

PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Criminalité sexuelle et récidive

Philippe BESOLES

INTRODUCTION

La notion de récidive est une donnée initialement médicale. Elle apparaît dès 1560 dans le vocabulaire médical et sera reprise dans le domaine juridique en 1593. L'étymologie du mot « récidive » vient du latin *recidivus* qui signifie « qui revient », « qui retombe ».

Si l'on s'en tient à la notion juridique telle qu'elle est clairement définie dans le nouveau Code Pénal, il y a récidive « lorsqu'à la suite d'un acte judiciairisé (crime ou délit), on assiste à la réitération d'une judicia-risation pour un nouveau délit » (A. Ciavaldini, 1999). Trois occurrences se présentent pour le pénaliste :

La récidive générale et perpétuelle correspond, à la suite d'une condamnation pour crime et délit d'au moins 10 ans d'emprisonnement ferme, à une nouvelle condamnation pour crime.

La récidive générale et temporaire correspond, à la suite d'une condamnation pour crime et délit d'au moins 10 ans d'emprisonnement ferme, à une nouvelle condamnation pour délit puni de 1 à 10 ans d'emprisonnement.

La récidive spéciale et temporaire correspond, à la suite d'une condamnation pour un délit, à une nouvelle condamnation pour un même délit.

Sur le plan de la psychopathologie clinique, la problématique semble plus complexe à plusieurs titres. La notion de récidive est au centre de la clinique expertale tant dans ses aspects conceptuels (transgressions, rapport à la loi, analyse différentielle avec le concept de répétition et de réitération, champs épistémiques de référence,...), méthodologiques et techniques (diagnostic, pronostic, accessibilité aux soins, évaluation des facteurs de risques, degré de dangerosité,...), et éthique (rapport au fantasme, risque de passage à l'acte,...).

Le degré de dangerosité, particulièrement flou à circonscrire tant sur le plan sémiologique que sur le plan psychopathologique, semble cependant un critère majeur pour les magistrats quand à leurs décisions d'incarcération ou de placement en structure psychiatrique (C. Mormont, 2003).

La dangerosité d'une personne semble consister à sa propension à commettre des actes dangereux à l'encontre d'autrui ou de lui même. Certains auteurs ajoutent à cette définition très générique la notion d'imprévisibilité et d'incontrôlabilité (P. Scott 1977, J. A. Monahan 1981, J. A. Monahan et H. J. Steadman, 1994), incluent les menaces sans passages à l'acte (S. A. Shah, 1981, N. Walker, 1996) ou encore l'assimilent simplement à une infraction contre les personnes et les biens (C. Debuys, 1984). Deux pondérations majeures ajoutent à la complexité de la problématique :

- Nous savons que les prédictions de dangerosité sont parfaitement aléatoires (C. Montandon, 1979, J. Proulx, 1993, 1996, 1999). Les travaux de J. A. Monahan (rapportés par C. Montandon, 1979 puis par C. Mormont, 2003) « indiquent que les fausses prédictions de dangerosité varient entre 54 et 99 %, que les méthodes de prédiction soient des examens psychiatriques, des tests psychologiques, des indicateurs comportementaux ou des analyses multivariées ».

- D'autres recherches (V. L. Quincey, 1984, D. A. Crighton, 1997, G. J. Towl et coll., 1997) montrent que « les malades mentaux ne commettent pas plus de faits de violence que la population ordinaire ».

La notion de dangerosité n'est pas non plus indépendante des normes et valeurs psycho-sociales et socio-politiques, du caractère surdéterminé de ses actes médico-légaux, de la multiplicité et du caractère composite de sa psycho-genèse,... Comme le souligne C. Mormont (1988, 2003) « la dangerosité peut présenter un caractère immédiat et critique ou être une disposition dont l'actualisation peut survenir même après un long délai ».

Il serait hasardeux dans un tel contexte de prédire les risques de récurrence d'une criminalité quelle que soit sa qualification et, à partir de là, élaborer des stratégies y compris thérapeutiques sans avoir au préalable clarifié *a minima* les enjeux à l'œuvre. Sur le plan clinique, les référentiels nosographiques ajoutent à cette complexité. Les notions de « psychopathies », « paraphilies », « états-limites », « perversions », « sujets anti-sociaux », etc. complexifient l'analyse et l'évaluation des risques. Le pronostic s'avère, de fait, dépendre plus d'une probabilité incertaine ou aléatoire. La revue bibliographique montre

que des individus estimés dangereux n'adoptent jamais de conduites délictueuses ni criminelles (« faux positifs ») une fois leur incarcération accomplie ; alors que d'autres (« faux négatifs ») ne présentant pas de facteurs de risques particuliers (qui restent à préciser) commettent des délits dès leur libération.

RÉCIDIVE (S) : RÉCIDIVE, RÉITÉRATION, RÉPÉTITION

La superposition des définitions entraîne des confusions préjudiciables à une analyse différentielle de la notion trop générique de récidive. La récidive est toujours plurielle. Elle englobe différents aspects d'un acte délictueux ou criminel qui se reproduit mettant son auteur hors la loi. On parlera de « réitération » dans un registre juridique essentiellement, de « récidive » dans une perspective médico-psychologique et de « répétition » en termes de dynamique psychique.

Ce simple repérage n'élude pas nécessairement les difficultés méthodologiques inhérentes à la complexité des problématiques psychiques liées à la nature du délit, la durée qui sépare le second délit du premier, les méthodes d'évaluation utilisées,... Par exemple, la nature du délit peut avoir une incidence sur la probabilité de récidive. J. Proulx (1993), B. Mezzo et B. Gravier (2001) relèvent des taux de récidive variant de 19 à 41 % chez les exhibitionnistes et de 0 à 11 % chez les parents incestueux. R. K. Hanson et coll. (1993), sur une période de 31 ans, ont étudié une cohorte de 197 agresseurs d'enfants. Ils montrent que le taux de récidive sexuelle est de 42 % alors que la direction centrale de la police judiciaire (DCPJ) fait état pour l'année 1996 d'un taux moyen de récidive chez les délinquants sexuels de :

- 13

QUALIFICATION	POURCENTAGE
Viol	8 %
Inceste	3.7 %
Attentat à la pudeur	20.4 %

D'autres études comparatives soulignent les divergences à l'œuvre y compris dans l'interprétation des données statistiques. A. Kensey et P. Tournier (1982) sur un échantillon représentatif de sortants de prison et sur une période de 4 ans montrent que le taux de récidive générale des populations carcérales est de 34.3 % (« taux de retour »). Cette recherche, complétée par C. Burrigand en 1997 (sur une période de

11ans de 1984 à 1995), donne un aperçu des « *taux de retour* » de 2.5 % en moyenne pour les viols et de 10 % environ pour les attentats à la pudeur. C. Burricand souligne que la récidive intervient dans près de la moitié des cas moins d'un an après la sortie de prison.

Si on isole le champ de recherche de la délinquance sexuelle pour en analyser la fréquence des récidives, les mêmes problématiques se posent de la même façon que pour toute autre qualification. Des méta-analyses très récentes (R. K.Hanson et M. T. Bussière 1998 , R. K. Hanson et al., 2002, cité par C.Mormont, 2003), sur des effectifs importants de délinquants sexuels, dégagent un taux de récidive de 10 à 15 % dans les 4-5 ans de suivi. Par contre, la même étude révèle que la différence entre les délinquants traités et non traités est peu significative d'un point de vue de la récidive (12.3 % contre 16.8 %) (rien n'est dit du traitement lui-même). Ces travaux récents confirment d'autres plus anciens (J. Proulx, 1993) pour qui le taux de récidive était de 15 à 40 % chez les pédophiles homosexuels et de 13 à 20 % chez les pédophiles hétérosexuels. La récidive en matière incestueuse était de 0 à 11 %. Ces données tendent à montrer que les caractéristiques du délit interviennent dans la propension à leur répétition comme leur résilience (É. Baccino et P. Bessoles, 2003).

14 – Le taux de récidive varie selon l'histoire criminelle du sujet. Il augmente en fonction des condamnations antérieures (cité par J.Proulx 1993) de même que les agresseurs sexuels sont plus enclins à commettre d'autres délits non sexuels (cité par M. Cooper, 1994).

D'autres travaux (R. Mac Grath, 1991) récapitulent des facteurs associés à la récidive sans que, du moins à notre connaissance, une étude suffisamment discriminative ait été menée. R. Mac Grath cite le chômage ou le statut économique défavorisé, des condamnations précédentes pour délits sexuels, l'utilisation de la force pour le délit antérieur, le fait de ne pas être marié, l'impulsivité, l'alcoolisme, un âge inférieur à 40 ans, le choix de personne vulnérable,... L'ensemble de ces facteurs émerge à des registres aussi différents que la psychologie sociale, l'éducation, la sociologie, la psychopathologie clinique,... Une étude plus récente (R. K. Hanson et A. J. Harris, 2000) sur les facteurs dynamiques associés à la récidive (c'est-à-dire susceptibles d'être modifiés avec le temps et les circonstances) met en évidence la pauvreté des ressources, le style de vie anti-social, la pauvreté des stratégies de contrôle de soi, les accès de colère,...

Si la communauté de recherche ne s'accorde pas sur les facteurs de risque de récidive, la récidive est par contre utilisée comme évaluation de l'efficacité des traitements. Cette façon de penser la causalité psychique n'est pas s'en poser des questions méthodologiques, techniques et éthiques comme l'ont souligné V. L. Quinsey, A. Khanna et P. B. Malcolm (1998).

La méta-analyse citée plus haut de R. K. Hanson (1989) aboutit au constat que les délinquants sexuels ayant participé à un programme de traitement cognitivo-comportemental (complet ou partiel) ont un taux de récidive deux fois plus bas que ceux ayant suivi un programme de groupe non structuré. C'est exactement l'inverse des résultats plus récents (1998) de V. L. Quinsey sur une population de 438 délinquants sexuels qui démontrent que les sujets suivis par des techniques cognitivo-comportementales ont été plus fréquemment arrêtés que les sujets non traités. L'analyse approfondie des deux études pré-citées révèle que les sujets de la cohorte de R. K. Hanson présentaient de faible risque de récidive (du fait de la qualification des délits notamment) alors que celle de V. L. Quinsey et collaborateurs concernait des délinquants sexuels réputés dangereux.

L'évaluation de l'efficacité thérapeutique des méthodologies en fonction du taux de récidive apparaît donc biaisée car toutes ignorent ce fondamental de la clinique à savoir le déterminisme psychique dans le passage à l'acte. Les auteurs ayant conduit des études comparatives sérieuses, c'est-à-dire détaillée sur plusieurs protocoles indépendamment des référentiels théoriques sous-jacents (B. Gravier, 2001, M. L. Lalumière, 1995) constatent l'utilité de l'éventail des méthodologies mais « qu'aucune ne peut faire l'économie d'une approche clinique favorisant une meilleure compréhension de l'acte et d'un accompagnement de longue durée sans lequel il n'est pas possible d'aborder les problématiques liées au passage à l'acte ».

L'approche psycho-dynamique propose un essai de compréhension du phénomène de répétition. La récidive est pensée tel un symptôme. Elle traduit une défaillance des processus représentationnels et d'une façon plus générale de l'élaboration psychique. Pour être plus précis, on ne peut véritablement parler de symptomatologie à propos des actes récidivants dans la mesure où justement ils ne peuvent accéder au statut de symptôme. L'automatisme de répétition et ses rapports à la destructivité tendent à mettre en œuvre l'emprise pulsionnelle faisant de la

récidive une clinique du passage à l'acte. Plus précisément encore, un passage à l'acte se caractérise par l'agir fantasmatique ce qui peut-être le cas pour certains sujets. Par contre, la proposition théorisante de C. Balier (1996, 2000, 2001) de « recours à l'acte » rend mieux compte des enjeux psychiques prévalents à savoir que la scène délictueuse ou criminelle tient lieu de scène fantasmatique. A. Ciavaldini (1999) propose lui aussi une lecture clinique de la récidive selon laquelle le passage à l'acte vise à calmer l'excitation et la tension interne du sujet Il rejoint là la notion des « objets calmants » théorisée dans le cadre des « états limites ». Nous avons nous-mêmes contribué à cette conception psycho-dynamique dans notre proposition de « complexe criminogène » (P. Bessoles, 2001, É. Baccino et P. Bessoles, 2002) en montrant combien les espaces victime/agresseur étaient agglutinés et non démarqués.

Cette conception, relayée par les chercheurs de l'ARTAAS (Association de recherche pour le traitement des auteurs d'agressions sexuelles) souligne l'importance dans la récidive de l'échec des espaces de médiatisation (au sens des espaces transitionnels de D. W. Winnicott 1974), de la « satisfaction hallucinatoire » (S. Freud 1905), et de l'homo-érotisme (A. Ciavaldini 1999, P. Bessoles 2001).

16 –

ÉVALUATION CLINIQUE ET RÉCIDIVE

D'un point de vue historique, l'approche clinique est la plus ancienne pour la prédiction des facteurs de risque de récidive. Généralement, le clinicien fonde sa « prédiction » à partir de son examen clinique (entretien clinique le plus souvent associé à une investigation instrumentalisée) indépendamment du cadre théorique qui est le sien. Il associe, en particulier dans le cadre de l'expertise, une évaluation anamnétique, une étude de la personnalité, la criminogénèse, ... Certains auteurs (S. D. Hart et coll., 1994, D. P. Boer et coll., 1997) ont critiqué l'efficacité des prédictions cliniques en les qualifiant (rapporté par C. Mormont, 2003) de « subjectives, informelles et impressionnistes ». L'approche clinique se voit reprocher son manque de spécificité dans le choix des critères utilisés (manque de rigueur et de capacité de discrimination), l'ignorance des données statistiques pour une justesse de prédictivité et des informations relatives au milieu de vie du délinquant ou du criminel.

L'approche dite « actuarielle » se fonde sur des variables dites « objectives » et spécifiques c'est-à-dire empiriquement valides même si elles

sont éminemment statiques comme les caractéristiques socio-démographiques, les condamnations antérieures ou le passé psychiatrique. M. W. G. Philippe (1999) a souligné l'influence de la culture dans de telles évaluations et les biais résultant d'une utilisation dans des contextes culturels différents.

Si on peut penser à des variables dynamiques stables dans un souci légitime de rapprocher les référents cliniques et actuariels, les artéfacts que nous observons (certes de façon empirique) nous amènent à penser à un glissement épistémique préjudiciable à une pensée cohérente de la récidive. La cohérence interne d'un modèle ne peut s'appliquer à un autre autant ont-ils le même objet d'étude. Leur rapprochement peut induire des analyses – et plus grave des stratégies thérapeutiques – erronées. Sans radicaliser les méthodes au risque d'en faire une idéologie partisane, il nous semble que ces deux approches se complètent plus qu'elles ne s'opposent quitte à avoir une analyse critique sur l'une comme sur l'autre. Par exemple, on qualifie de variables dynamiques stables (cité par C. Mormont et coll., 2003) les préoccupations sexuelles, les attitudes à l'égard du viol ou le fait de se considérer comme dangereux. La pratique clinique des agresseurs sexuels, au niveau de l'expertise, du suivi intra-carcéral ou du suivi post-pénal démontre au quotidien que ce ne sont pas des variables stables mais *a contriario* diffluentes, changeantes et particulièrement instables. De plus, à l'intérieur même du processus thérapeutique, ces représentations évoluent sans qu'il y ait une adéquation entre la représentation – ou pas – d'une dangerosité et les risque de passage à l'acte. C'est souvent inversement proportionnel à considérer, pour ne prendre que cet exemple la clinique de l'inceste où l'incestant peut ne pas avoir conscience de sa dangerosité sans que ce soit un mécanisme d'évitement ou de dégagement. D'autres études (C. Balier 1999, A. Ciavaldini, 1999, P. Bessoles, 1997, 2002) montrent la défaillance des mécanismes proto ou pré-représentatifs à la genèse des actes criminels ou délictueux. Les études en cours sur les violeurs ou criminels en série tendent à confirmer ces hypothèses (G. Couturier 2002, L. Négrier-Dormont, R. Nossintchouk, 2001).