



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Comment comprendre et accompagner l'enfant pervers ?

How to understand and accompany the perverted child?

Emmanuel de Becker^{a,b,*}^a Université Catholique de Louvain, France^b Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate, 10 à B 1200 Bruxelles, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 25 mars 2020

Accepté le 23 mai 2020

Disponible sur Internet le 13 août 2020

Mots clés :

Comportement sexuel

Enfant

Entretien thérapeutique

Paraphilie

Perversion

Prise en charge

Keywords:

Care management

Child

Paraphilia

Perversion

Sexual behavior

Therapeutic maintenance

RÉSUMÉ

Quel que soit son âge, l'individu pervers inquiète autant qu'il fascine. La signification saine ou pathologique des comportements sexuels chez l'enfant n'apparaît pas toujours de façon évidente. Comme adulte et clinicien, nous admettons difficilement l'existence d'une problématique d'ordre sexuel chez l'enfant. Pourtant, celui-ci peut développer une sexualité préoccupante, prenant la forme d'une perversion sexuelle. Après un rappel de considérations générales sur la thématique, l'article propose d'envisager les éléments de mise en place d'une perversion sexuelle chez l'enfant. Comme dans la plupart des syndromes et entités cliniques, on retrouve une conjonction de facteurs intrinsèques et d'autres, externes, contextuels voire sociétaux. Ensuite, nous discutons de la prise en charge en proposant une systématisation souple dans le processus évaluatif permettant à la fois de respecter la temporalité d'une nécessaire élaboration et de prendre le temps d'une réflexion en termes de diagnostic différentiel afin de proposer des axes thérapeutiques pertinents.

© 2020 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Whatever his age, the perverted individual worries as much as he fascinates. The healthy or pathological meaning of child sexual behaviour is not always evident. As adults and clinicians, we have difficulty recognizing the existence of a sexual problem in children. However, it can develop a disturbing sexuality in the form of sexual perversion. After a reminder of general considerations on the topic, the article proposes to consider the establishment of a sexual perversion in the child. As in most syndromes and clinical entities, there is a combination of intrinsic and other factors, external, contextual and even societal. Afterwards, we approach the management by proposing a flexible systematization in the evaluative process allowing both to respect the temporality of a necessary elaboration and to take the time to reflect in terms of differential diagnosis in order to propose relevant therapeutic axes.

© 2020 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

Quel que soit son âge, l'individu pervers inquiète autant qu'il fascine. De tout temps, le terme de perversion est associé à de multiples représentations, convoquant plusieurs champs sémantiques et différentes définitions [9]. Issu du latin, signifiant littéralement « détourner, mettre sens dessus dessous », il recouvre

entre autres une connotation morale. Il désigne alors une déviation des instincts conduisant à des comportements immoraux et antisociaux. Dans la suite, on comprend le pervers comme l'individu qui est « enclin au mal », dépourvu de sentiments [5]. En complément, lorsqu'on parle de « perversion », on fait référence à une déviation d'ordre sexuel. Mais la perversion ne se limite pas au champ de la sexualité [35]. Le pervers consulte rarement ; c'est la victime que le clinicien rencontre, décrivant des relations empreintes d'emprise et d'assujettissement. Quand il s'agit d'un enfant, c'est habituellement l'entourage socio-familial,

* Correspondance.

Adresse e-mail : emmanuel.debecker@uclouvain.be.

en l'occurrence un enseignant ou un responsable d'activités parascolaires, qui attire l'attention sur des attitudes sexuelles « bizarres », inquiétantes, inappropriées pour l'âge.

Cette contribution propose une mise au point sur la compréhension et l'accompagnement thérapeutique de l'enfant pervers. Notre propos concerne la tranche des enfants entre huit et douze ans. Les réflexions sont issues tant des travaux centrés sur la thématique que de notre expérience au sein d'une unité de consultations pédopsychiatriques intégrée dans un hôpital général. En effet, nous avons constaté une augmentation des demandes de prise en charge d'enfants pour lesquels l'appellation « pervers sexuel » était véhiculée. Les multiples questions autour de la sexualité de l'enfant, et certainement lorsqu'est évoquée une agression sexuelle, sont particulièrement sensibles et suscitent nombre de réactions, tant dans le chef des parents qu'au niveau des professionnels quelle que soit leur discipline. Il nous semble ainsi opportun d'avancer quelques balises en termes de prises en charge.

2. Considérations générales

Les écrits sur les perversions ne manquent pas et alimentent le foisonnement de prises de position théoriques. Loin d'être exhaustifs, évoquons quelques aspects généraux avant de se centrer sur la perversion sexuelle de l'enfant. Déjà au XIX^e siècle, des auteurs tels von Krafft-Ebing et Ellis ont largement étudié la sexualité dans ses chemins de traverse [25]. En psychiatrie, le terme de « pervers » se réfère la plupart du temps à des conduites considérées comme déviantes [26]. La nosographie des perversions a connu dans l'histoire de cette discipline des variations aussi nombreuses que discutées [29]. Ainsi, tel comportement est perçu comme pathologique à une époque puis ne l'est plus à une autre, selon des critères qui relèvent essentiellement de normes sociétales [36,38]. Dans les classifications internationales, la perversion, dans son versant sexuel, apparaît dans les « troubles paraphiliques » [2]. En revanche, les concepts de perversion narcissique, de caractère, instinctive ou encore celui de perversité ne sont pas répertoriés dans le DSM- 5. Ces différentes acceptions se rapprochent de la catégorie « trouble de la personnalité narcissique ». Ceci étant, la perversion morale, développée entre autres par Racamier, ne trouve pas d'équivalent dans les classifications actuelles [33,34]. Dans la suite, on distingue « perversité » et « perversion ». Le premier terme renvoie à l'aspect moral et relationnel du trouble tandis que le second met en exergue la déviance de nature sexuelle. Nombre d'auteurs différencient la perversion de caractère (appelée également perversion morale ou perversité), représentant une perturbation de la personnalité qui ne s'accompagne pas nécessairement de troubles de la sexualité, de la perversion sexuelle qui, elle, désigne une pratique sexuelle déviante [15]. Si, pour Bonnet, la perversité évoque le vice et la méchanceté, Racamier comprend la perversion morale comme une perversion narcissique [7,33,34]. Dans ce sens, le pervers est enclin à survaloriser son narcissisme au détriment de celui de l'autre. À ce propos, Eiguer parle d'une conquête du territoire psychique de l'autre [14]. Les perversions narcissiques émanent des dénis et évictions de tout conflit intérieur. Elles permettent au sujet l'économie d'une élaboration dont la note est à payer par l'autre. Le pervers est dans l'agir, évitant de (trop) penser, se coupant de lui-même et de ses blessures narcissiques. Dans ses travaux sur les rapports entre actes violents et perversion, Balier distingue la perversité sexuelle, signe d'une violence destructrice proche de la psychose, de la perversion sexuelle qui caractérise les conduites ayant une valeur défensive contre l'angoisse de castration et de perte d'objet [4]. Pour McDougall, la sexualité perverse est la manifestation d'un état où s'entremêlent dépression, angoisses, inhibitions et symptômes psychosomatiques [28].

En clinique psychiatrique, on différencie deux grandes classes de perversion ; la première dont le caractère est moral, appelée « perversité », et la seconde qui appartient au trouble d'ordre sexuel nommé « paraphilie ». L'expression « structure perverse » revêt deux significations principales, que l'on peut retrouver chez le jeune individu [19]. Ainsi, d'un côté, suite à des angoisses intenses vécues précocement, un enfant refoule les pulsions et représentations les plus conflictuelles liées à la sexualité ; il met en place des mécanismes puissants comme le déni facilitant l'émergence d'activités sexuelles inadaptées. D'un autre côté, on observe une perversité dans le rapport à la loi. À la base de ce fonctionnement, on découvre un environnement familial qui le laisse réaliser la toute-puissance de ses désirs d'enfant, par négligence ou au nom d'une complicité trouble. Le jeune individu prend alors goût à jouer avec la loi et à montrer sa force en l'expérimentant de façon imprévisible, jonglant avec les règles et les réinventant pour son seul bon plaisir [19]. Si la perversion sexuelle et la perversité représentent deux concepts aux significations distinctes, ils s'entremêlent le plus souvent chez un même sujet. Notre pratique clinique nous amène à en faire le constat chez les enfants qui déploient une sexualité préoccupante.

Poursuivons par quelques considérations psychanalytiques. La perversion occupe une place centrale dans l'œuvre de Freud, essentiellement dans une dimension sexuelle. Étudiée dans une perspective psychogénétique, elle sera l'occasion de nombreux remaniements théoriques. Ainsi, s'il perçoit à un moment la névrose comme le négatif de la perversion, Freud comprend la sexualité perverse telle une sexualité infantile majorée et décomposée dans ses tendances particulières, non sans la situer ultérieurement sur l'axe des psychoses [16,18]. Quoi qu'il en soit, il postule que la sexualité humaine est inscrite au plus profond de l'homme dès sa naissance. De la succion, comme activité fonctionnelle visant au maintien de la survie par la satisfaction du besoin, l'enfant recourt au suçotement, acte *ipso facto* érotique visant à l'obtention du plaisir. Chaque zone érogène est alors investie pour elle-même. Dès lors, l'enfant présente une « disposition perverse polymorphe », dans la mesure où celle-ci se caractérise par l'auto-érotisme et le primat des pulsions partielles [13]. Cette notion de polymorphisme renvoie à l'évolution développementale normale de tout sujet par le biais de l'investissement pulsionnel.

Quant aux perversions adultes, Freud considère qu'elles résultent de fixations et/ou de régressions à des stades libidinaux de l'existence où la sexualité est dominée par la prégenitalité ; l'angoisse de castration ne produit pas ses effets et la conflictualité psychique demeure embryonnaire [1–18]. Un dénominateur commun à l'ensemble des sujets pervers consiste dans la quête d'une satisfaction non contenue par des limites internes, non subordonnée à la recherche de l'objet total, contrecarrant la rencontre intersubjective [18]. Dans ce sens, la perversion correspond à un arrêt du développement de la libido ne parvenant pas à l'investissement de l'objet total dans la sexualité génitale ; il peut également s'agir de régression jusqu'à ce stade de son organisation. Elle viserait obligatoirement la satisfaction libidinale comme au temps de la prime enfance, dans un mouvement anarchique, en ne tenant compte que de cet impératif. Son fondement psychique est, selon Freud, le déni de la différence des sexes (le pervers bute sur l'écueil de la différence des sexes) et de celle des générations, débouchant sur le déni de l'altérité et le clivage. Ce dernier mécanisme rend compte de la double vie régulière du pervers, scindant avec facilité les divers aspects de son fonctionnement ; il avance tantôt sur un mode, tantôt sur un autre. Par ailleurs, Lacan considère que les pulsions sont davantage hétéro-érotiques qu'auto-érotiques, estimant qu'il n'existe pas une seule manifestation perverse qui ne soit intersubjective [23,24]. Tissée à l'intérieur du registre de l'imaginaire, l'expérience

perverse autorise l'exploration privilégiée d'une possibilité existentielle de la nature humaine, son déchirement interne, sa béance, porte d'accès à l'univers du symbolique [23,24].

Quant à Wallon, il évoque le terme de « fatalisme psychobiologique » pour tenter de saisir l'origine du fonctionnement pervers chez l'enfant, tout en intégrant les données issues des circonstances du milieu et des rapports interindividuels. [39]. À la suite de Freud, il souligne l'ambivalence présente dans tout sentiment ; celui-ci est à la fois lui-même et son contraire. Ainsi, par exemple, l'amour ne peut se développer sans faire apparaître simultanément des germes de haine qui opèrent en sourdine ou qui se manifestent par épisodes, pouvant même servir de stimulant à l'amour. Le besoin de faire souffrir, parfois avec raffinement, est un trait inévitable de l'amour, de même que les sentiments intermittents d'hostilité et d'intolérance. Il en est de même pour la pitié qui repose sur un fond de cruauté et dont les élans les plus vifs sont comme aiguisés par la jouissance de voir souffrir. Dès lors, entre les sentiments contraires ne peut se développer qu'une concurrence qui les fait s'exaspérer mutuellement ; une communauté fondamentale unit les pôles opposés de nos états affectifs qui demeurent complémentaires. Et les circonstances, le jeu de nos représentations, certaines attitudes personnelles font prédominer l'un ou l'autre de ces pôles. S'intéressant au développement psycho-affectif de l'enfant, Wallon constate que la libido peut rester fixée sur un objet dépassé par l'âge du sujet ou qu'elle régresse vers un objet d'âge antérieur. L'auteur précise : « Il en résulte alors soit des manifestations plus ou moins partielles de puérilisme soit des faits de dépravation et de perversion par combinaison de ce puérilisme partiel avec des manifestations d'un âge plus avancé... Inversement, la libido peut évoluer et se dépasser en quelque sorte elle-même, en substituant à ses objets naturels ou inconditionnés d'autres objets qui n'ont avec elle, c'est-à-dire avec les appétits essentiels du sujet, aucune sorte d'analogie. La libido peut, en effet, soit se déplacer d'un objet sur un autre comme elle le fait avec la succession des âges, soit se transférer d'un objet sur un autre par suite d'analogies circonstanciées ou symboliques, soit se sublimer, c'est-à-dire s'utiliser à la poursuite de fins d'où elle ne peut tirer aucune sorte de satisfaction directe... C'est cette (dernière) évolution qui est souvent troublée chez l'individu pervers. Non seulement les circonstances, ou à son défaut l'imagination intellectuelle, ont pu faire obstacle à sa sublimation, mais il peut être victime de transferts absurdes ou redoutables, soit par manque de sens critique, soit par suite de situations propres à fausser sa sensibilité. Il est souvent aussi resté étroitement fixé aux objets immédiats de ses instincts, faute d'aptitude à les dépasser ou faute d'occasion. Analyser les objets qu'il poursuit pourrait donner, avec la connaissance des arrêts ou déviations qu'a subis son développement affectif, le moyen d'y parer ou de le redresser » (Wallon, p. 427, 1959). Wallon souligne encore que : « chez l'enfant pervers, le pôle affectif qui l'emporte est celui qui commande une conduite nuisible et méchante. Mais simultanément ont dû se développer les tendances contraires. Effectivement, l'expérience ne montre-t-elle pas qu'il suffit d'une occasion favorable pour les tirer de leur latence ? » [39, p. 426].

Les contours psychopathologiques de la perversion sont multiples : déni de la castration, clivage du Moi, lutte anti-dépressive, déshumanisation de l'objet... La relation intersubjective échoue sur une desubjectivation lorsque l'autre n'est pas considéré dans sa dimension de sujet, lorsque sa libre détermination lui est retirée, quand il n'a point d'existence reconnue en dehors de la volonté de celui qui la contrôle [37]. Cette desubjectivation autorise toutes les manœuvres de manipulation. La dialectique sujet/objet ainsi que la balance des investissements narcissiques/investissements objectaux ne sont pas assurées. Le sujet ne se nourrit pas de l'objet ; il est attaqué par la menace de sa perte [31,35]. Dans la perversion, il n'y a pas de rencontre. L'autre

est un simple ingrédient au service de la satisfaction pulsionnelle. Le narcissisme domine le tableau d'une façon tyrannique, sans possibilité d'investissement de l'objet pris dans sa dimension subjective. Égocentrique, possédant une haute estime de lui-même, le pervers n'a guère de capacité empathique. Il est aussi habituel qu'il se place en victime, chaque passage à l'acte étant justifié de façon logique ou reconstruit, de sorte que l'autre devienne fautif. Au narcissisme blessé, le pervers utilise le mensonge pour embellir une réalité peu gratifiante. Selon Bouchoux, le pervers fait porter à l'autre ses propres travers, tentant ainsi d'éviter de souffrir [8]. La perversion met en scène l'échec de l'introjection de l'objet, étayant la relation étroite que la perversion entretient avec l'addiction. Par ailleurs, la honte se transforme en angoisse, mais non en conflit psychique porteur de culpabilité. Pour McDougall, la perversion constitue une tentative de contourner l'angoisse de castration [28]. Elle souligne la dimension défensive de la solution perverse, sa valeur de système préservant l'unité psychique du sujet face à son impossibilité de résoudre l'énigme du complexe d'Œdipe. L'une de ces solutions est à l'œuvre lorsque prend place par exemple une addiction dans laquelle la fonction de l'objet (ou du comportement addictif) est de réparer l'image de soi endommagée et de maintenir l'illusion d'un contrôle omnipotent. Ici, il ne peut recouvrir une valeur transitionnelle étant donné qu'il n'est que transitoire et qu'il peine à se constituer et à s'intérioriser.

3. Comment s'installe une perversion sexuelle chez l'enfant ?

À partir de cette évocation succincte de la perversion, centrons-nous sur l'enfant qui interpelle par ses comportements sexuels « inquiétants ». Rappelons qu'une attitude, aussi heurtante soit-elle, ne peut définir à elle seule la personnalité de l'individu qui l'exprime. Par ailleurs, soulignons qu'à côté d'une perversion sexuelle *stricto sensu*, diverses expressions d'agirs sexuels sont potentiellement rencontrées. Comme nous l'avons signalé, et certainement chez l'enfant, des éléments du registre de la perversion sexuelle s'intriquent à d'autres appartenant à celui de la perversité. Dans la plupart des syndromes et entités cliniques, on retrouve une conjonction d'éléments participant à la mise en place d'un type de fonctionnement psychique. Il y a donc lieu de considérer des aspects synchroniques et diachroniques liés tant à l'enfant en question qu'à son contexte socio-familial. De manière schématique, une combinaison de plusieurs facteurs intrinsèques et d'autres, externes, contextuels voire sociétaux, est nécessaire pour configurer une façon d'exister avec soi-même et avec les autres. Parcourons-les en soulignant qu'ils serviront de points d'attention et de repères pour la phase de prise en charge.

La mise en place d'une perversion sexuelle est précoce dans l'histoire du sujet. L'enfant découvre qu'une activité de nature sexuelle lui procure un très grand plaisir. À l'origine de cette expérience princeps, il peut exister une opportunité externe, un pur hasard, l'ennui, l'entraînement par un autre ou encore la satisfaction d'un besoin affectif peu spécifique. Animé par une vive pulsion épistémophilique, il découvre son corps, une partie de celui-ci, ou le corps d'un autre. Curieux, il expérimente et investit une activité sexuelle spéciale lui apportant une plénitude. Il s'agit de l'excitation d'une zone érogène ou des réminiscences d'expériences physiques agréables passées, une joie de vivre un exploit audacieux unique. Cette première activité est habituellement vécue dans l'intimité et le secret. L'enfant en question ne s'y attendait pas et il va apprendre à reproduire cette inondation de plaisir jusqu'à en devenir parfois dépendant. Par ailleurs, il peut exister une motivation affective précise voire des mécanismes comme l'identification à l'agresseur. Ici, certains enfants victimes de maltraitance, pour abréagir leurs tensions psychiques, pour

comprendre et dominer leurs propres traumatismes sexuels, agressent des plus jeunes ou déploient de la cruauté envers les animaux.

Face à l'expérience sexuelle particulière, l'enfant peut choisir d'autres sources de plaisir, en activant sa liberté intérieure et sa créativité. Mais il arrive qu'il opte pour la reproduction de cette jouissance spécifique. D'après Hayez, plus de la moitié des attitudes perverses infantiles sont de courte durée ; il s'agit soit d'un acte isolé, soit d'activités se déroulant sur quelques semaines voire quelques mois [20]. Au-delà de cette période, l'enfant y renonce parce qu'il le décide ou parce qu'il est repéré et aidé. Notons que l'enfant, seul ou en s'appuyant sur l'éventuel accompagnement thérapeutique dont il bénéficie, peut se distancer de ce mode de fonctionnement pathogène. En l'absence de renoncement, la perversion se chronicise avec des niveaux de gravité variables [20]. Dans les cas les plus préoccupants, le fonctionnement pervers s'amplifie et envahit significativement la vie de l'individu par l'énergie mentale consommée. S'installe alors une chronicisation, un processus d'addiction cadencant le mode pervers. La contrainte à la répétition qui marque régulièrement la structure perverse comporte une dimension d'assuétude, à comprendre comme une complication du processus. Entretenu par un besoin impérieux, l'enfant apprend à reproduire un plaisir perçu comme exquis dont il devient dépendant.

On retrouve plusieurs caractéristiques dans le fonctionnement intrapsychique de l'enfant pervers sexuel. La confiance de base peut être ébranlée d'une manière conjoncturelle ou pour des raisons structurelles. La qualité des liens d'attachement peut ainsi être entachée si l'enfant connaît par exemple une discontinuité dans les relations précoces. D'abord investi, il est ensuite laissé-pour-compte, dans une solitude anxiogène peu élaborable, état susceptible d'entraîner de graves troubles d'attachement ainsi que des failles narcissiques. Un autre cas de figure s'observe dans les agressions subies dans la petite enfance [12]. Ici, l'événement traumatique génère potentiellement un syndrome de stress post-traumatique, qui, s'il n'est pas pris en considération, engage de façon dommageable l'orientation de la dynamique psychique de la jeune victime.

Par ailleurs, au moment des phases d'investissement primitif puis œdipien des parents, il arrive que surgissent des peurs massives autour de la rencontre (affective et corporelle) interpersonnelle de l'autre. De l'ambivalence apparaît autant que d'intenses angoisses. L'enfant refoule ses désirs et représentations mentales effrayantes connexes. Ce refoulement puissant et stable le protège d'un retour de l'angoisse tout en l'empêchant d'envisager un échange affectif avec l'autre. Son énergie sexuelle peut alors refluer et s'extérioriser dans une sexualité archaïque. Il met en acte des pulsions et des désirs partiels, qui déchargent sur des parties de son propre corps ou sur celui de l'autre, sans s'intégrer dans une relation interpersonnelle réciproque. Ces peurs qualifiées d'œdipiennes renvoient aux travaux freudiens centrés sur l'angoisse, le refoulement et le déni.

En complément, on retrouve le désir de bafouer les lois, depuis les simples règles sociales et prescrits culturels jusqu'aux interdits fondamentaux. Notons que ce versant, présent tant dans la perversion sexuelle que dans la perversité, a été largement exploré par la psychanalyse lacanienne. Revêtant souvent des modes d'expression subtils, la transgression vise la destruction morale et parfois même physique d'autrui. Relevons que le désir d'outrager les lois est plus ou moins indépendant des attitudes de l'entourage socio-familial. L'enfant peut vivre un moment de haine particulièrement fort contre les adultes, connaître une grande solitude, ne pas supporter l'ennui ; il a alors l'envie d'agresser, de se venger, de s'autodétruire ou encore de détruire l'autre en faisant l'expérience de ce qui sait être le mal. Le champ sexuel est sélectionné par l'impulsion de divers mécanismes en jeu (l'expérience princeps, un

vécu traumatique, des angoisses spécifiques...). D'une façon générale, soulignons que l'oisiveté peut amener d'une part des amertumes secrètes et d'autre part une soif d'exister lorsqu'on se sent abandonné par des parents trop préoccupés par leur activité professionnelle ou leurs propres plaisirs ; les ingrédients sont ainsi réunis pour légitimer des actes violents.

Dans la suite, les attitudes et positionnements de l'entourage socio-familial de l'enfant déterminent en grande partie le développement de son économie psychique. Différents cas de figure se rencontrent. Ainsi, par exemple, un parent porteur de conflits psychiques mal résolus exprime une envie inconsciente de vivre une forme de sexualité archaïque, d'expérimenter telle ou telle pulsion partielle, et ce par procuration de son enfant [32]. Un autre encourage une manière d'être anarchique sur le versant sexuel. Face à une activité déviante, il ne la réprime nullement ou tient des propos contradictoires et des doubles messages. Un parent peut aussi faire preuve de discontinuité dans le lien à l'enfant, l'investissant à certains moments pour le laisser complètement à lui-même à d'autres. Des auteurs comme Chasseguet-Smirgel font l'hypothèse d'une attitude de séduction et de complicité de la mère à l'égard de l'enfant [10]. Dès lors, si ce dernier peut être l'égal de son géniteur, alors la différence entre les générations s'estompe. La mère qui donne à l'enfant l'illusion de sa capacité à la satisfaire, empêche son évolution libidinale vers la génitalité. Elle le fixe dans la pré-génitalité en lui conférant une puissance phallique équivalente à celle du père, lui évitant ainsi toute confrontation à la castration. Une source du fonctionnement pervers est alors à chercher du côté de la tiercéité absente, du manque de tiers [3,6].

Sur le plan de l'éducation, si l'adulte peut s'impliquer dans des domaines précis, comme la scolarité, il arrive qu'il néglige celui de la sexualité, champ de l'intime par essence. Aucun dialogue n'étant ouvert à ce propos, l'enfant se retrouve seul, angoissé voire culpabilisé avec ses légitimes interrogations. Par ailleurs, de nombreux parents sont emportés par l'hédonisme ambiant de nos sociétés. On constate ainsi un recul et un émoussement des normes ainsi que des incitations permanentes à la consommation dans le discours sociétal et une augmentation des conduites addictives dans l'ensemble de la population. Bien des auteurs, tels Lazartigues, observent les retombées sur les enfants de l'affaiblissement d'une fonction d'autorité sociale ferme et bienveillante [27]. Nombre d'entre eux ne se sentent plus contenus par un « Père social fort » ; ils consomment du plaisir, se donnant le droit de faire n'importe quoi. Notons également la place des réseaux sociaux et des moyens modernes de communication et d'information. Il est évident que les enfants sont confrontés de plus en plus jeunes à la sexualité et à ses formes déviantes, via entre autres les smartphones. Il n'est pas rare en effet que le premier contact avec la sphère sexuelle, parfois entretenu dans la durée, soit de nature pornographique. Comme le souligne Hayez, certains jeunes individus décident de passer du « monde médiaté » des écrans à celui des rencontres incarnées [20]. Le besoin de réaliser l'activité perverse devient contraignant, toute autre forme de sexualité étant invalidée par la tyrannie de la perversion. Les parents, démunis ou inconscients, ne semblent pas ou plus pouvoir assurer une fonction de contenance.

À la lumière de ces éléments, nous constatons chez l'enfant deux mécanismes de régulation pouvant intervenir devant cette recherche de plaisirs sexuels puissants. D'un côté, des instances intérieures tentent d'endiguer les élans pulsionnels en s'y opposant avec une intensité variable. Elles sont constituées des systèmes de valeurs en lien avec l'Idéal du Moi et l'autorité surmoïque. Notons que l'intelligence intervient et peut amener l'enfant à s'interroger sur lui-même et son devenir : « Suis-je anormal ? Qui suis-je en train de devenir ? Que pensent les autres ? » D'un autre côté, de nombreuses voix provenant du

monde extérieur encouragent le jeune individu à être lui-même et à renforcer la toute-puissance d'un Moi Idéal. En d'autres termes, l'enfant est enclin à vivre pleinement sa sexualité dans une perspective de réalisation personnelle. Certains messages sociétaux (tels : « You want it? Just do it ! ») encouragent cette manière d'être, dans une exultation de jouissance individuelle, jusqu'à la déviance, sans se soucier de l'effet produit sur l'autre [21]. Aujourd'hui plus que jamais, l'individu revendique sa singularité et attend d'être respecté dans son originalité, au risque d'estomper les notions de manque, de castration, de limites. Ceci étant, le développement d'un fonctionnement pervers est loin d'être un « tout ou rien » ; il requiert du temps, oscille en intensité, dépend de nombreux facteurs...

4. Comment concevoir l'accompagnement thérapeutique ?

La prise en charge de la perversion chez l'enfant se conçoit de manière multifocale. Nous proposons une systématisation souple dans le processus évaluatif permettant de respecter la temporalité de l'élaboration et de la réflexion en termes de diagnostic différentiel afin de retenir des axes thérapeutiques pertinents. Chaque domaine de l'enfant estimé dysfonctionnel est évalué dans la perspective d'une amélioration sur les plans comportemental, psychosocial, développemental et ce dans le sens d'une anticipation du devenir des liens affectifs et de l'insertion dans la société. Dans cet objectif, les interventions conçues de façon isolée se révèlent rarement efficaces. Un fonctionnement pervers, qu'il concerne un adulte, un adolescent ou un enfant, implique *de facto* un axe relationnel ; on ne peut pas ne pas considérer la circularité entre les fonctionnements des membres du (ou des) système(s) d'appartenance de l'enfant. Se focaliser sur une seule facette ne permet qu'une compréhension fragmentaire de la problématique.

Concrètement, il y a lieu d'éviter deux écueils régulièrement rencontrés dans la pratique courante : d'une part offrir un espace-temps psychothérapeutique à l'enfant sans modalité évaluative et d'autre part donner une réponse d'ordre éducatif misant exclusivement sur un recadrage (voire la répression) du comportement transgressif. Ces deux types de réponse n'apportent guère à l'enfant et à sa famille des éléments utiles pour saisir ce qui sous-tend la problématique, alimentant inéluctablement frustrations, incompréhensions et interactions dysfonctionnelles. Habituellement, le (ou les) parent(s) accompagnant l'enfant lors de la première consultation se montre(nt) autant volubile(s) que ce dernier garde le silence ou rétorque par des « je ne sais pas ». Le canevas de la plupart des démarches diagnostiques comprend un temps de rencontre avec l'enfant seul, réalisé d'emblée ou non [11]. Il est recommandé de voir rapidement l'enfant individuellement après une première séance éprouvante pour lui tant il n'a peut-être entendu que des griefs à son égard, alimentant une image négative de lui-même dont il ne se démarquera pas aisément ; il pourrait également vivre une rage intense peu propice à l'élaboration à laquelle le clinicien souhaite l'inviter.

Le diagnostic commence par l'approche du comportement sexuel bizarre que l'enfant a tenté de maintenir secret. L'activité en question est « hors attente culturelle », « hors normalité statistique » [20,21]. Elle choque par son étrangeté : infantilisme, transvestissement, fétichisme, sadisme, entraînement d'enfants plus jeunes dans des activités sexuelles, sexe avec un animal... Découvert, le jeune individu s'ingénie habituellement à mentir et évite de parler ouvertement des faits. Mais ceux-ci signent-ils indubitablement une perversion sexuelle ? Il existe des faux-positifs (besoins affectifs, curiosité...) comme des faux-négatifs (activités sexuelles génitales traduisant une perversion). Par ailleurs, l'enfant peut donner le change par un comportement relativement banal dans le reste de son existence. Nombre de

parents ont tendance à gérer leur malaise en le croyant sur parole, en minimisant la signification des actes commis et en déniaient la menace de récurrence. La première réaction de l'enfant est de se taire ou de mentir, étant donné sa honte, sa roublardise ou les limites de sa capacité d'introspection. Le diagnostic différentiel n'est guère aisé. Ainsi, à côté d'une perversion établie, le comportement sexuel bizarre peut correspondre à des dynamiques non pathologiques comme la curiosité, le défi, le tâtonnement dans la découverte de jouissances, une reproduction de scènes de films pornographiques... ou encore la régression (par le fait d'éprouver des plaisirs archaïques). L'enfant peut également anticiper une relation sexuelle recourant à des objets partiels qui représentent, préfigurent ou symbolisent le partenaire à venir ; en cas de perversion sexuelle, ces objets servent à se protéger de la rencontre avec l'autre [21]. Dans les manifestations non perverses, on observe des dynamiques variées, des « chemins de traverse » qui peuvent retrouver, avec ou non l'aide d'un tiers, les voies d'une sexualité qualifiée de saine. Il s'avère donc essentiel de repérer des critères propres à la perversion comme la contrainte intérieure à recommencer, la dépendance, l'intensité des plaisirs vécus, des manœuvres et ruses autour de l'expérience délétère ainsi qu'une scénarisation parfois très fouillée de la déviance sexuelle. Il est utile de demander à l'enfant de raconter et de développer sa stratégie entourant la préparation et la construction de l'acte, source de plaisirs uniques. On sera aussi attentif au degré d'ancienneté d'installation, à l'éventuelle subtilité avec laquelle l'enfant trompe la vigilance des adultes, à son isolement, à la qualité de sa socialisation, au risque de récurrence (malgré les éventuelles promesses en apparence sincères).

Dans le décours du processus diagnostique, nous introduisons régulièrement des rencontres individuelles de l'enfant avec un psychologue dans la finalité de réaliser des explorations complémentaires. Les tests psycho-affectifs, pour autant qu'ils soient acceptés, visent à cerner les composantes de la personnalité en lien avec les comportements pervers. Pour notre part, nous retenons les CAT et TAT (les deux tests seront le cas échéant proposés successivement) ainsi que le Rorschach. Ces épreuves projectives permettent d'appréhender des aspects reliés à la sexualité, à l'anxiété, à l'agressivité, à la culpabilité, pour peu que l'enfant partage quelque peu son monde intérieur. Notons que les thématiques de lien générationnel et de différenciation dans le fonctionnement pervers se révèlent problématiques et empreintes de confusions. L'enfant aura l'opportunité d'entendre et de réagir aux éléments centraux émergeant des épreuves.

En parallèle, sont poursuivies des séances parentales dont l'intérêt porte sur la possibilité de mobiliser (ou non) les images que chaque adulte cultive de l'enfant, la dynamique de couple à son égard, les diverses représentations, prédictions négatives et défenses véhiculées. Comme pour l'enfant, il y a cependant lieu de veiller à respecter les rythmes sans penser prématurément « thérapie » dans le sens de « changements constructifs obligés », en l'absence d'un temps pour comprendre. Ainsi, nous discutons de la place du comportement sexuel déviant dans un fonctionnement mental donné et dans un environnement socio-familial à explorer. Par ailleurs, tout processus diagnostique doit intégrer l'apport des différents éléments issus du réseau social existant autour de l'enfant. L'ensemble des données et des observations des membres de la famille ainsi que celles issues des contacts établis avec le réseau concerné par l'enfant est discuté et réfléchi pour construire le diagnostic. Dans notre approche spécifique, il est généralement admis que le clinicien contacte tel enseignant, tel pédiatre, tel psychologue ou agent social rattaché à l'école, tout en respectant les règles de confidentialité et de secret professionnel partagé. Rappelons que, dans nombre de situations, ces intervenants ont soutenu la demande de prise en charge. Les éléments informatifs recueillis complètent la construction et l'élaboration du diagnostic

psychopathologique. Comme dans tout regroupement nosographique, l'enfant et ses proches apportent des données importantes bien que fragmentaires, qui gagnent à être enrichies par l'acuité du regard des intervenants médico-psycho-sociaux de première ligne.

Nous clôturons cette première phase de la prise en charge par une nouvelle rencontre familiale en donnant à l'enfant l'occasion de réagir aux commentaires parentaux des conclusions des épreuves projectives, de participer à l'élaboration d'hypothèses que les cliniciens (pédopsychiatre et psychologue) formulent suite aux différents entretiens qui se sont déroulés jusque-là. Selon la configuration familiale, il y a lieu ou non de scinder les entretiens, respectant les différents contextes de vie de l'enfant. Si certains couples entretiennent le conflit, utilisant la sexualité préoccupante de leur enfant comme arme d'attaque, d'autres parviennent à dépasser leurs émotions liées à l'échec de la vie conjugale et souhaitent maintenir un dialogue constructif. Chacun est invité à donner ses propres extrapolations et significations à une symptomatologie particulière. Il s'agit d'une co-construction à laquelle l'enfant, la mère, le père participent pour définir les axes thérapeutiques à retenir. La démarche évaluative ne montre un intérêt que si elle est sanctionnée par un traitement adapté. Plus le diagnostic est affiné dans ses dimensions individuelles, relationnelles et contextuelles, plus une planification thérapeutique pertinente peut être retenue.

La phase de traitement s'appuie principalement sur trois axes constitués par l'aide éducative, les soins (psycho)-thérapeutiques et le contrôle du comportement et du risque de récurrence. Ce dernier axe renvoie à la question de l'interpellation des autorités protectionnelles (le juge de la jeunesse). Rappelons qu'en Belgique, le professionnel est invité mais non obligé à solliciter la justice lorsqu'apparaît une notion de danger pour une personne vulnérable, comme un mineur d'âge. Concrètement, trois cas de figure justifient une telle démarche : un risque élevé de récurrence, une absence d'engagement de l'enfant et de son entourage au traitement, une collaboration à la prise en charge simulée, artificielle. En parallèle, il y a lieu également de faire appel à la justice si l'évaluation a mis en évidence un contexte de danger, de maltraitance vis-à-vis de l'enfant concerné. Le phénomène de l'identification à l'agresseur évoqué plus haut peut révéler un abus subi par le jeune au comportement sexuel inquiétant.

Parcourons alors quelques éléments du traitement, en soulignant que si les deux premiers axes sont incontournables, ils seront néanmoins activés différemment selon les points d'attention mis en évidence par la phase diagnostique. Tel enfant profitera pleinement d'une thérapie individuelle, tel autre bénéficiera grandement de séances familiales centrées sur les volets de l'éducation, tel autre encore refusera toute aide dans la durée et amènera en conséquence le clinicien à solliciter l'intervention du juge de la jeunesse dans la perspective d'une « aide contrainte ».

La ligne générale de l'accompagnement éducatif vise à (ré)-énoncer à l'enfant l'interdiction de transgresser les lois naturelles, fondamentales, ainsi que les normes culturelles et sociales. Soulignons combien le témoignage de vie des adultes est susceptible d'avoir un effet éducatif porteur. Lors des rencontres, il y a lieu d'aborder le plus sereinement possible le thème de la sexualité en l'évoquant avec sobriété, sans culpabilisation, en montrant le bien-fondé du respect de soi et de l'autre, le plaisir partagé dans la réciprocité... Quand bien même celles-ci ont été posées lors de l'évaluation, quelques interrogations centrées sur les faits transgressifs pourraient être à nouveau formulées afin d'approfondir la mise au travail : « Peux-tu préciser les gestes que tu as posés ? Les as-tu déjà réalisés auparavant ? Comment l'idée est-elle venue ? Étais-tu seul ou avec d'autres ? » Puis, progressivement, nous parlons de notions telles que la suggestibilité, l'emprise, le consentement... Reconnaissons qu'il n'est guère facile de dialoguer simplement autour de la sexualité. Une

gène héritière d'une longue période d'ambiance sociétale marquée entre autres par le discours judéo-chrétien a limité la liberté de parole sur les thématiques autour du sexe et de la sexualité. De plus, règne un trouble à propos des normes actuelles en termes de sexualité normale et de comportement sexuel déviant : « Où se situe aujourd'hui la frontière entre le normal et le pathologique en cette matière ? » Il n'est point évident d'adopter un positionnement consensuel à ce propos. Précisons aussi que notre culture sociale prescrivant que la sexualité doit être discrète, privée et monogénérationnelle compromet en soi la fluidité du dialogue entre l'adulte et l'enfant. Ceux-ci ne sont pas fondamentalement à l'aise pour entamer ce dialogue sur cette part intime de toute existence. Par ailleurs, si l'enfant concerné est animé d'une forte intentionnalité, il est essentiel de lui signifier que son acte est destructeur. En complément, on veille à interdire clairement et sobrement toute récurrence de la sexualité préoccupante. On doit également penser à des sanctions claires, justes et proportionnées aux actes de transgression sexuelle que l'enfant a commis en élaborant avec lui et son entourage les modalités de dédommagement. Dans la suite, on convient avec l'enfant d'engagements concrets à propos de ses pratiques sexuelles futures. Quoi qu'il en soit, on reste attentif à valoriser la socialisation en réinvestissant la personne de l'enfant concerné, en établissant des relations quotidiennes de qualité, sans pour autant négliger une éventuelle rééducation cognitive. Concrètement, on propose un climat de vie positif, attractif, épanouissant. On détermine avec l'enfant des centres d'intérêt dans lesquels il peut s'investir, si possible à visée altruiste. On tente ainsi à mettre en place des activités qui connotent des relations authentiques. Cet axe se construit avec l'enfant et sa famille sous forme d'entretiens aussi bien individuels que familiaux.

Les entretiens d'ordre (psycho)-thérapeutique visent à rencontrer l'enfant en question et son entourage familial en partant du comportement problématique pour aborder la sexualité en général puis, petit à petit, les différents aspects de l'existence. L'investissement de l'enfant et sa demande d'un espace de parole personnel sont souvent hésitants et vagues, du moins au début du processus. L'enfant au fonctionnement pervers est habituellement d'une part globalement méfiant et d'autre part enclin à reproduire avec le thérapeute le jeu des mensonges et manipulations. Comme nous l'avons évoqué par ailleurs, nous veillons à encourager la parole de l'enfant, non sans l'art de l'apprivoisement, en commençant par accueillir sans critiques ce qu'il dit [22]. Le temps de la rencontre entre l'enfant et le clinicien ne peut être galvaudé, chacun évoluant à son rythme, l'adulte étant attentif à se garder de quelques pièges relationnels (escalade symétrique, naïveté angélique, doute systématique...). Dans les situations idéales, nous parvenons à créer un lien de confiance, susceptible toutefois d'être testé par l'enfant. Le clinicien gagne à éviter un monologue moralisateur en prônant l'écoute et le partage d'idées et d'informations. Osons aussi aborder le thème de la sexualité dont celle de nature transgressive. Parler du sens que nous y voyons, de la place du désir, de celle du plaisir de soi et de l'autre, du territoire que la sexualité est susceptible d'occuper dans toutes les activités de la vie [21,29]. Si la pratique sexuelle doit demeurer dans l'intime de l'individu, il y a lieu de ne pas véhiculer une image trop angoissante de la rencontre sexuée, d'éviter de provoquer l'enfant dans un défi des lois ainsi que d'être ferme et non ambivalent dans la régulation de ses comportements sexuels. La rencontre psychothérapeutique vise aussi à conforter la sexualité au sein des Lois humaines et des normes culturelles et sociales. Par ailleurs, l'enfant n'est évidemment pas réductible à sa sexualité. Il s'agit de s'intéresser à d'autres dimensions de son être, estimées positives, et d'amplifier ses ressources, pour l'amener à désinvestir le plus naturellement possible une sexualité dommageable. Dans la suite, nous renforçons les identifications les plus stables de l'enfant, la

valorisation de projets constructifs et la mise en confiance personnelle. On veille aussi à privilégier les issues sublimes que l'on peut proposer certainement aux jeunes individus pris par les enjeux d'abus de pouvoir. Quant aux parents, il nous revient de les soutenir à comprendre les retentissements en eux de cette sexualité transgressive agie par leur enfant, et à les inscrire dans leur propre histoire. Bien des positionnements parentaux se rencontrent, du rejet violent à la banalisation en passant par une complicité à peine masquée. Les séances familiales gagnent à être complétées par des entretiens de couple tant le discours des adultes tenu devant et à l'égard de l'enfant peut potentiellement déstabiliser ce dernier. Ici encore le facteur « temps » dans le processus (psycho)-thérapeutique est un allié précieux. . .

5. Conclusion

La perversion est une mascarade tragique où le sujet se leurre en leurrant l'autre [30]. La victime joue à son insu dans le théâtre intime du pervers, ce metteur en scène hors pair qui actionne ses personnages comme de simples marionnettes. L'arme redoutable du pervers est la parole ; il utilise aisément le mensonge, l'insinuation, la « paradoxalité », les contrevérités, les allusions, le double-sens des mots. L'individu se coupe de lui-même, dénie la réalité pour se protéger de toute souffrance. Il réfute ses comportements antisociaux et les conséquences de ses actes pour l'autre. La faute est banalisée, rationalisée ou rejetée. Le conflit est rejeté, le déni est anti-conflictuel. Face à cette entreprise de déshumanisation et d'objectalisation du sujet, l'espoir de tout clinicien est d'entre autres réintroduire dans la dynamique psychique le tiers dénié par l'enfant et/ou par le parent [1]. Mais pour Zagury, on ne peut guérir un pervers ; il est donc préférable d'utiliser des formules comme accompagnement thérapeutique, étayage, aide au réaménagement des défenses plutôt que de parler de soin [40].

La signification saine ou pathologique des comportements sexuels chez l'enfant n'apparaît pas toujours de façon évidente. Comme adulte et clinicien, nous admettons difficilement l'existence d'une problématique d'ordre sexuel chez l'enfant. Pourtant, celui-ci peut développer une sexualité préoccupante sous forme d'un aménagement pervers que l'on espère transitoire. On ne devrait retenir la dénomination de perversion effective chez l'enfant que lorsqu'existent à la fois un envahissement important de son énergie psychique par la déviance et une chronicisation du processus pathogène. Schématiquement, à côté d'une activité sexuelle dite perverse, nous retrouvons soit des comportements transgressifs chargés de lourdes angoisses, éventuellement en lien avec un traumatisme vécu antérieurement, soit de l'hypersexualité, ou en d'autres termes une sexualité excessive et précoce, soit des attitudes liées à l'abus de pouvoir et au plaisir de l'emprise. Mais il n'est guère toujours aisé de distinguer rigoureusement ce dont il s'agit tant l'humain est complexe et singulier dans sa manière d'être. . .

Veillons aussi à protéger l'enfant socialement en restant prudent dans l'étiquette diagnostique qu'on lui assigne. En conséquence, sitôt qu'un enfant pose des actes inquiétants dans le champ sexuel, il y a urgence à le rencontrer, à estimer l'éventuelle habitude qui s'installe, à analyser les tenants et aboutissants du comportement en question. Lorsqu'il s'agit d'évaluer les dynamiques intrapsychiques et relationnelles en jeu, le diagnostic différentiel demande du temps, de l'opiniâtreté et de l'empathie.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ababei C, Trémine T. Les troubles graves de la personnalité : « Gravité » psychiatrique, juridique ou sociale ? *Inform Psychiatr* 2011;87:505–11. <http://dx.doi.org/10.1684/ipe.2011.0813>.
- [2] American Psychiatric Association. *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e ed, Paris: Elsevier Masson; 2015.
- [3] André S. *L'imposture perverse*. Paris: Seuil; 1993.
- [4] Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: PUF; 1996.
- [5] Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod; 1996.
- [6] Bokanowski T. Les déviations sexuelles et la question des perversions sexuelles. In: Lebovici S, Diatkine et R, Soulé M, editors. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1985. p. 267–89.
- [7] Bonnet G. *Les perversions sexuelles*. Paris: PUF; 2011.
- [8] Bouchoux JC. Les pervers narcissiques. Qui sont-ils ? Comment fonctionnent-ils ? Comment leur échapper ? Paris: Eyrolles; 2009.
- [9] Bousseyroux M. *A-bords de la père-version*. Toulouse: PUM; 1990.
- [10] Chasseguet-Smirgel J. *Éthique et esthétique de la perversion*. Seyssel: Champ Vallon; 2006.
- [11] Chiland C. Des difficultés du concept de perversion. *Perspect Psychiatr* 1989;16-1:7–11.
- [12] de Becker E, Hayez JY. *La pédophilie*. collection *Que penser de ?*. Paris et Namur: éditions Jésumes; 2018.
- [13] Dor J. *Structure et perversion*. Paris: Denoël; 1987.
- [14] Eiger A. *Le pervers narcissique et son complice*. Paris: Dunod; 2012.
- [15] Englebert J. Sur le fonctionnement psychologique pervers. *Ann Med Psychol* 2012;170:547–53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2011.10.013>.
- [16] Freud S. *Introduction à la psychanalyse (1916–1917)*. Paris: Payot; 2004.
- [17] Freud S. *Sur l'Histoire du mouvement psychanalytique*. Paris: Gallimard; 1991.
- [18] Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris: Gallimard; 1987.
- [19] Hayez JY, de Becker E. *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille. Évaluation et traitements*. Paris: PUF; 1997.
- [20] Hayez JY. La vie sexuelle des 6–11 ans. *Enfanc Psy* 2002;17:23–35. <http://dx.doi.org/10.3917/ep.017.0023>.
- [21] Hayez JY. *La sexualité des enfants*. Paris: Odile Jacob; 2004.
- [22] Hayez JY, de Becker E. *La parole de l'enfant en souffrance. Accueillir, évaluer, accompagner*. Paris: Dunod; 2010.
- [23] Lacan J. *Séminaire, livre IV (1956–1957)*. Paris: Seuil; 1994.
- [24] Lacan J. *Séminaire, livre XVI (1968–1969)*. Paris: Seuil; 2006.
- [25] Lanteri Laura G. *Lecture des perversions, histoire de leur appropriation médicale*. Paris: Masson; 1979.
- [26] Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*, 5^e ed, Paris: PUF; 2007.
- [27] Lazartigues A. *Fabriquons-nous de nouveaux enfants ? Enfances..* Paris: Dunod; 2016.
- [28] McDougall J. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris: Gallimard; 1978.
- [29] Marty F. Les risques d'évolution perverse. *Psychol Clin Project* 2006;12:251–76.
- [30] Melman C. *L'Homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Paris: Denoël; 2002.
- [31] Mormont C. La personnalité perverse. *Acta Psychiatrica Belgica* 1990;90:278–88. <http://hdl.handle.net/2268/181126>.
- [32] Pelsser R. Les figures du père et de la mère dans les conduites perverses. *Inform Psychiatr* 1994;9:770–7.
- [33] Racamier PC. *Les schizophrénies*. Paris: Payot; 1978.
- [34] Racamier PC. *Les perversions narcissiques..* Paris: Payot; 2012.
- [35] Sanguet M. *Pervers polymorphe ?* In: Ben Soussan P, editor. *Cent mots pour les bébés d'aujourd'hui..* Toulouse: Erès; 2009. p. 233–8. <http://dx.doi.org/10.3917/eres.benso.2009.01.0233>.
- [36] Semenyina SW. Psychopathy. In: Shackelford TK, Weekes-Shackelford VA, editors. *Encyclopedia of evolutionary psychological science*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 1–4. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_674-1.
- [37] Stoller R. *La perversion*. In: *forme érotique de la haine*. Paris: Payot; 2007.
- [38] Thibaut F. *Approche psychiatrique des déviances sexuelles*. Paris: Springer-Verlag; 2013.
- [39] Wallon H. Les enfants dits pervers. *Enfance. Psychol Educ Enfanc* 1959;12(3-4):419–32. <http://dx.doi.org/10.3406/enfan.1959.1455>.
- [40] Zagury D. *Perversion-perversité : une recomposition à partir de la clinique médico-légale*. In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Troubles de la personnalité : Ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux*. Paris: Dunod; 2013. p. 50–61.