestueux. Dans l'ancien temps (Moyen Âge en particulier)^[6], et jusque dans l'entre-deux-guerres, le partage du lit est un phénomène fréquent : entre enfants ou entre enfants et adultes. La promiscuité était donc massive : elle favorisait certainement l'acte d'inceste.

Durant les années 1980, les idées sur la famille incestueuse évoluent et les études faisant état de problèmes incestueux dans les familles dites normales se multiplient. En 1985, une étude italienne de C Ventimiglia, sur 90 cas d'inceste, donne les résultats suivants^[20] : 94 % des victimes sont de sexe féminin, 82 % sont des mineurs, 40 % ont moins de 14 ans, dans 98 % des cas l'abuseur est de sexe masculin dont 44 % ont moins de 40 ans (7 % entre 14 et 20 ans : frères, cousins, fils), 80 % des abuseurs ont un emploi (87 % sont salariés).

Actuellement, la plupart des cliniciens s'accordent pour dire que l'abus sexuel peut survenir dans n'importe quel type de famille. Hayez et de Becker^[50], en s'inspirant des travaux de Barudy, décrivent trois types de familles à inceste.

– La *famille rigide et totalitaire* où le père a une position de tyran domestique, sa femme lui étant soumise et/ou adhérent à son autorité.

Les transactions familiales sont rigides, l'isolement et l'absence de communication sont la règle. Le père rationalise l'inceste, les filles sont soumises à la terreur. Quelquefois, l'abus est quasiment dévoilé à la mère qui, en cas de dénonciation par ses filles, les accuse de fabulation. Dans la biographie de ces pères tyranniques, on peut retrouver des pratiques incestueuses familiales transgénérationnelles. Certains d'entre eux nient leur fragilité affective et leur peu d'estime de soi en se mettant dans une position d'omnipotence.

– La *famille fusionnelle* où les membres de la famille sont enchevêtrés et dévoués les uns aux autres.

Dans ce type de famille, le père s'occupe beaucoup de ses enfants : il est, en quelque sorte, corvéable. Mais, en contrepartie, il attend que ces derniers fusionnent de plus en plus avec lui. Les relations se sexualisent peu à peu dans un climat affectif où la mère laisse son mari prendre sa place. Pour Balier, ce type de père n'a pas résolu son complexe d'Édipe et sa relation à sa mère s'est établie dans une ambiance incestueuse. D'autres pères comblent par de tels agissements une carence affective. Si l'inceste est dénoncé, le père ne nie pas les faits et se sent coupable.

– La *famille chaotique* où l'instabilité et l'insécurité sont la règle.

Journée après journée, la famille vit sans véritable projet. La promiscuité est quelquefois présente ainsi que les problèmes financiers. Les émotions marquées par la labilité régissent l'ensemble de la communication familiale. Le cadre familial est insécurisant : il n'existe pas de permanence des règles. La carence est éducative et cognitive. Ce type de famille a tendance à l'isolement social en raison soit d'une méfiance de l'entourage, soit d'un sentiment de honte par rapport à son mode de vie. En général, les cadets de ces familles subissent les assauts incestueux de leurs aînés qui, en cas de découverte de l'abus, ont du mal à concevoir qu'ils aient commis un délit. Le plus souvent, le père, immature et impulsif, n'a pas intégré les règles sociales^[21].

Les mères participent directement à l'inceste dans moins de 10 % des cas (la moitié d'entre elles est reconnue comme présentant un handicap mental). Les statistiques dévoilent que la mère connaît l'abus formellement dans 30 % des cas et que, dans 24 %, elle en a vraisemblablement la notion. Dysthymie, alcoolisme, psychose, état limite sont des diagnostics psychiatriques retrouvés chez les mères incestueuses. D'autre part, elles souffrent souvent de problèmes affectifs et de solitude^[51]. Dans leur biographie, on peut retrouver un rejet de leurs parents et/ou des abus sexuels qu'elles ont endurés durant leur enfance^[54]. Elles assument difficilement leur rôle parental^[78].

Dans un nombre restreint de cas, elles apparaissent, au contraire, omnipotentes, chosifiant en quelque sorte leurs enfants qui ne

peuvent être que l'objet de leurs désirs. Certaines mères atteintes de dépression subissent, voire participent, aux pratiques incestueuses de leur mari ou de leur compagnon. De même, des affects dépressifs sont retrouvés chez les mères qui entretiennent des relations incestueuses avec un fils handicapé sur le plan physique. Dans ce cas, il ressort que l'acte est induit, au départ, par une intolérance à la frustration sexuelle de leur enfant (aide à la masturbation initiale qui peut conduire à d'autres activités génitales).

Alameda^[1] explique le silence de certaines mères (mères ayant une enfance émaillée de ruptures), devant la situation d'inceste, comme étant la conséquence d'un double lien : en se taisant, ce type de mère reste « fidèle au péché d'inceste de sa famille d'origine mais aussi à son souhait le plus cher d'avoir, contrairement à ce qu'elle a vécu dans sa propre enfance, une famille heureuse et unie. Le fondement de cette loyauté est donc à chercher dans la parenté, dans le devoir éthique que tout enfant devenu mère ou père éprouvera toujours envers ses propres parents ».

En ce qui concerne la personnalité des agresseurs, il apparaît que les traits psychiques le plus fréquemment rencontrés chez les parents incestueux sont : l'insatisfaction de soi, l'autoritarisme et la toute-puissance, la perversité, la reproduction du lien œdipien à travers l'enfant (Hayez, de Becker^[50]).

Clinique de l'enfant incesté

Entre 4 et 9 ans et entre 12 et 15 ans, l'inceste se déroule avec une plus grande fréquence. Ces deux intervalles d'âge correspondent au stade de l'Édipe et de l'adolescence, deux périodes durant lesquelles la question sexuelle est au premier plan. Si la relation incestueuse se déroule dans la violence, des états de stress post-traumatiques peuvent apparaître : troubles du sommeil, cauchemars, évitement de certaines situations, plaintes somatiques, fugue, méfiance, agressivité envers les adultes, dépression, tentative de suicide^[45, 46]. Secondairement, peuvent apparaître des troubles du comportement : l'enfant prépubère traduira son angoisse par des manifestations phobiques et/ou obsessionnelles (évitement d'un proche familial, refus de dormir, refus de se coucher, fermeture des verrous, etc)^[74]. On peut voir l'apparition d'une énurésie, d'une encoprésie et d'une somatisation intense (douleurs multiples sans lésions organiques)^[48]. Les capacités d'élaboration, d'imagination, d'attention sont perturbées^[60]. Sur le plan scolaire, on assiste à une baisse du rendement avec perte de la concentration. Quand l'enfant incesté est plus jeune, il fonctionne souvent dans une demande érotisée à l'égard d'un adulte qu'il aime particulièrement^[36]. L'intensité de la demande et sa répétition doivent alerter (l'enfant exhibe son corps, recherche des contacts génitaux, etc).

L'adolescent incesté peut arriver à masquer plus facilement ses angoisses, qui peuvent être prises comme des éléments cliniques propres et fréquents à cette période de la vie. Néanmoins, certains signes doivent être pris en considération : réactions violentes lors de l'apparition des menstruations, refus de la féminité, douleurs abdominales intenses, tentatives de suicide itératives, apparition soudaine de comportements délinquants, agressivité incompréhensible à l'égard des femmes, agression, voire viol, à l'égard d'enfant, troubles psychotiques avec délire. Quelquefois, l'adolescent incesté semble vivre l'abus sans conséquence psychique majeure, mais son avenir psychique d'adulte reste potentiellement compromis. Dans ce dernier cas, l'absence de symptôme représente un critère de gravité car la relation incestueuse semble alors satisfaisante et vécue sans culpabilité. L'inceste fausse les relations affectives et sexuelles à venir. Souvent, le partenaire adulte de l'enfant ou de l'adolescent incesté est alors choisi en fonction des satisfactions immédiates qu'il peut apporter. On sait que, pour ces jeunes, le risque de délinquance, de toxicomanie et de prostitution est plus important.

Devenu adulte, l'enfant ou l'adolescent incesté présente des troubles variés : dépression, anorexie, boulimie, homosexualité, phobies, inhibition, émotivité, cauchemars, etc. Dans la plupart des cas, le développement de la personnalité ne s'est pas fait de manière harmonieuse : fixation sadomasochiste, perte de l'estime de soi,

ambivalence par rapport aux images parentales, troubles de la sexualité (sexualité inexistante, homosexualité, peur de la sexualité, frigidité).

■ **Viol**

Le viol suppose une pénétration sexuelle imposée.

Mais, la notion de non-consentement à l'acte sexuel est parfois malaisée à établir.

L'annuaire statistique français de la Justice (1991-1995) fait état d'une augmentation du nombre de condamnations pour viols entre 1990 et 1995. En 1994, en France, 1 061 condamnations ont été prononcées contre 729 en 1990. Sur ce nombre total de 1 061 condamnés, le viol avait été commis : dans 153 cas par plusieurs personnes, dans 271 cas sur des mineurs de moins de 15 ans et dans 430 cas des circonstances aggravantes lui étaient associées. Ces statistiques ne représentent que la partie émergée de la réalité.

Barte et Ostapzeff distinguent trois formes cliniques de viol : le viol simple, le viol compliqué et le viol ayant valeur de substitution à une autre conduite.

– Dans le cas du viol simple, l'agression sexuelle est occasionnelle et l'agresseur agit ce viol pour réaliser un désir sexuel, sans aucune autre motivation : viols de circonstance, familial, d'autostoppeuse, etc.

– Les viols compliqués comprennent : les viols avec violences associées, voire comportant de véritables actes de barbarie (dans une recherche de plaisir), les viols se concluant par l'homicide de la victime (élimination de la victime, homicide involontaire, etc), les viols avec perversions sexuelles.

– Le viol de substitution : viols substitués d'un vol (symbolise le vol d'une jouissance sexuelle), d'un meurtre (volonté de tuer symbolisée par l'acte sexuel), de la masturbation (la victime est réduite au rang d'objet pour l'autosatisfaction sexuelle de l'agresseur).

Le plus fréquemment, le violeur agit seul. Les viols en bande par plusieurs coauteurs, plus rares, correspondent à des mécanismes criminogènes différents. Les viols homosexuels masculins ont leur spécificité propre.

Dans la très grande majorité des cas, le viol d'un adulte est commis par un agresseur qui ne présente aucun trouble psychiatrique. Néanmoins, quelquefois, l'examen clinique psychiatrique permet de déceler certaines pathologies associées (déficience mentale, psychose, psychopathie, alcoolisme aigu ou chronique, névrose obsessionnelle, perversion), sans que, pour autant, un lien de cause à effet en découle nécessairement.

Durant le viol, la victime est dans un état d'angoisse aigu où prédomine un sentiment de mort imminente. Ce contexte traumatique génère un état de sidération anxieuse ou d'agitation psychomotrice.

Le vécu de stress aigu subi par la victime se manifeste au cours de l'événement traumatique. Au-delà de l'agression, une névrose traumatique peut apparaître avec son cortège sémiologique : cauchemars thématiques, reviviscence de la scène vécue, affects dépressifs, labilité émotionnelle ainsi que, également, des symptômes d'allure dissociative : détachement, émoussement affectif, torpeur, réduction du champ de la conscience, sentiment de déréalisation, dépersonnalisation, dysmnésie sélective [28].

Un examen médico-légal le plus précoce possible, effectué par un médecin légiste chevronné, est indispensable pour établir la réalité des faits allégués par la victime en recueillant les preuves médico-légales [61]. Il répond à des règles strictes : entretien clinique à la recherche précise des faits (type de pénétration, violences associées, etc), examen clinique dans le but de repérer les signes d'agressions sexuelles (traces de violence physique, présence de sperme, etc). Les tests de détection des maladies sexuellement transmissibles et du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) seront effectués ainsi qu'un test de grossesse et des analyses génétiques des échantillons prélevés. Ces tests seront renouvelés au premier et au troisième mois qui suivent le viol.

L'expertise psychiatrique et médicopsychologique rechercheront tous les symptômes engendrés par le traumatisme psychique et établiront la crédibilité des dires de la victime.

Sur le plan psychiatrique, l'évolution clinique d'une victime de viol est souvent marquée par l'apparition d'une dépression (environ 70 % des cas), par la survenue d'un état de stress post-traumatique (environ 37,5 % des cas), par des troubles de la libido et de la relation affective.

■ **Pédophilie**

Personnalité du pédophile

Sur le plan étymologique, la pédophilie signifie « amour d'un enfant ». L'abus sexuel pédophilique a toujours fait partie de l'histoire de l'humanité (Grèce antique). Les événements fortement médiatisés de ces dernières années ont placé cet abus sur le devant de la scène.

Le pédophile est un individu qui est attiré sexuellement de manière irrésistible par un mineur, le plus souvent impubère. La pédophilie homosexuelle est classique mais l'attraction hétérosexuelle est également fréquente. Généralement, l'abuseur connaît préalablement l'enfant qu'il séduit de manière perverse en essayant d'obtenir son consentement et sa participation.

L'abusé peut faire l'objet de caresses sexuelles, avec ou sans rapports sexuels (coït, sodomisation, fellation). Dans ces derniers cas, le viol est, en général, subi mais on constate parfois également que la jeune victime, éduquée avec perversité par l'adulte, participe plus ou moins aux actes d'agression qui lui sont imposés. En fait, les faits sont souvent effectués avec violence directe ou indirecte (menaces de rétorsion envers les proches ou les animaux familiers). Parfois, les agissements pervers et barbares de l'agresseur se concluent par le meurtre de la victime [44].

Souvent, l'adulte abuseur représente pour l'enfant une autorité morale (membre ou proche de la famille, enseignant, etc). Ce contexte psychoaffectif contribue au non-dénoncement des faits par le mineur.

Dans l'anamnèse d'un grand nombre de pédophiles, on retrouve une lourde problématique affective et/ou éducative, notamment un vécu personnel de maltraitance durant lequel le pédophile était l'abusé.

Souvent carencés sur le plan affectif, les pédophiles vivent leur problématique névrotique avec une conscience parfois aiguë de leurs troubles. Fréquemment, ces sujets, à l'âge adulte, n'arrivent pas à établir de relations sexuelles satisfaisantes avec leur partenaire, bien qu'ils entretiennent parfois une vie de couple régulière.

Lorsque l'agresseur est un adolescent, la victime est parfois dans une relation d'allégeance ou de soumission au groupe de jeunes dans lequel il recherche son identification et, bien souvent, les faits ne seront rapportés (lorsqu'ils le seront) qu'à l'âge adulte.

Absence d'outils d'évaluation

Nous manquons d'outils d'évaluation pour préciser les axes à valoriser pour une prise en charge des pédophiles.

Il est donc souhaitable de repérer par une classification spécifique les sujets susceptibles d'être pris en charge sur le plan thérapeutique.

Proposition de classification

La Classification internationale des maladies (CIM-10) caractérise la pédophilie comme étant la préférence sexuelle pour des enfants, le plus souvent prépubères. Le *Diagnostic and statistical manual for mental disorder* (DSM)-IV la considère uniquement comme l'activité sexuelle avec un (ou des) enfant(s) prépubère(s), alors que l'agresseur doit être âgé au moins de 16 ans et avoir au moins 5 ans de plus que sa victime (cette définition ne recouvre pas les réalités juridiques françaises développées dans le chapitre Aspects médico-légaux).

En nous référant à la codification classique mise en place pour les patients alcooliques (abstinents, buveurs occasionnels, buveurs

excessifs et buveurs dépendants), nous proposons la classification originale suivante des pédophiles, qui présentent, eux aussi, des conduites d'appétence et de dépendance^[85].

– Sujets sains : ces sujets ne présentent pas de structuration perverse, ni même de tonalité perverse. Ils se situent hors du champ de la pédophilie.

– Pédophiles potentiels : ils ne passent pas à l'acte. Ces sujets ont des fantasmes ou des goûts artistiques ou culturels à connotation pédophilique. Ils sont susceptibles, ultérieurement, de réaliser une transgression active.

– Pédophiles aménagés : ils travaillent au contact des enfants et peuvent être éducateurs, enseignants, professeurs d'éducation physique, pédopsychiatres, etc. Ils se sont placés, inconsciemment, au contact des enfants. Ces pédophiles aménagés sont en position de vulnérabilité. Selon les circonstances et leur évolution affective, ils pourront, ou pas, décompenser au cours de leur carrière.

– Pédophiles occasionnels : ils passent à l'acte (parfois seulement esquissé) lors de certaines circonstances (promiscuité inopinée, tourisme sexuel, etc), en rupture avec leur mode de vie habituel.

– Pédophiles dépendants : ils passent et repassent à l'acte sexuel. Ils sont susceptibles de récurrences et d'escalade dans leur pratique pédophilique. Ils peuvent être classés en deux catégories :

– les pédophiles amendables qui souffrent moralement et éprouvent un sentiment de culpabilité par rapport à l'acte pédophilique et à leur victime ;

– les pédophiles non amendables qui présentent une froideur affective et ne manifestent pas de culpabilité. Leur prise en charge thérapeutique est pratiquement irréalisable.

– Pédophiles dépassés : ces sujets sont de grands criminels polyvalents (crimes sexuels et crimes de sang associés). Ils forment une population de quelques dizaines de sujets pour la France. Il est impossible de soigner de tels sujets sur un plan psychothérapeutique et aussi bien les hormones antiandrogéniques que d'autres méthodes de castration sont susceptibles d'aggraver leurs capacités hétéroagressives. Le diagnostic médicojuridique doit être posé d'une façon pertinente car une position sécuritaire sociale paraît nécessaire.

■ **Autres agressions sexuelles avec contact physique**

Ces agressions sexuelles avec violence, contrainte, menace ou surprise correspondent à des situations au cours desquelles un contact physique d'ordre sexuel a été imposé à la victime.

C'est pour cela que l'exhibition sexuelle (qui ne comporte pas de contact) et le harcèlement sexuel (qui est constitué par la recherche des faveurs sexuelles et non par leur obtention) ne sont pas concernés, selon la terminologie juridique.

Ces agressions, nombreuses et préoccupantes, souvent responsables de désordres psychologiques, voire de névroses traumatiques, justifient la mobilisation sociale actuelle (vigilance des services sociaux, mise en place d'associations de protection et de lutte contre les violences sexuelles, etc).

Deux situations spécifiques doivent retenir toute l'attention des psychiatres : les violences sexuelles en milieu familial, qu'il s'agisse des agressions sexuelles intraconjugales ou vis-à-vis des mineurs présents au domicile et les agressions sexuelles subies par surprise du fait d'agissements intentionnels par un professionnel de la santé vis-à-vis d'une de ses clientes.

■ **Exhibitionnisme**

Définition

Il représente la tendance à exposer ses organes génitaux au regard d'autrui, ce qui déclenche une excitation sexuelle, suivie le plus souvent d'une masturbation^[82].

Ce trouble peut disparaître pendant de longues périodes et réapparaître au décours d'un événement de vie chargé d'angoisse pour le patient^[2].

Les tendances exhibitionnistes sont fréquentes et normales lorsque l'enfant atteint ses 3 ans. Plus tard, elles peuvent réapparaître chez certains adolescents et se fixer à l'âge adulte.

Classifications

Pour la CIM-10, le diagnostic d'exhibitionnisme correspond à l'exhibition, dans certains endroits publics, d'hétérosexuels masculins qui restent à distance de leurs victimes féminines. La plupart du temps, l'activité sexuelle de l'agresseur est centrée autour de ce mécanisme.

En ce qui concerne le DSM-IV, l'exhibitionnisme est constitué lorsque le sujet expose ses organes génitaux au regard d'une personne, étrangère de lui, qui est volontairement surprise par son agresseur. Ce comportement doit se répéter durant plus de 6 mois.

Formes cliniques

Les formes les plus classiques de l'exhibitionnisme^[4] sont :

– l'exposition des organes génitaux externes sans autre provocation sexuelle dans des lieux publics fréquentés (type Lasègue) ;

– l'exhibitionnisme associé à un onanisme ;

– l'exhibitionnisme avec nudisme. Dans ce cas, on retrouve, fréquemment, une pathologie psychiatrique ;

– l'exhibitionnisme du sujet féminin, qui est rare ;

– l'exhibitionnisme avec flaccidité de la verge, sans masturbation.

■ **Harcèlement sexuel**

Le fait de tenir des propos inconvenants ou d'avoir des attitudes ambiguës, voire franchement égrillardes, peut être admis par certains dans des relations festives, mais restera toujours inadéquat face à des tierces personnes inconnues ou dans un contexte social ou professionnel.

Cependant, de tels faits, qui correspondent souvent à des désirs sexuels réfrénés ou déplacés, ne sont pas pour autant toujours répréhensibles en tant que harcèlement sexuel.

En effet, ce délit n'est constitué que si la personne qui exerce ce type de pression abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions : il est nécessaire que l'auteur soit hiérarchiquement supérieur, qu'il s'agisse d'une recherche de faveurs de nature sexuelle (par ordre, menace ou contrainte) et que la sollicitation abusive concerne son milieu professionnel.

AUTRES CONDUITES DE TRANSGRESSION

■ **Conduites hétéroagressives**

Pour Lagache, le crime se définit comme une agression à l'encontre des valeurs du groupe, ce qui entraîne une réaction émotionnelle de ses membres. Cet événement affectif provoque un rejet social qui génère l'élaboration de la régulation répressive pénale.

Raphaello Garofalo et Cesare Lombroso sont parmi les plus connus des précurseurs en criminologie.

Garofalo a établi une classification du crime qui se fonde sur une approche des affects qui ont conduit aux mécanismes criminels.

Il distingue les crimes dits naturels (dont les plus classiques sont les crimes passionnels, pour lesquels les processus affectifs prédominent) et les délits conventionnels (qui sont repérés et sanctionnés différemment selon le contexte social et les lois en vigueur dans le territoire où ils sont commis).

Lombroso a initié l'abord de l'acte criminel à partir de l'approche scientifique pluridisciplinaire. Il est notamment à l'initiative des procédures d'examen médicopsychologique du criminel.

Sociologues, philosophes et économistes (Quetelet, Turkheim, Karl Marx, etc) ont étudié et reconnu dans le crime une dimension sociale.

Pour les criminologues contemporains, la criminologie représente la science du phénomène criminel élargi à l'étude de la réaction sociale que le crime suscite. Barte et Ostapczef utilisent trois axes de repérage des auteurs d'actes criminels. Ils distinguent :

- les criminels d'occasion et les criminels d'habitude ;
- les délinquants adultes et les délinquants mineurs ;
- les criminels normaux et les criminels malades mentaux.

Selon cette classification, le criminel d'occasion est un individu adapté à la vie en société qui, à la suite d'événements extérieurs divers, décompense. En revanche, le criminel d'habitude présente une personnalité délinquante fonctionnant sur un mode chronique dans un contexte d'inadéquation aux règles sociales.

Certains troubles psychiatriques peuvent conduire au meurtre : état démentiel, arriération mentale, immaturité affective grave, psychose, notamment paranoïaque, ainsi que certains états névrotiques. Certains états délirants et confusionnels sont également à l'origine de passages à l'acte criminel. De même, l'alcoolisme et la toxicomanie avérés peuvent entraîner le sujet à commettre un acte délictueux.

Aucune conduite criminelle n'est décrite spécifiquement dans les classifications CIM-10 et DSM-IV ; il s'agit donc, en fait, de conduites de transgression de l'ordre légal, avec une composante éventuelle médicolégal repérée secondairement, si un trouble psychique ou neuropsychique a aboli ou altéré le discernement ou le contrôle des actes accomplis par l'auteur des faits.

Les actes criminels de sang sont nombreux et variés : homicides, infanticides, parricides, etc. Une expertise est systématiquement demandée en cas d'homicide, comme, d'ailleurs, pour tout autre acte criminel.

Les principales conduites de transgression délictueuse, outre les homicides, sont les coups et blessures volontaires, les sévices à enfant et certains actes pervers : nécrophilie, anthropophagie, actes de tortures et de barbarie. Nous retrouvons, parfois, à l'origine de ces conduites, des pathologies telles que la psychopathie, la schizophrénie, les états délirants chroniques.

Rappelons ici encore l'importance de la place de la toxicomanie et, surtout, de l'alcoolisme dans la genèse des comportements criminogènes.

■ **Conduites autoagressives**

Le risque suicidaire est fréquent et ses conséquences en sont majeures.

Il est le passage à l'acte majeur transgressif des lois biologiques, morales et religieuses en ce qui concerne la survie de l'espèce et du sujet.

La responsabilité des membres des professions médicales et des établissements de soins est de plus en plus souvent mise en cause.

Cette évolution est due à des causes multiples :

- les connaissances médicales sont de plus en plus diffusées dans le grand public ;
- un « droit » imprescriptible à la santé et à la sécurité tend à être affirmé ;
- le climat de confiance qui entourait traditionnellement l'art médical s'est dégradé ;
- l'assurance de responsabilité s'est généralisée ;
- les risques liés à l'efficacité thérapeutique ont augmenté.

■ **Conduites d'appropriation et de destruction**

Vol

Lorsqu'ils sont commis par des personnes présentant des troubles mentaux, ces actes sont rarement élaborés sur le plan de leur réalisation.

Le déficit des capacités intellectuelles (déficience mentale, démence), l'obscurcissement de la conscience ou d'autres troubles connexes (états maniaques, troubles schizophréniques) permettent de repérer cliniquement ces conduites.

Quant aux conduites d'achats pathologiques, qui peuvent entraîner des comportements délictueux, celles-ci sont souvent secondaires à une pathologie sous-jacente (état maniaque, syndrome dépressif, état limite, affaiblissement intellectuel lié à un début de démence). Cottalorda-Eynaud souligne le déficit narcissique et la dépendance à l'objet que présentent ces sujets [27].

Destruction de biens

Lors d'agitations aiguës, il arrive fréquemment qu'un patient s'attaque aux biens matériels qui l'entourent. Cet état mental traduit l'extériorisation de nombreuses pathologies psychiatriques qui vont des psychoses aux toxicomanies, licites et illicites.

Pyromanie et incendiaires

Les classifications internationales insistent sur le caractère répétitif de la conduite pyromaniaque qui correspond à la tendance pathologique à allumer des feux.

Les caractéristiques diagnostiques essentielles de la CIM-10 sont : la répétition d'incendies volontaires sans mobile apparent d'ordre pécuniaire, de vengeance ou d'extrémisme politique ; un intérêt très vif à contempler les feux ; un état de tension croissante avant l'acte et une excitation intense après sa réalisation.

Cette classification exclut du diagnostic : les auteurs d'incendie volontaire indemnes de troubles psychiatriques patents, les incendies provoqués par un sujet jeune présentant un trouble des conduites ainsi que ceux provoqués par un sujet adulte présentant une personnalité dyssociale, les incendies provoqués au cours d'une schizophrénie et ceux provoqués au cours des troubles psychiatriques organiques.

Psychopathologie

Dans son manuel de psychiatrie, Ey [33] indique que la notion de passage à l'acte est une notion dérivée de la topique analytique et, plus spécifiquement, des conceptions psychodynamiques de l'*acting-out*. Il s'agirait, pour cet auteur, d'un comportement adéquat dans une situation ancienne ou archaïque du développement du sujet qui ressurgit dans l'ici et le maintenant d'une façon inappropriée.

L'*acting-out* représenterait un passage à l'acte réalisé inconsciemment par un sujet qui se soustrait ainsi à la verbalisation d'un souvenir refoulé ou à un processus transférentiel [66].

Lacan a distingué : l'acte (qui serait toujours signifiant pour le sujet), l'*acting-out* (qui correspondrait à la mise en place d'une symbolisation qui est adressée à un autre) et le passage à l'acte (celui-ci représenterait un agi inconscient non symbolisable, aliénant le sujet qui s'identifierait à un objet (a) [« petit a »] évincé de tout cadre symbolique [56].

Dupré, dans son ouvrage *La solution du passage à l'acte* (qui traite du crime des sœurs Papin) [31], reprenant les travaux de Lacan dans ce domaine, estime que le passage à l'acte interviendrait au titre d'une agression contre une image miroir du Moi d'un sujet qui ne peut y souscrire. Le passage à l'acte, au service du principe du plaisir, aurait pour but d'agresser et de détruire cette image angoissante qui ne peut être proposée à la reconnaissance d'un Autre [« grand Autre »].

MÉCANISMES PSYCHODYNAMIQUES

■ **Passage à l'acte criminel**

Pour Pinatel [71], l'histoire de l'étude du passage à l'acte se confond avec celle de la criminologie.

Lombroso considérait que l'acte criminel était un symptôme dont il fallait rechercher l'étiologie. Dans les années 1930, les criminologues se sont donc attachés à rechercher les facteurs qui gouvernaient le passage à l'acte. La science criminologique, avec De Greeff, Gemelli et Correa, considérait que le passage à l'acte criminel était la réponse d'une personnalité à une situation donnée. Kinberg considérait que l'acte criminel survenait quand la pulsion qui conduit au crime est supérieure à la résistance qu'elle rencontre.

Pour ces auteurs, la pulsion du passage à l'acte criminel serait l'agressivité. Celle-ci est considérée, à cette époque, comme étant neutralisée chez la plupart des hommes par plusieurs mécanismes inhibiteurs (peur de la sanction pénale, compassion pour la victime, etc). Les criminels seraient dépourvus de ces inhibitions. D'autre part, parallèlement à ces facteurs de personnalité, il en existerait d'autres orientant les modalités d'exécution : aptitudes intellectuelles et physiques, tempérament, besoins nutritifs et sexuels.

Vers 1960, la criminologie discute cette théorie et, en 1970, Debuyst, élève de De Greeff, insiste sur l'importance de la situation contextuelle au moment des faits et remet en question la prééminence de la place prise par la personnalité en action. Il estime qu'il existe des variables essentielles dues à la situation de terrain, notamment en raison de la qualité des relations entre les membres impliqués et la capacité de la situation à évoluer d'elle-même.

Lopez rappelle que le passage à l'acte criminel comprend la phase d'élaboration du crime (rencontre de l'auteur potentiel avec une cible attractive et organisation du plan criminel), puis le passage à l'acte proprement dit. Il souligne que des éléments victimogènes (chez la victime) augmentent l'agressivité ou diminuent l'inhibition de l'individu criminel : psychotropes, substances toxiques, alcool, réactions psychologiques inadaptées, etc ^[62 à 64].

De même, des circonstances particulières victimogènes favorisent la phase d'exécution criminelle : victime présentant une vulnérabilité psychologique ou faisant un métier exposé, ce qui la rend vulnérable (conduite asociale, cupidité, attirance sexuelle), isolement spatial, diminution de la résistance de cette victime en raison de certains facteurs (infirmité, alcoolisation, âge, sexe, etc), comportements de la victime contrariant les plans de l'auteur du crime (résistance inattendue, etc).

■ Violence

Il existerait deux courants pulsionnels, originel et naturel, qui correspondent au courant pulsionnel sexuel et au courant pulsionnel violent. Les travaux de Bergeret ont largement contribué à mieux comprendre la distinction entre violence et agressivité ^[11, 12]. La seconde découle de la transformation de la première à partir du courant libidinal. La violence érotisée devient agressivité.

L'agressivité est intentionnelle. Elle a un but précis qui vise à une satisfaction. Le plaisir du sujet agressif prend son origine dans le dommage que l'agresseur va faire subir à l'objet. Celui-ci est relié étroitement à l'histoire affective, notamment œdipienne, du sujet. En fait, l'agressivité représenterait une perversification de la violence ^[9].

La violence naturelle, instinctuelle et fondamentale, doit être considérée, pour Bergeret, comme un instinct d'autoconservation. Son seul but est de se protéger contre un objet vécu comme menaçant (sur le plan imaginaire ou réel) et non pas de l'attaquer pour l'endommager et en tirer une jouissance. L'objet n'est pas relié à l'histoire du sujet, et ses caractéristiques ne comptent pas. Il est menaçant pour l'intégrité du sujet et, à ce titre, doit être éliminé.

■ Perversion

Au XIX^e siècle, la psychiatrie médicale classait des pratiques sexuelles excessivement variées, dont l'exhibitionnisme, parmi les perversions. À la fin des années 1980, le mot paraphilie est choisi pour remplacer dans la terminologie psychiatrique, en ce qui concerne les pratiques sexuelles déviantes, le terme perversion.

Roudinesco et Plon indiquent, dans leur *Dictionnaire de la psychanalyse*, que Freud, dès 1896, utilise le terme perversion pour

désigner des actes sexuels déviants par rapport à une norme ^[73]. Ce concept psychanalytique, absent d'attribut négatif ou positif, « s'inscrit avec la névrose et la psychose dans une structure tripartite ».

Pour Freud, la disposition à la perversion fait partie de la normalité chez l'être humain. En effet, à partir de l'étude de la sexualité infantile, il reconnaît chez l'enfant une prédisposition perverse polymorphe. Dans la sexualité infantile, il existerait plusieurs stades d'organisation libidinale et la perversion représenterait une régression-fixation de la libido à un stade d'organisation antérieur ^[7].

Pour Pontalis et Laplanche, la perversion de l'adulte peut apparaître comme la persistance ou la réapparition d'une composante partielle de la sexualité ^[57]. D'autre part, pour ces auteurs, la sexualité humaine pourrait être définie « comme perverse en son fond, dans la mesure où elle ne se détache jamais tout à fait de ses origines qui lui faisaient chercher sa satisfaction, non dans une activité spécifique, mais dans le gain de plaisir attaché à des fonctions ou activités dépendant d'autres pulsions. »

Initialement, les travaux de Freud ont développé l'idée d'une négativité de la perversion dans la mesure où la névrose représenterait « le négatif de la perversion ». Dans son ouvrage *Trois essais sur la théorie sexuelle* ^[40], il indique que la sexualité du pervers n'est pas soumise à certains mécanismes de défense (tels qu'on les retrouve chez le névrosé) : processus de sublimation, prohibition de l'inceste, mécanisme du refoulement. Il distingue deux sortes de perversions : les perversions d'objet et les perversions de but. Dans les premières, la sexualité du pervers est fixée à un objet, humain ou non, au préjudice des autres (pédophilie, inceste, etc). Dans les secondes, il classe l'exhibitionnisme, le sadisme, etc. Mais, à partir de sa seconde topique, l'analyste viennois mentionne que la perversion serait le modèle organisationnel d'un Moi construit sur le clivage. Celui-ci caractériserait la psychose et la perversion qui s'inscrirait comme une structure tripartite (névrose/psychose/perversion) ^[41]. Ainsi, la perversion, pour Freud, serait la conséquence d'un déni ou d'un désaveu de la castration avec fixation de la libido à un stade pré-génital.

Pour M Klein et ses élèves, la perversion est considérée comme un désordre identitaire de la personnalité, de nature schizoïde (perturbation de l'organisation du narcissisme), dû en partie à des pulsions de destruction (pulsions de mort) dirigées contre l'individu lui-même ou l'objet.

Freud, Klein et leurs élèves posent le problème de la perversion par rapport à une déviation de la normale tandis que pour Lacan, elle correspond à une authentique structure. En effet, pour ce psychanalyste, la perversion doit être considérée comme faisant intégralement partie du fonctionnement psychique humain dans le sens où elle correspond à un désir d'affrontement perpétuel à la loi, ce qui provoquerait la jouissance. Pour Lacan, la perversion représenterait, d'une part, un désir de transformation du sujet en un objet de jouissance destiné à être donné à Dieu dans un dédain de la loi et, d'autre part, une volonté inconsciente de s'annuler dans le mal absolu et dans l'anéantissement de son être ^[55].

ACTES TRANSGRESSIFS

■ Inceste et psychanalyse

Dans son ouvrage, *Totem et Tabou* ^[39], Freud indique que l'interdit de l'inceste est la conséquence du désir qu'il suscite. En contradiction avec les travaux de son époque, il inscrit l'inceste au travers de la relation d'un sujet à la loi et reconnaît l'universalité du complexe d'Œdipe. Par la valeur symbolique que l'inceste représente, il permet au sujet de se situer par rapport à une loi. L'interdit de l'inceste symbolise la culpabilité humaine à l'égard d'un désir incestueux refoulé.

Pour Formet, l'acte incestueux doit être analysé par rapport à la structure de personnalité de l'abuseur. Dans le cas d'une structure névrotique, l'inceste sert à combler un manque ; il est adressé à un autre et il peut être considéré comme un *acting-out*. Dans un

contexte psychotique, l'acte incestueux a comme rôle de faire survenir le manque ; il doit être considéré comme un passage à l'acte. Dans le cas de la perversion, l'inceste représente la réponse que le sujet se donne à lui-même ; il existe un déni de la castration et l'acte incestueux devient un symptôme.

Balier indique que l'inceste est bien une perversion car il protège le sujet, par le déni de la séparation et du manque, de la faillite psychotique. Pour cet auteur, il existerait, fondamentalement, une absence d'écart dans la communication entre l'enfant de sexe masculin et sa mère. Ce manque ne laisserait pas la place à un espace de représentation.

■ **Viol**

Welzer-Lang^[87] indique que le viol est un acte sexué et non sexuel. En effet, sa compréhension doit se rechercher dans le registre du narcissisme et non dans le domaine de la sexualité.

Balier le considère comme un acte phallique défensif permettant un surinvestissement narcissique de toute-puissance visant à éviter l'effondrement de la personnalité et la psychose^[10]. Cet auteur indique que la compréhension du viol est à chercher dans les rapports entre l'hallucination de désirs contemporains des premiers mois de vie (registre de la psychose) et la réalité extérieure assimilée au fil de l'existence. Ainsi, des défaillances initiales vécues dans la relation mère-enfant pourraient être à l'origine de l'acte de viol ultérieur. Balier et Legendre rapportent que de telles défaillances sont à l'origine d'une angoisse profondément destructurante. Celle-ci peut être réactivée ultérieurement par un traumatisme sexuel ou la rencontre d'une femme évoquant les souvenirs d'une mère effrayante dans un processus de fusion-séparation non encore élaboré.

Stoller emploie le terme de « crypto-perversion » pour rendre compte de la coexistence d'une vie sexuelle commune et de conduite de viol. Pour cet auteur, le violeur aurait subi durant son enfance des traumatismes réels émanant de sa mère. La conséquence en serait le recours, dans sa vie d'adulte, à une forme érotique de la haine^[76, 77].

■ **Pédophilie**

Dans l'anamnèse du sujet pédophile, on retrouve fréquemment, d'une part, des carences affectives (mère hostile, indifférente, mégalomane, castratrice, ou absente) et éducatives précoces et, d'autre part, un passé de maltraitance, notamment sexuelle. L'angoisse de castration du pédophile est le plus souvent importante. Ces sujets vivent leur sexualité au travers d'un manque marqué par un sentiment d'incomplétude sexuelle.

Huard, à partir de tests de Rorschach, effectués sur des sujets pédophiles, relève plusieurs caractéristiques : ils présentent une immaturité affective et des fantasmes sexuelles importantes ; ils ont tendance à se déprimer, vraisemblablement à cause de leur estime de soi particulièrement faible leur assignant un sentiment intense d'infériorité.

Les premiers liens insatisfaisants sur le plan affectif pourraient être à l'origine de l'absence d'hétérosexualité satisfaisante à l'âge adulte. Certains enfants sont attachés affectivement au pédophile. À la suite de l'arrêt des actes incestueux, ils peuvent traverser une période dépressive réactionnelle (deuil de la relation pédophilique).

■ **Exhibitionnisme**

Pour Freud, l'exhibitionniste montrerait ses parties génitales « pour qu'on lui en montre autant ». Dans ce type de perversion, le sujet affirmerait sans cesse l'intégrité de son organe génital en le dévoilant à une spectatrice qui en est dépourvue, ce dont il jouirait. L'exhibitionnisme est donc étroitement lié au complexe de castration.

Fenichel^[35] considérerait que l'exhibition est une réaction conséquente à la crainte de la castration par surinvestissement d'une pulsion partielle. Celle-ci rassurerait le sujet contre la castration et

permettrait la répression de l'Édipe. L'exhibitionniste cherche à se conforter en faisant peur. La réassurance serait également due à ce que Chazaud^[22] nomme la « magie du geste » que représenterait le moment où le pervers attend que sa victime lui dévoile à son tour un pénis (double négation de la castration).

Certains auteurs, dont Holmes, rapportent que l'exhibitionniste, par son acte, exprime de l'hostilité envers autrui, notamment les femmes. Il existerait chez lui un besoin de valorisation narcissique dû, en partie, à une identité masculine précaire.

■ **Conduites agies de l'adolescence**

Elles sont fréquentes : vol, fugue, addiction, agression, violence, etc. Elles peuvent prendre l'aspect de véritables passages à l'acte compulsifs ou de symptômes à type de conduite agie^[34, 88].

Ce type de conduites ne caractérise pas obligatoirement un processus pathologique. En effet, la conduite de transgression doit être appréciée en fonction des autres conduites de l'adolescent, l'ensemble formant un système fluide ou rigide, ce dernier devant faire évoquer un processus psychopathologique plus inquiétant. Seule l'analyse du fonctionnement global de la personnalité permet d'apprécier si la conduite entrave ce fonctionnement et si elle constitue un risque pour le développement psychique en cours de construction.

La conduite agie est le mode d'expression préférentiellement choisi par l'adolescent pour réduire sa tension psychique interne. Certains auteurs la considèrent comme un véritable mécanisme de défense, d'autres comme une entrave à la mentalisation. Pour Marcelli et Braconnier, ces deux mécanismes représentent deux versants d'une même conduite^[65]. Dans tous les cas, la réactivation de l'angoisse par le processus même de l'adolescence reste un des éléments essentiels qui favorisent la conduite agie, véritable voie de décharge pulsionnelle^[26].

C'est Anna Freud qui est un des premiers auteurs à avoir développé l'idée que la conduite agie de l'adolescent constitue un mécanisme de défense, par transfert de la libido sur un substitut parental, contre le lien avec l'objet infantile^[37, 38]. Jeammet situe le trouble du comportement comme l'équivalent d'un effort actif ayant pour rôle de se défendre contre un vécu de passivité, source de dépression et d'angoisse (le fait d'être passif renvoyant aux représentations de soumission et aux tendances homosexuelles de l'enfance)^[52].

Certains auteurs d'orientation psychanalytique, dont Blos^[13], considèrent que l'agir de l'adolescent est comparable à l'*acting-out* de la cure analytique, dans le sens où il permet d'éviter le ressenti et doit donc être considéré comme une obstruction à la conduite mentalisée. Marcelli et Braconnier insistent sur la séparation, à l'adolescence, des pulsions libidinales et agressives (déliation), dont une des conséquences est représentée par le passage à l'acte.

À l'adolescence, on assiste à la résurgence du conflit œdipien, concomitant à la nécessité pour l'adolescent de se séparer des objets œdipiens internalisés et de renoncer à la bisexualité^[14]. Ce mécanisme va bouleverser la vie psychique du futur jeune adulte sur le plan économique, dynamique et topique (Cahn). Les mécanismes de défenses déjà en place peuvent se rigidifier, d'autres naissent (A Freud). Leur fonctionnement va entraîner des manifestations psychopathologiques et des aménagements très divers, notamment avec la possibilité de troubles des conduites avec rupture (Laufer)^[58, 59] et échec du processus de maturation à l'adolescence (Brenas et Ladame, Giovacchini)^[15, 47].

Pour Cahn^[16, 17, 18], on assiste à une déliaison des représentations antérieures du Moi et à un affaiblissement de son rôle pare-excitant. Face aux sources d'excitations internes et externes, le risque est alors le déni et le clivage. Pour Green^[49], ce sont les modalités de liaisons et les réaménagements des mécanismes de défense qui restent essentiels. Erickson voit l'émergence du processus pathologique dans la perturbation de la quête d'identité de l'adolescent (remise en cause des assises narcissiques). Ce dernier doit faire le deuil des identifications anciennes et en intégrer de nouvelles. Si ce mouvement identificatoire est entravé, l'organisation

narcissique est perturbée (impossibilité d'intégrer les images parentales qui restent clivées, indifférenciation sujet-objet, etc).

Dans cette période charnière de la vie, les conduites de transgression sont d'autant plus importantes que l'angoisse narcissique est profonde, que la vie pulsionnelle est peu ou pas intégrable, qu'il existe une béance dans le pare-excitation du Moi, que l'objet est insaisissable ou envahissant, que la déliaison prédomine sur la liaison ^[53].

Aspects médico-légaux

CONDUITES DE TRANSGRESSION SEXUELLE

Ce chapitre est centré sur la protection des victimes mineures, ou vulnérables, des actes transgressifs et les mesures punitives de leurs agresseurs.

■ Qualification des faits

Inceste

Le mot inceste n'est pas directement cité dans le Code pénal ^[72]. Le Code civil fait allusion à cet abus sexuel sous sa rubrique consacrée au mariage et aux prohibitions qui y sont attachées. En effet, l'article 161 du Code civil énonce, qu'en ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants légitimes ou naturels et les alliés dans la même ligne. De plus, l'article 162 du Code civil indique qu'en ligne collatérale, le mariage est prohibé entre le frère et la sœur légitimes ou naturels. L'article 163 du même Code ajoute que le mariage est encore prohibé entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu, que la parenté soit légitime ou naturelle ^[24].

L'inceste dont la victime est un mineur au moment des faits (les poursuites peuvent être engagées dans les 10 ans au-delà de la majorité de la victime) doit être dénoncé et puni. Cependant, la Justice punit par l'intermédiaire d'un Code pénal qui ne connaît pas le mot « inceste » : en effet, la juridiction de jugement traite d'incriminations qui sont celles des abus sexuels dont s'est rendu responsable l'auteur (« viol » ou « agression sexuelle autre que le viol »).

La prise en compte du statut d'ascendant, comme celui de personne ayant autorité, se fait au titre des circonstances aggravantes qui alourdissent notablement la peine encourue. De plus, il convient de préciser que les jurys populaires sanctionnent actuellement sévèrement les pères incestueux et les mères passives ou complices.

Autres agressions sexuelles sur mineurs

Le Code pénal fait obligation aux citoyens de porter à la connaissance de la Justice tous sévices, privations, crimes et mauvais traitements.

Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise est répréhensible, quel que soit l'âge de la victime (mineur ou majeur) ; la qualité d'ascendant de l'agresseur est alors une circonstance aggravante qui alourdit la sanction prévue par le Code pénal.

Concernant les mineurs au-delà de 15 ans, le partenaire adulte n'est pas poursuivi si le mineur était consentant et s'il n'existe aucun élément de violence, contrainte, menace ou surprise ; en revanche, si cet adulte a la qualité d'ascendant, de personne ayant autorité ou abusant de l'autorité que lui confère sa fonction, il est sanctionnable quelles que soient les circonstances.

Ainsi, la notion d'une défense fondée sur un éventuel consentement du mineur ne peut être acceptée avant l'âge de 15 ans, quelles que soient les preuves produites (dires, écrits amoureux, agissements du mineur de 15 ans). En effet, l'absence de consentement est incontestable du fait de la qualité de mineur de 15 ans qui inclut de facto la notion de vulnérabilité ^[75].

Récidives

Face à l'inquiétude d'une récidive des actes sur d'autres mineurs, en cas de non-incarcération préventive, les mesures de liberté surveillée s'assortissent d'interdictions de résidence, de

fréquentation de lieux, d'établissements, de personnes, d'activités et imposent de stricts contrôles et un suivi sociojudiciaire.

En cas de désobéissance, l'incarcération immédiate de l'agresseur mis en examen est prononcée.

■ Procédures de signalement

Tout citoyen qui a connaissance d'un fait de maltraitance sur enfant est dans l'obligation de le signaler. En effet, l'article 223-6 du nouveau Code pénal punit l'infraction d'abstention volontaire de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Le signalement est réalisé le plus fréquemment par des professionnels dans le cadre de leur travail : enseignants, travailleurs sociaux, médecins ^[69]. Concernant la question toujours délicate du maniement du secret professionnel, l'article 226-14 du nouveau Code pénal (modifié par la loi du 17 juin 1998) indique très clairement que les professionnels ne sont plus contraints à la non-révélation des informations à caractère secret dont ils sont dépositaires du fait de leur fonction lorsqu'ils ont connaissance de privations ou de sévices, dont les atteintes sexuelles, infligés à un mineur de 15 ans (ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique) lorsqu'ils informent les autorités judiciaires, médicales ou administratives ^[3].

Les professionnels qui travaillent dans le champ scolaire doivent informer le médecin scolaire, ou le directeur de l'établissement scolaire dans lequel ils exercent (ils peuvent également contacter le médecin inspecteur de la santé) de tout fait de maltraitance dont ils ont connaissance.

Le signalement d'un fait de maltraitance peut être adressé soit directement à l'autorité judiciaire (procureur de la République, juge des enfants), soit aux autorités administratives (président du Conseil général, directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales). L'autorité administrative instruit une enquête sociale ou médico-sociale et avertit avec diligence le Parquet. Il en est de même au niveau du cabinet du juge des enfants.

Si la situation présente (ou paraît présenter) un danger immédiat, le procureur de la République doit être immédiatement informé ^[86]. En effet, ce dernier, en urgence, prendra toutes les mesures de protection nécessaires dans l'intérêt du mineur. Il décidera, si cela est justifié, d'une information judiciaire à l'encontre du présumé abuseur (ce qui n'est pas dans les attributions du juge des enfants) et pourra transmettre le dossier auprès du juge d'instruction ou auprès du juge des enfants afin que ce dernier instruisse le dossier et mette en place les mesures d'assistance éducative nécessaires ^[25].

Le signalement judiciaire peut avoir plusieurs conséquences. Si l'enfant est en danger, le procureur de la République ou le juge des enfants prononceront une ordonnance de placement provisoire. L'enfant sera placé immédiatement dans un lieu spécialisé où il sera pris en charge et protégé (famille d'accueil, institution sociale, structure hospitalière). Parallèlement, le procureur de la République diligentera une enquête préliminaire qu'il confiera aux services de la police judiciaire ou à la gendarmerie, dans le but d'établir la matérialité des faits.

Le rapport d'enquête sera remis à l'autorité judiciaire qui décidera des suites à donner au dossier : classement sans suite, transmission à la juridiction de jugement, transmission au juge d'instruction, transmission au juge des enfants en vue de la protection de l'abusé. Durant toute cette procédure judiciaire, l'enfant abusé doit être accompagné, défendu et soutenu (à la fois par un Conseil sur le plan de la poursuite de l'action en justice et par un pédopsychiatre ou un psychologue sur le plan psychoaffectif).

Cette procédure judiciaire peut aboutir au procès et à la condamnation pénale et civile de l'abuseur. Cette condamnation est essentielle pour l'enfant. En effet, elle permet la réparation morale et l'indemnisation de la victime. Ainsi, par le déroulement et les conclusions du procès, la société dans laquelle vit l'enfant reconnaît son traumatisme de manière solennelle.

■ **Sanctions**

Jusqu'au début du XVIII^e siècle, les abuseurs sexuels étaient punis selon le principe du droit canon : on sanctionnait un acte qui transgressait la morale religieuse. Le législateur du Code pénal napoléonien a retenu la maltraitance sexuelle comme étant une infraction justifiant une sanction au nom de la justice sociale. Il a également protégé les mineurs contre leur propre consentement, estimant que celui-ci ne peut être éclairé^[83].

Actuellement, les infractions de nature sexuelle sont incriminées spécifiquement et punies plus sévèrement quand la victime est un mineur de 15 ans ou que l'agresseur est un ascendant ou une personne ayant autorité^[81].

Le nouveau Code pénal, sous la rubrique générique « agression sexuelle », distingue le viol, les autres agressions sexuelles et le harcèlement sexuel. Il regroupe l'ensemble des agressions sexuelles sous la définition de son article 222-22 qui dit que toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise constitue une agression sexuelle.

Toutes les peines inscrites au Code pénal doivent être lues comme des peines maximales, la peine effective étant fixée par la juridiction de jugement. Par ailleurs, les âges indiqués doivent se lire comme tout âge inférieur à l'année révolue spécifiée (un mineur de 15 ans signifie : tout mineur qui n'a pas fêté son 15^e anniversaire).

L'article 222-23 alinéa 1^{er} du Code pénal énonce que le viol est tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. La peine pour cette agression sexuelle, lorsqu'elle est commise sur un mineur de 15 ans, est fixée à 20 ans de réclusion criminelle (art 222-24 NCP). La même sanction est prévue si le viol a été perpétré par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime, quel que soit l'âge de la victime.

Les agressions sexuelles, autres que le viol, imposées à un mineur de 15 ans sont punies de 7 ans d'emprisonnement et de 7 000 F d'amende (article 222-29 du nouveau Code pénal). La même sanction est prévue si l'agression sexuelle a été perpétrée par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime, quel que soit l'âge de la victime (art 222-28).

Par ailleurs, l'article 222-30 du nouveau Code pénal incrimine spécifiquement, en aggravant la peine, les faits commis sur un mineur de 15 ans par un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur ou ayant abusé de l'autorité de sa fonction. L'agresseur est alors puni de 10 ans d'emprisonnement et de 1 000 000 F d'amende.

Pour l'ensemble de ces agressions dénommées « autres agressions sexuelles », l'article 222-31 du nouveau Code pénal précise que la tentative est punie des mêmes peines.

■ **Suivi sociojudiciaire**

Les nouvelles dispositions de la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à « la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs » engagent un questionnement sur le double paradoxe qu'il y aurait à considérer ces sujets comme des malades à punir ou des délinquants à soigner.

Il convient de progresser dans l'élaboration des stratégies de prise en charge de ces sujets soumis à ces nouvelles dispositions relatives au suivi sociojudiciaire.

Cette loi reste toujours fortement controversée par de nombreux soignants, ainsi que nous avons déjà pu le constater lors des auditions auxquelles nous avons procédé dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur l'évaluation et l'expertise psychiatrique des condamnés (dite « commission Lempérière ») à la Chancellerie, en 1994-1996.

AUTRES CONDUITES DE TRANSGRESSION

■ **Conduites hétéroagressives**

Crimes

L'article 221-1 du nouveau Code pénal définit le meurtre comme étant « le fait de donner volontairement la mort à autrui ». Il convient de distinguer le meurtre du meurtre aggravé et de la tentative de meurtre. Le meurtre est puni d'un maximum de 30 ans de réclusion criminelle. Quand le meurtre est commis avec préméditation (assassinat) ou sur certaines catégories de victimes (dont les mineurs de 15 ans et les personnes vulnérables), il est désigné par le terme de meurtre aggravé.

Le nouveau Code pénal ne fait plus de l'infanticide un crime spécifique. Il rentre donc dans le cadre général des meurtres d'un mineur de moins de 15 ans. L'auteur est justiciable de l'application de l'article 221-4 NCP qui traite des peines encourues pour meurtre aggravé du fait de la qualité de la victime. La peine est portée, au maximum, à la réclusion à perpétuité avec application d'une période de sûreté pour les prononcés de peine privative de liberté au-delà de 10 ans, voire de 5 ans sur décision de la Cour d'assises. La tentative de meurtre est punissable comme l'infraction consommée.

Si un viol, une torture ou un acte de barbarie précèdent ou accompagnent l'assassinat d'un mineur de 15 ans, la période de sûreté peut être étendue jusqu'à 30 ans. Le nouveau Code pénal a fait disparaître ce que l'on appelait « l'excuse atténuante » pour les mères meurtrières. Ces dernières comme tout autre coupable, se voient donc toujours justiciables de la peine prévue pour meurtre aggravé.

Avortements

• *Interruption volontaire de grossesse*

Le législateur permet l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans seulement deux cas : l'avortement précoce pour convenances personnelles et l'avortement thérapeutique^[80].

L'interruption volontaire de grossesse, pour convenances personnelles, ne peut être pratiquée qu'avant la dixième semaine de grossesse et doit survenir, ce que la loi précise (art L 161-1 et s. du Code de la santé publique) dans un contexte maternel de détresse (conditions économiques, âge de la parturiente, inceste, viol, etc).

La femme enceinte qui veut interrompre sa grossesse doit demander l'IVG personnellement et consulter un médecin et un centre de planification familiale où elle recevra assistance et conseils (information sur les risques, dossier-guide, etc). Si elle persiste dans sa volonté d'avorter, elle devra à nouveau obligatoirement renouveler sa demande, au moins 1 semaine après sa première consultation, par écrit auprès du médecin qui l'avait reçue. L'IVG ne pourra être pratiquée que par un médecin, en milieu hospitalier.

La femme mineure célibataire devra bénéficier du consentement d'une personne exerçant l'autorité parentale ou d'un représentant légal. Les femmes étrangères devront résider depuis plus de 3 mois en France, sauf si elles ont le statut de réfugiées.

• *Avortement thérapeutique*

L'avortement thérapeutique, lié à une raison médicale (état de nécessité selon la loi), peut être pratiqué quelle que soit la période de la grossesse (y compris après la dixième semaine). Il faut l'avis de deux médecins (art 162-2, 8 à 10 du Code de la santé publique) : un praticien hospitalier et un médecin expert attesteront que la poursuite de la grossesse risque de mettre gravement en péril la santé de la future mère (argument thérapeutique) ou qu'il existe une forte probabilité pour que le futur bébé naisse atteint d'une maladie d'une particulière gravité et reconnue incurable au moment du diagnostic (argument d'eugénisme). Également dans ce cas, l'IVG ne pourra être pratiquée que par un médecin, en milieu hospitalier.

• *Autoavortement*

L'autoavortement (avortement par la femme enceinte sur elle-même) n'est plus punissable depuis la modification du nouveau

Code pénal. En revanche, la fourniture des moyens matériels à la femme en vue de l'autoavortement est punissable de 3 ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende (5 ans et 500 000 francs d'amende en cas d'infraction habituelle) : favoriser sa pratique est punissable alors que le fait lui-même ne l'est pas.

- *Interdiction de la provocation*

L'incitation à l'IVG est punissable. En effet, en dehors même de l'aide à l'autoavortement qui, nous l'avons vu, est fortement sanctionnée, toute provocation matérielle ou intellectuelle à l'IVG est punie (art 645 à 647 du Code de la santé publique). Les faits répréhensibles peuvent être des propositions d'objets ou substances, une propagande, une publicité directe ou indirecte pour des produits, objets, méthodes ou établissements.

Toutes ces pratiques incitatrices sont punissables, qu'elles aient provoqué effectivement ou non un (ou plusieurs) avortement et qu'il s'agisse d'une provocation pour une interruption volontaire illicite ou licite. Dans ce dernier cas, comme pour l'autoavortement, la provocation est punissable alors que l'acte ne l'est pas.

Violences et maltraitements à mineurs et personnes vulnérables

- *Tortures et actes de barbarie*

Ces actes sont réprimés par les articles contenus dans le paragraphe « Des tortures et actes de barbarie » du nouveau Code pénal (art 222-1 à 222-6).

La peine maximale applicable dans le cas général d'une victime de plus de 15 ans est de 15 ans (art 222-1). Elle est aggravée à 20 ans de réclusion criminelle lorsque l'infraction est commise sur un mineur de moins de 15 ans ou sur une personne particulièrement vulnérable (art 222-3-1 et 2) et portée à 30 ans lorsqu'elle est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur (art 222-3 al 2) ou par tout autre agresseur lorsque les faits se sont produits de manière habituelle (art 222-4).

- *Délaissement*

Le délaissement est défini par les articles 223-3 et 223-4 du nouveau Code pénal.

« Le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende. »

« Le délaissement qui a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est puni de 15 ans de réclusion criminelle. »

« Le délaissement qui a provoqué la mort est puni de 20 ans de réclusion criminelle. »

L'ancien Code pénal visait le délaissement d' « enfant » ou d' « incapable » hors d'état de se protéger eux-mêmes en raison de leur état physique ou mental (art 349 à 353 anciens). Le délaissement est une infraction intentionnelle mais elle est réalisée en dehors de tout préjudice physique ou moral.

Le délaissement d'un mineur de 15 ans en un lieu quelconque est puni de 7 ans d'emprisonnement et de 700 000 F d'amende, sauf si les circonstances du délaissement ont permis d'assurer la santé et la sécurité de celui-ci (art 227-1).

Lorsque la victime est un mineur de 15 ans et que le délaissement a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, le crime est puni de 20 ans de réclusion criminelle. En cas de mort de la victime, la peine est de 30 ans de réclusion criminelle (art 227-2).

- *Violences*

Les modalités répressives à l'encontre des personnes maltraitant avec violence un mineur sont édictées par l'ensemble des articles contenus dans le paragraphe « Des violences » du nouveau Code pénal (art 222-7 à 222-16).

La peine de 15 ans pour violences ayant entraîné la mort est aggravée à 20 ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise

sur un mineur de moins de 15 ans ou sur une personne particulièrement vulnérable (art 222-8-1 et 2) et portée à 30 ans lorsqu'elle est commise sur un mineur de 15 ans par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur (art 222-8 al 2).

De même, les autres violences sur un mineur de moins de 15 ans ou sur une personne particulièrement vulnérable sont punies plus sévèrement que pour une victime âgée de plus de 15 ans : 15 ans si elles ont entraîné une mutilation ou une infirmité (art 222-10), 5 ans et une amende de 500 000 F en cas d'incapacité totale de travail de plus de 8 jours (art 222-12), 3 ans et une amende de 300 000 F en cas d'incapacité totale de travail inférieure ou égale à 8 jours (art 222-13). Les peines sont encore plus lourdes si l'infraction est commise par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur le mineur, à savoir 20 ans, 10 ans et 1 000 000 F, 5 ans et 500 000 F (art 222-10-2, 222-12-2, 222-13-2).

Les violences habituelles sur un mineur de 15 ans ou sur une personne vulnérable sont également punies plus sévèrement : 30 ans de réclusion criminelle en cas de mort, 20 ans en cas de mutilation ou d'infirmité permanente, 10 ans d'emprisonnement et 1 000 000 F d'amende en cas d'incapacité supérieure à 8 jours et 5 ans et 500 000 F d'amende pour incapacité de 8 jours ou moins (art 222-14).

- *Négligences à mineurs*

La privation d'aliments est sanctionnée par le Code pénal. L'article 227-15 indique que le fait par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de 15 ans, de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé est puni de 7 ans d'emprisonnement et de 7 000 F d'amende.

Également, le père ou la mère légitime, naturel ou adoptif qui se soustrait, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre gravement la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 2 000 F d'amende (art 227-17).

- **Conduites autoagressives**

Le suicide ne constitue plus une infraction à la loi pénale depuis la Révolution française.

Ainsi, il en découle que la tentative de suicide n'est pas pénalement réprimée^[84].

Provocation, propagande et publicité

La loi n° 87-1133 du 31 décembre 1987 incrimine la provocation au suicide.

Deux délits distincts ont été créés : d'une part, la provocation proprement dite au suicide d'autrui ; d'autre part, la propagande ou publicité en faveur de moyens de se donner la mort.

L'article 223.13 édicte que le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.

Les peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de 15 ans.

L'article 223.14 indique que la propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort, est punie de 3 ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende.

L'article 223.15 stipule que lorsque les délits prévus par les articles 223-13 et 223-14 sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Pour que le délit soit légalement constitué, il faut qu'un acte de provocation ait été commis, que cette provocation ait été suivie d'effet et qu'il existe un lien de causalité entre l'acte de provocation

et le suicide ou sa tentative. Il faut, de plus, que l'acte de provocation soit volontaire et ait été accompli en connaissance de cause.

Non-assistance à personne en péril

L'article 223-6 du nouveau Code pénal énonce que quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende.

Celui qui s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours, est puni des mêmes peines.

Pour que l'infraction soit constituée, il faut que le péril soit imminent et de nature à nécessiter une intervention immédiate et qu'il existe la preuve d'une abstention volontaire de porter assistance à la personne en péril. Ces deux éléments sont rarement réunis en matière de suicide.

Délaissement d'une personne hors d'état de se protéger

Les incriminations concernant ce délit de délaissement ont été traitées (cf supra).

L'infraction sera constituée si son auteur avait la volonté délibérée de délaisser matériellement la victime.

Le suicide d'un patient ne pourrait donc engager la responsabilité pénale d'un médecin pour délaissement d'une personne hors d'état de se protéger que dans ce cas¹⁷⁹¹.

■ Conduites d'appropriation et de destruction

Le vol est la soustraction frauduleuse de la chose d'autrui. Il suppose donc réunis un acte matériel et un élément moral.

L'article 311-3 du Code pénal réprime le vol simple (qui est considéré comme un vol correctionnel sans circonstances aggravantes) : la peine principale est de 3 ans d'emprisonnement et 300 000 F d'amende. Précisons que la tentative est aussi punissable.

Les vols aggravés sont constitués lorsqu'il existe des circonstances dites aggravantes. Certains vols aggravés conservent leur statut de délit punissable de 5 ans, 7 ans et 10 ans de détention. Les vols qualifiés sont les plus graves ; il s'agit de crimes punissables par la réclusion criminelle à 15 ans, 20 ans, 30 ans ou à la réclusion criminelle à perpétuité.

En particulier, pour donner un exemple, le vol à main armée est une circonstance aggravante constituée lorsque le vol a été commis avec usage ou menace d'une arme, ou par une personne porteuse d'une arme même non apparente : la peine est de 20 ans de réclusion criminelle et 1 000 000 F d'amende. Il est prévu une période de sûreté de plein droit. Si le vol avec arme a été commis en bande organisée, les peines sont majorées.

Retenons, également, le cas du vol facilité par l'état d'une personne particulièrement vulnérable, que cette vulnérabilité soit due à l'âge, à la maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique, un état de grossesse. Il s'agit alors d'une circonstance aggravante. Le vol est puni comme en matière de vol avec violence n'ayant pas entraîné d'incapacité totale de travail, soit 5 ans d'emprisonnement et 500 000 F d'amende (article 311-4, 5° CP).

La destruction, la dégradation ou la détérioration peut constituer, selon les cas, une contravention, un délit ou un crime. En particulier, l'infraction intentionnelle due à l'effet d'une substance explosive, d'un incendie ou de tout autre moyen de nature à créer un danger pour les personnes est punie, ainsi que la tentative, comme un délit (art 322-6 et 322-11 CP).

L'infraction est considérée comme un crime lorsque son résultat aboutit à l'incapacité totale de travail, la mutilation, l'infirmité, la mort de la victime ou lorsque l'infraction est commise en bande organisée (art 322-7 à 322-10 CP).

Conclusion

Nous avons abordé les actes mineurs et majeurs de transgression sous le triple aspect comportemental, psychopathologique et médico-légal.

Les transgressions comportementales ont été développées dans le chapitre clinique. Ce qui a trait à la psychodynamique du sujet a fait l'objet du deuxième chapitre traitant de la place de la transgression dans l'économie psychique du sujet et des divers aspects de l'intentionnalité de l'acte. Enfin, la troisième partie, consacrée aux aspects médico-légaux, centrée sur la protection du mineur, renvoie le sujet transgressif à son positionnement social et à son affrontement à la loi.

L'essence même de la transgression, que celle-ci soit de nature comportementale, morale ou légale, est de s'affronter insidieusement ou violemment aux limites de la loi pour dépasser l'univers normatif que ceux qui composent la communauté humaine réalisent par leurs règles, leur morale religieuse ou laïque, et, avant tout, leur prise en compte de l'autre dans le respect de la diversité et de la liberté matérielle et psychique de chacun.

Les sujets transgressifs, lorsqu'ils ne sont pas dans l'évitement comme certains délinquants sexuels, fonctionnent dans l'indifférence ou dans l'opposition par rapport aux normes consensuelles sociales, médicales, éthiques et juridiques. Cette problématique complexe génère les diverses facettes, nombreuses et variées, des conduites transgressives.

Pour conclure, provisoirement, sur un thème aussi riche, proposons à la réflexion, avec Lacan, cette définition qui pourra paraître provocatrice :

« Un sujet normal est essentiellement quelqu'un qui se met dans la position de ne pas prendre au sérieux la plus grande part de son discours intérieur. » (Séminaire III, 1981)

Références ➤

Références

- [1] Alameda A. Les 7 péchés familiaux. Paris : Odile Jacob, 1998
- [2] Albernhe T. Criminologie et psychiatrie. Paris : Ellipses, 1997
- [3] Albernhe T, Tyrode Y. Les violences à enfants. In : Législation en santé mentale, pratique médico-éthique. Paris : Upjohn, 1995 : 253-281
- [4] Albernhe T, Tyrode Y, Skurnik N. Exhibitionnisme. *Forensic* 1992 ; 1 : 38-40
- [5] Ansart P, Dourlen-Rollier AM. La société, le sexe et la loi. Paris : Casterman, 1971
- [6] Aries P. L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime. Paris : Le Seuil, 1973
- [7] Aulagnier-Spairani P, Clavreul J. Le désir et la perversion. Paris : Le Seuil, 1967
- [8] Badinter E. L'amour en plus. Paris : Flammarion, 1980
- [9] Balier C. Psychanalyse des comportements violents. Paris : PUF, 1998
- [10] Balier C, Legendre C. La compulsion au viol : une problématique peu connue. *Nervure* (n° octobre) : 1995 ; 31-40
- [11] Bergeret J. La violence et la vie. Paris : Payot, 1994
- [12] Bergeret J. La violence fondamentale. Paris : Dunod, 1996
- [13] Blos P. Les adolescents, essai de psychanalyse. Paris : Stock, 1967
- [14] Bourcet S, Tyrode Y, Bouriche D. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Collection : La pratique de terrain. Paris : Ellipses, 2000
- [15] Brenas E, Ladame F. Les adolescents *borderline*. Diagnostic et traitement. *Psychiatr Enf* 1985 ; 28 : 485-512
- [16] Cahn R. L'identité sexuelle à l'adolescence. *Sem Hôp Paris* 1985 ; 61 : 2005-2007
- [17] Cahn R. La psychopathologie de l'adolescent aujourd'hui. *Confront Psychiatr* 1987 ; 29 : 37-60
- [18] Cahn R. Les déliaisons dangereuses : du risque psychotique à l'adolescence. *Topique* 1985 ; 35-36 : 185-205
- [19] Camdessus B, Kienner MC. L'enfance violente. Paris : Expansion Scientifique Française, 1993
- [20] Carlo Moro A. L'enfant sans droit. Paris : Fayard, 1992
- [21] Chantreau A. La maltraitance se crie mais ne s'écrit pas. Abbeville : GLB, 1993
- [22] Chazaud J. Les perversions sexuelles. Toulouse : Privat, 1973
- [23] Chesnais JC. Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours. Paris : Laffont, 1981
- [24] Collectif. Étude d'histoire du droit privé. Paris : Montchrestien, 1959
- [25] Collectif. L'enfant séparé de ses parents. Paris : Dialogue n°119, 1993
- [26] Collectif. Les pulsions. Paris : Tchou, 1997
- [27] Cottalorda-Eyraud A. Les nouvelles dépendances. In : Tyrode Y, Roure L. Les avancées en psychiatrie. Paris : Masson, 29-34
- [28] Darves-Bornoz JM. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Paris : Fleurus, 1996
- [29] De Lannoy JD, Feyereisen P. L'inceste. Paris : PUF, 1995
- [30] Diderot D, D'Alembert J. L'encyclopédie. Paris : Pergamon, 1969
- [31] Dupré F. La solution du passage à l'acte. Paris : Eres, 1984
- [32] Erlich M. Les mutilations sexuelles. Paris : PUF, 1991
- [33] Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Paris : Masson, 1989
- [34] Fau R. Les groupes d'enfants et d'adolescents. Paris : PUF, 1952
- [35] Fenichel O. La théorie psychanalytique des névroses. Paris : PUF, 1950
- [36] Formet G. Inceste et structure. *Sexologie* 1996 ; 17 : 44-46
- [37] Freud A. L'enfant dans la psychanalyse. Paris : Gallimard, 1976
- [38] Freud A. Le moi et les mécanismes de défense. Paris : PUF, 1949
- [39] Freud S. Totem et tabou. Paris : Payot, 1965
- [40] Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris : Gallimard, 1987
- [41] Freud S. Névrose, psychose et perversion. Paris : PUF, 1988
- [42] Furetière A. Dictionnaire. Le Robert. Paris : Robert Laffont, 1978
- [43] Fustel de Coulanges ND. La cité antique. Paris : Hachette, 1923
- [44] Gabel M, Lebovici S, Mazet PH. Maltraitance psychologique. Paris : Fleurus, 1996
- [45] Gabel M, Lebovici S, Mazet PH. Maltraitance : maintien du lien. Paris : Fleurus, 1995
- [46] Gabel M, Lebovici S, Mazet PH. Maltraitance : répétition, évaluation. Paris : Fleurus, 1997
- [47] Giovacchini PL. Le processus de l'adolescence et la formation du caractère. In : Psychiatrie de l'adolescence. Paris : PUF, 1982 : 207-227
- [48] Gosset D, Hedouin V. Maltraitance à enfants. Paris : Masson, 1997
- [49] Green A. Intervention. In : psychanalyse, adolescence et psychose. Paris : Payot, 1986 : 323-339
- [50] Hayez JY, De Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Paris : PUF, 1997
- [51] Héritier F, Cyrulnik B, Naouri A. De l'inceste. Paris : Odile Jacob, 1994
- [52] Jeammé PH. Actualité de l'agir. À propos de l'adolescence. *Nouv Rev Psychanal* 1985 ; 31 : 201-222
- [53] Kestemberg E, Morvan O. Le concept de pare-excitation à la post adolescence. In : adolescence terminée, adolescence interminable. Paris : PUF, 1985 : 203-222
- [54] Knibielher Y, Fouquet C. L'histoire des mères. Paris : Montalba, 1980
- [55] Lacan J. Kant avec Sade. Paris : Le Seuil, 1966
- [56] Lacan J. Le séminaire, livre X, l'angoisse. Paris : Le Seuil, 1963
- [57] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 1990
- [58] Laufer M. Psychopathologie de l'adolescent. Quelques principes d'évaluation et de traitement. *Adolescence* 1983 ; 1 : 13-28
- [59] Laufer M. Psychopathologie de l'adolescent et objectif thérapeutique. In : La psychiatrie de l'adolescent aujourd'hui. Paris : PUF, 1986 : 61-86
- [60] Lebovici S, Gabel M. L'inceste. In : Lebovici S, Diatkine R, Soulé M éd. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : PUF, 1985 : 2392-2401
- [61] Leyrie J. Le dommage psychiatrique en droit commun. Paris : Masson, 1994
- [62] Lopez G. Victimologie. Paris : Dalloz, 1997
- [63] Lopez G. Les violences sexuelles sur les enfants. Paris : PUF, 1997
- [64] Lopez G, Bornstein S. Victimologie clinique. Paris : Maloine, 1995
- [65] Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, 1995
- [66] Millaud F. Le passage à l'acte. Paris : Masson, 1998
- [67] Minkowski A. L'art de naître. Paris : Odile Jacob, 1987
- [68] Monestier M. Les enfants esclaves. Paris : Le cherche midi, 1998
- [69] Montenegro R. Medicos, Patientes, Sociedad - Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Medicos. Asociacion Mundial de Psiquiatria y apal, 1998
- [70] Moro MR, Lebovici S. Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Paris : PUF, 1995
- [71] Pinalat J. Le phénomène criminel. Paris : MA édition, 1987
- [72] Renucci JF. Droit pénal des mineurs. Paris : Masson, 1994
- [73] Roudinesco E, Plon M. Dictionnaire de la psychanalyse. Paris : Fayard, 1997
- [74] Rouyer M, Drouet M. L'enfant violenté. Paris : Centurion, 1986
- [75] Soutoul JH, Chevrand-Breton O. Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur. Paris : Ellipses, 1994
- [76] Stoller R. Recherches sur l'identité sexuelle. Paris : Gallimard, 1979
- [77] Stoller RJ. La perversion, forme érotique de la haine. Paris : Payot, 1978
- [78] Straus P, Manciaux M. L'enfant maltraité. Paris : Fleurus, 1982
- [79] Tyrode Y. Dépression et suicide - Aspects médico-légaux. *Neuro-psy* ; (n° spécial) : 1998, 51-56
- [80] Tyrode Y, Albernhe T. Psychiatrie légale. Paris : Ellipses, 1995
- [81] Tyrode Y, Bourcet S. L'enfance maltraitée. Collection : Vivre et comprendre. Paris : Ellipses, 1999
- [82] Tyrode Y, Bourcet S. Psychiatrie clinique. Collection : L'enfant et de l'adolescent. Paris : Ellipses, 1999
- [83] Tyrode Y, Bourcet S, Bouriche D. Psychiatrie légale. Collection : La pratique de terrain. Paris : Ellipses, 1999
- [84] Tyrode Y, Placier O, Vedrenne B. Implications médico-légales de l'acte suicidaire. In : Dépression et suicide. Paris : Masson, 2000
- [85] Tyrode Y, Roure L. Les avancées en psychiatrie. Paris : Masson, 1997
- [86] Veron M. Droit pénal spécial. Paris : Masson, 1996
- [87] Welzer-Lang D. Le viol au masculin. Paris : L'harmattan, 1988
- [88] Widlöcher D. Adolescence normale ou pathologique. *Rev Prat* 1976 ; 26 : 2927-2940