

Les enjeux du travail clinique en détention

La formation que nous, psychologues cliniciens, effectuons, ouvre à la possibilité de rencontres multiples, au sein de cadres professionnels très divers (la santé, l'enfance, l'entreprise, le judiciaire, l'armée, la police, en privé...), et, plus récemment, dans le domaine pénitentiaire. Mon expérience du milieu carcéral me fait insister aujourd'hui sur la particularité de ce lieu d'exercice : la clôture, enceinte interdite, facteur de toutes les exacerbations.

Le fonctionnement de l'institution pénitentiaire touche - voire ébranle - chacun. L'impact de son fonctionnement en vase clos, ainsi que les rencontres de patients au comportement transgressif ne sont pas sans effet. On ne peut que s'interroger sur notre présence en tant que « soignant » dans un lieu de punition, de contrainte et de contention physique. La prison nous confronte à la fascination liée au traumatique. Une violence infiltre le quotidien carcéral, dont émane aussi une très grande force d'inertie, conjuguée à la répétition monotone, immuable et mortifère de l'organisation du temps. Violence fantasmatique essentiellement, surtout ressentie et imaginée. Le psychologue est exceptionnellement agressé physiquement.

Le travail du clinicien est lié à notre capacité à la relation et à la symbolisation. Les enjeux cliniques sont de taille, dans un lieu où l'individu est dépossédé d'espace personnel, dont on sait qu'il est aussi le représentant de la fonction d'enveloppe psychique. Il vit dans un espace cloisonné, confiné, dans la promiscuité, intrusé par les regards qui passent à travers « l'œilleton » de la porte close.

L'enfermement, la déprivation, un désœuvrement mortel, la suppression de la liberté de bouger et de l'accès à l'espace social, en même temps qu'une extrême dépendance, tous ces aspects sont des réalités particulières qui menacent l'intimité, l'intégrité, l'identité du sujet, souvent déjà très fragile avant d'arriver ici.

Afin de se protéger, parfois de survivre à l'angoisse, au sentiment d'étrangeté à soi-même et à la peur, le détenu régresse ; et il ne s'agit pas ici de la régression au sens psychanalytique propice au travail psychique. Bien au contraire, il lui faut neutraliser toute pulsion, échapper à l'emprise de la prison sur l'espace, le corps et le temps en se réfugiant dans le sommeil, les somnifères, le « shit », les séries télévisées. Mais une lutte contre cette régression se rencontre aussi, comme par exemple dans des activités de musculation effrénées. Se désinvestir soi-même pour ne plus avoir à renoncer à quoi que ce soit, pour échapper à l'érosion insidieuse de la sensibilité.

La suspension de l'agir conduit vers la dépression. D'autant plus que la temporalité en maison d'arrêt est là encore particulière. Le prévenu se retrouve en état d'apesanteur temporelle totale ; il ignore tout des convocations par le juge d'instruction, des visites de l'avocat, de la date du jugement, de sa peine, de sa sortie... Pour l'instant, et dans un temps qui s'étire à l'infini, il est condamné à attendre ! Dans ce contexte, notre identité professionnelle est également potentiellement menacée de dilution. La question du sens de notre fonction, et du cadre à construire et à entretenir est essentielle. Cette notion de cadre renvoie à celle du tiers, notion vitale dans un lieu totalitaire qui met sous emprise, nie les différences et crée par conséquent de la confusion, et qui tend sans cesse vers l'homéostasie.

La mise en valeur des personnes que le groupe social a écartées, les réduisant à des numéros matricules, anonymes, est en opposition avec la réduction à la gestion, par l'institution, d'une masse indifférenciée. Le travail clinique est alors tellement mis à l'épreuve que cela peut nous conduire vers un besoin de réparation totalement inconscient face à la détresse. Mais également vers un volontarisme thérapeutique, à la mesure de la non-maîtrise de notre cadre. En maison d'arrêt, il est

préférable de se préparer d'emblée à la pensée que, lorsqu'on rencontre un patient, aucune maîtrise sur la durée du temps de prise en charge n'est possible. Le détenu peut en effet rester quelques jours et être libéré parce qu'il a demandé une liberté provisoire ; ou il peut rester quelques semaines ou quelques mois puis partir brusquement parce qu'il est transféré dans un autre établissement, à cause de la surpopulation ou à cause d'un comportement indésirable, ou encore pour d'autres raisons.

La perspective d'un jugement en Cour d'Assises représente la garantie d'une meilleure coïncidence entre réalité externe et cadre interne, puisque le temps de détention préventive avant la condamnation est, en moyenne, de deux ans. Mais c'est l'exception... Il est temps à présent de tenter d'illustrer, à travers trois vignettes, quelques aspects des enjeux de cette clinique en milieu carcéral. Je reprendrai deux cas dans le livre que j'ai écrit en 2013 (*Soigner en prison ? Paradoxes. Parcours d'une psychologue*, aux éditions Césura). Puis j'exposerai le cas d'un patient pour lequel la réflexion n'en finit pas de s'affiner en après-coups.

Madame A. « Femme-enfant ou la maternité en question. »

Agée de vingt-deux ans, cette jeune femme-enfant se retrouve incarcérée pour la mort de sa fille âgée de deux ans, suite à des coups qu'elle lui avait portés et dont elle ne se souvient pas. Le seul souvenir qu'elle a gardé est que, suite à un choc contre le mur qui l'a « réveillée » dit-elle, elle a demandé à sa fille « si elle avait bobo ». Le lendemain matin, la fillette était sans connaissance, et sa mère demandait un médecin, en même temps qu'une autopsie à ce dernier. Le médecin lui annonçait le décès de sa fille, dû sans doute à une mort subite, « la mort subite du nourrisson ».

Madame A., complètement démolie psychologiquement, me demande une psychothérapie sur les conseils de son avocat, mais aussi parce qu'elle en ressent le besoin, dit-elle. Elle souffre tellement qu'elle exprime un besoin d'aide, même si elle ignore en quoi consiste une psychothérapie. Bien que de contact facile, pendant plusieurs mois, les entretiens avec Madame A. sont éprouvants car elle pleure sans cesse, abondamment. Elle pleure sa petite fille.

Les rencontres, sur une période de deux ans, resteront difficiles, aussi parce qu'elle ne sait pas parler d'elle. Elle raconte des morceaux de son histoire personnelle, faisant comme si j'étais à sa place. J'ai donc eu beaucoup de difficultés à reconstituer une biographie ; c'est peu à peu, dans une relation à la fois de confiance et de dépendance avec moi, qu'elle a commencé à tisser une trame à sa propre histoire.

Madame A. se trouvait dans un processus de deuil impossible à réaliser : elle pleurait la perte d'un enfant qu'elle avait elle-même tué ; mais reconnaître et accepter cette monstruosité lui était inaccessible, sinon au prix d'un dédoublement d'elle-même, qui différencierait la « bonne mère » de la mère meurtrière. Elle-même avait été enfant battue par un père reparti dans son pays d'origine ; enceinte à quatorze ans d'un homme étranger toxicomane et violent à son égard ; accouchant de ce premier enfant, mongolien, puis mère de trois autres enfants dont le dernier est né lors de son incarcération ; fille d'une mère immature, alcoolique et volage, en même temps que fusionnelle, incarcérée autrefois pour des vols ; et j'ai pu tenter de comprendre avec elle comment Madame A. n'a pas pu se forger une identité de base solide, structurée. Totalement indifférenciée de sa mère, de quelle manière pouvait-elle acquérir sa propre identité de mère, et de femme ?

Pendant des semaines, elle était effondrée devant moi : j'ai eu à supporter avec elle un chagrin inextinguible, faisant craindre à tout le monde un passage à l'acte suicidaire irrémédiable. Madame A. était surveillée comme le lait sur le feu par le personnel pénitentiaire. Surveillée en deux sens. En effet, découvrant qu'elle était à nouveau enceinte au début de son incarcération, Madame A. allait faire l'objet d'une surveillance très suspicieuse : n'allait-elle pas tuer son bébé puisqu'elle avait déjà

tué ? Était-elle capable de s'occuper d'enfant ? Avait-elle même le droit, dans le sens d'un privilège, d'être enceinte ?

Mais il fallait en même temps la protéger : tout comme dans notre société actuelle, en prison, tout acte à l'encontre d'un enfant apparaît intolérable, au point que les femmes ou les hommes incarcérés risquent d'être agressés physiquement très violemment. Cette surveillance est donc très ambivalente : l'administration pénitentiaire se doit de garder et restituer intacts ses détenus, en même temps que son personnel n'est pas plus insensible que quiconque face à la violence humaine. Heureusement, les règles sociales et institutionnelles sont là pour servir de rempart à notre propre violence et à un désir de vengeance parfois incontrôlable.

De son côté, Madame A. revenait sans relâche sur la culpabilité d'avoir tué sa fille, me réduisant à l'impuissance, miroir de sa propre détresse. Cependant, l'autre bébé arrivait. Quelque chose de la vie se manifestait en elle, qui l'amenait à raconter des choses d'elle-même, de sa vie. Elle s'attachait à moi, avait confiance. Lorsque le petit garçon est né, Madame A. allait mieux. Elle s'était mise à désirer cet enfant, à reprendre confiance en elle, et les surveillantes montraient moins d'animosité à son égard. Nos rencontres hebdomadaires se sont alors déplacées à la « nursery ». C'est moi qui avais choisi de me déplacer à la nursery, avec l'idée d'accompagner et soutenir Madame A. dans cette nouvelle expérience de mère, qui lui permettrait de reconsidérer-considérer l'image d'elle-même. J'étais donc présente au sein de l'intimité de sa chambre-cellule, assistant parfois à la tétée et au change du matin. Moins déprimée, Madame A. parvenait à présent à parler sans pleurer, à s'exprimer de façon plus adaptée, à faire revivre des souvenirs. C'est comme si je l'avais ranimée. Je me la représentais en effet comme une enfant, sans défense, spoliée de sa propre existence, à cause de violences à son encontre et de l'emprise de sa mère. Elle n'avait alors trouvé que la violence à sa disposition, imposée à elle comme modèle d'identification et comme issue pour survivre. Meurtrie par la naissance d'un premier bébé mongolien alors qu'elle était encore adolescente, battue par son mari, elle a retourné contre elle toutes ses pulsions agressives, dans un mouvement masochiste impérieux et puissant. Madame A. n'avait de cesse de s'accuser, se maltraitant elle-même.

Le fait d'être incarcérée, c'est-à-dire séparée de son mari indépendamment de sa volonté, ainsi que nos entretiens, lui ont permis de se structurer un peu, et de se dégager d'une culpabilité destructrice. Elle a mis du temps avant de comprendre que son mari lui faisait du mal, et qu'elle ne pouvait que penser combien elle était mauvaise puisqu'elle avait causé la mort de sa fille. La période du procès a été un moment important où, confrontée à sa mère elle-même interpellée par la justice au sujet de son comportement maternel, elle l'a enfin un peu désidéalisée, osant exprimer une agressivité jusque-là complètement étouffée.

Monsieur D. « Vous avez dit pervers ? »

Le patient dont je vais parler illustre de manière encore différente l'investissement fait par les patients de l'espace psychique que propose le psychologue. Monsieur D., âgé d'une cinquantaine d'années, est mis en examen pour crime sexuel à l'encontre de son petit-fils. Il a déjà été condamné pour des faits semblables sur des enfants auparavant. En fait, au fur et à mesure que nous faisons connaissance, Monsieur D. me fait découvrir l'ampleur de ses passages à l'acte, totalement intriquée à celle de ses difficultés sexuelles ; il y a une problématique d'identité sexuelle, par conséquent d'identité tout court. Monsieur D. me dit que, très tôt, avant son adolescence, il était attiré par les garçons, ce qui l'a fait se convaincre, plus tard, qu'il était homosexuel : il refusa de voir que c'était toujours par les enfants qu'il était attiré, et sera donc étiqueté, à son corps défendant, après avoir été confronté à la justice, comme pédophile. Je découvre encore des passages à l'acte incestueux sur ses filles ; cela restera inabordable avec moi le temps de son incarcération à Saint-Paul (anciennes prisons de Lyon), mais Monsieur D., courageusement, s'empare de l'espace psychologique que je lui

propose et montre un désir de comprendre quelque chose du fonctionnement de sa personnalité, à la faveur de cette seconde interpellation par la justice. Il se met alors en quête d'ouvrages, outre nos entretiens réguliers, de Françoise Dolto en particulier, psychanalyste d'enfants. Il l'a vue et entendue à la télévision et à la radio, et a l'intuition qu'il peut découvrir quelque chose de lui par cette approche. Il me rend compte de ce qu'il comprend, et j'utilise ses lectures pour l'aider à trouver-retrouver un peu le petit garçon très souffrant qu'il a été. C'est une recherche importante pour lui dans la mesure où, cette fois, il se rend compte qu'il se passe quelque chose ; ce quelque chose est encore extérieur à lui, ça l'intrigue, d'où sa recherche très intellectuelle. Parallèlement à la lecture, Monsieur D. regarde toutes les émissions à la télévision qui ont trait à la délinquance sexuelle, et la période y est très favorable à ce moment-là ! Il est dans une recherche éperdue des différences, de sa différence. Il commence alors à parler, pendant nos entretiens, de sa vie, et de l'image très négative qu'il a de lui.

Une autre image encore lui a été renvoyée par les comptes-rendus de ses expertises psychiatriques et psychologique ; portraits, explications, théories, extérieurs à lui mais sur lui, et qui lui ont permis de commencer à s'intéresser à lui-même, à son propre Moi, au « comment ça fonctionnait à l'intérieur ». Il est vrai que nous en sommes restés pendant toute une période à la description de ses passages à l'acte, à une énumération au travers de laquelle je découvrais peu à peu l'ampleur de sa violence. Mais première étape nécessaire, qui passait par le concret de la réalité extérieure.

Les expertises ont représenté un pas de plus vers un travail de découverte de soi : rapports qui s'adressaient à lui directement, qui ne parlaient que de lui, mais écrits pour être soumis publiquement au jugement de gens inconnus, jurés et magistrats. C'est bien l'épreuve du procès, le fait de comparaître aux Assises, qui a fini de mobiliser Monsieur D. Il est arrivé devant ses victimes, présentes ou évoquées, avec l'acceptation de sa culpabilité réelle. Il reconnaissait enfin les faits pour ce qu'ils étaient, c'est-à-dire des actes de pédophilie et une relation incestueuse, et non pas une homosexualité banalisée, qui lui avait servi à se dissimuler la gravité de son comportement.

Au cours de nos rencontres, j'ai travaillé avec lui la notion de violence.

Monsieur D. en effet répétait sans cesse qu'il n'était pas violent, puisqu'il n'avait jamais forcé les enfants à venir chez lui, qu'il ne les avait jamais forcés s'ils se refusaient à lui. Il a peu à peu pris conscience que la violence n'est pas qu'une réalité physique, une chose que l'on peut constater, mais que la violence morale, psychologique, est plus grave encore. Ce qu'il avait ainsi découvert, c'est surtout une différence entre lui et les autres : même s'il n'avait pas voulu faire de mal, les enfants qu'il avait séduits étaient victimes de lui, et n'avaient pas ressenti les choses comme lui.

Il est arrivé au procès avec cette notion, se disant pour la première fois qu'il avait répété une transgression très grave. Il commençait à avoir honte. C'est à ce moment-là seulement, dans la psychothérapie, que Monsieur D. m'a avoué qu'il ne se regardait jamais dans une glace depuis qu'il était enfant, se peignant et se rasant à vue, tant il se trouvait laid et repoussant. Il a osé commencer à se regarder dans un miroir en cellule. Le regard posé sur ce qu'il y avait à l'intérieur de lui, lui permettait de se détacher d'une enveloppe corporelle haïe, pour s'intéresser à ce qu'il avait de « mauvais », de haïssable en lui, contenu projeté sur une image désastreuse de soi. Il a sans doute su toucher - cette fois dans un sens plus symbolique -, par sa volonté de sincérité, certaines des victimes, ses filles en particulier avec lesquelles il n'avait plus aucun contact depuis longtemps. L'une d'elles, peu de temps après le procès, lui a écrit que l'image qu'elle s'était faite de son père avait changé ; puis elle est venue le lui dire au parloir en prison.

Monsieur D. en était très touché mais restait sur la défensive : comment pouvait-on rattraper tant de choses gâchées, était-il digne de respect, d'estime, sans même parler d'amour ? Sa réaction m'a paru adaptée dans la mesure où il avait saisi un peu la nature de son fonctionnement pervers et donc

la difficulté à changer, ce que je ne m'étais pas fait faute de lui dire d'emblée, alors qu'il me demandait de le changer. Ce bout de chemin que nous avons parcouru ne prédit rien de la suite : poursuite de la recherche introspective, stagnation, régression et répétition ? Avec les conséquences qui en découlent par rapport au passage à l'acte, apaisement qui freine ou stoppe le recours à l'acte et à la transgression, et évite donc la récurrence du comportement.

Cette présentation clinique fait ressortir l'investissement d'un patient dans un travail psychothérapeutique, la manière dont il a désiré s'emparer d'un espace mis à sa disposition, mais également l'articulation justice-soin.

C'est parce qu'il a été interpellé, puis arrêté, que Monsieur D. -comme beaucoup d'autres- s'est trouvé confronté, par une intervention externe, à ses actes. Il a éprouvé un choc, qui l'a, dans un second temps, confronté à lui-même en temps qu'individu coupable puis responsable de ses actes, à la faveur de la mise entre parenthèses, de la suspension de l'agir que représentent l'arrestation puis l'incarcération.

Monsieur P.

Monsieur P. m'a été adressé par un psychiatre du S.M.P.R. (Service Médico-Psychologique Régional) alors qu'il arrivait d'une autre prison dans laquelle il avait fait une grave tentative de suicide. J'ai pris en charge ce patient pendant six ans, de son « hospitalisation » dans notre service jusqu'à son transfert en maison centrale, suite à une condamnation à perpétuité. Monsieur P. a mobilisé tout le service, surveillants pénitentiaires compris, pendant presque toute la durée de son séjour. Nous avons parlé de lui de manière obsédante, envahis autant par la description glaçante des faits pour lesquels il était mis en examen, que par son mode de relation à l'autre, fondé exclusivement sur l'emprise et le clivage. Quels enjeux cliniques sont à l'œuvre, mis à l'épreuve, face à un homme qui n'a pas en lui les limites qui empêchent de tuer, qui supprime purement et simplement qui le gêne ?

Monsieur P. en effet justifie, avec une sérénité parfaite, dans une toute-puissance sidérante, le fait qu'il ait assassiné le mari de sa maîtresse, voulant seulement « rendre service » à celle-ci parce qu'il est convaincu que cet homme a abusé de sa fille : « Vous avez vu à combien sont condamnés les violeurs ? Je n'ai fait que débarrasser la terre d'un salaud ! ». Comment ne pas être ébranlé par quelqu'un qui pense que les enfants sont des animaux, les animaux étant eux-mêmes des enfants arrêtés dans leur développement ? Quel type de traumatisme -irreprésentable bien sûr, impensable-a-t-il vécu, qui lui fait placer l'humanité du côté des animaux et dénier l'humain ? Et qui le fait se penser lui-même comme généreux, parce qu'il a été « obligé d'achever sa victime (la deuxième) par humanité », parce que le jeune homme râlait et que « ça lui déchirait le cœur » ? Comment garder son sang-froid lorsque vous constatez que votre patient ne sait plus vous serrer la main, par peur de vous la broyer, parce qu'il a (aurait ?) déjà ainsi cassé deux doigts ? Toute la violence folle à laquelle cet homme nous a confrontés touche aux confins de l'acceptable et du pensable.

La question du soin psychologique se pose forcément, face à ce type de patient, qui nous a imposé pendant longtemps ses justifications, rationalisations, son moralisme, ses incessantes plaintes et revendications somatiques. Pour tenter de saisir les enjeux -ce qui était mis en jeu- de la relation de mon patient à nous, je vais le suivre dans les formes de sa tyrannie, exprimée inlassablement à deux niveaux : des plaintes somatiques, et une revendication-menace à mourir. On l'aura compris, c'est par le corps que les choses passent, et c'est par l'exhibition de son propre anéantissement qu'il nous montre les défenses extrêmes qu'il a mises en place. Ces deux principales composantes étaient intriquées, et ont été utilisées par Monsieur P. selon son état psychique plus ou moins désespéré, et/ou selon la quantité d'excitation et d'angoisse qui l'habitaient et qu'il était incapable de gérer.

Lorsqu'il arrive au S.M.P.R., jusqu'à son jugement qui a lieu quatre ans après son incarcération,

Monsieur P. nous envahit, et nous malmène avec la question de sa mort. Il fixe des dates butoirs pour son suicide, dont il repousse à chaque fois l'échéance, entraînant toute l'équipe avec lui dans ces agirs projectifs. A plusieurs reprises, l'équipe infirmière, épuisée, sera amenée à souhaiter qu'il passe à l'acte. N'avons-nous pas aussi nos côtés pervers, sollicités alors par une anxiété collective ?

Pendant des mois, au début de son séjour, il nous harcèle pour un don d'organes qu'un Surmoi très cruel lui imposait, « pour être utile », répétant « j'ai vécu à cinq cents pour cent et j'ai tout vu ». La tyrannie s'exerce de manière totalitaire, autant vis-à-vis de nous qu'envers lui-même, dans une relation d'emprise insupportable. Il fallait qu'on soit indestructible, pour ne pas être son objet. Cela l'amenait à des positions délirantes, à des raisonnements absurdes, sur un mode caractériel qui lui évitait l'effondrement, face à cette nécessité d'éviter l'objet qui le renverrait à son néant identitaire. Par exemple, parallèlement au don d'organes, il réclamait de manière insensée la molaire de son chien montée en pendentif et restée à la fouille ; lassé d'ailleurs, un responsable pénitentiaire a fini par la lui accorder.

Une fois, excédé d'attendre un rendez-vous chez le dentiste, il a fini par se limer lui-même la dent qui lui « écorchait la langue ». Une autre fois, il se rase les deux avant-bras en vue d'un examen médical, arguant que lui au moins il connaît les règles d'hygiène, et qu'« on n'est jamais si bien servi que par soi-même » ! Ainsi le rapport à son corps est-il perverti, le recours à l'acte venant pallier le déficit d'organisation interne. Pour lui, le mot est la chose, il est pris au pied de la lettre. Pendant toute une période par exemple, il s'est obsédé à guetter la sortie de ses boutons d'herpès : un infirmier ne venait-il pas de lui dire que de cette façon il « extériorisait » ?

La violence physique d'ailleurs le rassure, réduite par lui à « une simple question de technique », tandis qu'il ne supporte pas « la violence des sentiments au cinéma », et ne regarde donc pas de films. La butée contre une réalité corporelle le protège de l'irruption d'une angoisse d'anéantissement, incarnée pour lui dans la présentation d'affects dont il ne saurait que faire. Toutes les histoires avec son corps sont une tentative désespérée d'appel à un contenant. Tout au long de ces années, nous avons supporté, subi, l'étau de sa cruauté, de sa froideur affective, et de son sadisme. Il me raconte un jour, par exemple, qu'il a effectué sa sixième et sa cinquième « chez les frères ». Comme une bonne plaisanterie, il lâche, sous-entendant qu'il en était l'auteur : « un prof a reçu le contenu d'une éprouvette... un autre a fait une chute de vélo, sa dynamo avait été dévissée ». Ses « farces » le font rire, mais me font, à moi, un peu froid dans le dos... dans mon après-coup, et dans le contexte de notre relation.

Le souvenir du récit de ses deux assassinats s'impose à moi, le premier ayant bien failli être un crime parfait, tant Monsieur P. avait peaufiné chaque détail de la préparation de son crime. Il avait équipé son arme d'un silencieux, fabriqué la poudre, étudié en détail le trajet que devait prendre la balle pour qu'on ne la retrouve pas, avec l'objectif de faire passer le crime pour un accident d'auto.

Nous n'étions pas au pays du fantasme ! Mais c'est parce que nous ne nous sommes pas laissés aller -individuellement et en équipe- à le réduire à sa perversion -rempart contre le délire de la psychose- donc à le rejeter, que nous avons pu faire l'effort d'amener notre patient à quelque chose de plus humanisé. Beaucoup plus tard, combien de fois a-t-il répété, convaincu, parfois ému : « vous êtes ma famille, je n'ai que vous » ? Nous commençons à avoir accès à sa détresse, au niveau d'une perception très primaire.

J'insiste ici sur l'importance d'une équipe qui parle, qui se parle et s'affronte, afin de parvenir à résister au désordre chaotisant, à la destructivité tellement agissante chez de telles personnalités. Combien de fois avons-nous eu envie de l'expédier ailleurs, confrontés à notre impuissance, à notre rage, à nos positions contradictoires ?

Quelle est la nature du traumatisme primaire de Monsieur P. ? Un jour, il me dit brutalement : « je suis un fibrome ». Devant mon étonnement, il explique qu'un médecin, autrefois, lors d'une consultation, avait découvert chez sa mère un fibrome, mais qu' « il y avait aussi un bébé »... et c'était lui ! N'est-on pas là dans du traumatisme archaïque, où vie et mort sont indifférenciées dans le psyché, où la vie s'origine dans l'horreur de la destruction ?

En six ans, il m'a été impossible de comprendre comment était composée sa fratrie, dans laquelle il y a eu plusieurs décès. J'ai malgré tout appris qu'il avait été élevé en compagnie d'enfants de la D.A.S.S. par une mère sourde, cardiaque, pleine de rhumatismes, grosse ; et qu'il a appris à coudre et cuisiner. Son père, alcoolique, cardiaque, est mort à l'hôpital, déshydraté, après avoir arraché sa perfusion, car, disait-il, « l'eau c'est pour les canards » ! Le regard porté sur ses parents est très particulier. Il dit : « ils ne doivent pas se plaindre de moi, parce que c'est eux qui m'ont fait, moi j'y ai été pour rien... Je leur ai toujours caché les choses graves, parce que ça aurait rien changé de toute façon ». Plainte pathétique et vertigineuse d'un sentiment d'abandon total. Il m'a dit aussi qu'il avait été un enfant très nerveux, calmé avec du tranxène. « Un jour, il a fallu quatre adultes pour me maîtriser ». Le recours à l'acte, la recherche d'une contenance par la toute-puissance exercée au-dehors lui ont été nécessaires pour contenir un déferlement destructeur interne, afin de survivre psychologiquement.

Il est question là d'une quantité d'excitation, ingérable, qui menace le sujet d'anéantissement ; il lui faut mettre en action des processus évacuateurs, à la place de processus intégrateurs, ici défaillants. Un jour, Monsieur P. me dit qu'il préférerait « mille fois aller casser des cailloux à Tahiti parce que je redoute le soleil », plutôt que d'avoir à endurer ce qui lui est infligé par la répression de ses pensées : la subjectivation lui est intolérable et il n'a bien sûr pas accès à la dépression. Lorsqu'il revient de la Cour d'Assises par exemple, flanqué d'une condamnation à perpétuité assortie d'une peine de sûreté très importante, son attitude est à la fois pathétique et dérisoire. Il arrive en effet dans mon bureau en sautant à cloche-pied, ridicule, me donnant envie de rire. Il s'est, dit-il, fait une entorse au tribunal. Lorsqu'il s'est retrouvé en cellule juste après, il a bu une bière « tranquillement », comme si de rien n'était. Nous voyons la nécessité pour lui du clivage (le Moi coupé en deux), mécanisme de défense qui permet à Monsieur P. de survivre psychologiquement, par conséquent physiquement aussi. La régression lui a été, également, inaccessible.

Des séances de relaxation lui avaient été proposées par la psychomotricienne. J'ai alors été alertée par l'angoisse qu'il en exprimait, et me suis ouverte à l'équipe de mon inquiétude, ayant peur qu'il ne « décompense » et en arrive à se tuer, en perte d'identité, ainsi qu'il l'avait déjà tenté ailleurs. Il me disait qu'il avait envie de « disparaître, sous le matelas... je me suis pourtant déjà mis dans un cercueil (il s'en était fait fabriquer un), je ne suis pas du tout claustro, mais c'était... ». Il ne peut en dire plus, et je ressens avec lui un vécu de mort trop proche. Les séances de relaxation ont été arrêtées. Lorsque, deux ans après sa condamnation, son départ pour une Centrale approche, Monsieur P. me dit sereinement qu'il n'a pas de deuil à faire (son psychiatre lui avait demandé de se préparer à la séparation), « puisque je sais que vous continuez à travailler ici ». La force du déni lui évite de manière radicale toute approche subjective, et donc la souffrance entraînée par la problématique de la séparation et du deuil ; mais en même temps, sa conviction mégalomane quant à la place perpétuelle à laquelle il m'assigne, le protège d'un effondrement car il y a bien eu relation avec moi. Une fois transféré, de façon rituelle pendant quelques années, l'un de mes patients qui avait séjourné au S.M.P.R. et se retrouvait dans la même centrale, m'a fait passer par courrier « le bonjour de qui vous savez » : comme un clin d'œil, mais avec un anonymat qui le préservait du rapprochement avec l'objet subjectivé que je pouvais représenter et pour lequel il n'était pas encore prêt, sinon au risque d'une décompensation de nature psychotique.

Au fil des années passées à nos côtés, le corps de Monsieur P. s'est apaisé, et il ne cherchera plus à cliver l'équipe, les bons pouvant devenir les mauvais du jour au lendemain, et inversement. L'enjeu

de la clinique, dans ce type de rencontre, n'est-il pas, entre autres, le fait de pouvoir supporter la non-liaison entre une partie destructrice du sujet, et une autre partie, traumatisée, à l'abandon, sans étayage, qui poussait notre patient à réclamer, exiger du soin à corps et à cris, au sens propre de l'expression ?

Pour terminer, je dirais que les deux institutions, pénitentiaire et psychiatrique, ont joué, pour ce patient, chacune à leur façon, de par leur spécificité, un rôle important d'absorption et de contenance de ses pulsions destructrices. Il s'est peu à peu apaisé, en moindre danger de perte identitaire. Il a eu moins besoin d'avoir recours à la mort, tout à la fois déniée et signe d'une toute-puissance représentant la seule butée envisageable lui permettant de survivre psychiquement. Il a alors accepté l'idée (mais ne l'a pas comprise) que tuer, ça ne se fait pas. Il n'a pas de fantasme à ce sujet, n'est pas dans la honte ni ne ressent de culpabilité. Il a des principes, violents, implacables, qui évincent la différenciation, la subjectivation, l'éventualité de l'existence d'un objet : « Aux WC, tout le monde baisse sa culotte de la même façon ». A défaut de représentations, nous avons cependant laissé en lui des traces. Ainsi, avant de partir, il reconnaît qu'il se sent fragilisé « parce que je me suis ouvert ici ». Il en deviendrait presque touchant, s'il n'ajoutait immédiatement qu'il reprend la pratique du yoga (de manière effrénée et obsessionnelle), disant : « c'est pour me faire une peau parce que je suis écorché vif », me mettant crûment, une fois de plus, face à sa béance. Il me raconte un rêve quelques temps après sa condamnation, qui rend compte de son angoisse d'engloutissement et peut-être de dissolution ou de liquéfaction : « c'est la première fois que je fais un rêve de la sorte... j'étais au lit avec mon amie, et excusez-moi mais je vais être un peu grossier, je mettais un doigt dans son sexe, et puis là ça devient complètement bizarre, je me suis retrouvé dans son ventre ». Je comprends alors le fait qu'il entreprend des études de psychologie « pour être comme vous », comme une tentative de représentation de lui-même, d'organisation d'un Moi primaire. Je n'ai jamais reçu le mémoire qu'il m'avait tant fait miroiter...

Pour conclure, je soulignerai à nouveau la paradoxicité du fait d'ouvrir un espace de liberté de parole, de subjectivation, dans un lieu de contention physique et de punition. L'articulation est difficile entre les enjeux sécuritaires et les enjeux cliniques-thérapeutiques. Notre cadre, autant externe qu'interne, est toujours en équilibre, voire mis en péril, de par la confrontation aux modes de fonctionnement de la prison. En maison d'arrêt, il y a une réelle difficulté à instaurer une stabilité de la temporalité des rencontres. Tout pousse l'individu incarcéré à ne pas penser, à « se vider la tête », à considérer ce temps-là, in-défini, comme perdu, à le réduire à néant pour ne pas avoir à le vivre. Le groupe social fait le choix de privilégier la sécurité des citoyens -notion très subjective également- en dérobant au regard de la collectivité les auteurs de transgressions.

L'un des enjeux du travail clinique ne sera-t-il pas alors de savoir rester au plus près du vécu de chaque patient ? De pouvoir créer et sauvegarder une relation d'objet dans laquelle se rejoue tout ce qui est interne au sujet, malgré la tension extrême entre un environnement drastique et son propre idéal thérapeutique ? De tendre vers les mises en représentation d'affects violents, sans tomber dans le piège d'une idéologie du processus de remaniement psychique ? On oscille parfois, comme nos patients, de l'activisme à la dépression, en miroir de ce vide de la pensée évoqué plus haut.

Un autre enjeu, actuellement, est lié à la notion de sanction, aux rapports entre le pénal et le médical. La peine, en effet, tire de plus en plus sa légitimité de la référence aux soins. La sanction glisse insensiblement vers le thérapeutique. Le soin psychique s'imprègne d'ambiguïté, au risque de se transformer en peine, réduit alors à la seule contrainte, à l'opposé du processus de subjectivation et de la liberté psychique.