



HAL
open science

Rendre compte des passages à l'acte transgressifs : entre épistémologie et pratique clinique

Stephanie Germani

► To cite this version:

Stephanie Germani. Rendre compte des passages à l'acte transgressifs : entre épistémologie et pratique clinique. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2018. Français. NNT : 2018USPCD085 . tel-02890934v2

HAL Id: tel-02890934

<https://theses.hal.science/tel-02890934v2>

Submitted on 6 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Rendre compte des passages à l'acte transgressifs : entre
épistémologie et pratique clinique**

Stéphanie Germani



Directeurs de thèse :

Anne Bourgain et Gilbert Fabre

Université Paris 13 – Sorbonne Paris Cité

Ecole doctorale Erasme

Unité Transversale de Recherche Psychogenèse et psychopathologie

Rendre compte des passages à l'acte transgressifs : entre épistémologie et pratique clinique

Stéphanie Germani

Thèse pour obtenir le grade de DOCTEUR EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE ET
PSYCHOPATHOLOGIE DE L'UNIVERSITE PARIS 13

Présentée et soutenue publiquement par Stéphanie Germani, le samedi 24
Novembre 2018

Directeurs de thèse :

Anne Bourgain, Maître de Conférences HDR, UTRPP, Université Paris 13.

Gilbert Fabre, Professeur de Linguistique hispanique et générale, Université Paris 13.

Membres du jury :

Éric Bidaud, Professeur en psychopathologie clinique, Université Paris 7.

Alain Bauer, Professeur titulaire de la Chaire de Criminologie du Conservatoire National des Arts et Métiers.

Rapporteurs :

Suzanne Léveillé, Professeure en psychologie, l'Université du Québec à Trois-Rivières

Renaud Evrard, Maître de Conférences HDR, Université de Lorraine.

Remerciements,

À mes directeurs de thèse Madame Anne Bourgain et Monsieur Gilbert Fabre, pour avoir accepté ma thématique de recherche. Merci de m'avoir accompagné dans ces tumultueux travaux scientifiques.

À mon frère spirituel, Steven Duarte, qui voyait en moi - depuis mon plus jeune âge - se dessiner la carrière d'une psychologue chercheuse. Tant d'encouragements, tant de soutiens, et d'écoute qui permirent l'aboutissement de la rédaction de ma thèse.

À mon amie de cœur, Zahia Hesni, qui a joué un véritable rôle de superviseuse lors de mes résistances auprès de certains patients. Et surtout, merci pour cette qualité d'amitié exceptionnelle.

Au Docteur Stéphane Sénéchal, avec lequel la pratique en milieu carcéral fut bien plus qu'enrichissante : tant d'échanges cliniques, de réflexions théoriques mais aussi d'élaborations communes sur des objectifs thérapeutiques. Une parfaite collaboration professionnelle, qui s'est nouée dans une authenticité de partage et de respect dans ces lieux cloisonnés que représentent la prison. Merci pour tout ce travail de transmission.

À mon psychanalyste, Alain Lemosof, sans qui ce travail n'aurait jamais vu le jour.

À tous mes patients, pour cette confiance qu'ils m'ont accordée, mais aussi pour m'avoir fait mûrir.

Résumé : Le psychologue d'orientation psychanalytique travaillant en milieu carcéral va tenter de comprendre le rapport entre les actes « insensés » et les sujets qui les produisent. Accompagner les personnes incarcérées suppose et suscite le désir de soigner ces personnalités aux fonctionnements limites et/ou pervers, mais également l'envie de comprendre comment chacun engage sa subjectivité dans l'acte criminel et les autres actes transgressifs.

Cette recherche doctorale a été élaborée à partir d'une pratique clinique en centre pénitentiaire, et auprès de divers auteurs criminels. Nous avons essayé de rendre intelligible la notion de transgression mais aussi les éléments pouvant engendrer le recours au passage à l'acte. A travers l'exposé de différentes cures thérapeutiques, nous avons apporté à l'argumentation des éléments cliniques et théoriques afin de constituer des hypothèses de recherche, notamment autour des questionnements suivants :

- Comment pouvons-nous définir le passage à l'acte transgressif ? Ce dernier opère-t-il de la même façon selon les différentes structures psychiques (névrose-perversion-borderline-psychose) ?

- Un grand nombre de praticiens prône l'idée qu'un travail analytique est impossible avec les patients dits « pervers ». Est-ce un fantasme ou une réalité ?

- De nombreux professionnels se sentent effrayés et coupables d'avoir des sentiments envers leur patients, et ils s'emploient à les supprimer. Ils restent dans l'idée d'acquiescer une neutralité bienveillante en faisant une mauvaise lecture des métaphores de Freud (1914). Ces sentiments (et le contre-transfert) sont-ils des matériaux fondamentaux pour l'avancée de la cure ? Doivent-ils être éliminés ou bien au contraire pleinement utilisés comme boussole de la cure ?

Mots-clés : psychologue – psychanalyse - thérapie – transgression – passage à l'acte – prison – transfert – crime -

Summary: A psychoanalytical orientation psychologist working in a prison environment will attempt to understand the connection between the « foolish » acts and the subjects who generate them. Assisting the persons incarcerated not only brings about the desire to cure these personalities operating in a borderline and/or deviant way, but the wish to understand how each and every one commits their subjectivity in a criminal act and other transgressive acts.

This research essay has been developed based on a clinical practice in a penitentiary studying various criminal offenders. We have tried to make the notion of transgression intelligible but also the factors that could lead to acting out. By setting out different therapies, we will present arguments on the clinical and theoretical elements to form research theory, particularly around this questioning :

- How can we define transgressive acting out ? Does it operate the same way with different psychological structures (neurosis – perversion – borderline – psychosis) ?
- A great deal of practitioners advocates the idea that an analytical work is impossible on patients known as « deviant ». Is this fantasy or reality ?
- Many professionals feel afraid and guilty to have feelings towards their patients, and they apply themselves to suppress them. They hold onto the idea of benevolent neutrality by doing a bad reading of Freud's metaphor (1914). Are these feelings (and countertransference) fundamental materials to progress within the therapy ? Should they be eliminated or else fully used as a compass for the therapy ?

Key words: psychologist – psychoanalysis – therapy – transgression – acting out – prison – transference – crime.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------------|
| PREAMBULE | 9 |
| I/ LE PASSAGE A L'ACTE « TRANSGRESSIF » | 23 |
| 1) Définition de l'objet d'étude : le passage à l'acte transgressif..... | 23 |
| 2) Le passage à l'acte transgressif du point du vue pénal..... | 28 |
| A) Historique | 28 |
| B) Crimes contre les personnes..... | 32 |
| C) Crime contre les biens | 35 |
| D) Crimes contre la nation, l'Etat et la paix publique | 37 |
| E) Les délits | 41 |
| F) L'irresponsabilité pénale..... | 42 |
| 3) Naissance de la psycho-criminologie..... | 45 |
| 4) Lien étroit entre la criminalité et les incohérences sociétales et familiales | 51 |
| A) Les incohérences sociétales..... | 51 |
| B) Les incohérences familiales | 56 |
| II/ EPISTEMOLOGIE | 62 |
| 1) Le passage à l'acte transgressif dans le champ des sciences humaines et sociales avec ses difficultés épistémologiques | 62 |
| III/ PRATIQUE CLINIQUE | 80 |
| 1) Présentation du terrain de recherche / Entretiens avec le personnel carcéral | 80 |
| 2) Le travail clinique dans la prise en charge thérapeutique | 106 |
| IV/ PASSAGES A L'ACTE TRANSGRESSIFS DANS LES QUATRE STRUCTURES PSYCHIQUES (NEVROSE, PERVERSION, ETAT-LIMITE, PSYCHOSE) | 125 |
| 1) Introduction..... | 125 |
| 2) Passage à l'acte transgressif dans le champ de psychose | 134 |
| A) Dynamique psychique d'un cas de radicalisation | 134 |
| B) Dynamique psychique d'un cas de matricide | 148 |
| C) Observations et conclusions | 158 |
| 3) Passage à l'acte transgressif dans le champ de la perversion | 161 |
| A) Dynamique psychique d'un auteur d'agressions sexuelles | 161 |
| B) Dynamique psychique d'un cas de prostitution | 174 |

| | |
|---|------------|
| C) Dynamique psychique d'une figure du grand banditisme | 184 |
| D) Observations et conclusions | 202 |
| 4) Passage à l'acte dans le champ de l'état limite | 206 |
| A) Dynamique psychique d'un cas de violence conjugale | 206 |
| B) Dynamique psychique d'un cas de multiples délits routiers | 231 |
| C) Observations et conclusions | 238 |
| 5) Passage à l'acte transgressif dans le champ de la névrose..... | 242 |
| A) Champ de la transgression écarté mais fantasmé..... | 242 |
| VI/ CONCLUSIONS | 246 |
| VI/ ANNEXES | 260 |
| 1) Les pathologies limites | 260 |
| 2) Distinction entre perversions sexuelles et perversion narcissiques | 267 |
| VI/ BIBLIOGRAPHIE..... | 274 |

La transgression d'un tabou a pour sanction un châtimeut, le plus souvent une grave maladie ou la mort. N'est menacé de ce châtimeut que celui qui s'est rendu coupable de cette transgression
Freud, *Totem et Tabou*.

PREAMBULE

Autrui joue toujours dans la vie de l'individu le rôle d'un modèle, d'un objet, d'un associé ou d'un adversaire, et la psychologie individuelle se présente dès le début comme étant en même temps, par un certain côté, une psychologie sociale, dans le sens élargi, mais pleinement justifié, du mot.

Freud, *Psychologie des masses et analyse du moi*.

Dans le cadre de notre programme de recherches en centre pénitentiaire mais aussi de nos activités professionnelles en centre médico-psychologique et en unité d'hospitalisation, nous nous sommes interrogés sur l'augmentation des passages à l'acte violents qui apparaissent dans notre époque contemporaine. À titre informatif, pour rendre compte de ce constat, nous utilisons les chiffres recensés par Alain Guérin, docteur en psychologie clinique qui s'est penché sur les données de différentes études portant sur la délinquance des mineurs¹. Ces données scientifiques ont été recueillies entre 1972 et 2011 et elles ont été regroupées par M. Emmanuelli² (2005), mais aussi par J-Y Chagnon³ (2010). Voici ce qui en résulte :

- On note une augmentation constante des crimes et des délits imputables aux mineurs : près de 18% en 1998, avec une augmentation de 62% entre 1994 et 1998.

¹ Thèse d'Alain Guérin : « *Le féminin dans les agirs violents d'adolescentes délinquantes* ».

² M. Emmanuelli est professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, à l'Université Paris V et elle est membre du comité scientifique du Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie.

³ J-Y. Chagnon est le responsable de la spécialité « Psychologie clinique et pathologique. Psychologie clinique interculturelle et transculturelle » de l'Université Paris 13, délégué de l'UTRPP au Campus Condorcet, Membre du CNU (section 16), membre du comité de rédaction de *Psychologie Clinique et Projective*, et membre du comité de rédaction de *Perspectives Psy*

- Pour la période 2002-2009, on constate une augmentation plus importante (+32%) du nombre de majeurs mis en cause.
- Une étude portant sur la période 2002-2009 constate que les violences contre les personnes restent en majorité le fait de majeurs, ce qui est également le cas pour les stupéfiants (16% pour les majeurs et 11% pour les mineurs).
- On note une tendance très forte concernant les vols (40% impliquant des mineurs contre 20% impliquant des majeurs).

Au-delà de ces chiffres, l'interrogation s'est élargie à partir de différentes cures thérapeutiques avec des patients utilisant l'agir de manière prédominante mais aussi du fait de la population carcérale en hausse, le champ de la clinique transgressive semble être sur le devant de la scène contemporaine. Autrement dit, nous observons sur le plan clinique l'arrivée massive de personnalités davantage tournées vers l'*acting* plutôt que vers l'intériorité, tout en ayant recours à la transgression (à des actes pénalisés par la Justice). La parole semble ne plus faire référence, au profit de la certitude de l'agir : il s'agit de « toucher » les limites du corps (avec des passages à l'acte autour de la peau, de la douleur physique, des mutilations), « toucher » les interdits (avec les passages à l'acte interrogeant les lois), « toucher » les limites entre le moi et le non-moi (avec des attaques du lien). Nous pourrions avancer l'idée selon laquelle la génération actuelle est une génération en *perpétuelle expérience des limites*.

Face à ces observations, nous constatons combien le discours social ambiant semble « s'immuniser » contre les limites, comme en témoigne l'analyse

sociologique de la société de consommation⁴ (Baudrillard, 1970). Effectivement, la culture et les liens sociaux :

« sont la façon dont une société organise les limites posées aux plaisirs individuels de jouissance, de propriété et donc les rapports aux autres. Toute culture est ainsi porteuse d'interdits toujours exprimés, de valeurs morales, parfois implicites et d'idéaux le plus souvent tacites (...). Mais toute culture est aussi porteuse de prescription de jouissance, qui restent le plus souvent inconscientes (...). Cela implique que toute éducation est un apprentissage qui limite les modes de satisfaction pulsionnelle par intériorisation des codes du *bien jouir* qui ont cours dans la société d'origine de l'enfant (...). Ce sont les modalités de cette organisation du collectif qui ont été bouleversées ces dernières années par la mise en avant des échanges ; la mondialisation et le libéralisme. Ainsi de nouvelles coordonnées culturelles ont dominé les organisations sociales (...), qui provoque l'éternisation adolescente et la panne de références dans laquelle les enfants et les jeunes, voire même certains adultes, restent englués. La mise à mal de la différence générationnelle comme l'exigence de l'immédiateté de la réalisation du plaisir sont des effets (...). Ce que la psychanalyse a nommé castration, soit l'impossibilité pour un sujet de satisfaire totalement ses désirs et de tout pouvoir, est aujourd'hui vécu comme une frustration. Les technologies de pointes permettent, en effet de rendre possible ce qui jusque-là relevait de l'impossible. Il est donc devenu insupportable, frustrant, que cela ne puisse pas se faire (...). Ainsi ce que propose notre libéralisme moderne c'est un sujet organisé par le moi idéal et une mise en avant du narcissisme dans l'économie psychique et sociale (...). Quant l'Autre tient sa fonction d'interdicteur, il est vécu comme un persécuteur »⁵.

⁴ J. Baudrillard, *La société de consommation*, Paris, Folio Essais, 1970.

⁵ S. Lesourd, « Impasses de la construction subjective chez l'enfant et l'adolescent », dans *L'information psychiatrique*, n°84, 2008, p. 30-33.

Par conséquent, il règne un climat général dans lequel les représentations de la loi sont mises à rude épreuve⁶. Il convient pour s'en convaincre de prendre la mesure de la multiplication des agressions orales et physiques depuis ces quinze dernières années ; visant notamment sur le personnel judiciaire, et plus particulièrement les forces de l'ordre. En effet, à ce jour, on constate une agressivité ambiante, et les prisons sont d'ailleurs surpeuplées (avec trois à quatre détenus par cellule). Ce fait constitue un indicateur fiable concernant le réel de la montée de la violence. À titre informatif, les directeurs des centres pénitenciers tentent de composer avec cette sorte d'invasion qui ne peut être canalisée. Il règne une sensation générale d'*étouffement psychique et physique*, ressentis autant par les détenus que par le personnel. Ce dernier préfère d'ailleurs fermer les yeux sur la consommation de drogue et sur d'autres interdits au sein même du lieu de détention, afin que les incarcérés ne soient pas en proie à un état de tension permanente créant une agitation importante. En outre, certains magistrats sont à ce jour, dans l'obligation de diminuer certaines peines judiciaires, du fait de l'espace réduit par l'augmentation du nombre des personnes écrouées.

Lorsque l'on consulte sur ces quinze dernières années les rapports de commission d'enquête sur la délinquance rendus publics par le Sénat, on y trouve des termes pleinement significatifs : « La République en quête de respect », « augmentation de la violence chez les mineurs », « radicalisation massive chez les plus jeunes », etc. Les statistiques fournies sont inquiétantes par rapport à l'intensité de ces phénomènes notamment concernant la violence des mineurs. La dernière étude de l'Observatoire National de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), présidé par le criminologue Alain Bauer, révèle que depuis 1996 la courbe des mineurs mises en cause par la police et la gendarmerie a

⁶ « Tous le discours ambiant social sous la houlette du néolibéralisme, va dans le sens de permettre l'évitement de la castration et sa réponse est d'offrir un supplément de présence là où c'est la confrontation à l'absence qui permettrait au sujet d'entrer dans l'ordre du désir (...). La prévalence du langage n'est plus ce qu'elle était, le rapport que nous avons à la parole n'a plus le même poids », J-P Lebrun, « Lacan et les états-limites », dans *Connexions*, 2012/1, n°97, p. 90.

grimpé trois fois plus vite. En moyenne, elle représente +133%, contre « seulement » +40% pour les mineurs de sexe masculin. Quant à la psychologue Adeline Chaufer, professionnelle en milieu carcéral, elle reprend les statistiques de Pierre Tournier, chercheur au CNRS, pour notifier l'augmentation des passages à l'acte à caractère sexuel :

« Ainsi, le nombre de condamnés sous écrou pour viols, agressions et atteintes sexuelles est passé de 1051 en 1980 à 8670 en 2005 (soit une augmentation de plus de 600%), jusqu'à atteindre un quart de la population condamnée »⁷.

Tous ces chiffres témoignent d'une difficulté majeure quant à la limitation des pulsions agressives et destructrices. Il semble apparaître une *dissolution de la castration*, pour une jouissance de la violence sans contrainte de limite. Ces états de fait peuvent se corrélérer avec une autre étude⁸ (Leblanc, 2003) qui analyse l'augmentation du taux de délinquance. Quatre arguments y apparaissent : une organisation sociale déficiente qui serait intriquée avec une dégradation des relations interpersonnelles (par l'impact de la communication virtuelle et par l'arrivée d'internet), des normes et des valeurs qui perdent leur pouvoir de contrainte, avec les opportunités d'être contaminé par les mouvements agressifs et violents proposés dans le champ du visuel puis pour finir avec des instruments inefficaces d'application des règles (institutions et groupe familial).

Cette analyse permet de constater combien la montée des comportements violents provient d'une part d'un *nouveau rapport à la Loi*, mais aussi de la

⁷ A. Chaufer, « Existe-t-il une spécificité de la clinique en milieu carcéral ? », dans *Le journal des psychologues*, n°334.

⁸ M. Leblanc, *La conduite délinquante des adolescents: son développement et son explication*, dans *Traité de criminologie empirique*, 3e édition, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2003, p. 367-420.

M. Leblanc, "A generic control theory of the criminal phenomenon, the structural and the dynamical statements of an integrative multilayered control theory", In *Advances in theoretical criminology*, Montréal, 1997, p. 215-286.

fragilité structurelle que forme le groupe social et familial. Ces perspectives se précisent avec des résultats statistiques⁹ (Lipsey ; Derzon, 1998) qui dévoilent *les facteurs associés* à la délinquance juvénile. On note la surveillance inadéquate des enfants de la part des adultes, la dislocation de la famille, et l'influence négative des pairs. Cette violence contemporaine qui s'inscrit dans le cadre de la relation du sujet avec l'environnement contribue à créer un développement psychique instable. Ainsi s'opère un *travail de refoulement et d'inhibition qui échoue* de plus en plus, ne permettant plus de nouer des relations saines avec le « social » et donc avec autrui. Dans les registres pathologiques, lorsque ces refoulements s'opèrent de moins en moins, le sujet passe plus rapidement de l'idée d'agression à l'acte agressif.

Un pédopsychiatre Yannick François démontre lors de la conférence « *Jeunes, éducation et violence à la télévision* »¹⁰ combien notre jeunesse se trouve à un carrefour où l'intime et le social sont noués. D'un côté la logique et les aléas du développement affectif d'un enfant, de l'autre le tissu symbolique et social qui lui propose ses codes et ses lois avec des déchirures de par l'énigme qu'impose la violence des images provenant notamment de la télévision. À partir de ces données statistiques, on apprend qu'un enfant dans notre époque contemporaine, entre 4 et 14 ans, passe en moyenne 850 h par an à l'école et plus de 1400 h devant les écrans (télévision, consoles de jeux, ordinateurs, iPad, etc.) : « les écrans transportent nos enfants dans le monde avant même que nous leur ayons permis de traverser la rue ». La violence et l'agressivité ont certes toujours existé mais ce qui semble nouveau et plus inquiétant aujourd'hui, c'est l'identité des agresseurs: des individus de plus en plus jeunes, des adolescents voire des enfants. La

⁹ M.W. Lipsey et J.H. Derzon, *Predictors of violent or serious Delinquency in Adolescence and Early Adulthood*, In *Serious Juvenil Offende: Risk Factors and Successful Interventions*, Ed. By R. Loeber, Sage Publication, 1998.

¹⁰ Colloque qui s'est tenu le mardi 29 avril 2003 à la Fondation Singer-Polignac présidée par M. Edouard Bonnefous, Chancelier honoraire de l'Institut de France.

médiatisation, qui entraîne une certaine fascination à la mesure du phénomène lui-même, en constitue un trait d'autant plus troublant.

« Le virtuel fascine et inquiète à la fois. Il capture chacun d'entre nous, et la multiplication des outils technologiques, tels que les smartphones, tablettes, ordinateurs, Internet, etc., manipulés par tout un chacun, en témoigne. Les comportements et relation à autrui s'en trouvent modifié jusqu'à ces tablettes ou consoles que nous mettons entre les mains des jeunes enfants (...). Que dire aussi de ces mères, leur bébé dans les bras ou dans la poussette, connectées tout entières à leur smartphone (...). Le rapport que nous entretenons avec le virtuel ressemble étrangement à une matérialisation des fantasmes, avec toutes ses conséquences, comme le sentiment de toute-puissance, une pensée magique renforcée, en passant par les illusions perceptives et la multiplication des identités »¹¹.

L'impact de la crise économique et du chômage sur la société et son organisation familiale n'en est pas moindre. On constate de plus en plus d'exclusion et de précarité. Ces situations ont un retentissement certain sur les fonctionnements familiaux engendrant en premier lieu un pessimisme face à l'avenir. Ces facteurs contribuent à entretenir une certaine insécurité, qui en elle-même n'induit pas la violence mais est, nous le savons bien, massivement reliée à des facteurs de risques. Que cette violence soit sexuelle, physique, médiatique, audio-visuelle, etc., elle envahit tous les champs et constitue la toile de fond de notre société. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le climat actuel, dans lequel les idées latentes de réalisation possible du meurtre et de l'inceste sont omniprésentes¹² (dans les publicités, dans les émissions télévisées, dans la mode des « cougars », etc.). Ces éléments qui nous accompagnent au quotidien et qui nous invitent à la jouissance illimitée de par un discours ambigu autour des interdits et des limites, provoquent chez certains sujets des manifestations

¹¹ D. Goetgheluck, « Réalité virtuelle et adolescence », dans *le journal des psychologues*, n° 331, p. 26.

¹² M. Wolf-Fédida, *Amour, identité et changement*, Paris, MJWF édition, 2005, p 70.

violentes (état d'excitation voulant se décharger). Rappelons l'apport fondamental de l'œuvre freudienne autour de *l'angoisse de castration* comme élément structurant de la vie psychique. Dans cette perspective, la jouissance doit rencontrer le chemin d'une perte, d'une limite (*renoncement à la toute puissance*) afin de ne pas devenir pathologique. C'est d'ailleurs à partir de cette *castration symbolique* que l'avènement du désir peut devenir possible comme en témoigne l'œuvre de Lacan.

« On constate que le champ social a pesé sur la *persona*¹³ avec ses idéologies, ses contradictions, les exigences de la biopolitique mettant en scène une nouvelle subjectivité planétaire : le self. Certains des vecteurs sociaux dominants apparaissent à travers les personnalités borderline (...). Je sais bien que tout cela est expliqué d'ordinaire par la détumescence du phallus, qui nous met nu comme devant nos appétits de jouissance. Cela n'est pas bien nouveau, cependant ; de nouvelles subjectivités naissent de la déliaison (...). Elle demeure liée à l'adolescence, y compris à l'adolescence interminable, toujours à portée de main. L'état limite peut être compris comme un modèle de la déliaison (...). On peut aller jusqu'à le considérer comme une dynamique de la désorganisation psychique, dans une clinique de la rupture »¹⁴.

Nous observons pleinement une nouvelle configuration de la tierciété à laquelle introduit le triangle œdipien tant dans le social que dans la famille, et l'individu semble peu à peu devenir étranger à lui-même, en étant submergé par la *jouissance instantanée*. Dans son ouvrage *Le Malaise dans la culture*¹⁵, le père de la psychanalyse articule le renoncement de l'agressivité - qui prend source dans le désir œdipien - par l'introduction d'une culpabilité émanant de la crainte de l'autorité mais aussi par peur de la perte d'amour:

¹³ *Persona* : le masque de théâtre à travers lequel on parle s'est lié à la société du spectacle dans laquelle on vit.

¹⁴ T. Trémine, « Les troubles des personnalités : enjeux contemporains », dans *L'information psychiatrique* n°84, 2008, p. 15-20.

¹⁵ S. Freud, *Le malaise dans la culture*, Paris, Flammarion, 2010.

« La succession chronologique serait donc la suivante : d'abord renoncement pulsionnel par la suite de la peur d'être agressé par l'autorité extérieure – c'est à cela qu'aboutit en effet la peur de la perte d'amour, l'amour protège de cette agression de la punition – puis établissement de l'autorité intérieure, renoncement pulsionnel par suite de la peur de cette autorité, peur de la conscience morale ». ¹⁶

Ce constat freudien ouvre le chemin vers une dialectique de l'éthique contraire à la dialectique antisociale et psychopathique. Les limites et les interdictions permettent que la castration advienne et qu'une soumission morale apparaisse comme *repentie* de cette *mémoire œdipienne*. Lorsque ce cadre limitant fait défaut, les conséquences peuvent être gravissimes comme l'atteste Partrice Alègre condamné pour meurtres et agressions sexuelles :

« Je regrette de ne pas avoir eu de père comme un père, un vrai, pour jouer, rire, faire des choses, en un mot être heureux, mais pour cela il faut le vouloir, qu'avons nous fait ensemble ? Rien à part que je te haisse pour tout ce que j'ai vécu (...). C'est comme une plante, si tout autour d'elle sont réunis soleil, un peu d'eau et beaucoup d'amour, elle pousse bien droit. Par contre si cette même plante prend la grêle, des coups, trop d'eau, elle va pousser toute tordue, anormalement, comprends-tu, tout le reste de sa vie va s'en trouver changé, c'est ce qui s'est passé pour moi ». ¹⁷

En tant que clinicienne, nous n'avons pu qu'être interpellée par la question du passage à l'acte transgressif, puisqu'il est devenu le symptôme qui se montre à voir dans notre société contemporaine. Quelle est sa fonction ? Pourquoi devient-

¹⁶ *Ibid.*, p 153.

¹⁷ P. Alègre, dans le rapport d'examen psychiatrique pratiqué par les psychiatres D. Zagury et M. Dubec, 2000.

il un mécanisme de défense utilisé de manière si massive ? Quel en est le bénéfice pour le sujet ? Comment certains hommes peuvent-ils commettre des actes avec une telle barbarie ? Quel est le sens de passages à l'acte si déments ? Le fait de transgresser est-il associé à des caractéristiques psychologiques qui rendent l'acte intelligible avec la possibilité d'un traitement psychique ? Il ne s'agit pas dans cette recherche d'identifier la cause factuelle ou circonstancielle du passage à l'acte transgressif (par exemple un motif de jalousie, un intérêt financier, l'interprétation délirante d'une situation engendrant l'action transgressive...) mais bien plutôt de prendre en compte la résultante de multiples interactions complexes et circulaires. Evidemment, il existe un lien étroit entre le passage à l'acte transgressif et la psychopathologie du sujet transgresseur. Effectivement, il s'agit d'une trajectoire de vie, de la dynamique de personnalité particulière et d'un mouvement motivé par l'inconscient du sujet. C'est ce que nous allons tenter de mieux comprendre.

« Pourquoi les passages à l'acte ? Mais la question du « pourquoi » relève de la métaphysique. La question la plus importante, c'est la question du « comment ». Si l'on y répond complètement, on amorce la réponse au pourquoi »¹⁸.

Toutes ces questions que l'on peut regrouper dans le champ de la psychopathologie du passage à l'acte et dans celui de la transgression sollicitent un autre intérêt scientifique, à savoir une réflexion sur les projets de soin. Est-il possible de produire un travail thérapeutique avec des personnalités qui ont commis des actes gravissimes ? Quel lien peut s'instaurer entre le clinicien et le sujet transgresseur ? Quelles en sont les difficultés ? La parole recueillie lors des consultations pourrait-elle éviter la récurrence ?

¹⁸ D. Zagury, *L'énigme des tueurs en série*, Plon, Pocket, 2008, p.24.

Nos travaux de recherche tentent de répondre à ces divers questionnements en essayant de rendre ces agissements plus intelligibles. Ce travail de thèse s'inscrit dans une démarche inductive à partir du discours livré par les patients incarcérés ou sous contrôle judiciaire. Ces sujets peuvent, en se confiant dans le cadre de la relation thérapeutique, nous aider à comprendre l'augmentation et l'évolution des comportements violents du point de vue de l'intrapsychique. Cette recherche entreprend aussi de mieux cerner les éléments qui mobilisent et poussent à la transgression. La perspective étant de nous efforcer de saisir le sens de l'acte du criminel ainsi que les processus de son engagement. La méthodologie a donc une ambition scientifique car il ne s'agit en aucun cas de spéculation mais bien plutôt d'une démarche de recherche hypothético-déductive.

« La recherche empirique entretient un dialogue constant avec le travail théorique qui interprète ses résultats et les intègre dans un ensemble cohérent. Une théorie peut-être définie comme un système de propositions vérifiables, non contradictoires et compatibles avec les connaissances déjà acquises. Elle sert à rendre compte d'un phénomène, l'expliquer, le rendre intelligible. Elle vise à rendre la réalité accessible à l'esprit (...). Le travail de recherche du criminologue n'est pas très différent de celui des autres chercheurs des sciences de l'homme comme les sociologues, psychologues, ethnologues ou économistes »¹⁹.

De ce fait, cette étude en psycho-criminologie recouvre un domaine étendu qui va de l'étude du phénomène à la dynamique criminelle tout en traitant aussi la dimension étiologique. Ce travail de recherche recouvre la compréhension du crime en partant des individus qui l'ont vécu, en tant qu'auteur.

« En tant que discipline appliquée, la psycho-criminologie comporte deux aspects. Le premier porte sur la compréhension scientifique des phénomènes. Le second concerne le traitement des individus impliqués dans les crimes et

¹⁹ M. Cusson, *La criminologie*, Vanves, Hachette supérieur, 2016, p. 16.

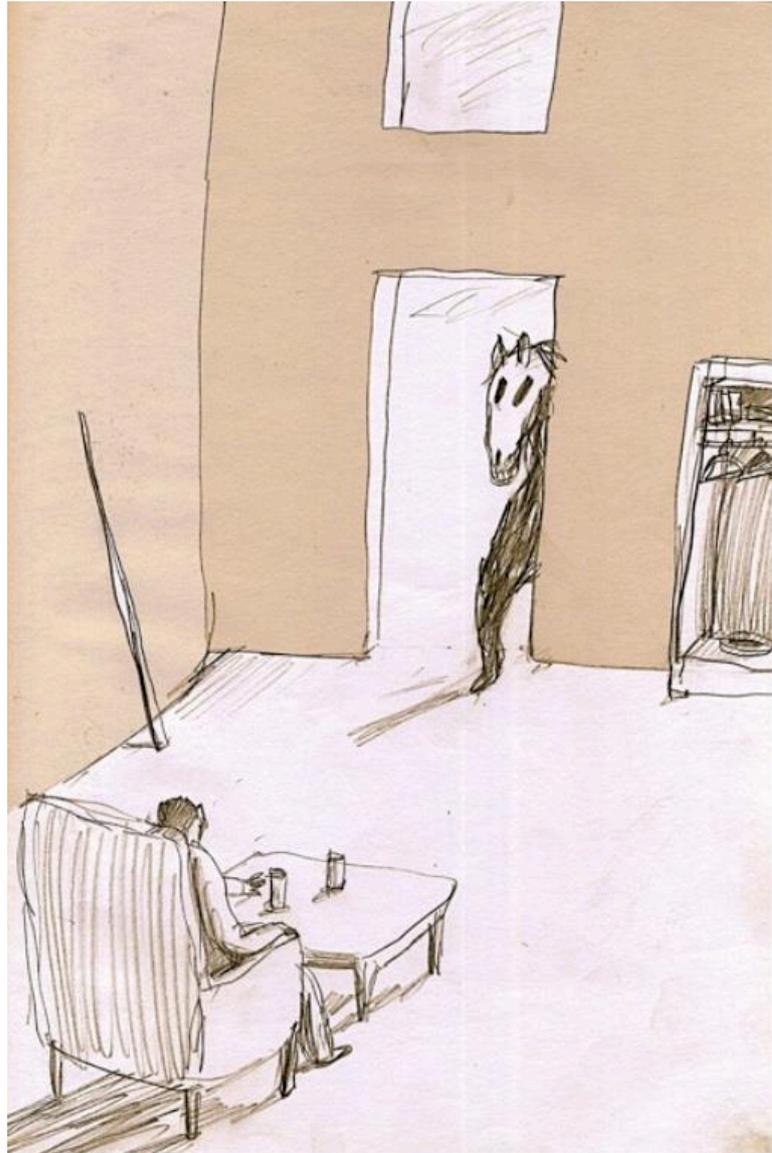
les délits »²⁰.

À partir de tous ces éléments, voici donc nos hypothèses de travail :

- Il est communément pensé que le passage à l'acte remplace ce « quelque chose » qui ne peut se dire. Nous considérons que l'explication est réduite et nous partirons de l'hypothèse que le passage à l'acte transgressif n'opère pas de la même façon selon la structure psychique du sujet (névrose-borderline-perversion-psychose). Nous tenterons alors de définir les différents paradigmes.
- Un grand nombre de praticiens prône l'idée qu'un travail analytique est impossible avec les patients dits « pervers ». Nous partirons d'une hypothèse contraire. Nous présumons qu'un travail psychanalytique est largement possible avec ce type de sujet. Pour démontrer cette perspective, nous témoignerons de thérapies que nous avons menées en prison auprès de ces personnalités transgressives.
- De nombreux professionnels se sentent effrayés et coupables d'avoir des sentiments, et ils s'emploient à

²⁰ C. Blatier, *Introduction à la psychocriminologie*, Paris, Dunod, 2015, p.2.

les supprimer. Ils restent dans l'idée d'acquiescer une neutralité bienveillante en faisant une mauvaise lecture des métaphores de Freud (1914). Nous présumons que ces sentiments (et le contre-transfert) sont des matériaux fondamentaux pour l'avancée de la cure, et qu'en aucun cas ils ne doivent être éliminés. Nous en témoignerons par nos études cliniques.



Le visiteur du soir de Daniel Maja

Le moi n'est pas maître dans sa propre maison

Freud, Introduction à la psychanalyse

I/ LE PASSAGE A L'ACTE « TRANSGRESSIF »

1) Définition de l'objet d'étude : le passage à l'acte transgressif

Nous allons tenter de rendre intelligible cette notion de passage à l'acte dit « transgressif » à partir de ses divers paradigmes. En effet, les transgressions sont différentes selon les normes sociétales, par exemple le port du voile est obligatoire dans certains pays, les mariages entre cousins sont autorisés dans certaines cultures, etc. Les transgressions, selon la définition de déviance donnée par la sociologie, désignent les états et les conduites qui violent les interdits de leur groupe d'appartenance. De plus, Raymond Gassin et Philippe Bonfils ont distingué des lois qui ne relèveraient pas seulement du code pénal : par association, citons à titre d'exemple l'interdit de l'inceste. A ce jour, en France, il n'existe aucun texte de loi interdisant la relation amoureuse et sexuelle entre un parent et son enfant ayant atteint sa majorité. Précisons alors que dans cet écrit, lorsque nous parlons de passage à l'acte dit « transgressif », nous signifions les règles de conduites qui sont passibles d'une sanction. Ces actes sont reconnus par la Justice soit comme une infraction, un délit ou un crime et ils sont punis selon une réglementation ordonnée par un texte de loi.

La transgression signifie dans ce travail de recherche la violation d'une règle judiciaire et le terme dans son étymologie dénote l'action de dépasser une limite, de l'outrepasser et d'aller au-delà de celle-ci.

« La question du passage à l'acte est loin de ne concerner que le champ du criminel. Au contraire, elle est centrale pour la psychologie et probablement pour la philosophie dans la mesure où elle porte sur la transformation de l'inobservable en observable, du projeté en exécuté, du rêve en réalisé. Si la

locution « passer à l'acte » indique ce mouvement transformable et son aboutissement sans contenu défini, l'acte, ne dit rien de l'origine du mouvement ». ²¹

Le passage à l'acte transgressif serait donc un acte concret qui s'oppose à un interdit codifié dans le champ du social par une réglementation judiciaire. La tentative de comprendre le passage à l'acte transgressif résulte de la conciliation entre la réalité de l'acte et la vie psychique, c'est-à-dire la signification de cette transgression pour l'intéressé du point de vue conscient (contenu manifeste) mais aussi du point de vue inconscient (contenu latent). Le transgresseur est un sujet qui a contré un interdit règlementé par la loi judiciaire. Cependant pour les sujets de structure psychotique, état-limite, perverse ou névrotique, le sens diffère selon chacun. Effectivement, les interdits intériorisés relèvent de plusieurs paramètres : l'histoire (anamnèse), la relation aux parents, l'environnement familial et social mais aussi le développement psycho-affectif. Cela implique des limitations provenant de l'intra-psyché, corrélée aux registres de l'Imaginaire, du Symbolique et du Réel dans leurs dialectiques.

Dans les apports fournis par l'ouvrage *Déviances, délits et crimes* (J-C Archambault ; C. Mormont, 1998), trois principaux éléments sont reliés à la transgression:

« 1° la loi est connue mais n'a pas de poids ; la transgresser compte peu et n'offre ni résistance majeure, ni plaisir particulier (...) l'accès au plaisir par l'acte ou par l'objet prime (...). 2° la transgression est une partie de plaisir ; elle est recherchée pour elle-même et peut l'emporter en attrait sur un acte ou un objet précis. Le non-respect érotisé de la loi, et plus généralement de toute limitation est le maître-mot (...). 3° la transgression est une étape problématique de la conduite. Sous l'effet de distorsion cognitives (...) ». ²²

²¹J-C Archambault et C. Mormont, *Déviances, délits et crimes*, Paris, Masson, 1998, p. 3.

²² *Ibid.*, p. 9.

Que le passage à l'acte transgressif puisse être un acte apparaissant comme insensé ou porteur de signification, nous garderons à l'esprit de façon générale, que tout acte camoufle un sens avec une visée logique ou délirante, comme en témoigne le terrain carcéral par la voix des patients, délirants ou non. Le sens n'est pas toujours un sens rationnel, il possède cependant une signification pour le patient dans l'instantanéité ou dans l'après-coup du recours à l'acte. Dans le milieu carcéral, qu'il s'agisse du proxénète, du fanatique religieux, du meurtrier, du toxicomane, etc., chacun, ou presque pourra dire quelque chose de sa transgression. Une chose est certaine et pleinement repérable : qu'il s'agisse d'un acte logique ou irrationnel, dans les deux cas, il s'agit toujours et avant tout d'une souffrance psychique bien trop forte qui se trouve alors agie dans le champ du Réel et non dans celui du Symbolique. L'agir va venir soutenir une position de maîtrise qui vient dans un « trou de parole ». Il vient en lieu et place d'une symbolisation manquée comme le dévoile le cas de Monsieur M., âgé de 51 ans qui vient d'être incarcéré alors qu'il n'avait jamais commis d'infraction. Le dossier pénal est étudié par le Tribunal de Grande Instance. Le patient entre en séance avec un livre intitulé : « Le manuscrit perdu » :

- Le patient : Je déteste les psychologues, les psychiatres, les pédopsy !! Ils sont soit disant formés mais en réalité c'est de la connerie.
- Pour quelle raison dites-vous cela ?
- À l'âge de sept ans, j'ai fait une tentative de suicide, vous pensez qu'ils ont compris ? Ensuite j'en ai fait une autre à onze ans puis à seize ans...
- Qu'auraient-ils dû comprendre ?
- Ma souffrance ! Quand un enfant en arrive là, c'est qu'il y a quelque chose...

- Oui, c'est très jeune pour avoir voulu mettre fin à sa vie. Que vous-est-il arrivé ?
- Je ne vous le dirai pas !
- L'aviez-vous dit à ceux qui vous accompagnaient après votre première tentative de suicide et/ou les suivantes ?
- Non, je n'étais qu'un enfant ! Je n'avais pas les mots. Mais c'étaient leurs métiers, c'était à eux de deviner...
- Malheureusement, nous sommes formés pour accompagner, pour faire du soin et non pour deviner. Celui qui devine, serait plutôt une sorte de médium, de voyant... et pas un psychologue.
- ... (*silence*)
- Vous avez des frères et sœurs ?
- Oui mais je n'ai pas grandi avec... Je suis le quatrième sur une fratrie de cinq enfants.
- Pour quelle raison ? Je veux dire, pourquoi ne viviez-vous pas avec eux ?
- C'est une bonne question ça ! Ma mère a gardé toute la fratrie auprès d'elle mais me concernant... elle m'a mis dans une famille d'accueil... je n'ai jamais compris pourquoi...
- C'est une question que nous pourrions travailler ?
- Cela sert à quoi à présent ? Je suis incarcéré maintenant. A force que personne ne comprenne ma douleur et les choses infâmes que j'ai subies, je suis arrivé à bout.
- À bout de quoi ?
- De ma douleur... J'ai fait subir ce que j'ai subi. Voilà pourquoi je suis incarcéré... Mais je me suis rendu moi-même au commissariat. C'était ça... ou le suicide. Je ne peux en parler ! Je ne peux parler !! (*Silence*). Comprenez-vous ? Les psy sont mauvais de toute façon. Regarder où j'en suis... ils n'ont pas pu reconnaître les signes...

Il est communément reconnu dans le champ de la psychologie clinique mais aussi dans celui de la psychanalyse, que le passage à l'acte advient là où la parole manque. L'acte se substitue à la parole impossible à symboliser ou à dire comme en témoigne la vignette présentée ci-dessus. Là où le langage défaille, l'acte vient à la place du dire qui ne peut advenir. Tout acte au sens de Lacan est une transgression mais aussi une réponse à ce qui fait trauma pour le sujet selon Freud. Il est important de préciser qu'il existe aussi beaucoup de travaux cliniques et psychanalytiques²³ - effectués à partir de prises en charge en Institution – qui mettent en avant un autre élément majeur ; celui du court-circuit de la représentation car cette dernière est inacceptable pour le moi, et qui par décharge motrice va offrir par compensation : un *sentiment de toute-puissance* avec un surinvestissement du corps.

²³ « Clinique de l'agir : décharge ou adresse objectale », dans *la Revue Clinique*, n°9, 2015.

2) Le passage à l'acte transgressif du point du vue pénal

A) Historique

Au commencement, la pénalité de la transgression était une affaire de vengeance. Il fallait « châtier les méchants ». D'une part, il apparaissait juste que le coupable expie sa faute mais d'autre part, il fallait que la punition puisse servir d'exemple. La punition se confondait avec le défouloir de la haine, à la mesure du mal qui avait été causé par le « bourreau ». A l'origine du châtement, le pouvoir de l'Etat sur la sentence était inexistant. C'était avant tout une affaire qui appartenait à la famille où par exemple, le père exerçait tyranniquement le droit de vie ou de mort sur celui qui avait commis une infraction à l'égard des personnes de son groupe ou de ses biens. La logique qui s'imposait était donc toujours la punition par vengeance. La passion dévorante pour la question de la réparation du préjudice conduisit des familles à se détruire jusqu'au dernier souffle.

L'évolution de ces pratiques selon la célèbre loi du talion « œil pour œil, dent pour dent » va peu à peu se réglementer par l'intervention de l'Etat. Les premières manifestations n'ont pas permis d'abolir tout de suite la justice privée mais elles ont pu permettre dans un premier temps de limiter les châtements. La première manœuvre fut d'amoindrir l'autorité du chef de la famille. Le droit de vie ou de mort lui fut alors retiré. Les excès se sont davantage régulés par l'intervention du Christianisme avec l'introduction de deux notions : *l'expiation* et *l'amendement*. Les juridictions ecclésiastiques ont utilisé ces dernières pour toutes les transgressions qu'elles connaissaient à cette époque : vol, sorcellerie, adultère, simonie, etc. Peu à peu, l'Eglise va orienter sa démarche vers l'étude de l'individuation de la peine afin de juger la responsabilité ou non de « l'accusé ». Elle aura certes, ses folies et ses incohérences mais elle va permettre d'ouvrir les prémisses de la Constitution.

Vers les années 1750, Montesquieu propose une théorie de la dissuasion qui est toujours en vigueur chez les figures de la magistrature. Elle s'élabore à partir de trois axes :

- Les peines modérées qui sont plus efficaces que les châtiments terribles. Elles permettent un temps de réflexion pour éviter la récidive,
- les magistrats peuvent être capables d'évaluer un crime ainsi que la sanction (par exemple, ne plus associer un acte avec une sanction prédéfinie). Cette approche permet du « cas par cas », ouvrant le champ de la réflexion pour une peine judiciaire correspondant au sujet,
- l'introduction d'une législation moins stricte, malgré que le code pénal des années 1791 ; prescrit malgré tout des peines fixes pour chaque catégorie de délits, la grande attention de Montesquieu était d'éviter une radicalisation de la pensée du crime mais aussi de la sanction. Son œuvre sera audible mais de nombreuses années plus tard.

La conception de la « Justice » avec l'individuation des peines va prendre un tournant avec l'arrivée de Philippe Pinel ; le libérateur des aliénés mentaux, et Jean-Etienne Esquirol qui définit la monomanie avec ses différents aspects. Entre

1824 et 1830, de grandes affaires célèbres²⁴ ont été le prétexte de discussions fondamentales entre les figures médicales et les juges. André Guerry et Adolphe Quételet s'intéresseront à ces questions et ils tenteront de fonder des études statistiques pour évaluer « le penchant pour le crime inné de l'individu » et « la tendance sociale ». Une oscillation apparaît entre une conception individuelle du crime et celle d'une conception collective apparaît. Leurs études vont aussi permettre de constater que la pauvreté et la criminalité ne vont pas du tout de pair contrairement aux préjugés. Les départements les plus pauvres sont les lieux où les résultats statistiques sont le moins élevés.

En 1905, la mission de l'expertise psychiatrique prend place avec la Circulaire Chaumié. La justice décide de nommer des experts en vue d'établir des recherches sur les anomalies mentales. Ces nouvelles lois permirent l'atténuation des peines grâce à l'introduction de la notion de *circonstances atténuantes*. En 1910, le Code pénal introduit le concept de *démence* entraînant l'éventualité de considérer qu'un transgresseur soit reconnu comme irresponsable. En 1938, apparaît un changement glorieux et radical de la loi sur les aliénés qui invite le savoir psychiatrique sur la scène des prétoires. Vingt ans plus tard, la psychiatrie médico-légale s'impose dans les tribunaux. Faut-il soigner ? Faut-il punir ? Voilà enfin les questions qui apparaissent autour des « transgresseurs ». Cette évolution démontre progressivement ; combien la justice ne veut plus se centrer uniquement sur l'acte transgressif mais sur la personne, avec sa subjectivité propre.

²⁴ Les grandes affaires criminelles dont il est question :

- 1824 en Essonne : une fillette de douze ans est étranglée et mutilée dans les Bois. C'est l'affaire de M. Léger.
- 1824 à Paris : meurtre de deux enfants sous les yeux de leur mère. C'est l'affaire Papavoine.
- 1825 à Paris : meurtre d'une fillette de dix-neuf mois par une des domestique du foyer familial. C'est l'affaire Cornier.
- 1827 à Paris : abus sexuels sur une petite fille de cinq ans. C'est l'affaire de l'Abbé Contrafatto.
- 1829 dans les Yvelines : matricide et meurtre du compagnon de l'assassin qui avait connaissance des faits. C'est l'affaire Du cas Benoit

D'après les études effectuées sur l'expertise dans *Déviance, délits et crimes* (J-C Archambault ; C. Mormont, 1998), l'objectif des experts ordonné par le Juge d'Instruction, est de pouvoir répondre à six questions :

- L'examen du sujet relève-t-il chez lui des anomalies mentales ou psychiques ? Si oui, lesquelles ?
- L'infraction reprochée est-elle ou non en relation avec de telles anomalies ?
- Le sujet présente-t-il un état dangereux ?
- Le sujet est-il accessible à une sanction pénale ?
- Le sujet est-il curable ou réadaptable ?
- Le sujet est-il atteint au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli ou altéré son discernement ou le contrôle de ses actes ?

Ces modifications par l'intervention de ces questionnements ont pu permettre qu'apparaisse une justice plus équitable et plus humaine. C'est en 1945, que l'investissement de la vie psychique du point de vue de la psychologie clinique apparaît enfin, mais à partir des procès pour mineurs. En 1958, la réforme du Code de procédure pénale étend la création du dossier de personnalité pour les adultes avec l'introduction des experts-psychologues. Ces derniers vont permettre d'apporter un éclairage sur la dynamique psychique de l'intéressé avant, pendant et après son passage à l'acte.

À ce jour, de nombreux articles pénaux sont apparus pour codifier la transgression à partir des expertises psychiatriques et psychologiques qui ont été effectuées dans les prétoires. Notamment avec l'article 132-24 qui stipule que : la

juridiction prononce les peines et fixe leur régime en *fonction des circonstances de l'infraction et de la personnalité de son auteur*. Il existe trois catégories d'infraction qui sont classées selon leur gravité : *les contraventions* (infractions jugées par le tribunal de police et punies d'une peine contraventionnelle : amende, peines privatives ou restrictives, sanctions de réparation), *les délits* (infractions jugées par le tribunal correctionnel et punies d'une peine correctionnelle : l'emprisonnement, l'amende, le jour-amende, la contrainte pénale, le stage de citoyenneté, le travail d'intérêt général, les peines privatives ou restrictives, les peines complémentaires, les sanctions-réparations) et *les crimes* (infractions jugées par la cour d'assises et punies d'une peine criminelle (réclusion criminelle ou détention criminelle)).

Selon l'article 111-1 : les infractions pénales sont classées suivant leur gravité en crimes ou délits. En France, le crime est la classe d'infraction la plus grave. Selon le code pénal français, on distingue plusieurs sortes de crime : contre les personnes, les biens et l'Etat. Nous allons alors identifier ces différentes catégories ainsi que leurs articles principaux du Code Pénal puisque nous élaborons autour de cet objet qu'est la transgression. Il nous faut ouvrir un petit chapitre sur la législation.

B) Crimes contre les personnes

❖ Premier Titre : Des crimes contre l'humanité et contre l'espèce humaine.

• Sous titre - premier : Des crimes contre l'humanité

Chapitre 1 ; Génocide (*Articles : 221-1, 221-2*), Chapitre 2 ; Des autres crimes contre l'humanité (*Articles : de 212-1 à 212-3*), Chapitre 3 ; Dispositions communes (*Articles : de 213-1 à 213-4-1*).

- **Sous titre - second : Des crimes contre l'espèce humaine**

Chapitre 1 ; Des crimes d'eugénisme et de clonage reproductif (*Articles : de 214-1 à 214-4*), Chapitre 2 ; Dispositions communes (*Articles : de 215-1 à 215-3*).

- ❖ **Second Titre : Des atteintes à la personne.**

Chapitre - premier : Des atteintes à la vie de la personne : Section 1 ; Des atteintes volontaires à la vie (*Articles : de 221-1 à 225-5-5*). Section 2 ; Des atteintes involontaires à la vie (*Articles : de 221-6 à 221-7*). Section 3 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*de 221-8 à 221-11-1*).

Chapitre - premier bis : Des atteintes à la personne constituées par les disparitions forcées : Section 1 : (*Articles : de 221-12 à 221-17*).

Chapitre - second : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne : Section 1 ; Des atteintes volontaires à l'intégrité de la personne (*Articles : 221-1 à 222-6-3*). Section 2 ; Des atteintes involontaires à l'intégrité de la personne (*Articles : de 222-19 à 222-21*). Section 3 ; Des agressions sexuelles (*Articles : de 222-22 à 222-22-2*). Section 3 bis ; De l'harcèlement morale (*Articles : de 222-33-2 à 222-33-2-2*). Section 3 ter : De l'enregistrement et de la diffusion d'image de violence (*Article : 222-33-3*). Section 4 ; Du trafic de stupéfiant (*Articles : de 222-34 à 222-43-1*). Section 5 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*Articles : de 222-49 à 222-51*). Section 6 ; Dispositions communes aux personnes physiques et aux personnes morales (*Articles : de 222-49 à 222-51*). Section 7 ; Du trafic d'armes (*Articles : de 222-52 à 222-67*).

Chapitre – troisième : De la mise en danger de la personne : Section 1 ; Des risques causées à autrui (*Articles 223-1, 223-2*). Section 2 ; Du délaissement d'une personne hors d'état de se protéger (*Articles : 222-3, 222-4*). Section 3 ; De l'entrave aux mesures d'assistance et de l'omission de porter secours (*Articles : de 223-5 à 223-7-1*). Section 4 ; De l'expérimentation de la personne humaine

(*Articles : 223-8, 223-9*). Section 5 ; De l'interruption illégale de la grossesse (*Articles : 223-10, 223-11*). Section 6 ; De la provocation au suicide (*Articles : de 223-13 à 223-15-1*). Section 6 bis ; De l'abus frauduleux de l'état d'ignorance ou de faiblesse (*Articles : de 223-15-2 à 223-15-4*). Section 7 : Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*Articles : de 223-16 à 223-20*).

Chapitre – quatrième : Des atteintes aux libertés des personnes : Section 1 ; De la réduction en esclavage et de l'exploitation réduite d'une personne en esclave (*Articles : de 221- 1-A à 221-1-C*). Section 1 bis ; De l'enlèvement à la séquestration (*Articles : de 224-1 à 224-5-2*). Section 2 ; Du détournement aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport (*Articles : de 224-6 à 224-8-1*). Section 3 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*Articles : 224-9, 224-10*).

Chapitre – cinquième : Des atteintes à la dignité des personnes : Section 1 ; Des discriminations (*Articles de 225-1 à 225-4*). Section 1 bis ; De la traite des êtres humains (*Articles : de 225-4-1 à 225-4-9*). Section 1 ter ; De la dissimulation forcée du visage (Article : 225-4-10). Section 2 ; Du proxénétisme et des infractions que en résultent (*Articles : de 225-5 à 225-12*). Section 2 ter ; De l'exploitation de la mendicité (*Articles : de 225-12-5 à 225-12-7*). Section 2 quater ; De l'exploitation de la vente à la sauvette (*Articles : de 225-12-8 à 225-12-10*). Section 3 ; Des conditions de travail et d'hébergement contraires à la dignité de la personne (*Articles : de 225-13 à 225-16*). Section 4 ; Des atteintes au respect du mort (*Articles : 225-17, 225-18-1*). Section 5 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*Articles : de 225-19 à 225-21*). Section 6 ; Dispositions communes aux personnes physiques et aux personnes morales (*Articles : de 225-22 à 225-25*).

Chapitre – sixième : Des atteintes à la personnalité : Section 1 ; De l'atteinte à la vie privée (*Articles : de 226-1 à 226-7*). Section 2 ; De l'atteinte à la représentation de la personne (*Articles : 226-8, 226-9*). Section 3 ; De la

dénonciation calomnieuse (*Articles de 226-10 à 226-12*). Section 4 ; De l'atteinte du secret (*Articles : de 226-13 à 226-16*). Section 5 ; Des atteintes aux droits de la personne résultant de fichiers ou des traitements informatiques (*Articles : de 226-16 à 226-24*). Section 6 ; Des atteintes aux droits de la personne résultant de l'examen de ses caractères génétiques ou de l'identification de ses empreintes génétiques (*Articles : de 226-225 à 226-30*). Section 7 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*Articles : 226-31 et 226-32*).

Chapitre – septième : Des atteintes aux mineurs et à la famille : Section 1 ; De délaissement du mineur (*Articles : 227-1 et 227-2*). Section 2 ; De l'abandon de la famille (*Articles : de 227-3 à 227-4-1*). Section 2 bis ; De la violation des ordonnances du Juge des affaires familiales en cas de violence (*Articles : 227-4-2 et 227-4-3*). Section 3 ; Des atteintes à l'exercice de l'autorité parentale (*Articles : de 227-5 à 227-11*). Section 4 ; Des atteintes à la filiation (*Articles : de 227-12 à 227-14*). Section 5 ; De la mise en péril des mineurs (*Articles : de 227-15 à 227-28-3*). Section 6 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques (*Articles : de 227-29 à 227-32*). Section 7 ; Peines complémentaires communes aux personnes physiques et morales (*Article : 227-33*).

C) Crime contre les biens

❖ Premier Titre : Des appropriations frauduleuses.

Chapitre - premier : Du vol : Section 1 ; Du vol simple et des vols aggravés (*Articles : de 311-1 à 311-11*). Section 2 ; Dispositions générales (*Articles : 311-12 et 311-13*). Section 3 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 311-14 à 311-16*).

Chapitre – second : De l'extorsion : Section 1 ; De l'extorsion (*Articles : de 312-1 à 312-9*). Section 2 ; Du chantage (*Articles : de 312-10 à 312-12*). Section 2 bis ; De la demande de fonds sous contrainte (*Article 312-12-1*). Section 3 ;

Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 312-13 à 312-15*).

Chapitre – troisième : De l’escroquerie et des infractions voisines : Section 1 ; De l’escroquerie (*Articles : de 313-1 à 313-3*). Section 2 ; Des infractions voisines de l’escroquerie (*Articles : de 313-5 à 313-6-1*). Section 3 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 313-7 à 313-9*).

Chapitre – quatrième : Des détournements : Section 1 ; De l’abus de confiance (*Articles : de 314-1 à 314-4*). Section 2 ; De détournement de gage ou d’objet saisi (*Articles : 314-5 et 314-6*). Section 3 ; De l’organisation frauduleuse de l’insolvabilité (*Articles : de 314-7 à 314-9*). Section 4 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 314-10 à 314-13*).

❖ **Second Titre : Des autres atteintes aux biens**

Chapitre – premier : Du recel et des infractions assimilées ou voisines : Section 1 ; Du recel (*Articles : de 321-1 à 321-5*). Section 2 ; Des infractions assimilées au recel ou voisines de celui-ci (*Articles : de 321-6 à 321-8*). Section 3 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 321-9 à 321-12*).

Chapitre – deuxième : Des destructions, dégradations et détériorations : Section 1 ; Des destructions, dégradations et détériorations ne représentant pas de danger pour les personnes (*Articles : de 322-1 à 322-4-1*). Section 2 ; Des destructions, dégradations et détériorations dangereuses pour les personnes (*Articles : de 322-5 à 322-11-1*). Section 3 ; Des menaces de destructions, dégradations et détériorations et des fausses alertes (*Articles : de 322-12 à 322-14*). Section 4 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 322-15 à 322-18*).

Chapitre – troisième : Des atteintes aux systèmes de traitements automatisés de données : Section 1 ; Des atteintes aux systèmes de traitements automatisés de données (*Articles : de 323-1 à 323-7*).

Chapitre – quatrième : Du blanchiment : Section 1 ; Du blanchiment simple et du blanchiment aggravé (*Articles : 324-1 à 324-6*). Section 2 ; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité des personnes morales (*Articles : de 324-7 à 324-9*).

D) Crimes contre la nation, l'Etat et la paix publique

❖ Premier Titre : Des atteintes aux intérêts fondamentaux de la nation

Chapitre – premier : De la trahison et de l'espionnage : Section 1 ; De la livraison de tout ou partie du territoire national, de forces armées ou du matériel à une puissance étrangère (*Articles : 411-2 et 411-3*). Section 2 ; Des intelligences avec une puissance étrangère (*Articles : 411-4 et 411-5*). Section 4 ; De la livraison d'information à une puissance étrangère (*Articles : de 411-6 à 411-8*). Section 5 ; Du sabotage (*Article : 411-9*). Section 6 ; De la fourniture de fausses informations (*Article : 411-10*).

Chapitre – second : Des autres atteintes aux institutions de la République ou à l'intégrité nationale : Section 1 ; De l'attentat et du complot (*Articles : 412-1 et 412-2*). Section 2 ; Du mouvement insurrectionnel (*Articles : de 412-3 à 412-6*). Section 3 ; De l'usurpation de commandement, de la levée des forces armées et de la provocation à s'armer illégalement (*Articles : 412-7 et 412-8*)

Chapitre – troisième : Des autres atteintes de la défense nationale : Section 1 ; Des atteintes à la sécurité des armées et aux zones protégées intéressant la défense nationale (*Articles : de 413-1 à 413-8*). Section 2 ; Des atteintes aux secrets de la

défense nationale (*Articles : de 413-9 à 413-12*). Section 3 ; Des atteintes aux services spécialisés de renseignement (*Article : 413-13*)

❖ **Second Titre : Du terrorisme**

Chapitre – premier : Des actes de terrorisme : Section 1 ; Des actes de terrorisme (*Articles : de 421-1 à 421-6*).

Chapitre – second : Dispositions particulières : Section 2 ; Dispositions particulières (*Articles : de 422-1 à 422-7*).

❖ **Troisième Titre : Des atteintes à l'autorité de l'Etat**

Chapitre – premier : Des atteintes à la paix publique : Section 1 ; Des entraves à l'exercice des libertés d'expression, du travail, d'association, de réunion ou de manifestation (*Articles : 431-1 et 431-2*). Section 2 ; De la participation délictueuse à un attroupement (*Articles : de 431-3 à 431-8*). Section 3 ; Des manifestations illicites et de la participation délictueuse à une manifestation ou à une réunion publique (*Articles : de 431-9 à 431-12*). Section 4 ; Des groupes de combat et des mouvements dissouts (*Articles : de 431-13 à 431-21*). Section 5 ; De l'intrusion dans un établissement d'enseignement scolaire (*Articles : de 431-22 à 431-27*). Section 6 ; De l'introduction d'armes dans un établissement scolaire (*Article : 431-28*). Section 7 ; De la distribution d'argent à des fins publicitaires sur la voie publique (*Articles : 431-29 et 431-30*).

Chapitre – second : Des atteintes à l'administration publique commises par des personnes exerçant une fonction publique : Section 1 ; Des abus d'autorité dirigés contre l'administration (*Articles : de 432-1 à 432-3*). Section 2 ; Des abus d'autorité commis contre les particuliers (*Articles : de 432-4 à 432-9*). Section 3 ; Des manquements au devoir de probité (*Articles : de 432-10 à 432-16*). Section 4 ; Peines complémentaires et responsabilités des personnes morales (*Article : 432-17*).

Chapitre – troisième : Des atteintes à l’administration publique commises par les particuliers : Section 1 ; De la corruption active et du trafic d’influence commis par les particuliers (*Articles : 433-1 et 433-2*). Section 2 ; Des menaces et des actes d’intimidation commis contre les personnes exerçant dans la fonction publique (*Article : 433-3*). Section 3 ; De la soustraction et du détournement de bien contenu dans un dépôt public (*Article : 433-4*). Section 4 ; De l’outrage (*Articles : 433-5 et 433-5-1*). Section 5 ; De la rébellion (*Articles : de 433-6 à 433-10*). Section 6 ; De l’opposition à l’exécution publique (*Article : 433-11*). Section 7 ; De l’usurpation des fonctions (*Articles : 433-12 et 433-13*). Section 8 ; De l’usurpation des signes réservés à l’autorité publique (*Articles : de 433-14 à 433-16*). Section 9 ; De l’usurpation de titre (*Article : 433-17*). Section 10 ; De l’usage irrégulier de qualité (*433-18*). Section 11 ; Des atteintes à l’état civil des personnes (*Articles : de 433-18-1 à 433-21-1*). Section 12 ; Peines complémentaires et responsabilités des personnes morales (*Articles : de 433-22 à 433-25*).

Chapitre – quatrième : Des atteintes à l’action de justice : Section 1 ; Des entraves à la saisine de la justice (*Articles : de 434-1 à 434-7*). Section 2 ; Des entraves à l’exercice de la justice (*Articles : de 434-7-1 à 434-23-1*). Section 3 ; Des autres atteintes à l’autorité de la justice (*Articles : de 434-24 à 434-43*). Section 4 ; Peines complémentaires et responsabilités des personnes morales (*Articles : de 434-44 à 434-47*).

Chapitre – cinquième : Des atteintes à l’administration publique et à l’action de la justice des communautés européennes : Section 1 ; Des atteintes à l’administration publique (*Articles : de 435-1 à 435-6*). Section 2 ; Des atteintes à l’action de la justice (*Articles : de 435-7 à 435-13*). Section 3 ; Peines complémentaires et responsabilités des personnes morales (*Articles : 435-14 et 435-15*).

Chapitre – sixième : De la participation à une activité mercenaire : Section 1 ; De la participation à une activité mercenaire (*Articles : de 436-1 à 436-5*).

❖ **Quatrième Titre : Des atteintes à la confiance publique**

Chapitre – premier : Des faux : Section 1 ; Des faux (*Articles : de 441-1 à 441-12*).

Chapitre – deuxième : De la fausse monnaie : Section 1 ; De la fausse monnaie (*Articles : de 442-1 à 442-16*).

Chapitre - troisième : De la falsification des titres ou valeurs fiduciaires émises par l'autorité publique : Section 1 ; De la falsification des titres ou valeurs fiduciaires émises par l'autorité publique (*Articles : de 443-1 à 443-8*).

Chapitre - quatrième : De la falsification des marques de l'autorité : Section 1 ; De la falsification des marques de l'autorité (*Articles : de 445-1 à 445-4*).

Chapitre - cinquième : De la corruption des personnes n'exerçant pas une fonction publique : Section 1 ; De la corruption passive et active des personnes n'exerçant pas une fonction publique (*Articles : de 445-1 à 445-2*). Section 2; Peines complémentaires applicables aux personnes physiques et responsabilité pénales des personnes morales (*Articles : 445-3 et 445-4*).

Chapitre - sixième : De la violation des dispositions réglementant les professions exercées dans les lieux publics : Section 1 ; De la violation des dispositions réglementant les professions exercées dans les lieux publics (*Articles : de 446-1 à 446-4*).

Cinquième Titre : De la participation à une association de malfaiteurs : Section 1 ; De la participation à une association de malfaiteurs (*Articles : de 450-1 à 450-5*).

E) Les délits

Selon la définition apportée par le Cabinet ACI (spécialistes en droit pénal) : « le délit pénal peut revêtir deux définitions différentes en droit français. Il est ainsi possible de différencier deux sortes de délits : le délit civil et le délit pénal :

« **Le délit civil** se définit comme un fait juridique, une faute, qui a causé un dommage à autrui. Le délit civil est caractérisé par une sanction de nature civile. Cette sanction vise à la réparation intégrale du dommage causé. La victime peut être dédommée par le paiement de dommages et intérêts. Le délit civil relève de la compétence des juridictions civiles et de la procédure civile »²⁵.

« **Le délit pénal** est une infraction définie par la loi. En outre, le délit pénal apparaît comme une infraction de gravité intermédiaire. Elle se situe entre la contravention et le crime d'après le triptyque des infractions. Le délit pénal relève, sauf exception, de la compétence du tribunal correctionnel ».

Les principaux délits en droit pénal français²⁶ :

Le délit de fuite (*Article : 434-4*)

Le délit d'entrave (*Articles : L2328-1, L4742-1*)

Le délit de faciès (*Article : 225-1*)

Le délit de presse (*Articles : 2010-1, 2016-1524, 2012-387, 2017-86*)

Le délit de solidarité (*Article : L 622-1*)

²⁵ Cf : <http://www.cabinetaci.com/le-delit-penal/>

²⁶ Seuls les articles pénaux principaux seront recensés

Le délit d'octroi d'avantage injustifié (*Article : 432-14*)

Le délit de racolage (*Articles : 225-4-1 à 225-6 et 225-5 à 225-10*)

Les délits douaniers (*Articles : 414 à 416 dans le code des douanes*)

Le délit d'initié (*Article : 465-1*)

Le délit de diffusion d'informations fausses (*Articles : 465-3-2 et 456-3-3*)

Le délit de manipulation de cours (*Article: 465-3-1*)

Les délits liés au voisinage (*Article : R623-2*)

Les délits routiers (*Articles : 88-677, 223-6, 234-1, 234-2*)

Les délits liés au travail (*Article : 411-1*)

Les délits en rapport avec la famille (*Articles : 223-3, 223-4, 227-1, 227-3, 227-12, 227-13*)

Les délits en rapport avec la vie privée (*Article : 226-1*)

Le délit d'omission (*Article : 434-1*)

F) L'irresponsabilité pénale

« Dans notre culture, à la différence de l'usage en vigueur dans les droits allemand et anglo-saxon, la culpabilité ne requiert aucune capacités particulières. Par contre, la loi définit les conditions sous lesquelles l'auteur de l'acte n'est pas tenu responsable, et l'expertise psychiatrique doit repérer certaines conditions. Sera considérée comme irresponsable celui qui par insuffisance ou altération imprévisible de son intelligence, de son sens du réel, de son équilibre mental, est incapable de saisir la signification de la

situation criminogène, de l'acte criminel, de l'exigence légale, de la sanction, et de contrôler ses actes. Donc, dans les grandes lignes, l'expert a à déterminer si le supposé coupable était aux moments des faits à sa charge et/ou aujourd'hui atteint d'une débilite mentale (innée ou acquise), d'une psychose ou d'un déséquilibre grave. Il lui faut encore préciser si la pathologie diagnostiquée a eu une incidence sur la genèse, le déroulement et les suites du délit »²⁷

Article 122-1 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

Cet article exige trois conditions : L'existence d'un trouble mental, l'abolition du discernement ou du contrôle des actes et l'existence du trouble mental au moment des faits. Lorsque ces trois éléments sont validés, en fonction du stade de l'instruction ou du niveau de juridiction, une *décision de non-lieu* peut être prononcée par le juge d'instruction ou une *décision de relaxe* par le tribunal de police ou le tribunal correctionnel. Une décision d'acquittement peut aussi être prononcée par la cour d'assises ainsi qu'une libération si la personne était placée en détention. Précisons aussi le juge n'est pas dans l'obligation de suivre la conclusion de l'expert, en particulier lorsque l'irresponsabilité totale est notifiée. Naturellement, une contre expertise sera demandée.

« Les précautions prises s'expliquent par le fait qu'en cas d'irresponsabilité totale, le sujet mis en examen échappe à toute sanction ; or quand la qualification initiale conduit par exemple à un jugement en cour d'assises avec réclusion criminelle, le juge a le devoir de s'assurer du bien-fondé d'échapper à la sentence de la société »²⁸.

²⁷ J-C Archambault, C. Mormont, *Déviances, délits et crimes*, Paris, Masson, 1998, p.12.

²⁸ *Ibid.*, p.30.

La personne pénalement irresponsable reste cependant civilement responsable. De ce fait l'hospitalisation d'office est alors ordonnée en milieu psychiatrique (article D.398). Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. Précisons aussi qu'il peut exister une autre possibilité ; celle de considérer le sujet non pas comme irresponsable mais comme un sujet dont *la responsabilité est atténuée*. Les conséquences pénales peuvent alors atténuer le temps de la peine d'emprisonnement, ouvrir vers la possibilité d'un sursis avec la mise à l'épreuve, comportant l'obligation de suivre un traitement médical ou bien un ajournement de la peine. Evidemment, toute personne atteinte d'un trouble mental peut bénéficier d'une prise en charge psychiatrique pendant son incarcération. Depuis 1986, ont été créés des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) permettant de prodiguer des soins psychiatriques au sein même de la prison.

3) Naissance de la psycho-criminologie

Tout commence à partir du XVII^e siècle, par l'intermédiaire de la littérature, et notamment avec William Shakespeare dans son œuvre *Hamlet*. Celui-ci interroge la vengeance et la folie du meurtre : « Car le crime, bien qu'il n'ait pas de langue, trouve pour parler une voix miraculeuse » (Acte II). C'est par la tragédie *Othello*, qu'apparaît une tentative d'élucider la question du passage à l'acte impulsif : « Etre à présent un homme sensé, tout à l'heure un fou, et bientôt une brute » (Acte II, Scène 3). Les questionnements vont se poursuivre dans la pièce de théâtre intitulée *Phèdre* de Racine. Il expose les ravages de la passion comme celle de la maladie de l'Âme dont le personnage central est victime et sous l'emprise de ses pulsions : « Quand tu sauras mon crime et le sort qui m'accable, je n'en mourrai pas moins, j'en mourrai plus coupable » (Acte I, Scène 3). « Mes crimes désormais ont comblé la mesure. Je respire à la fois l'inceste et l'imposture » (Acte IV, Scène 6). Quant à Corneille dans son œuvre *Cinna*, il apporte des interrogations concernant la spirale de la haine et de la violence qui seraient inhérentes à la psyché humaine : « Mon esprit en désordre à soi-même s'oppose : je veux et je ne veux pas. Je m'emporte » (Acte I, Scène 2).

Peu à peu, une vision philosophique prend naissance, avec la pensée de René Descartes qui remet en cause l'aspect et le sens religieux des actes criminels (sorcellerie, mauvais œil, possession etc.). La dimension diabolique s'efface peu à peu et elle n'est plus perçue comme une causalité. Elle disparaît pour être remplacée par l'introduction d'une partie intégrante et « obscure » de la personnalité humaine. C'est avec la parution d'un traité intitulé *Des délits et des peines* (Beccaria, 1764) que se développe une doctrine pénale. L'auteur et le magistrat avait pour souhait d'attirer l'attention du citoyen concernant toutes les monstruosité dont ; les horreurs de la torture, de la peine de mort et de l'injustice. Derrière son signal d'alarme, son projet s'oriente vers le désir de connaître et de

comprendre l'individu qui est accusé et inculpé. Une approche de l'individualité du crime est alors apportée avec, en parallèle de cette démarche, une recherche de prévention. De plus, il va longuement désigner combien l'éducation est un élément central pour lutter contre la délinquance.

Durant cette période de remise en cause concernant les aspects « sombres » de l'humanité, s'articulent quelques rouages présocratiques, notamment avec *le Traité de physiognomonie* (Rouget, 1878). Ce dernier va étudier les traits des visages appartenant aux criminels, en regroupant et classifiant les similitudes observées. En parallèle, le philosophe et le théologien Johann Kaspar Lavatar regroupe certaines étroites ressemblances entre certains individus et certains animaux sauvages. La perspective de ses travaux de recherche ont pour perspective de déterminer les traits extérieurs pouvant être significatifs de la partie animale et « indomptable » du sujet humain. Dans les années 1816, une montée de la violence inquiète le ministère de la justice, au point de vouloir contribuer au premier volume de publication du « Compte général administratif de la justice criminelle » (CGAJC). De nombreuses études de cas transgressifs seront alors recensées. Ces dernières vont vivement attirer l'attention du corps scientifique, dont le mathématicien Adolphe Quetelet qui offrira une création de statistiques sur le délit et le crime présentées dans divers congrès internationaux. Par la même occasion, le psychiatre Prosper Despine rédige trois volumes d'ouvrage où la question des facultés intellectuelles serait une sorte de paradigme des comportements criminels. Ses travaux vont succéder aux études psychiatriques de Philippe Pinel, Pierre-Jean Cabanis et Jean-Etienne Esquirol qui interrogent les éventuels liens entre la maladie mentale et le crime.

Au XIXe siècle, s'ouvrent de nouvelles perspectives de réflexion dans le champ des sciences. Entre-autres, le médecin Cesare Lombroso devient le fondateur d'une discipline nommée : criminologie scientifique, qui propose une

approche anthropologique des passages à l'acte transgressifs. Le crime devient alors un objet d'étude scientifique. Il introduit les critères centraux de la discipline : observations, interprétations des faits et vérifications par une expérimentation aiguë et structurée. Cet auteur s'inspire des travaux de Charles Darwin, avec l'idée que les criminels sont des sujets qui se figent dans l'archaïsme de l'évolution. Il met en évidence la parenté des comportements criminels avec ceux des animaux sauvages comme caractère inné des délinquants. Il va de ce fait inaugurer une nouvelle approche du droit pénal en introduisant *les risques de dangerosité et de récidive*. Avec ces nouvelles perspectives, la « criminologie » va alors se constituer et se définir par le croisement et la dialectique entre l'anthropologie criminelle, la psychologie clinique, la psychiatrie et le judiciaire. D'ailleurs, plusieurs expressions sont utilisées pour évoquer la psychologie appliquée au domaine de la justice : psychologie légale, psychologie judiciaire, psychologie criminelle. De la notion « criminologie » (étude du crime qui serait difficile à distinguer du droit pénal) nous passons peu à peu à l'appellation de « psycho-criminologie » (étude de l'individu criminel). Notons que cette dernière notion est de loin la plus répandue dans le domaine des Sciences Humaines.

Entre 1935 et 1960, la criminologie est dominée par les apports d'Etienne De Greeff, médecin anthropologue à la prison de Louvain et professeur d'anthropologie criminelle. Il délaisse les hypothèses faites sur la question du déterminisme et introduit l'idée d'une évolution psychique. Il étudie davantage la maturation psychologique qui conduit au passage à l'acte criminel, avec l'idée principale que le processus en question s'étale dans le temps avec l'accumulation de nombreux affects: sentiment d'injustice, processus de revendication, et légitimation de l'acte. Dans les années 1974, Jean Pinatel intervient dans l'histoire de la criminologie française avec son argument central autour de la non-différence de nature mais de degrés entre le criminel et les autres citoyens. Selon sa perspective, quatre traits appartenant à tout à chacun sont intensifiés dans le

passage à l'acte criminel : l'égoïsme, la labilité, l'agressivité et un manque d'émotion altruiste.

Enrico Ferri, homme politique et criminologue distinguera cinq catégories de criminels : les criminels nés, les aliénés, les criminels d'habitude, les criminels d'occasion et les criminels par passion. Accompagné par Raffaele Garofalo et de Cesare Lombroso, ils fonderont *l'école positive italienne*. Leurs formations tentent de transmettre une analyse empirique des causes du crime et de la délinquance. Pour cette école, les facteurs personnels, sociaux et environnementaux déterminent le comportement criminel. Leurs théories impliquent l'idée que le fait de vivre dans un milieu dans lequel les valeurs sont banales voire inexistantes, pousse les sujets vers la délinquance. C'est ainsi que Gabriel Tarde, a défendu à la fin du XIXe siècle, l'idée que la transgression est tributaire du milieu social et de l'environnement. Il introduira des travaux sur la thématique de l'imitation avec l'idée qu'un sujet peut reproduire une tendance par le facteur de proximité, par la fascination des supérieurs hiérarchiques, mais aussi par l'effet de groupe et de mode.

Au XXe siècle, cinq nouveaux courants apparaissent avec divers objets d'étude pour comprendre le crime : la criminologie clinique et l'étude des carrières criminelles (études sur le délinquant en tant qu'individu et le développement du comportement délictueux depuis ses origines), la tradition Durkheimienne (la sociologie conçoit la criminalité comme la conséquence d'un défaut de l'organisation sociale), les conflits de cultures (influence apprise et transmise aux jeunes générations dans une tendance aux comportements transgressifs normatifs), la réaction sociale à la déviance (la stigmatisation produit un effet d'amplification sur la déviance) et la criminologie de l'acte et le choix

rationnel (l'attention se porte sur le délit en tant que situation découlant de résultat de choix et de stratégies)²⁹.

Depuis, de nombreuses théories ont vu le jour, avec principalement : *les théories culturalistes* (la transgression résulte d'une désorganisation sociale et morale due à des problématiques de différence sociale et d'immigration. Les comportements déviants sont corrélés aux conflits de la culture qui engendrent une rébellion chez l'individu). *Les théories de la tension* (qui expliquent les différences entre le désir d'intégrer une société et les difficultés afférentes qui obstruent les possibilités), *les théories rationnelles* (qui insistent sur la responsabilité de l'auteur et de son choix dans les crimes) et *les théories dites de la réaction sociale* (avec l'idée de *self-fulfilling*, pour caractériser l'effet d'une stigmatisation : en identifiant quelqu'un comme un transgresseur, on renforce la tendance et on scelle l'intéressé dans cette étiquette. Le regard d'autrui, le regard de l'institution et des interventions judiciaires pousseraient vers cette identification). Il existe aussi *les théories dites biologiques* (avec une approche biomédicale du criminel).

Quelles que soient ces différentes approches, un point commun semble faire accord : il faut chercher plusieurs pièces du puzzle pour comprendre les articulations et les tendances entre le sujet et le crime. D'un côté, nous avons les cliniciens spécialisés en criminologie qui visent le développement de la personnalité, d'un autre les durkheimiens qui organisent leurs concepts autour de l'anatomie puis les culturalistes qui pointent les valeurs de la culture avec ses incohérences. Cependant, pour tous, il s'agit de comprendre la motivation de l'acte délinquant ainsi que la psychologie de son auteur.

²⁹ M. Cusson, *La criminologie*, Vanves, Hachette supérieur, 2017, chapitre 3.

Concernant les champs de la psycho-criminologie, celle-ci cible l'observation de l'environnement du sujet, de sa personnalité et l'interprétation du crime pour en saisir le déterminisme individuel. Dans cette approche, il existerait des causalités entre l'environnemental, le développement de l'individu et le sens de ses symptômes (dont le passage à l'acte). C'est à partir du croisement entre ces deux disciplines (psychologie clinique et criminologie - étude du crime -) que se développe la psycho-criminologie française en tant que telle. A savoir, avec l'introduction d'une méthodologie qui articule l'étude scientifique de l'environnement, de la personnalité et du développement du criminel, ainsi que les causes externes pouvant engendrer l'impulsion du crime.

« La définition de Pires (1998) rejoint cette dernière lorsqu'il décrit un champ d'étude et une activité complexe de connaissance interdisciplinaires, de nature à la fois scientifique et éthique, ayant pour but l'élucidation et la compréhension de la question criminelle au sens large. Depuis, la criminologie représente l'étude pluridisciplinaire du criminel et de la criminalité et concerne les spécialistes issus principalement du droit, de la psychologie, de la psychiatrie et de la sociologie »³⁰.

Comme nous le voyons, de nombreux travaux vont être menés, et de multiples perspectives vont être envisagées. En France, c'est vraiment avec le Docteur Alexandre Lacassagne (médecin légiste et expert pour les tribunaux) qu'une école de criminologie va être fondée. Son hypothèse majeure soutient qu'il y a une implication mutuelle entre l'individu qui commet l'acte criminel et la société (le groupe) qui l'entoure de par sa désorganisation et ses incohérences.

³⁰ C. Blatier, *Introduction à la psychocriminologie*, Paris, Dunod, 2015, p. 9.

4) Lien étroit entre la criminalité et les incohérences sociétales et familiales

A) Les incohérences sociétales

« Aider un enfant à se structurer implique de le guider à partir d'exigences explicites, cohérentes et stables. L'intériorisation de ces exigences se fait progressivement et aboutit à l'émergence de ce que la psychanalyse nomme le Surmoi (les interdits et les limites) et l'Idéal du moi (les aspirations). Il est vrai qu'à l'adolescence Surmoi et Idéal du moi se dégagent en partie du modèle parental pour intégrer des références plus larges, celle de la société »

P. Jeammet, Pour nos ados, soyons adultes.

Nous constatons en 2019 que le champ du social pèse sur les nouvelles économies psychiques avec ses idéologies, ses contradictions mais aussi de par la société de consommation³¹ qui pousse à dénier la question du manque mais aussi avec un nouveau *socius* qui tente de gommer la différence des sexes et la différence des générations³². Ces nouvelles exigences brouillent les références symboliques et les individus sont alors confrontés à un travail de traduction complexe, pris dans la folie de la consommation, dans la propagande du *tout est possible*, dans la vénération du narcissisme, dans l'infiltration du virtuel et dans l'omniprésence d'une sexualité perverse voire incestueuse avec l'invasion de l'image sur-sexualisée et pornographique. Ces nouveaux dispositifs engendrent une confusion entre le Symbolique et l'Imaginaire mais ils stimulent aussi une illusion à outrance, à savoir dans la croyance que tout est accessible, sans contraintes et sans limites. Nous constatons alors l'arrivée en masse de nouvelles économies psychiques avec des configurations qui s'organisent du côté de la perversion et de l'état limite.

³¹ J. Baudrillard, *La société de consommation*, Paris, Folio Essais, 1970.

³² J-P. Lebrun, *Un monde sans limite*, Toulouse, Éditions Erès, 2007.

Le social actuel est conflictuel : il peut être *perverts-people*³³ (trouble du narcissisme du côté de la folie des grandeurs avec la quête de vouloir être une « star », une « figure » reconnue et ce, quelles que soient les manières d'y arriver) mais aussi il peut être limite-précaire (trouble du narcissisme du côté de l'identification à l'objet anal, déchet, rejeton de la société où le sujet s'habille d'un bricolage pathologique). Du côté des paillettes, on y trouve comme en témoigne Charles Melman³⁴: une identification à la jouissance pleine et sans limite (perversion) et du côté des poubelles, nous retrouvons ceux qui sont asphaltés comme l'atteste Thierry Trémine³⁵ avec une vie marginale aspirée par les méandres de la réalisation non légale de soi et remplissant les prétoires (états limites). Personnalités multiples avec l'entrecroisement entre dépendance, comportements antisociaux et disparition de l'intersubjectivité et il semble évident que le champ du social produit des résonances sur ces troubles. Dans *Pour introduire le narcissisme* (Freud, 1914), le fondateur de la psychanalyse remarque que certains sujets ne veulent pas renoncer à la *perfection narcissique de leur enfance* et ils chercheront à la regagner dans une forme nouvelle de leur idéal du Moi. Il souligne d'ailleurs que ces sujets tenteront de trouver des compromis à la menace de la castration, en restant « collés » à une image infantile d'eux-mêmes. La société nous offre cette possibilité sur un plateau d'argent en permettant le retour à la toute-puissance infantile. Cela s'observe radicalement dans notre société actuelle avec *l'omniprésence de la contemplation et de la complaisance narcissique* à laquelle la société nous invite et nous aliène.

La société de consommation qui véhicule un discours porteur de prescription de jouissance implique des résonances dans l'éducation, dans l'apprentissage des limites puis des interdits et dans la subjectivation du désir. A

³³ T. Trémine, « Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains » dans *Information psychiatrique*, Volume 84, 2008.

³⁴ C. Melman, *La nouvelle économie psychique*, Paris, Eres, 2009, p.234.

³⁵ T. Trémine, « Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains » dans *Information psychiatrique*, Volume 84, 2008.

partir de ces états de fait, nous ne pouvons que reconnaître la mutation vers de nouvelles subjectivités s'imprégnant du *socius* qui sollicite un dévoilement à nu devant les appétits de jouissance. L'organisation du collectif et du social y sont bouleversées puisque l'homme peut trouver à portée de main, une foule de prothèses pathologiques (chirurgie esthétique, jeux vidéos, toxiques, etc.). La clinique de la déliaison galope et s'accroît pas à pas avec des adolescences interminables ; introduisant ce que nombre de collègues nomment des pathologies borderline puisqu'il s'agit de sujets qui se construisent et ce durant toute la vie sur le modèle de la déliaison et de la décharge. Jean Bergeret³⁶ a illustré cette perspective par l'idée d'une dynamique psychique qui est plus du côté de la désorganisation. Nous pourrions articuler cette idée avec le *sinthome* lacanien, c'est-à-dire la manière convenable d'être fou sans être un malade mental face à une société qui pousse au déni de la réalité. N'oublions pas l'implication de ces nouveaux états par une forme de déclin de la fonction paternelle.

« L'environnement social semble aujourd'hui marqué par un ensemble de déterminants conséquents à la désinscription de l'impossibilité au cœur d'un laisser croire que tout est possible ou que rien n'est impossible ; l'objet de consommation nous est présenté comme ayant une vertu de pouvoir gommer cette irréductible indisponibilité et nous laisse croire à une possible pleine satisfaction. Ce qui caractérise le social actuel, c'est qu'il tient à souhait ce type de leurre et que, de ce fait, la limite – si tant qu'elle ait encore cours – n'apparaît plus portée par la loi du langage qui tisse notre lien social (...). Il faut entendre un désir qui reste essentiellement organisé par l'instance imaginaire bien que l'ordre symbolique soit reconnu, mais d'une reconnaissance dont le sujet ne veut rien savoir ? C'est le fameux « je sais bien mais quand même... ». Je sais bien que l'ordre humain est un ordre symbolique, mais quand même le registre imaginaire dans lequel je peux tout »³⁷.

³⁶ J. Bergeret, *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1974.

³⁷ J-P. Lebrun, *Un monde sans limite*, Toulouse, Éditions Erès, 2007, p. 146.

Comme nous l'avions évoqué, ces sujets font face à une parole la parole qui ne fait plus référence. Elle est remplacée par la certitude de l'acte. Ces nouvelles pathologies du narcissisme sont des sujets contemporains en perpétuelle *expérience limite* :

« Il reste comme un suspend dans cette opération entre ciel et terre, dans un entre-deux qui fait autant consentement qu'objection aussi bien à l'inscription de la castration qu'à la persistance de la toute-puissance infantile. Sans être dans le registre de la psychose, le sujet se trouve comme sans assise subjective ; il ne peut se déprendre de l'Autre et se retrouve à son insu comme obligé à une position de servitude volontaire, dans une position de soumission à l'Autre, en même temps que contraint à une toute puissance évidemment impossible à satisfaire, tout cela faute d'avoir trouvé son point d'appui dans la tierciété »³⁸.

En effet, comme en témoigne l'article sur *L'œdipe déformé des patients d'aujourd'hui* (Richard, 2012), il existe une complexité des systèmes défensifs où le conflit intrapsychique œdipien n'est pas contenant mais recouvert par un mécanisme d'extériorisation (passage à l'acte auto / hétéro agressif) et de projection (avec la relation du double dans une confusion entre moi et non-moi). Dans cet *Œdipe déformé* voire même disparate, les pluralités symptomatiques expriment une économie libidinale :

« La libido, privée d'objets œdipiens valorisables à investir dans un contexte d'effondrement des repères identificatoires parentaux, s'engouffre dans des flux en circuits courts ne menant qu'à des décharges sans satisfaction véritable »³⁹.

Charles Melman fait d'ailleurs l'hypothèse que cela provoquerait d'ailleurs des sujets pour lesquels la vérification de l'épreuve physiologique d'une limite à

³⁸ *Ibid.*, p. 317.

³⁹ F. Richard, « L'œdipe déformé des patients d'aujourd'hui » dans *Bulletin de la société psychanalytique de Paris*, n° 103, p 1606.

la jouissance serait constitutive de leur rapport au monde permettant une sorte de barrage (à savoir dans une confrontation dans la réalité à une forme de limite telle que l'est par exemple l'incarcération) :

« Je crois (...) que ce qui protège ces nouveaux sujets de la psychose, c'est la vérification quasiment expérimentale, physiologique que la jouissance a des limites. Qu'il existe une barrière et bien souvent, pour eux, une barrière organique. Par exemple, des jeunes que je suis amené à voir et qui se droguent ou bien qui boivent. Au bout d'un moment — en tout cas c'est ce qui vient se produire dans la relation analytique — ils perçoivent l'insatisfaction fondamentale que leur procure cet état. Et donc, du même coup, s'impose à eux une limite qui n'est plus une limite symbolique, mais qui est une limite réelle. J'imagine donc qu'elle les protège de la psychose »⁴⁰.

Comme en témoignent les apports freudiens, l'appareil psychique est structuré selon des lignes de fragilité provenant des expériences infantiles, pouvant se briser non par la nature du choc mais par la nature structurale. Ces lignes de fragilité constituant l'organisation de l'inconscient proviennent d'empreintes psychiques survenues dès les premiers instants de la vie durant les différentes expériences objectales, en passant par les différents stades libidinaux. Durant ces périodes, l'individu passe par le catalyseur du groupe familial en dialectique avec le groupe social. Comme nous le savons, un sujet naît/n'est jamais seul :

« Dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'Autre intervient très régulièrement en tant que modèle, soutien et adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi, d'emblée et simultanément, une psychologie sociale, en ce sens élargi mais parfaitement justifié »⁴¹.

⁴⁰ C. Melman, *La nouvelle économie psychique*, Paris, Éres, 2009, p. 234

⁴¹ S. Freud, « Psychologie des foules et analyse du moi », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1964, p. 123.

« Tout notre climat social est actuellement imprégné d'une « incestualité » de plus en plus manifeste, comme si les adultes n'avaient qu'une obsession : le sexe. C'est le fond de commerce préféré de la publicité, que ce soit pour vendre des voitures ou pour vanter l'efficacité d'un groupe d'audit (...). L'obsession et la surreprésentation du sexuel font désormais effraction dans l'intimité dès l'enfance, contraignant, avant même que la puberté n'y pousse, à considérer que ce que les adultes présentent en permanence, concerne aussi les parents. On ne laisse plus aux jeunes le temps et l'espace pour imaginer, à leur rythme à eux, à leur convenance, selon leur propre imaginaire, cette relation dans le couple parental. On la leur impose dans sa forme comme dans sa fréquence, sans qu'ils aient un mot à en dire, sans qu'ils puissent choisir. Et c'est aujourd'hui une violence quotidienne qui leur est ainsi faite (...). Avec cette suresexualisation, les parents perdent une partie de leur fonction apaisante, contenant et sécurisante. Ils deviennent à leur tour un facteur d'excitation et de trouble, ce qui rend plus conflictuelle la relation à eux »⁴².

B) Les incohérences familiales

« Plus un enfant arrive à l'adolescence avec un héritage qui le fragilise, plus sa rencontre avec l'environnement sera décisive (...). La façon dont une société accompagne ses adolescents en quête de repère n'est jamais neutre. Et ce sont ceux qui auront été le moins nourris pendant leur enfance qui vont dépendre le plus de la qualité de l'accompagnement qui leur est proposé socialement »⁴³.

Le père de la psychanalyse fait allusion aux rapports étroits entre l'identité groupale et l'identité individuelle dès 1923, dans sa rédaction sur *Le moi et le ça*.

⁴² P. Jeammet, *Pour nos ados, soyons adultes*, Paris, Odile Jacob, 2010, p. 170-171.

⁴³ *Ibid.*, p. 52.

Il note combien le *ça héréditaire* héberge les restes des existences innombrables et elles peuvent se répéter avec force et fréquence, se succédant de générations en générations, et se transposant en expériences vécues du *ça* dont les empreintes sont maintenues par hérédité. Chacun de nous est non seulement déterminé par la transmission advenant du triangle « père-enfant-mère » mais également par toute une cascade d'influences émanant de l'ensemble de son arbre généalogique en plus de son groupe social. Dans *Traumatisme parental et transgression de l'adolescent*, (Genevois, 2014), la psychologue clinicienne - travaillant à la protection judiciaire de la jeunesse et exerçant en centre pénitentiaire – fait de nombreux constats, à partir de ses prises en charge thérapeutiques, sur les relations étroites entre les traumatismes non-résolus des parents avec les transgressions des adolescents :

« Penser qu'un parent affecté par un traumatisme sera plus en difficulté qu'un autre pour éduquer son enfant, et notamment à la période charnière que constitue l'adolescence, peut sembler une évidence, qui, comme toutes les évidences mérite cependant d'être questionnée. On peut en tout cas s'interroger sur ce qui, du traumatisme parental, va engendrer des troubles dans la maturation psychique de l'adolescent, entraver les processus d'autonomisation et favoriser ses conduites transgressives »⁴⁴.

Ces observations concernent les parents qui se situent dans une relation très proche avec leur enfant car ils ont besoin - pour eux-mêmes - d'une relation fusionnelle comme pansement. Cette tendance engendrant une forme d'indifférenciation psychique avec l'enfant, provoque alors de grandes difficultés de par la tension et l'excitation qu'elles sollicitent. Cette fusion qui ouvre vers l'aliénation la plus complète serait l'avatar de l'impossibilité à se séparer. On se retrouve alors dans une configuration appelée : *incestuelle*⁴⁵. « L'inceste réel n'est pas acté mais fantasmatiquement les places et la nature des relations

⁴⁴ C. Genevois, « Traumatisme parental et transgression de l'adolescent », dans *Passage à l'acte, traumatisme, résilience et effets transgénérationnels*, Lyon, Edition Chronique sociale, 2014, p. 39.

⁴⁵ P-C Racamier, *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Payot, 2010.

intrafamiliales sont confuses »⁴⁶. Face à ce type de configuration, l'enfant/adolescent va alors adopter des comportements déviants avec une grande violence. En effet, ne pouvant tuer symboliquement le parent - qui ne veut pas accepter le détachement et donc la séparation - le sujet enfant/adolescent redoute alors de pouvoir exercer ses manœuvres d'individuation en constatant un parent trop « affaibli » pour le supporter. Il va alors : « déporter la crise adolescente de la scène familiale à la scène du social »⁴⁷.

Donald Winnicott insiste d'ailleurs, et ce tout au long de son œuvre rédactionnelle, sur la nécessité pour la mère d'être « indestructible » à savoir capable de supporter les mouvements de l'enfant (mouvements d'amour comme ceux de la haine). Cette perspective permet la possibilité d'explorer et de faire l'expérience de la différence entre ce qui appartient à l'enfant et ce qui appartient au parent. Lorsque l'adulte accueille les mouvements et notamment ceux de la violence, l'enfant va pouvoir élaborer la notion d'agressivité dans une dimension de non-destruction. Cependant, lorsque le parent s'effondre, rejette, dénie et donc n'accompagne pas l'enfant dans l'une de ces étapes primordiales du développement, des comportements de violence vont alors se manifester de plus en plus. L'enfant va alors tenter de trouver des adultes (maitre d'école, professeur de sport, oncle, etc.) en capacité de contenir ses conflits internes et son potentiel d'agressivité.

« En résumé, un enfant ne passe pas l'adolescence si les adultes autour de lui n'ont pas eux-mêmes engagé leur propre capacité subjective à assumer la désillusion et à construire de nouveaux systèmes d'interprétation. Il faut croire qu'une telle dynamique de réciprocité constitue le mouvement central à l'œuvre dans la formation de ce qu'on a appelé assises narcissiques du

⁴⁶ C. Genevois, « Traumatisme parental et transgression de l'adolescent », dans *Passage à l'acte, traumatisme, résilience et effets transgénérationnels*, Lyon, Edition Chronique sociale, 2014, p. 44.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 47.

sujet »⁴⁸

Cette recherche de cadre pouvant lui permettre de vérifier que sa violence et sa destructivité ne peuvent être toutes puissantes. Malheureusement, ces différents appels peuvent rester comme des *lettres mortes*, et les actes transgressifs vont alors se multiplier et être valorisés du point de vue du narcissisme (toute puissance du moi). De plus, on peut pleinement se rendre compte que le plus souvent :

« Les parents vont se montrer inconsciemment très ambivalents face aux transgressions. Ils vont réprimander leur enfant mais vont tenir des propos n'incitant pas au respect des règles. Leur propre rapport à la loi est ambigu et ils ne pourront que le transmettre comme tel à leur enfant (...). Un parent fraudant ou mentant devant son enfant lui montre de façon certaine que l'honnêteté n'est pas indispensable. De même, ce qu'on perçoit aujourd'hui de plus en plus, une certaine complaisance des parents qui voient le frigo se remplir par magie sans se poser de question est un encouragement à la délinquance »⁴⁹.

Le désengagement du rôle parental peut constituer une possibilité de vivre, par exemple, une « pseudo-jeunesse » ou encore pour entretenir un fonctionnement dans un *faux-self*. François Richard résumera ce constat à travers sa lecture d'André Green où il évoquera - lors d'une communication faite à la faculté René Diderot - : « Les adolescents qui ont trop vu cette sale vérité qui est celle des adultes ou des parents qui sont en faux self, qui ont basculé du côté du moi et du mensonge définitivement, ils n'en guérissent pas vraiment ». Claude Olievenstein apportera un éclairage par l'intermédiaire du concept de *stade du miroir brisé*⁵⁰. Ce sont des sujets qui ne peuvent « tuer » symboliquement le père car le père est comme déjà « mort ». La raison se trouve, selon ses dires, dans un

⁴⁸ Lin Grimaud, « Psychanalyse et adolescence », dans V.S.T, N°119, p. 36.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 49.

⁵⁰ C. Olievenstein, *L'enfance du toxicomane*, Paris, Puf, 1982, p. 11.

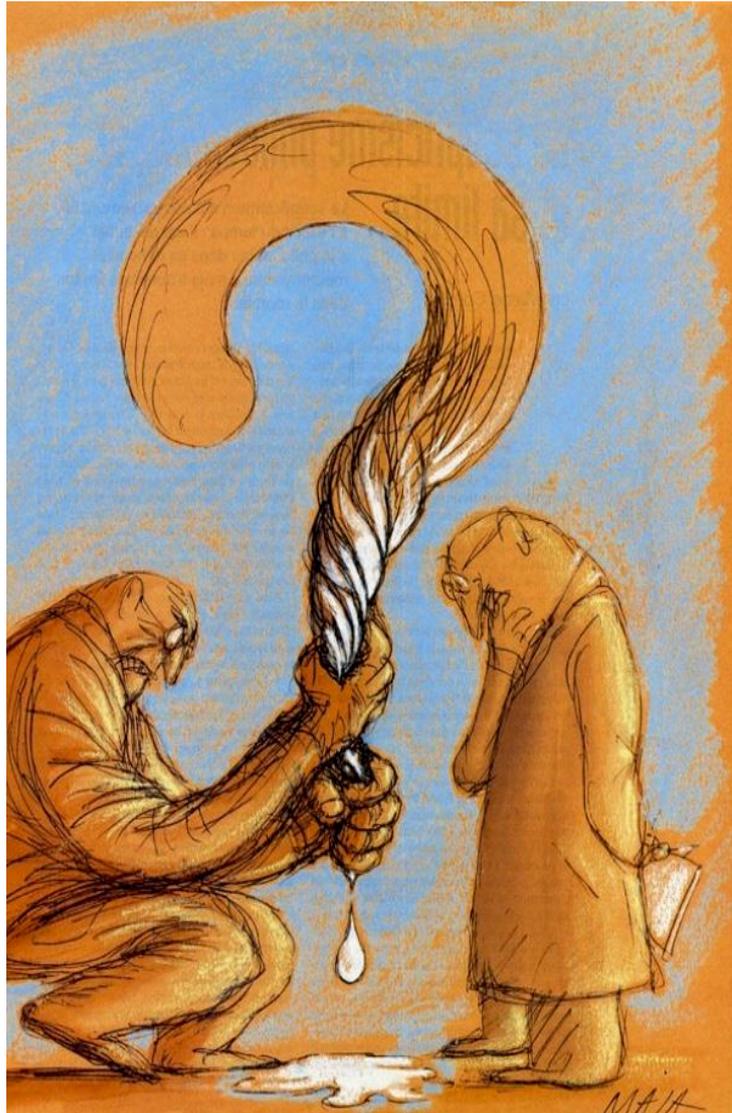
apprentissage *des lois erronées* par l'intermédiaire d'un père (mais aussi d'une mère) qui intervient de façon négative soit en ne témoignant pas de son désir à lui de nommer l'enfant, soit en abdiquant son rôle parental, c'est-à-dire en transgressant lui-même les lois.

En outre, face au constat du leurre concernant les figures des adultes, l'adolescent tente de se construire comme il le peut, dans une nouvelle ère : les lois réelles et symboliques sont parfois inopérantes parce que ceux qui sont chargés de l'incarner ont démissionné de cette fonction. Cet aspect provoquant une confusion de langue entre les adultes et l'enfant⁵¹, qui se définit comme une situation fondamentale où l'adulte propose à l'enfant des signifiants non verbaux aussi bien que verbaux, imprégnés de signification » inconscientes et conflictuelles :

« Au lieu de servir de modèle à l'adolescent et d'encadrer son parcours, l'adulte inquiet cherche désormais dans l'adolescence une réponse à ses questions (...), le phénomène culturel affecte nécessairement et en profondeur, la capacité contenante et organisatrice de toute société vis-à-vis de ses jeunes »⁵².

⁵¹ S. Ferenczi, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Paris, Payot et Rivages, 2004, p. 14-15.

⁵² P. Jeammet, *Pour nos ados, soyons adultes*, Paris, Odile Jacob, 2008, p. 115.



Sceptique de Daniel Maja

*La découverte de l'objet est à vrai dire une redécouverte
Freud, les Trois essais sur la théorie sexuelle*

II/ EPISTEMOLOGIE

1) Le passage à l'acte transgressif dans le champ des sciences humaines et sociales avec ses difficultés épistémologiques

« La science se distingue de toute autre forme de savoir par le fait qu'elle prétend énoncer des règles non empiriques. Elle prétend, comme le dit Antoine Augustin Cournot, saisir la raison des choses. Qu'est-ce que cela signifie ? Nous constatons par exemple, que, à chaque fois que le soleil paraît, le gros rocher s'échauffe. Nous serons tout naturellement tentés d'en conclure que l'apparition du soleil entraîne le réchauffement du rocher, liant ainsi ces deux phénomènes dans une relation de cause à effet. Mais cette relation empirique, elle, demeure tributaire de ce que nos sens éprouvent. Chaque fois que je perçois la chaleur du rocher, j'en conclus que le soleil en est cause. Mais mon jugement reste suspendu à ce que je ressens. Il est conditionné par l'expérience, ce n'est pas un jugement scientifique. La science prétend saisir la raison des choses, c'est à dire qu'elle n'acceptera d'associer ces deux phénomènes dans une relation que si elle a dégagé, au préalable, la raison d'une telle relation. Si elle la dégage, cette relation aura alors valeur de loi. Elle ne vaudra pas simplement pour tel ou tel phénomène que j'éprouve mais universellement, quel que soit le phénomène que je serai amené à éprouver (...) Le savant prétend donc à l'objectivité. Il prétend que la règle qu'il découvre n'a pas de valeur seulement dans telle ou telle circonstance, mais qu'elle a valeur de loi. Ce faisant, la naissance de la science, à la période classique, est aussi à la naissance d'une philosophie de la science, démontrant que l'homme peut trouver en lui-même, en tant que sujet connaissant, la compréhension et l'explication des phénomènes naturels. C'est une philosophie qui pose que, même si l'objet à connaître est extérieur à nous, même si nous ne pouvons accéder à lui que par l'expérience que nous en avons, nous sommes cependant en mesure de le connaître indépendamment de tout rapport à l'expérience. Nous pouvons, comme

l'explique Descartes dans la deuxième méditation, saisir la nature de ce morceau de cire "par la seule inspection de l'esprit", c'est à dire sans nous rapporter à ce que nous sentons, voyons ou entendons de lui. C'est donc une philosophie qui aboutit à une distinction de nature radicale entre l'objet à connaître et le sujet qui connaît. L'objet à connaître, c'est ce qui est jeté là (ob-jet), c'est ce qui s'étend hors de nous. Nous pouvons le connaître justement parce que notre pensée est d'une nature entièrement distincte de la nature de l'objet, parce qu'elle est de nature autonome. Ainsi, si la nature est objet de science, l'homme est sujet constitutif de cette science. Je ne puis appréhender l'homme comme un objet. C'est pourtant ce que prétendent faire les sciences humaines. Elles prétendent tout d'abord au statut de sciences, c'est à dire, à l'objectivité du savoir qu'elles produisent. Cependant, ce savoir ne concerne plus ce qui est hors de nous, mais nous-mêmes. Peut-on faire tenir ensemble ces deux exigences ? Pour ne pas se contredire, elles nous obligent à sortir de la perspective classique esquissée ci-dessus et à tenter d'établir si le sujet humain, en tant que sujet connaissant, est susceptible de se prendre lui-même comme objet de connaissance. Cela pose un problème de méthode : les sciences humaines peuvent-elles accéder à une même objectivité que les sciences de la nature ? En effet, c'est à distance que nous inspectons ce qui est hors de nous ? Nous pouvons aisément nous en détacher par la pensée pour tenter de le comprendre, mais pouvons-nous aussi aisément nous détacher de nous-même ? N'y a-t-il pas dans une telle prétention, une illusion de la raison ? »⁵³

Comme nous l'avons exposé dans cette première présentation de la naissance de la psycho-criminologie, l'étude du crime et du criminel découle d'un long travail d'études et de réflexions relevant de multiples disciplines. Cependant, la dynamique et le ressort du passage à l'acte ont davantage été élaborés par la psychologie clinique et la psychanalyse. Les transgressions n'ont cessé d'interroger avec cette grande question : comment un sujet peut-il s'engouffrer dans un acte morbide ? Que le passage à l'acte remplace la parole est une

⁵³ P-A. Miquel, *Epistémologie des sciences humaines*, Poitiers, Nathan, 1991, p. 3-4.

hypothèse communément adoptée par un grand nombre de confrères : « on passe à l'acte ce qui ne peut plus se dire, se traduire ; on passe à l'acte l'impuissance à le dire »⁵⁴.

Très rapidement, Freud tente de comprendre comment une force "démoniaque" peut engendrer l'impensable. Les mouvements libidinaux seront hâtivement repérés, mais il a fallu du temps pour que le fondateur de la psychanalyse puisse concevoir une pulsion spécifique de mort vouée à la destruction. Le terme "agieren" ("agir") est introduit par Freud afin de saisir cette dimension qui s'écarte du discours. Cette notion signifie le fait "de mettre en acte" des pulsions, des fantasmes, des désirs, etc. En 1920, il définit ce processus comme une répétition du refoulé, sous forme d'action en lieu et place du souvenir. À ce jour, dans le droit fil des travaux freudien repris par Jacques Lacan, il est communément pensé que le passage à l'acte remplace ce « quelque chose » qui ne peut se dire. Dans une contribution apportée par des praticiens en institution autour du thème « clinique de l'agir: décharge ou adresse objectale? »⁵⁵, deux grandes idées sont reprises : l'agir constituerait une énigme à décrypter plus qu'une simple décharge, il traduirait un message. Ensuite, il s'adresserait à quelqu'un, serait en quête d'un destinataire.

Depuis la naissance de la psychanalyse jusqu'à ce jour, nombre de débats ont été soulevés avec l'introduction de différentes notions : passages à l'acte (qui définit un débordement de l'angoisse avec une quête de toute-puissance. Il caractérise un défaut de la mentalisation)⁵⁶, l'acting-out (qui décrit une monstration comme traduction d'un passé oublié en lien avec une expérience

⁵⁴ D. Sibony, *Les perversions, dialogues sur des folies "actuelles"*, Paris, Seuil, 2000, p.203.

⁵⁵ « Clinique de l'agir: décharge ou adresse objectale? », dans *Cliniques*, Erès, n°9.

⁵⁶ P. Angé Raoult, « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », dans *Bulletin de psychologie*, 2006/1, p. 7-16.

traumatisante non élaborée. Il vient en lieu et place d'une symbolisation échouée)⁵⁷ et le recours à l'acte (qui serait une tentative de construire une réponse intrapsychique face à un conflit psychique par la modalité d'une mise en acte)⁵⁸. Ces définitions⁵⁹ vont être modifiées selon certains auteurs de par une multitude de perspectives possibles. Il suffit de regarder toutes celles données dans un condensé se trouvant dans l'article de Patrick Angé Raoult, « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte »⁶⁰. Celui-ci tente une classification de toutes les théories. Dans la finalité, nous sommes d'un côté autour du court-circuit symptomatique, (Grivois, 1990 et Bergeret, 1998) ou de la version économique (Archambault ; Mormont, 1998 et Roussillon, 2000), ou de la carence d'élaboration (Millaud ; Tardif 1998), ou du traumatisme (Marty, 2000) ou bien du côté de l'excitation calmante (Smadja ; Szvec, 1993 et Ciavaldini, 1999). A la fin de l'article en question, l'auteur conclue : « Un tel travail de différenciation est à poursuivre, pour ne plus se contenter de nommer ; passage à l'acte ou agir une conduite, qui peut relever de processus complexes »⁶¹. Nous nous accorderons avec l'auteur.

Même si les réponses apportées par les uns et les autres concernant la signification et le statut abordent souvent de front les enjeux du passage à l'acte, il semble évident qu'un flou perdure dans nos connaissances. Les motifs proviennent en partie du fait que des définitions générales sont apportées, laissant supposer que ce mécanisme de défense est utilisé de manière semblable malgré les différentes structures psychiques (psychopathologie de la névrose / perversion / état-limite / psychose ?). Prenons à titre d'exemple, les travaux de Piera Aulagnier apparus en 1975, qui traduisent le concept du passage à l'acte comme un

⁵⁷ *Ibid*, p. 7-16.

⁵⁸ *Ibid*, p. 7-16

⁵⁹ Cf : Nous ne prendrons pas en compte ces trois notions dans ce travail de recherche, mais nous resterons centrés sur l'approfondissement et les paradigmes du passage à l'acte transgressif.

⁶⁰ P-A Raoult, « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », dans *Le bulletin de psychologie*, 2006/1.

⁶¹ *Ibid.*, p. 16.

débordement du monde fantasmatique sur la réalité, avec l'idée d'un télescopage entre fantasme et réalité. Ou bien encore avec ceux de Philippe Jeammet en 1985, qui évoquent le passage à l'acte comme un court-circuit de la vie fantasmatique. De même, avec les apports en 1990 d'Henri Grivois, qui énonce la question d'un court-circuit symptomatique avec la conceptualisation d'une décharge motrice provoquant l'économie d'un travail mental. Ces définitions générales apparaissent « minimalistes » dès lors que nous sommes confrontés à la clinique de la transgression.

Quant à d'autres, ils définissent différents paradigmes du concept, à partir d'une pratique clinique en dehors du champ carcéral. A savoir, certains professionnels étudient le domaine de la transgression et de l'agir sans rencontrer et étudier des personnes qui ont commis divers passages à l'acte répréhensibles pénalement : « Rien n'est plus proche de la vérité du crime que l'écoute, a priori, des acteurs eux-mêmes, quand la relation instaurée avec eux leur permet de se révéler »⁶². Il est une chose de prendre en charge des patients qui ont exécuté des infractions (et qui consultent en libéral ou en institution de soin), et il en est une autre de rencontrer des personnes qui ont commis des crimes engendrant une incarcération. De même que les transgressions infantiles ou adolescentes diffèrent de celles de l'adulte. Même si les apports sont fort riches en réflexions, la dimension scientifique apparaît abstraite car l'objet d'étude est souvent approché de manière fantasmatique sans véritable confrontation avec le réel. La démarche scientifique se doit de se nourrir du terrain, qui va enrichir la réflexion et féconder en retour, le terrain et la recherche. C'est dans ces allers-retours incessants entre ces deux espaces théorico-cliniques que l'objet de recherche prend progressivement forme.

« Le sens du terrain ne va pas de soi. C'est une construction largement opérée par la démarche du chercheur pour lequel un terrain donné peut-être

⁶² Citation de Truman Capote, reprise par O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 11.

la caution ou le support d'une recherche. La représentation (« restitution ») de ce terrain n'en laisse voir qu'une interprétation partielle liée à un projet scientifique. L'intérêt d'une recherche, et sans doute le véritable sens du terrain, serait alors la démarche d'inscription originale d'un chercheur dans une production scientifique (...). Le travail de la science consiste à objectiver des faits en relevant des données sur un terrain ; et ensuite à établir entre eux des relations qui soient susceptibles d'explicitier des phénomènes, de produire du savoir. Est-ce à dire que le terrain donne sens à la recherche, à la science ? (...). Ce terrain *construit* est confronté à un environnement réel (...) qui ne devient également terrain que définit comme tel par l'objet d'une recherche. (...). Le terrain est ainsi un concentré d'intentions ; le chercheur *va chercher* quelque chose sur le terrain»⁶³.

Dans les pays européens, au Canada et aux USA, l'étude du passage à l'acte est une branche de la « psychologie légale », qui couvre toutes les interventions des psychologues dans le champ de la transgression. En France, cette spécificité est peu développée et les travaux scientifiques sont assez rares. Les auteurs français qui apportent un éclairage important de par leur pratique réelle, sont : Claude Balier (psychiatre et psychanalyste en milieu carcéral), Loick M. Villerbu (professeur et psychologue spécialisé en criminologie⁶⁴), Bernadette Sürig (psychologue spécialisée en criminologie et psychanalyste exerçant à la prison de Fresnes), Odile Verschoot (psychiatre, psychanalyste en prison et Présidente de l'association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles), Roland Coutanceau (psychiatre, psychanalyste et expert judiciaire), Sophie Baron Laforet (psychiatre en SMPR), Dario Morales (psychologue en SMPR), Bernard Cordier (psychiatre⁶⁵), Daniel Zagury (expert psychiatre travaillant en centre pénitentiaire) et Jean-Luc Viaux (psychologue,

⁶³ P. Quinton, « Le sens du terrain », dans *Études de communication*, 2002 / 25, 41-50.

⁶⁴ Il constitue des analyses expérimentales commencées dans les années 1980, trouvant un débouché opérationnel, autorisé par la direction pénitentiaire de Rennes. Cette *Analyse Criminelle Séquentielle polymorphe* se fixe, entre-autres, sur les productions criminelles et les acteurs délinquants.

⁶⁵ Membre dans les années 1990 du groupe de travail *interministériel santé-justice* sur le traitement des délinquants sexuels.

professeur en psychopathologie et expert judiciaire). Nous constatons qu'ils sont peu nombreux.

De plus, précisons qu'il existe une autre difficulté concernant la scientificité des apports ; de nombreux écrits cliniques apparaissent suite à des rencontres menées auprès de sujets criminels, mais pour le grand nombre, ils sont fondés sur des rédactions provenant d'expertises. Nous savons pleinement combien une expertise est pertinente afin de connaître une anamnèse, de saisir à quel niveau se trouve la responsabilité du sujet ou bien encore pour saisir le contexte dans lequel l'intéressé a perdu pied, etc.

Cependant, d'une part, l'expérience clinique nous laisse entrevoir combien il faut du temps pour approcher pleinement la dynamique psychique d'un sujet, à savoir accéder à l'essence même de sa constitution, de ses fantasmes et de ses angoisses. Nos patients en thérapie nous prouvent tous les jours combien seuls le temps et la multiplicité de consultations permettront une approche en profondeur du psychisme. Rappelons que l'expertise est fondée sur quelques entretiens. De ce fait, pouvons-nous penser que le matériel soit suffisant pour construire une scientificité des théories présentées dans ce contexte ?

D'autre part, que pouvons-nous dire des entretiens qui sont menés dans le cadre d'une injonction par le juge ? Le lien entre l'expert et le transgresseur n'est-il pas influent ? Ce qui est d'un tout autre ordre dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, où la parole déposée par le patient se produit à partir de la chaîne associative, et dans un contexte où le patient dépose son matériel psychique, plus qu'il ne raconte son histoire pour constituer son dossier pénal.

« Sans enjeu judiciaire, ces entretiens en prison sont très fréquemment et paradoxalement le lieu/espace d'une libération émotionnelle authentique et d'une pensée jusque-là autocensurée ou impossible. Se décaler de la procédure pénale en cours, favorise la libre parole et l'émergence de la

pensée propre »⁶⁶.

Suite à ces différents aspects évoqués, il semblerait que pour fonder une recherche auprès de sujets humains autour de la thématique de la transgression, il faille s'approcher de l'objet d'étude non seulement par la rencontre avec de véritables auteurs, mais aussi avec une longueur de temps pour une véritable observation. De plus, qu'en est-il de l'influence qu'exerce le chercheur sur son objet d'étude concernant le fait que ce dernier sache que sa parole et ses réponses feront parties de travaux de recherche (comme dans certaines thèse par exemple) ?

« En second lieu, toute recherche scientifique postule un dualisme (forme de philosophie qui affirme que sujet pensant et objet pensé ne sont pas de même nature) de l'observateur et de son objet. Dans le cas des sciences naturelles, l'homme joue le rôle d'observateur et il a le monde pour objet. Le champ au sein duquel se vérifie ce dualisme n'est certes pas illimité comme l'on découvert la physique et la biologie contemporaine, mais il est assez étendu pour que le corps des sciences exactes et naturelles ait pu librement s'y déployer. Si les sciences sociales et humaines sont véritablement des sciences, elles doivent préserver ce dualisme, qu'elles déplacent seulement pour l'installer au sein même de l'homme qui observe et celui ou ceux qui sont observés. Mais ce faisant, elles ne vont pas au-delà du respect d'un principe. Car, s'il leur fallait se modeler intégralement sur les sciences exactes et naturelles, elles ne devraient pas seulement expérimenter sur ces hommes qu'elles se contentent d'observer (...) ; il serait aussi indispensable que ces hommes ne fussent pas conscients qu'on expérimentât sur eux, faute de quoi la conscience qu'ils en prendraient modifierait de manière imprévisible la marche de l'expérimentation. La conscience apparaît ainsi comme l'ennemie secrète des sciences de l'homme, sous le double aspect d'une conscience spontanée, immanente à l'objet d'observation, et d'une conscience réfléchie - conscience de la conscience - chez le savant »⁶⁷.

⁶⁶ O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 34.

⁶⁷ C. Levi-Strauss, *Anthropologie structurale II*, Paris, Plon, 1974, p. 344-345.

Il semblerait préférable d'éviter d'imposer un regard qui scrute « l'objet de recherche » pour diminuer l'aspect argumenté par Claude Lévi-Strauss : « faute de quoi la conscience qu'ils en prendraient modifierait de manière imprévisible la marche de l'expérimentation ».

À partir de ces différents arguments, se dessine une méthodologie d'approche scientifique qui s'articule à partir de ces trois axes:

- **L'objet de recherche ne doit pas avoir connaissance qu'il est observé.** Au motif qu'il est préférable de diminuer l'aspect argumenté par Lévi-Strauss : "il serait aussi indispensable que ces hommes ne fussent pas conscients qu'on expérimentât sur eux, faute de quoi la conscience qu'ils en prendraient modifierait de manière imprévisible la marche de l'expérimentation".
- **Aller sur le terrain** afin de rendre compte du sujet de recherche par l'intermédiaire d'une véritable rencontre, et non pas comme nous l'avons évoqué, en travaillant de manière fantasmatique sans confrontation avec le réel.
- **Etablir un long temps d'observation** pour éviter une observation superficielle. Il est préférable d'instaurer une temporalité permettant que l'objet de recherche puisse être entendu et appréhendé dans toute sa complexité.

Pour toutes ces raisons évoquées, notre travail de recherche se fonde sur

un temps d'observation avec de multiples entretiens durant cinq années, dans un centre pénitentiaire, auprès de personnes écrouées. Puisque nous rencontrons des sujets en prison, prévenus ou condamnés, ayant franchi les limites des interdits, nous sommes alors véritablement confrontés à des auteurs pouvant témoigner des modalités défensives qui ont engendré le recours au passage à l'acte transgressif. La transgression apparaît comme le lieu d'une chute, et la prison comme un espace de parole possible.

Toutes nos élaborations auront pris appui, et uniquement, sur différentes thérapies avec divers auteurs de transgression (aucun d'entre eux n'en aura eu connaissance en dehors de la prise en charge ; ils se seront prêtés à l'étude pour un travail d'observation et de recherche). Cette stratégie aura eu pour objectif de ne pas trop « modifier » le terrain d'étude par notre fonction de « chercheuse-observant » mais surtout, elle aura alimenté notre réflexion tout en modifiant notre approche du terrain. Ce va-et-vient entre terrain d'observation et réflexion de l'objet de recherche nous aura permis d'élaborer progressivement notre compréhension du passage à l'acte transgressif et d'en rendre compte.

Malheureusement, nous n'avions pas d'emblée envisagé une problématique centrale orientant nos observations de clinicienne et de chercheuse.

« Les cures particulièrement éprouvantes en raison d'attaques répétées du cadre poussent à dépasser une visions trop limitées de l'analyse et conduisent à la prise en compte de réactions contre-transférentielles sans lesquelles les processus aboutissant à des clivages resteraient inaccessibles. En bref, l'analyste vit alors en lui-même les difficultés du patient à ressentir et à symboliser. Le mal-être de l'analyste - ou parfois son excès de bien être - et l'incompréhension doublée de surprenantes attaques du cadres analytique, d'où qu'elles viennent poussent à la recherche bibliographique, théorique et cliniques (...). Insistons d'emblée sur l'aphorisme suivant : "Pas

de clivage sans collage". Veuille le lecteur y percevoir l'importance d'une forme de captation narcissique d'un sujet par un autre ; asservissement pervers des processus défensifs d'un sujet par un autre. On tient ici très fortement à cette vision allusive qui désigne la plus importantes des dégradations psychiques »⁶⁸.

De ces faits, comment appréhender l'objet d'étude alors que la neutralité se perd pas à pas dans la relation thérapeutique ? : « Le savant peut-il, en toute sérénité, analyser des faits dont il ne peut, par ailleurs entièrement se détacher? Ne risque-t-il pas d'avoir le regard faussé ? »⁶⁹. Effectivement, le lien transférentiel-contre-transférentiel⁷⁰ va engendrer une perception du patient/objet de recherche avec une dynamique spécifique, peut-être loin de la neutralité requise pour appréhender le matériel d'étude scientifique ? Voilà qui peut compliquer la démarche du chercheur. Voici une anecdote qui nous a permis d'en faire le constat : lors de cette rédaction concernant notre présentation de cas cliniques – en vue de la partie de cette thèse intitulée « perversion » - nous avons décidé de relire les écrits constituant notre note clinique pour le Master de Recherche afin de représenter un ancien patient. Cette étude de cas avait donc été restituée il y a plus de trois ans. En relisant le contenu, quelle ne fut pas notre stupéfaction ! Comment avais-je pu ne pas voir autant la dangerosité du patient ? Comment avons-nous pu être aussi sereine dans notre lien avec ce dernier, alors qu'à tout moment la « toute-puissance » de celui-ci pouvait déborder ? Comment avons-nous pu apprécier autant les séances ? Nous avons alors refermé l'étude du cas, totalement sidérée, en nous rappelant une parole. Durant nos années universitaires, lors d'un cours de psychanalyse avec le professeur Paul-Laurent Assoun, celui-ci avait dit : « on

⁶⁸ G. Bayles, *Clivages; Moi et défenses*, Paris, Puf, 2012. p. 2.

⁶⁹ P-A. Miquel, *Epistémologie des sciences humaines*, Poitiers, Nathan, 1991, p. 6.

⁷⁰ Des processus massifs dans les cures de psychotiques, de perversions et d'états-limites agissent puissamment sur le contre transfert de l'analyste dans les moments les plus difficiles des cures : « à lui d'en tirer parti pour le progrès de l'analyse en cours ». G. Bayles, *Clivages; Moi et défenses*, Paris, Puf, 2012, p. 4.

clive avec le cliveur ». Effectivement, nous avons pleinement clivé avec l'intéressé, au point de nous trouver dans une sorte de « déni thérapeutique ». Sans celui-là d'ailleurs, nous pensons que la thérapie n'aurait pas eu lieu... De plus, nous étions complètement prise dans une « symbiose psychique » avec ce patient. Ce lien contre-transférentiel était provoqué par la répétition du lien qu'il avait entretenu avec sa mère. Il ne pouvait fonctionner autrement, sous peine de détruire l'autre.

« Chaque fois qu'il est sur le terrain, l'ethnologue se voit livré à un monde où tout lui est étranger, souvent hostile. Il n'a que ce moi, dont il dispose encore, pour lui permettre de survivre et de faire sa recherche; mais un moi physiquement et moralement meurtri par la fatigue, la faim, l'inconfort, le heurt des habitudes acquises, le surgissement des préjugés dont il n'avait pas soupçon; et qui se découvre lui-même, dans cette conjoncture étrange, perclus et estropié par tous les cachots d'une histoire personnelle responsable au départ de sa vocation, mais qui, de plus, affectera désormais son cours. Dans l'expérience ethnographique, par conséquent, l'observateur se saisit comme son propre instrument d'observation ; de toute évidence, il lui faut apprendre à se connaître, à obtenir d'un soi, qui se révèle comme un autre au moi qui l'utilise, une évaluation qui deviendra partie intégrante de l'observation d'autres soi. Chaque carrière ethnographique trouve son principe dans des confessions écrites ou invouées. Mais si nous pouvons éclairer cette expérience par celle de Rousseau, n'est-ce pas que son tempérament, son histoire particulière, les circonstances, le placèrent spontanément dans une situation dont le caractère ethnographique apparaît clairement ? Situations dont il tire aussitôt les conséquences personnelles »⁷¹.

Face à ces états de fait, nous pûmes saisir combien notre rédaction du cas avait été alors altéré par nos éprouvés contre-transférentiels. Il nous fallait alors interroger un grand nombre de points : lorsque nous restituons un cas clinique,

⁷¹ C. Levi-Strauss, *Anthropologie structurale II*, Paris, Plon, 1974, p.47-48.

pouvons-nous appréhender le patient et les séances de manière objective ? Quelle place tient le contre-transfert dans la perception du patient ? Cette non-neutralité permet-elle d'ouvrir une approche scientifique de l'objet ? Si oui, à quelle place pouvons-nous la positionner dans la démarche du chercheur ? Comment rendre alors scientifique la restitution du terrain de par les éprouvés transférentiels <-> contre-transferts ?

« À partir du moment où le sociologue (ou psychologue) ne se préoccupe pas de l'essence de l'homme, mais uniquement des faits produits par lui (par exemple les passages à l'acte), et qui ne le concernent pas en tant qu'individu, rien ne l'empêche de traiter ceux-ci avec la même rigueur et le même souci d'objectivité que les phénomènes naturels. Rien ne l'empêche de se mettre dans l'état d'esprit où sont physiciens, chimistes, physiologistes, quand ils s'engagent dans une région encore inexplorée de leur domaine scientifique. Il y aurait donc un objet déterminé de la sociologie (ou psychologie), comme il y a un objet déterminé de la linguistique (étude de la langue) »⁷².

« Freud parlait de la sympathie qui existe entre l'inconscient d'une personne et celui d'une autre, et il disait que nous pouvons comprendre l'inconscient d'une tierce personne uniquement par le nôtre. On ne peut expliquer convenablement ce que sont l'amour, la colère, la jalousie, l'angoisse, et les mots ne peuvent expérimenter ce que l'on entend par "dépression" et "euphorie". Mais si on a vécu ces états d'être, on sait ce qu'une autre personne doit pouvoir ressentir. Lorsque nous sommes en empathie avec quelqu'un, nous sommes très près de lui ; nous le comprenons beaucoup mieux que si on devait se contenter de ce qu'il nous dit. Les plus grands poètes doivent eux-mêmes recourir au langage symbolique pour transmettre

⁷² P-A. Miquel, *Epistémologie des sciences humaines*, Poitiers, Nathan, 1991, p. 5.

au lecteur leurs sentiments profonds. Ils parlent par métaphores, par allégories, parce qu'aucune expression directe ne peut suffire à leur but. Pour découvrir leur signification, nous devons lire entre les lignes et tenir compte de ce que le langage symbolique évoque dans notre inconscient »⁷³.

Penser l'objet de recherche à partir d'une psychothérapie, permet – comme nous l'avons vu – d'appréhender celui-ci avec une profondeur de l'approche : le patient dévoile sa vie psychique avec une « certaine honnête » qui diffère du discours déposé lors d'une expertise par exemple. La confidentialité des séances permet notamment de pouvoir s'exprimer librement, alors que la parole remise pour un dossier pénal, dénote par avance que celle-ci sera entendue par les protagonistes du procès (le juge, les avocats, la famille de l'intéressé, la victime, la famille de la victime, etc.).

Le lien qui s'établit dans une psychothérapie, entre le psychologue et le patient sera influé par des mouvements psychiques qui vont interagir entre ces deux-derniers. Rappelons que le patient va projeter tout son système défensif sur son thérapeute. Par exemple, un patient hystérique avec des défenses autour de la séduction, va provoquer des « tentatives d'envoûtement » durant ses séances, qui peuvent être subtiles au point de passer inaperçues. Le thérapeute se sentira alors - pendant et/ou après la consultation - comme « séduit » par son patient. Avec un sujet ayant des tendances psychopathiques, les entretiens qui ont pour caractéristiques une froideur et un vide sidérant - malgré le flux de parole - peuvent engendrer un « désintérêt » du psychologue, avec un sentiment de n'avoir aucune empathie pour l'intéressé. Avec un souffrant qui a grandi dans un schéma familial où la transgression fut omniprésente, la dynamique thérapeutique peut provoquer des mouvements inconscients chez le thérapeute ; l'amenant à transgresser son cadre thérapeutique, etc. Et oui, le transfert ne laisse pas

⁷³ B. Bettelheim, *Pour être des parents acceptables*, Paris, Robert Laffont, 1988, p. 100-101.

indifférent car le thérapeute devient le réceptacle des mouvements de son patient. Rappelons d'ailleurs combien S. Freud évitait d'utiliser ce terme :

« L'une des raisons pour lesquelles Freud se méfiait du contre-transfert est qu'il craignait qu'il ne s'agisse d'une sorte de transmission de pensée, qui pourrait évoquer l'occultisme et porter atteinte au sérieux de la psychanalyse. Déjà en 1925, il écrivait à Ferenczi qui voulait écrire sur le contre-transfert : « Je vous mets en garde là contre. Ne le faites pas... Avec cela, vous lanceriez dans l'édifice psychanalytique une bombe qui ne manquera certainement pas d'exploser. » Ferenczi a passé outre, bien des années plus tard, et a ouvert la voie à une théorisation du contre-transfert qui permet aux psychanalystes contemporains, en reprenant aussi la notion d'identification projective de Mélanie Klein, élève de Ferenczi, de rendre compte de ces phénomènes interpsychiques »⁷⁴.

Très souvent, et ce tout au long de notre pratique, un grand nombre de nos collègues (infirmier, éducateur, assistance sociale, etc.) nous demandent de définir le transfert<->contre-transfert : « de manière imaginée et facile pour la compréhension ». Les raisons proviennent de différentes définitions pouvant être données (comme par exemple avec l'écart se trouvant entre S. Freud et J. Lacan). Nous utiliserons dans cette recherche, la définition que nous donnons à nos équipes, à travers la métaphore du peintre et de la toile. Le patient est le peintre, et le thérapeute est la toile. Durant la séance, le patient va projeter/peindre multiples mouvements/couleurs sur la figure/toile qui se trouve en face de lui (transfert). Pendant la séance et après, le thérapeute devra regarder sa toile pour voir ce qui apparaît et ce qu'il ressent face à la peinture qui a été dessinée par le peintre (contre-transfert). C'est donc ce matériel (la toile) qui permet de nommer la dimension contre-transférentielle, selon notre définition du concept, qui se trouve davantage en accord avec les perspectives freudiennes.

⁷⁴ S. Korff-Sausse, S. Ferenczi, *Le traumatisme*, Paris, Payot et Rivages, 2006, p. 26-27.

Evidemment, beaucoup peuvent ensuite répondre : « mais la toile, au départ, elle n'est pas blanche (neutre) car le soignant a aussi son histoire personnelle, sa subjectivité, etc ». Effectivement, la toile ne peut être blanche, mais nous partirons du principe que le psychologue aura effectué un travail d'analyse personnel et approfondi, pour être pleinement conscient de son intériorité / sa toile. A savoir, si son intériorité représente le tableau « Jeune femme au miroir »⁷⁵, il aura assez de connaissances sur celui-ci pour savoir à partir de quelles couleurs, de quelles formes, et de quels mouvements, celui-ci se représente. Toutes modifications (nouvelles couleurs, nouvelles formes, nouveaux mouvements qui viendront s'y inscrire) proviendront du peintre/patient⁷⁶.

Nous voyons combien le contre-transfert est un outil de travail fondamental, autant dans la pratique - parce qu'il nous donne des informations sur la dynamique psychique du patient mais aussi sur son histoire – autant que dans la démarche scientifique – car il permet d'en apprendre davantage sur le fonctionnement de l'intéressé -. Nous dirions même, que de ne pas approcher l'objet de recherche en réfléchissant sur son contre-transfert, serait l'équivalence à diminuer l'approche scientifique. Dans sa méthodologie, tout chercheur en Sciences Humaines, se devrait donc d'appréhender son objet d'étude « humain » avec cet outil. D'où l'importance de signifier que chaque cas clinique présentés dans cette étude de recherche, témoigneront des éprouvés contre-transférentiels. De plus, la rédaction sera impulsée par le contre-transfert. Cette « non-neutralité » doit être appréhendée comme une partie intégrante du travail de chercheuse.

« Prenons donc Winnicott au pied de la lettre lorsqu'il nous demande, d'entrée, de considérer l'analyste comme un chercheur : « Appelez-le, dit-il,

⁷⁵ Tableau de Pablo Picasso.

⁷⁶ Bien sûr, comme nous sommes humains, nous nous modifions selon les cycles de la vie, et donc le thérapeute se doit d'en avoir conscience. D'où l'importance de refaire « quelques tranches d'analyse » tout au long de sa pratique, afin d'être bien au clair avec sa « toile intérieure » (pour les patients).

un chercheur en psychanalyse » - le terme revient sous sa plume à trois reprises. Que peut bien signifier pareille insistance ? « La recherche psychanalytique, écrira-t-il vingt ans plus tard, n'est pas réductible au modèle de la recherche en sciences physiques. Chaque analyste fait de la recherche mais elle n'est pas planifiée parce qu'il est obligé de suivre les besoins changeants et les étapes de maturation de la personne en analyse. Il ne peut se soustraire à cette loi. On ne fait pas dévier un traitement pour les besoins de la recherche, et jamais le cadre d'une observation ne peut être reproduit. Le mieux est que l'analyste regarde en arrière ce qui s'est passé, le compare à la théorie et modifie la théorie en conséquence »⁷⁷

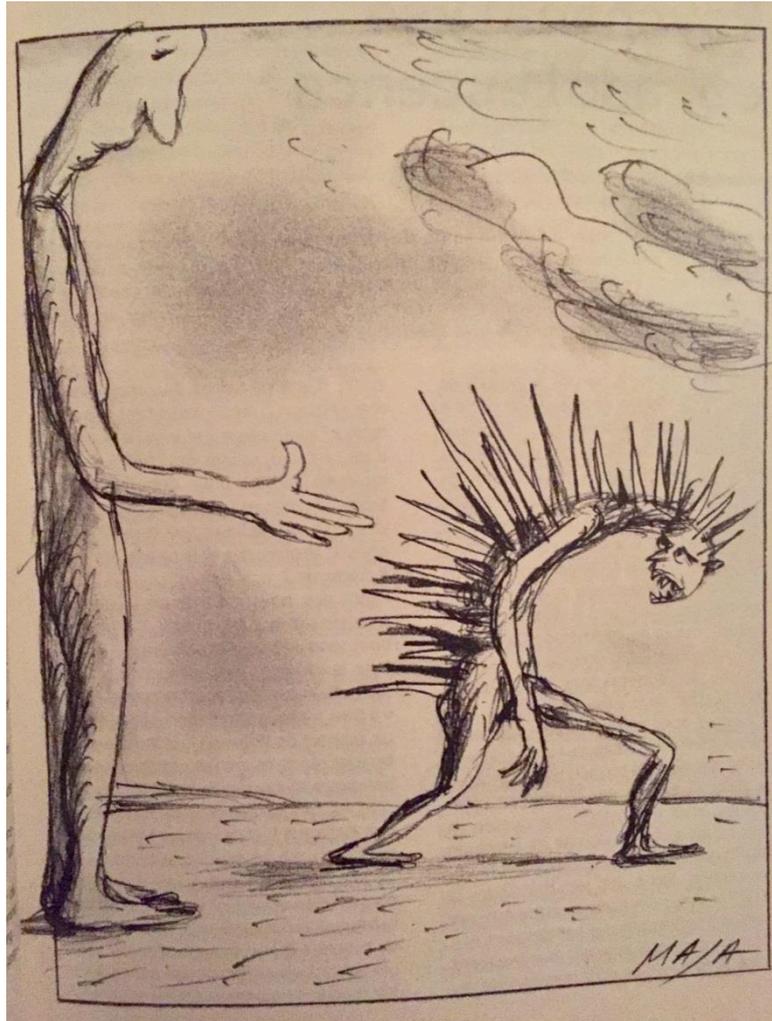
« Selon certains épistémologues, la neutralité axiologique est impossible ou très difficile à réaliser dans la pratique. Ces philosophes de la science insistent sur l'incontournable subjectivité qui caractérise toute observation de la réalité. Un sujet, disent-ils, ne peut regarder un objet avec une pure objectivité. Le regard de chacun est influencé par des prénotions culturelles ou autres. Ainsi, un ouvrier ne voit évidemment pas une grève de la même manière qu'un grand capitaliste. Pour le premier, c'est un moyen de pression servant à améliorer son sort. Pour le deuxième, c'est une menace à ses bénéfices (...). La neutralité axiologique serait donc impossible ? N'exagérons rien. Mais sa perfection l'est. Chaque chercheur doit donc être conscient que son regard sur les objets est influencé (...). Mais cette conscience n'empêche pas de faire des efforts pour tendre à des jugements de fait et non à des jugements de valeurs »⁷⁸.

« La psychanalyse travaille avec les forces les plus explosives, et il lui faut la même prudence et la même scrupulosité que le chimiste »⁷⁹

⁷⁷ S. Smirou, D. Winnicott, *La haine dans le contre-transfert*, Paris, Payot et Rivages, 2014, p. 16-17.

⁷⁸ F. Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Bruxelles, De boeck, 2007, p. 86.

⁷⁹ P. Guyomard, *Lacan et le contre-transfert*, p.31.



La rencontre de Daniel Maja

Que veut le psychanalyste ? En effet, ramener à la surface de la conscience tout ce qui en a été refoulé

Freud, Cinq leçons sur la psychanalyse

III/ PRATIQUE CLINIQUE

1) Présentation du terrain de recherche / Entretiens avec le personnel carcéral

Nous avons envisagé de présenter ce terrain professionnel par l'intermédiaire d'une parole réelle, à savoir à partir du discours prononcé par ceux qui travaillent au quotidien dans l'univers morbide de la faute. De ce fait, nous avons décidé d'interroger les salariés qui exercent depuis de nombreuses années au centre pénitentiaire de Meaux. Qui sont-ils ? Que nous disent-ils de leurs réalités professionnelles ? De leurs affects ? De leurs rencontres avec les détenus ? Nous avons proposé des entretiens à sept membres du personnel. Chacun d'entre eux représentant une fonction et un rôle différents : infirmiers, médecins, psychiatres, psychologues, surveillants et intervenants extérieurs.

David D., Surveillant détaché syndical

- Bonjour
- Bonjour, merci de me recevoir.
- Je vous en prie c'est avec plaisir de vous aider dans votre travail de recherche et puis vos arguments m'ont convaincus. Vous pouvez commencer l'entretien sans problème, je répondrai à toutes vos interrogations.
- Alors, la première question qui me vient à l'esprit, c'est de vous demander si le métier de surveillant en centre pénitentiaire est une vocation ?
- *(Rire)* Olala, non ! Croyez-moi, pour tous, ce n'est pas quelque chose qui a été prévu ... Vous savez, nous sommes plus des personnes qui ont eu pour rêves d'être pompier,

policier mais vraiment pas surveillant de prison. Je ne crois pas qu'il y ait une vocation pour ce métier. On vient ici de manière hasardeuse, enfin je veux dire, non pas pour une raison de passion du métier ou je ne sais quoi d'autre. Je pense que nous exerçons ce métier, pour la majorité d'entre nous, afin d'entrer dans la fonction publique. Avant, j'étais cadre logistique mais mon contrat me donnait beaucoup d'inquiétudes concernant l'avenir avec cette entreprise. Donc j'ai passé des concours et me voilà.

- À quel âge, avez-vous redémarré votre carrière ?
- Il y a dix ans, j'avais trente-cinq ans. Vous savez, la plupart des surveillants viennent ici parce qu'ils ne trouvent pas d'autres emplois permettant une sécurité financière. Nombreux avaient un autre job avant de commencer à travailler en détention.
- Comment s'effectue ce nouvel apprentissage ? Sur combien de temps s'organise la formation ?
- Elle dure quatre mois. Vous allez apprendre beaucoup de choses autour des gestes professionnels qu'il faut adopter. A savoir comment gérer les situations d'urgence telles que les bagarres, les agressions, les tentatives de suicide, etc. Ensuite, on vous immerge à la découverte de la prison. C'est une immersion assez rapide et assez bouleversante, je trouve... mais structurée par l'enseignement.
- Que remarquez-vous après cette formation ? Je veux dire, entre ce que vous avez appris théoriquement et ce que vous avez constaté en pratiquant ?
- Que l'on est obligé de s'adapter face à des écarts qui sont là, qui sont bien présents. Je veux dire par exemple : que les détenus consomment des toxiques, il y a des lames de rasoir, des portables, tout plein de choses qui circulent.

Vous savez en France c'est différent par rapport à l'Amérique, l'Australie ou ailleurs. Ici, il y a la liberté des détenus. Pour vous dire, c'est quelque chose de très visible, c'est uniquement en France, en tout cas c'est très fort dans notre pays : on ne considère plus l'uniforme.

- Observez-vous que pour certains, il est difficile d'être confronté à un représentant de la loi, de la limite si je puis dire ?
- Oui, oui, c'est exactement ça. Cela peut provoquer du rejet ou même du déni envers ceux qui portent l'uniforme...
- Alors comment faites-vous face à ce discrédit ? Face à cette violence que provoque l'uniforme ?
- C'est très compliqué à gérer. Je vais vous donner un exemple qui est arrivé et qui répondra, je pense, à votre question. Il y avait un détenu pédophile qui avait abusé sexuellement de son fils. Il est arrivé très arrogant et déconcerté par le fait d'être incarcéré. Face aux surveillants et pour les provoquer, il n'a pas hésité à dire : « Que mon fils était bon à baiser ». Et là, face à cela, vous ne devez pas répondre. C'est très dure, très éprouvant, voyez-vous ?
- Comment faites-vous pour garder la neutralité professionnelle requise ?
- Si vous êtes assez mature, stable dans votre tête, vous pouvez passer outre et rester neutre en argumentant intérieurement quelque chose de ce genre : « Gros déglingué celui-là ». Mais pour les novices où je dirai même pour tous, dans nos premières expériences comme telles, cela n'est pas facile du tout... et même parfois en fin de carrière puisqu'il y a un épuisement. C'est très difficile. J'ai un autre exemple qui me vient en tête afin de vous montrer combien ce métier est éprouvant : Durant un parloir, au

moment où l'enfant devait dire au revoir à son père puisque le temps de rencontre était terminé, il est venu pleurer sur mon épaule... Il me demandait plus de temps avec son papa... c'était terrible pour moi. Ce type de situation ne peut pas vous laisser insensible...

- Comment vous ainsi que vos collègues pour gérer tous ces éprouvés du quotidien carcéral ?
- Vous savez, il y a beaucoup de séparation, de divorce dans les couples dès lors où l'un des deux partenaires travaille en prison. L'épuisement psychique est là, les plannings sont très difficiles. Par exemple, vous travaillez souvent durant des dates telles que Noël, pour les anniversaires, les grands événements, etc. On a une nuit obligatoire par semaine aussi. Vous ne décidez pas de vos horaires non plus. Bref, les couples en prennent un coup. Il y en a beaucoup qui craquent et qui tentent de trouver du refuge dans l'alcool, les drogues ... hum, c'est triste, mais c'est la vérité. Il y a aussi un second cas de figure. Certains sont complètement pris par la prison : ils vivent avec la prison, ils mangent avec la prison, ils baisent avec la prison...
- Les plus jeunes, les plus vieux ?
- Oh, je ne pourrai pas vraiment dire mais nombreux. Pour les plus jeunes, j'ai remarqué qu'ils se défendent plus avec le paraître. Voyez, ils ont un bon salaire, la sécurité de l'emploi donc ils peuvent faire des crédits, acheter des voitures, tout plein de choses.
- Et vous ?
- Vous savez ... travailler avec l'humain, les émotions, les liens ... c'est très dur. J'ai remarqué qu'il était préférable de ne pas créer de lien finalement, de ne pas dire aux autres qui vous êtes... de façon à éviter la proximité. Que les gens

puissent connaître autre chose que vous même. Ceci permettant un écart finalement ... pas de vrai lien, voyez-vous ?

- Oui tout à fait. Du coup, cela m'emmène à vous demander si vous consultez des superviseurs, des psychologues afin d'avoir la possibilité de libérer une parole qui est finalement contenue lors de ces rencontres avec l'écart dont vous parliez ?
- Pour certains, en effet. Ils vont voir la psychologue du centre pénitentiaire. J'en vois, ils sortent de son bureau et hop, ils vont beaucoup mieux d'un coup. Ça leur a fait du bien de parler. Pour moi, ma thérapie c'est le sport (*rire*).
- Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé ainsi que pour l'honnêteté de vos réponses.

Laurent D., Intervenant Sportif / Moniteur-Surveillant.

- Bonjour, merci d'être venu.
- C'est avec plaisir.
- Alors comme je vous le disais, j'aimerais que vous me racontiez votre expérience, votre vécu au sein de votre profession.
- Ça fait six ans que je suis sur le terrain et trois ans avec le diplôme de sport.
- Que faisiez-vous avant ?
- Durant quinze ans, j'étais en pâtisserie. C'était des CDD alors bon ... au bout d'un moment, on veut quelque chose de plus certain. Vous savez, la sûreté du poste.
- Auriez-vous pensé auparavant que vous travailleriez en prison ?

- Alors ça jamais ! Pour vous dire, j'ai même eu le choc carcéral.
- Le choc carcéral ? Pouvez-vous m'en dire plus ?
- C'est quelque chose qui vous submerge, c'est intense, c'est déboussolant ... et il faut un temps pour comprendre et accepter une situation où l'imprévisible vous absorbe. Vous savez, vous êtes en formation durant 4 mois avant d'être salarié. Pendant celle-ci, vous allez dans une prison et vous accompagnez les surveillants qui sont en poste officiel. C'était donc ma première rencontre avec le terrain. Durant une promenade, il y a eu deux détenus qui ont commencé à se bagarrer et très vite, j'ai vu dix, vingt, trente personnes se mêler à l'interaction. Les autres détenus sont arrivés si vite. Je n'ai pas honte de le dire mais j'ai eu terriblement peur. Vous savez l'effet de groupe est intense : les cris, les mouvements. En plus, vous ne repérez plus où sont les détenus, où sont les surveillants, ni même qui frappent, qui cachent, qui donnent quoi ... tout se confond. C'est terrible car vous vous sentez fatalement perdu. Finalement, face à la violence, l'angoisse, l'inconnu, l'imprévisible... il y a juste une chose qui tient : l'engagement est premier et la peur ne doit pas l'emporter.
- ... Comment se passe la vie en milieu carcéral ? Je veux dire, vous intervenez avec une activité qui est le sport. J'imagine que là, il y a quelque chose d'autre qui se produit au delà de cette violence.
- Vous représentez, j'imagine, une sorte d'évasion pour eux, car ils vont pouvoir extérioriser par le sport. Ils vont pouvoir s'évader durant un court instant. C'est comme un moyen de libération.
- Combien d'heures de sport sont proposées aux détenus ?

- Deux heures par semaine.
- Uniquement ?
- Oui, mais c'est la base. Ils peuvent avoir aussi deux heures en plus de musculation et deux heures en plus de terrain sport. Enfin, c'est lorsque le lieutenant du bâtiment donne des bonnes appréciations, c'est à dire, si le détenu a eut une bonne conduite et bien il peut bénéficier d'heures en plus.
- Vous êtes combien de moniteurs et combien d'élèves ?
- Trois moniteurs au gymnase pour trente personnes maximum et quarante personnes maximum au terrain.
- Comment qualifieriez-vous le lien entre moniteurs et détenus ?
- Pas de respect. Que cela soit les détenus envers les moniteurs et inversement. J'ai déposé déjà trois plaintes en justice. Pour des menaces envers ma famille. Voyez-vous, je peux accepter toutes sortes de provocations, d'agressivités. Mais dès lors où il y a des menaces du type : « Tu vas voir quand je sors d'ici, je te retrouve. Dis-toi que je sais que tu as une fille et que je lui ferai la peau ». Là, je ne peux pas laisser faire.
- Comment faites-vous pour gérer ce quotidien ?
- Ce n'est pas facile du tout. Vous savez votre comportement change, vos pensées changent. Parfois, on devient plus impulsif, moins présent. Ma femme m'a dit : « Ce métier va te bouffer ». C'est vrai, c'est un métier prenant.
- Alors comment arrivez-vous à couper votre esprit de l'environnement professionnel ?
- Le sport. C'est plus qu'important de ne pas toujours penser au travail. En tout cas, il faut tenter de garder cet objectif en tête.

- Pour terminer cet entretien, auriez-vous une anecdote que vous souhaiteriez partager ?
- Non, je ne vois pas ? Ha oui, j'en ai une. Lorsque j'étais à Fresnes, il y avait un patient qui parlait aux mouches. Les mouches étaient ses amies. Sa cellule était crade et il y avait, je ne sais pas moi, peut-être trois, quatre ou cinq mouches qui vivaient avec lui semble t-il. Bref, un jour, je suis rentré dans sa cellule et il m'a sorti « Vous avez fait partir mon amie la mouche ! ». Il était dévasté par la disparition de sa mouche ...
- Ha...
- Oui, comme vous dites « ha ! ». Que dire face à cela ? Des choses parfois bizarres se produisent. Les gens peuvent être agressifs mais aussi étranges. On ne sait pas trop comment réagir, comment faire face à ce type de bizarrerie.
- Quelle réaction adoptez-vous en général lorsque ces situations se produisent
- Je le signale directement à la hiérarchie afin que cela circule jusqu'à vous, jusqu'aux équipes de soin mais aussi j'informe le lieutenant du bâtiment.
- Je vous remercie pour cet échange. Ce fut vraiment très riche.

Frédéric L., Infirmière Psy

- Lorsque l'on fait une formation pour devenir infirmière psy, prévoit-on d'aller pratiquer en centre pénitentiaire ?
- Ha non, du tout. J'ai travaillé dans le secteur psychiatrique hospitalier et je pensais continuer dans ce type de lieu. Mais

dans le cadre d'un remplacement, on m'a demandé de travailler quatre mois en Prison.

- Comment avez-vous appréhendé ce nouveau terrain professionnel ?
- Avec de l'incompréhension, de l'angoisse et surtout beaucoup d'imaginaire. Cet imaginaire a été construit avec les idées reçues par la télévision, la presse, les polars, etc. C'est la peur généralisée du citoyen qui se fait des théories, des idées sur ce qui le dépasse et surtout sur ce qu'il refoule de lui-même. J'étais complètement prise dans des appréhensions, des fictions...
- Ce qui m'amène alors à vous demander, comment êtes-vous sortie de cet imaginaire ?
- En travaillant sur moi par l'intermédiaire d'une analyse. À vrai dire, sans celle-ci, je ne pense pas qu'il me serait possible de travailler ici. Non seulement ce terrain suscite de nombreux affects mais surtout, cet espace engendre massivement des retours contre-transférentiels très forts. Au point que cela vous contamine parfois même après la journée de travail... enfin surtout au début.
- À présent, comment le vivez-vous ?
- Pour être honnête, le plus pénible à ce jour, c'est le manque de rigueur... par rapport à l'administration, par rapport à certains patients difficiles ou encore par rapport au secret médical. C'est très déroutant car il faut savoir travailler en urgence, en improvisation complète et parfois en désaccord avec certains principes professionnels auxquels on peut parfois être accrochés. Enfin, c'est les aléas de tous métiers, on ne peut pas toujours faire comme on veut. Quoi qu'il en soit, ce métier est très déroutant pour toutes ces choses mais

disons le aussi, il est surtout très enrichissant. C'est d'ailleurs pour cela que j'ai décidé de pratiquer en prison.

- Qu'est ce qui vous intéresse le plus dans la pratique en milieu carcéral ?
- Pour moi, c'est vraiment toutes les questions et tous les raisonnements qui défilent lors des différentes rencontres avec les personnes incarcérées ... surtout avec les auteurs d'agressions à caractère sexuel. D'ailleurs, je fus vraiment surprise de constater la qualité du lien avec ces patients ... Je veux dire qu'au début, je pensais rencontrer des psychotiques, des personnes déconnectées de la réalité avec qui les échanges seraient plutôt du côté de la bizarrerie, de la scotomisation de l'autre, etc. Hors, ces gens sont comme vous et moi. Ils peuvent être à la fois les mêmes que vous, que vos voisins, que votre fratrie, etc. Loin sont les idées reçues ... je veux dire que la plupart des patients ne sont ni schizophrènes, ni paranoïaques. On se retrouve dérouter par ce constat. Ces gens si normaux et au final, capables d'aller jusqu'à la folie de l'acte.
- Comment comprendre justement cette folie de l'acte ?
- Je pense que c'est l'humain avant tout. Parfois, des choses de la vie se produisent et certains événements viennent comme un bouleversement, c'est quelque chose qui fait basculer l'organisation psychique. Dans les débuts, je fus très perturbée face à ce constat ... il y a des choses que l'on ne suppose pas en soi et ces rencontres viennent vous mettre le nez dedans. Puis, c'est toujours stupéfiant de constater combien certains avaient une vie comme vous et moi avant l'incarcération. Rien n'aurait pu laisser penser, prédire l'acte monstrueux qui surviendrait. Je vais même avouer que cette idée me faisait pleinement peur au début... Comment ne pas

l'être face à la violence, face à la cruauté que le crime ou l'agression renvoie à celui qui entend le récit. Il m'arrivait même, au commencement de ma pratique, d'être contaminée par des angoisses tellement fortes que je n'arrivais même plus à gérer mes relations personnelles, que cela soit avec mes enfants, mon partenaire, ma famille ... Ce terrain vous fait travailler psychiquement autour du rejet, du dégoût mais aussi autour de la violence.

- Comment dépassez-vous tous ces éprouvés ?
- Je vais être franche et même si cela peut parfois en faire crier plus d'un ... Pour moi, si vous ne faites pas un travail analytique à côté, vous ne vous en sortirez pas indemne. Et nombreux ne se rendent pas compte de ce fait et c'est bien dommage ...
- Vous prêchez une convaincue (*rire*).
- Et puis, il y a aussi le travail de la sublimation pour travailler toutes ces choses qui s'animent psychiquement. A ce jour, je m'implique beaucoup à transmettre. Je participe à des séminaires et j'anime des formations.
- Quel est l'axe d'étude qui vous intéresse et que vous apportez dans les séminaires ?
- Tout ce qui touche de près ou de loin : aux passages à l'acte à caractère d'agression sexuelle. Comment faire du soin avec des personnes qui par exemple ont une attirance pour les enfants ou encore comment travailler avec les défenses spécifiques de certains sujets, telles que le clivage, le déni, l'identification projective.
- J'imagine que votre parcours en psychiatrie hospitalière vous a permis aussi de creuser la question ?

- Oh que oui. D'ailleurs, il faut avoir travaillé avec la psychose pour comprendre davantage ce qui se joue avec les sujets incarcérés.
- Je vous remercie pour votre participation, ce fut très enrichissant.

Emmanuelle D., Médecin Généraliste

- Alors pour commencer, j'aimerais, si vous le souhaitez, que vous me racontiez les raisons qui sollicitent des femmes médecins telle que vous, à pratiquer en milieu pénitentiaire ?
- À vrai dire, j'ai été saisie durant mes études par les travaux d'Anne Véronique Vasseur, médecin-chef à la prison de la Santé. Elle dénonce combien le sanitaire, le soin est complètement mis de côté pour ces sujets qui purgent une peine courte ou longue. A partir de ses rapports, de nouvelles choses apparaissent comme avec la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Ceci a modifié le paysage de la prise en charge sanitaire des personnes détenues en les intégrant au système de santé du droit commun. Il y a alors la mise en place d'une politique de santé publique susceptible d'apporter des réponses à la hauteur des problèmes rencontrés. Notamment avec le dépistage des affections fréquentes et graves rencontrées chez les personnes détenues afin que les soins appropriés leurs soient prodigués sans délai, avec des dispositifs de prévention pour la santé mais aussi une qualité des soins curatifs égale à celle des soins dispensés en milieu libre, pour les pathologies somatiques et

psychiatriques. Finalement depuis le décret de 99, l'infirmierie pénitentiaire appelée UCSA (unité de consultations et de soins ambulatoires) et appelée à présent US (unité sanitaire) ne dépend plus de la prison mais de l'hôpital. Ceci a stimulé ma curiosité même si au départ, je me suis retrouvée ici par la force des choses ...

- C'est à dire ?
- On était obligé d'aller consulter certains patients en prison de manières ponctuelles lorsque je travaillais à l'hôpital. Finalement, par cette expérience qui était pensée au départ pour ma part comme une contrainte, celle-ci a pris peu à peu une nouvelle voie. Cette expérience a vivement éveillé ma curiosité car le champ du soin est très large en centre pénitentiaire. La collaboration entre le somatique et la psychiatrie est présente et cette possibilité permet d'orienter le soin et de faire un véritable suivi. On se sent utile, je veux dire que cette continuité des soins évite la rupture de la prise en charge à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire et lors du retour en milieu libre... C'est un terrain qui permet de pouvoir faire une véritable prise en charge, un vrai travail de transmission institutionnelle.
- Ce qui m'amène à vouloir savoir comment penser la question du corps avec ces patients ? Comment se passe la rencontre du médecin-patient autour de ce signifiant qu'est le corps ?
- Alors, tout d'abord, je tiens à préciser que je ne porte pas de blouse. C'est un choix que je fais parce que je me positionne vraiment en tant que médecin traitant. Dans mon imaginaire et comme dans le leurs : la blouse va susciter des représentations multiples mais surtout des représentations angoissantes. Vous savez la blouse du médecin est souvent

associée à l'hôpital et évidemment, elle est associée à tout ce qui en découle : chirurgie, douleurs, chocs, effrois, etc. Je ne souhaite pas que les patients puissent m'associer à ces représentations. Je veux qu'ils m'envisagent comme médecin traitant, ce qui est différent et offre une ouverture toute autre dans la rencontre.

- Ce n'est pas pareil lorsque l'on consulte un médecin à l'hôpital et un médecin dans un cabinet en ville ?
- Non, c'est totalement différent. En ville, le patient vient de lui-même, en prison, on le rencontre pour lui dire qu'il peut avoir accès aux soins. De plus, à l'arrivée, il a l'obligation de faire un entretien de santé complet. Du coup, je pense que la rencontre se passe de manière différente et ce, même dans la relation orale et corporelle. Donc en effet, je vais devoir toucher leurs corps pour constater ce qu'il en est. Je pense que pour la plupart d'entre eux, je représente alors celle qui peut dire des choses sur leurs douleurs, leurs sensations... ce qui amène une relation respectueuse pour la majorité. D'ailleurs, j'ai été surprise de constater une chose très prégnante avec les sujets incarcérés. Comme vous le savez, les patients viennent pour des motifs et/ou des plaintes physiques. Contrairement à ce que j'ai observé dans mes consultations à l'extérieure où la plupart des patients s'empressent de vous montrer leurs corps, de vous pointer visuellement la localisation de la douleur, etc. Ici, ils vont vous dire par exemple : « J'ai des petits boutons dans le dos qui me démangent, pouvez-vous me donner un médicament pour calmer cela ? ». C'est surprenant ... il faut alors que je les sollicite moi-même afin qu'ils se déshabillent pour que je puisse ausculter. Ils ne me montrent pas la plaie, le lieu

de la souffrance et de la douleur, sans que je ne leur demande.

- Ils protègent leur corps ?
- Je ne sais pas... oui ça peut être ça... en tout cas, c'est vraiment très surprenant et différent des consultations en cabinet par exemple. C'est vraiment moi qui dois les guider pour que l'examen puisse s'effectuer. Bien sûr, mais c'est très rare, pour quelques patients cela peut déboucher vers une défense sexuelle. Il m'est arrivé d'être face à des patients qui font des propositions, des demandes amoureuses, etc. C'est vraiment très rare, je le précise mais cela arrive et ce, même en cabinet.
- Comment faites-vous face à ces types de demandes ?
- Je recadre de suite la situation en montrant combien mon rôle et ma fonction sont de les accompagner dans le soin. Qu'ils peuvent me parler si besoin, que je suis là pour les aider dans les troubles auxquels ils sont confrontés mais que je ne suis pas là pour ces autres demandes. Si je vois malgré tout, combien cela reste compliqué pour le patient d'être examiné par une femme, je vais alors le présenter à un médecin homme.
- Comment se passe la toute première rencontre avec les patients lors de l'entretien du bilan médical, dont vous me parliez ?
- La première rencontre se fait lors de la première semaine de l'incarcération. C'est d'ailleurs, le moment « clé » si je puis dire, idem avec les entretiens arrivants que font les infirmières. C'est lors de ces premiers échanges que nous allons pouvoir tenter d'instaurer un lien, une alliance si je puis dire. Si je deviens un objet bienveillant, le patient pourra vraiment investir son corps, sa santé mentale et

physique. D'ailleurs, lorsque ce lien est positif, les patients vont se mettre à parler et c'est durant ces moments là, que mes collègues et moi même saisissons la plainte ou la demande, ouvrant alors vers l'émergence de poursuivre ce qu'ils viennent de mettre sur le « tapis » dans un suivi médical, psychologique et/ou psychiatrique. C'est un vrai travail institutionnel que nous effectuons. C'est une écoute pleine et une sensibilité à la détresse... les patients ne sont pas dupes et ressentent ce genre de choses... d'où la liste d'attente très longue pour être reçu notamment par un psychologue. Le lien que nous mettons en place permet de créer de nouvelles demandes ; notamment de susciter un travail analytique-thérapeutique.

- Je vous remercie sincèrement pour cette honnête participation.

Stéphane S., Psychiatre

- Comme je vous l'avais dit, je souhaiterais que vous participiez aux entretiens qui font partie de mon chapitre « pratique clinique ». Je travaille à vos côtés depuis plus de six ans et j'aimerais vraiment retranscrire la façon dont vous abordez la rencontre clinique avec vos patients incarcérés. J'ai pleinement observé un véritable investissement de votre part. Une implication pleine au point de nouer un vrai lien thérapeutique... Contrairement à certains psychiatres rencontrés dans divers lieux professionnels qui se positionnent davantage autour de la prescription médicamenteuse. Vous êtes plutôt de ceux qui considèrent que la parole est salvatrice. Je veux dire que vous prenez vraiment le temps avec chacun d'entre eux. D'ailleurs les

entretiens durent environs quarante-cinq minutes. Pour un grand nombre des patients, vous arrivez à les guider vers des élaborations, des questionnements et surtout, apparait un véritable suivi dans le temps. Pouvez vous me rappeler depuis combien de temps exercez vous en milieu pénitentiaire ? Et comment êtes-vous arrivé ici,

- J'y travaille depuis 2007. Cet intérêt a pris toute son ampleur suite à un article de la psychiatre Sophie Baron Laforêt où elle démontre et témoigne que les soins psychiques sont possibles, importants mais surtout évidents face à ces sujets qui vont venir toucher une limite dans le Réel. Le soin en centre pénitentiaire est un « espace-temps » qui succède le passage à l'acte... Autour de cette réalité mais aussi à partir de l'incarcération, ces sujets vont alors pouvoir élaborer des choses mais aussi mettre une parole sur la folie de l'acte, sur le débordement pulsionnel, sur la représentation inacceptable, etc.
- Que constatez-vous à partir de votre expérience et de votre pratique avec ces sujets qui ont transgressés ?
- Au-delà d'avoir toujours été sensible aux pathologies psychiatriques, j'ai pu remarquer qu'il y avait avant tout, une vraie souffrance psychique au delà de la monstruosité des actes, au-delà des délits, au-delà de l'agressivité. D'où le fait, et j'en reviens à votre introduction du début d'interview, d'être dans une approche qui ne reste pas fixée aux traitements médicamenteux même si pour certains patients, c'est un soin obligatoire mais qui n'entrave pas l'accompagnement psychique et qui ne doit surtout pas l'annuler. L'importance c'est de créer du lien car c'est par ce lien que le soin pourra advenir.

- J'ai pu remarquer que vous utilisiez un outil de travail particulier dans vos approches, qui est de vous référer à la psychanalyse pour entendre et comprendre ce qui se joue durant les entretiens.
- Oui pour vous faire plaisir Madame la psychanalyste (*rire*). Je vous charrie, c'est ma passion ! (*rire*) Mais oui, bien sûr que cette approche est indispensable. Monsieur Claude Balier a éclairé la discipline de la criminologie merveilleusement bien, en montrant que les études de Freud, de Lacan et de bien d'autres, étaient plus que pertinentes pour penser les différents troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et bien sur les différentes organisations psychiques.
- Et pourtant, un grand nombre de praticiens réfutent cet outil de travail..
- L'outil psychanalytique est indispensable en détention. La psychanalyse n'est jamais impossible mais au contraire elle est indispensable. D'ailleurs je vous encourage dans votre lancée. Il faut prendre cette place et se positionner en tant que telle. Si on doit attendre qu'il y ait une création de postes de psychanalystes dans des lieux comme ici, on peut toujours attendre ! Je suis très militant mais c'est une vérité !
- Pouvez-vous à présent, expliquer la raison qui vous motive à accueillir certains de vos patients avec la présence du psychologue ? C'est une façon de travailler qui est assez unique. D'ailleurs avec cet espace possible, nous avons pu créer ensemble un nouveau dispositif de soin : « les thérapies triangulées ».
- C'est dans le partage des savoirs que chacun s'enrichit. Tout d'abord, c'est un fait : les transferts et les contre-transferts

vont être différents selon le praticien rencontré. Les patients se saisissent de la personnalité de celui qui est dans ce supposé-savoir, et inversement, l'écoute va être différente selon la subjectivité du psychiatre, du psychologue. Sans oublier la question de la différence des sexes qui entre en compte, à savoir un psychiatre homme et une psychologue femme... Ces différents éléments permettent d'accéder et de travailler pleinement avec la dynamique psychique du patient. Pour certains cela représente le couple parental, pour d'autres, ils vont scotomiser un des praticiens lorsque la question du tiers est compliqué. Nous avons même remarqué que pour d'autres, ils vont se saisir de cet espace contenant afin de projeter les représentations inacceptables sans crainte de l'effondrement. De plus, lorsque nous élaborons ensemble, en après-coup, les entretiens avec nos différents ressentis contre-transférentiels, on peut déployer toute une série de pensées. Divers aspects théoriques sont advenus d'ailleurs ce qui nous a permis de présenter des patients lors de divers séminaires. Cette configuration triangulée permet de saisir des choses qui n'ont pu être entendues par exemple dans ma position d'homme et pour vous, dans votre position de femme... L'histoire de vie de chacun, son passé, sa sensibilité, ses connaissances théoriques constituent une particularité dans l'écoute et elles sont différentes puisque chacun possède un vécu qui lui est propre. Ces différences subjectives permettent un véritable travail institutionnel.

- Oui c'est vrai, je vous rejoins pleinement dans votre pensée.

Gaëlle G., Psychologue clinicienne

- Merci de bien vouloir participer à cette petite interview. Est-il possible de vous présenter ?
- C'est avec plaisir. Alors je suis anciennement éducatrice et j'ai repris les études pour devenir psychologue clinicienne. Je suis intervenue sur le centre pénitentiaire de Meaux suite à un travail de recherche (doctorat qui était en cours). À ce jour, j'y suis embauchée.
- Entre la formation initiale et universitaire, quelles sont les différences avec le terrain « carcéral » ?
- Je n'ai pas de formation en criminologie. Cependant, j'ai eu un apprentissage autour de la psychopathologie. Mais, il est vrai, que le véritable enseignement se fait à partir des stages dans un premier temps, et par la suite avec la pratique. Les théories sont importantes mais c'est un domaine très vaste lorsqu'il s'agit de la rencontre avec un patient mais aussi concernant la prise en charge...Quel que soit le lieu de pratique d'ailleurs.
- Pour quel motif décide t-on de travailler en centre pénitentiaire ?
- Beaucoup de problématiques peuvent y être abordées, et il est vrai qu'elles m'apparaissent vraiment intéressantes. Je pense à trois axes notamment. Celui de l'enferment. Combien ce signifiant renvoie à de nombreuses représentations dans l'inconscient. C'est très riche « cliniquement » d'accompagner ces sujets incarcérés. Il s'agit souvent d'histoires de vie particulières, d'enjeux autour de la survie psychique, de traumatismes répétitifs qui apparaissent dans la question du passage à l'acte, etc. C'est vraiment passionnant. Le second aspect, c'est aussi pouvoir

et de devoir dépasser la question de *l'Imaginaire*, à savoir rencontrer le *Réel*. Quelque part, c'est aussi répondre à une certaine curiosité sur le fait de voir derrière les murs. Concernant le dernier élément, je dirai qu'il s'agit aussi d'une clinique très hétérogène... on ne se lasse jamais de par le grand nombre de thématiques qui y sont abordées... le champ d'investigation est très large. Ce sont vraiment les spécificités premières de la pratique en milieu carcéral. Je voulais aussi t'interroger de ce fait sur ton ressenti concernant le discours d'autrui concernant notre profession auprès des sujets incarcérés. D'ailleurs, pour ma part, j'ai même été face à des professionnels de santé se logeant parfois dans des résistances manifestent dès lors où nous abordons la clinique de la transgression. Cette dernière sollicite certaines angoisses et parfois de l'excitation. Il m'est arrivé que l'on puisse m'interroger sur mon désir avec des termes assez « dérangeant », je cite : « fascination pour le passage à l'acte » ou encore sur « intérêt morbide concernant le registre de la transgression ». (*rire*) que de résistance... Qu'en est-il du praticien qui travaille sur les notions de deuil, qu'en est-il de ceux qui prennent en charge les personnes souffrant de cancers, etc. ? Cela est-il plus noble ? Ou là aussi nous pouvons parler de fascination et d'intérêt morbide (*rire*). S'intéresser aux éléments qui poussent certains sujets à franchir les limites, à dépasser les interdits, c'est avant tout un travail de compréhension et de réflexion. De plus, le passage à l'acte ne résume pas le sujet. L'acte transgressif ne représente pas la personne. Puis, il y a des changements, des évolutions possibles après le recours à l'acte. Cela me fait penser à un patient qui est incarcéré pour des actes sexuels envers des enfants.

L'entourage et parfois même certains soignants le catégorisent de « pédophile », « c'est un pervers ». Chez ce dernier, la transgression ne se situe pas dans la jouissance de « l'objet enfant ». Le passage à l'acte opère lors de moment d'emprise vécue par sa relation conjugale. Sa compagne le « dévore », le « prive de son oxygène ». Ce sentiment de soumission et d'emprise profonde viennent se renverser par ses relations érotiques auprès de certains enfants. Nous sommes dans la dialectique du renversement de la situation : soumissions VS domination.

- Avez-vous des exemples ?
- Par association, cela me rappelle un patient incarcéré pour des attouchements sur ses enfants. Le juge et l'entourage avait notifié combien le sujet était dans une perversion. Lorsque j'ai commencé à travailler avec ce dernier, il me disait que pour lui ce n'était pas sexuel. Qu'il éprouvait une incompréhension face aux accusations. Selon ses dires, depuis sa petite enfance, sa mère vérifiait ses scelles et son anus car il y avait des cancers récurrents dans la famille, autour de cette zone. Il n'a fait que répéter ce qui lui a été prodigué. Cette angoisse de cancer menaçait ses enfants. De manières ritualisées, ces vérifications s'effectuaient une fois par jour jusqu'à ce que la voisine lui signifie combien cet acte était malsain. Le lendemain, cette dernière dénonça l'intéressé auprès d'un poste de police. Nous voyons dans ces divers exemples combien les choses sont beaucoup plus complexes que l'acte en lui-même.
- À partir de votre pratique, quels sont les éléments cliniques qui peuvent vous interroger à ce jour ?
- Disons que c'est tout autour du lien thérapeutique notamment lorsqu'apparaissent des défenses perverses. Le

cadre doit être contenant et structuré mais parfois, cet espace est attaqué de manière directe ou indirecte. Ils peuvent « éclater le cadre » : arriver en retard, rester dans le silence lors de la consultation plutôt que de verbaliser, menacer, etc. Reprendre toutes ces choses n'est pas souvent une mince affaire...C'est d'ailleurs la spécificité de cette clinique : de manière factuelle, il faut avoir une capacité d'adaptation continue (avec le patient mais aussi avec l'institution médicale et judiciaire). Il faut savoir être réactif, et pouvoir moduler le cadre selon le fonctionnement de chacun. Puis, il y a l'idée que contrairement aux consultations en libéral, dans le contexte présent, il faut que le thérapeute puisse faire émerger le désir d'un travail. Ce qui est possible dans une qualité de lien qui peut très vite opérer lors des premiers entretiens. Voilà ces petites réflexions qui sont en cours pour ma part.

- Comment pouvons-nous considérer l'idée d'une psychothérapie en prison sachant qu'elle n'ira pas à terme ; suite aux transferts des détenus de prison en prison. De plus, la question de la séparation étant non prévue, comment gères-vous celle-ci ? De même pour les patients ?
- Alors au départ, il est important de préciser le cadre auprès du patient. A savoir, la thérapie peut s'arrêter suite à un transfert. Ils pourront poursuivre mais avec un autre thérapeute. Cependant, pour certains, nous les rencontrons jusqu'à leur sortie définitive car c'est un centre pénitentiaire et non une maison d'arrêt. De plus, selon l'alliance thérapeutique et selon le désir du patient, il m'est arrivé de poursuivre avec certains dans mon cabinet, en libéral. Pour ceux qui auront accès uniquement à une thérapie brève, c'est aussi un temps où des choses vont pouvoir

émerger...Ceci n'étant pas rien, bien au contraire. Après, il est certain que la séparation peut parfois être éprouvante. Vous arrivez le matin, et vous attendez votre patient que vous recevez par exemple une fois par semaine depuis quelques années, et d'un coup, le surveillant vous apprend qu'il ne sera plus présent aux consultations de par le transfert de ce dernier dans une autre détention. La frustration et la déception vont alors être au rendez-vous...Ensuite le principe de réalité reprend le dessus, et il faut accepter ce Réel. Evidemment, on espère secrètement que le patient poursuivra ce qu'il a commencé.

- De nombreux praticiens rencontrés sur des lieux professionnels ou encore dans les universités, évoquent l'impossibilité de faire évoluer les structures perverses. Selon les arguments utilisés : ces sujets sont soumis à des mécanismes où la manipulation et les mensonges sont ancrés dans la personnalité de par le clivage du moi. Autre idée, il existerait une recherche de jouissance dans la transgression qui serait un mode de fonctionnement qui ne peut être modifié sous risque d'une décompensation. La perversion serait en soit une tentative de guérison.
- Il faut leur dire d'aller lire Claude Balier ! (*rire*). Non seulement il témoigne de son travail auprès de personnes incarcérées mais aussi des évolutions effectuées. Il possède un mode de pensée concernant l'accompagnement de ces sujets qui est fondamental. Une vraie connaissance de la question sous tendue d'une vive expérience de terrain... Dans les fonctionnements limites ou pervers, il faut entendre autre chose que le diagnostique. Il y a la question du trauma, la question des identifications à l'agresseur, les non-dits, etc. Il existe tout un panel d'éléments qui ne

demandent qu'à être captés pour ne plus être toxiques pour la psyché. Ce sont de sujets humains qui peuvent évoluer, s'interroger et se modifier comme toutes personnes ordinaires... Catégoriser une personne dans la « maladie » c'est la figer dans un espace... C'est la question de la rencontre qui est essentielle. Elle ouvre vers un autre espace qui peut être totalement inconnu de ce qu'ils connaissent auparavant. Une écoute, un regard, une parole...

- De nombreux auteurs qui possèdent une large expérience concernant la pratique carcérale, notamment avec Daniel Zagury, ou bien Claude Balier comme vous l'avez évoqué, témoignent de contre-transferts massifs. On note des notions telles que : contre-transfert haineux, meurtrier, vampirique et fusionnel. Qu'en pensez-vous ?
- À ce jour, je n'ai rien vécu de tel. Cependant, mon travail ne s'arrête jamais après la séance. Ce n'est pas : « le patient est sorti, et c'est terminé ». Au contraire, il y a tout un processus qui se produit entre les consultations... Au point de dire que cela soit envahissant, je ne sais pas... Beaucoup de questionnements, beaucoup de réflexions certes... *(rire)*. Je suis peut-être dans le déni ?! *(Rire)*
- Peut-être alors des contre-transferts autour de l'aversion ? Du rejet massif ?
- Ha oui, c'est marrant ça ! J'avais complètement occulté. J'ai pris en charge un patient envers qui j'éprouvais un rejet plus que massif ! Bon, cela a changé aujourd'hui. D'ailleurs, je le reçois en libéral en ce moment. Cette aversion était provoquée par tout ce qu'il dégageait de verbal et de non verbal. Il me renvoyait une image détestable avec beaucoup d'agressivité mais dans une passivité extrême. J'ai même envisagé pendant une longue période de faire une passation.

Après de multiples réflexions, j'ai saisi qu'il ne supportait pas ma place, ni ce que je représentais. C'était un ancien soignant. Il ne pourrait plus jamais pratiquer suite à cette incarcération. Ma présence lui était insupportable de par le deuil qu'il lui fallait éprouver et faire. Dans le début de la prise en charge, c'était moi qui devais éprouver ces sentiments désagréables dans mon corps et dans ma psyché car ils étaient beaucoup trop insupportables pour le patient.

- Ceci, me pousse à vous demander si un travail de supervision est obligatoire face à la pratique en milieu carcéral ?
- Légalement non, mais nécessaire oui. Cela permet une prise de recul afin de mieux ressentir notre positionnement face à certains patients. Je dirai cependant, qu'un travail d'analyse est prioritaire... Travailler avec notre inconscient et repérer nos mécanismes de défenses, nos fantasmes ... c'est la clé d'une prise en charge efficace avec nos patients. Plus notre écoute dépasse le registre défensif, plus le patient peut avancer à nos côtés. C'est fondamental dans cette profession. D'ailleurs Lacan a dit : « Il n'y a qu'une seule résistance, c'est la résistance de l'analyste. L'analyste résiste quand il ne comprend pas ».
- Je vous remercie pleinement pour cet échange.

2) Le travail clinique dans la prise en charge thérapeutique⁸⁰

Le "transfert" s'établit spontanément dans toutes les relations humaines, aussi bien que dans le rapport de malade à médecin ; il transmet partout l'influence thérapeutique et il agit avec d'autant plus de force qu'on se doute moins de son existence. La psychanalyse ne le crée donc pas ; elle le dévoile seulement et s'en empare pour orienter le malade vers le but souhaité.

Freud, *Cinq leçons sur la psychanalyse*

*« En réalité si je suis en prison,
c'est parce que je suis emprisonné dans ma tête. »*

Un patient

Le psychologue travaillant en milieu carcéral va tenter de comprendre le rapport entre les actes insensés et les sujets qui les produisent. Accompagner les personnes incarcérées sollicite le désir de soigner ces sujets aux fonctionnements limites et/ou pervers, mais aussi l'envie de comprendre comment chacun engage sa subjectivité dans l'acte criminel et les autres actes transgressifs.

À partir de notre pratique en centre pénitentiaire et à travers nos différentes rencontres avec de nombreux détenus incarcérés pour divers faits (délits, agressions sexuelles, meurtre, fanatisme religieux, etc.), nous avons pu observer combien certains se retrouvent déboussolés par l'acte qu'ils n'avaient pas

⁸⁰ Ce chapitre a fait l'objet de deux publications :

S. Germani, « La fonction du psychologue en milieu carcéral », dans la Revue *EMPAN*, 2017/4.

S. Germani, « La prise en charge thérapeutique en centre pénitentiaire », dans *Le journal des psychologues*, 2016/2.

prémédité. Nous pourrions même dire que pour certains ils se sentaient déjà coupables avant l'acte, par exemple, coupables d'exister, coupables d'avoir pensé des choses folles ou encore coupables d'avoir été épris d'un amour démesuré pour les parents. Tandis que pour d'autres, par la configuration sociale ou familiale, se manifeste une logique autour du préjudice, avec la demande d'un remboursement pour dédommager la souffrance subie et les carences connues. Ces sujets vont ainsi se vivre comme des êtres d'exception, avec l'idée d'avoir la possibilité de défier la loi.

Quelle que soit la faute commise, il s'agit pour le psychologue d'entendre ces sujets condamnés qui viennent le rencontrer à la demande des juges. Ces derniers leur ont verbalisé « la transgression » de l'acte qu'ils ont commis, puis ils leur ont conseillé un soin psychologique ou/et psychiatrique durant la détention. Suite à cette injonction, les détenus sont libres de refuser de rencontrer les cliniciens. Chacun avisera de la recommandation selon ses possibilités d'élaboration. Pour ceux qui accepteront de venir rencontrer un psychologue, nous observons un large panel de demandes : besoin de conseil ; besoin de parler ; besoin d'être écouté ; besoin d'être gratifié, rassuré ; demande d'un traitement, etc. Quel que soit le mode d'expression des demandes dans leurs contenus manifestes, en tant que psychologue nous savons, à partir de la théorie psychanalytique, que celles-ci peuvent receler des contenus latents, inconscients. Dans cette visée, toutes les paroles méritent alors d'être accueillies car elles peuvent parfois déboucher pour certains sur une question permettant de se « dégager » d'une fixation, d'un traumatisme, d'un mode de fonctionnement, mais malheureusement pour d'autres, de laisser la jouissance mortifère sera maintenue avec la répétition de passages à l'acte au sein même de l'incarcération.

Face à la parole ou face à l'acte que le détenu nous propose dans la rencontre clinique, « l'écoute » offre l'occasion à ces sujets d'accéder à un espace

qui diffère de ce qu'ils ont pu connaître auparavant. Cet espace d'écoute permet, pour nombre d'entre eux, d'utiliser le moment de la rencontre afin d'expulser des éléments non symbolisés (éléments bêta au sens bionien⁸¹). Ces représentations, ces affects et ces éprouvés toxiques, rejetés sur la figure « transférentielle » que représente le psychologue, permettront d'introduire à partir de l'analyse du matériel un temps de réflexibilité, d'interprétation et de compréhension pour le patient. En effet, l'écoute à visée analytique ouvre alors sur la dimension du *Nebenmensch* argumentée par Sigmund Freud, qui signifie : « l'être humain qui est là, à côté », traduisible comme l'être secourable qui tente, de manière attentive, de répondre à l'appel d'une souffrance, qu'il soit parent ou thérapeute. Pour Sigmund Freud comme pour Wilfred Bion, dans la rencontre clinique, il se construit une sorte de lien avec l'infans⁸² qui ne sait pas encore parler et qui est donc dans un état de *Hilflosigkeit*⁸³, qu'on peut traduire par dés-aide, en manque d'aide, en détresse. Il y a l'enfant qui avait appelé, qui avait crié et à ce jour, il y a l'infans du condamné qui continue de répéter cet appel, ce cri de dés-aide. Le travail du psychologue en milieu carcéral consisterait pour le praticien, représentant donc le *Nebenmensch*, à accéder aux éléments non symbolisables (aux éléments bêta) afin qu'adviennent des transformations psychiques par du symbolisable (en éléments alpha) avec un travail de traduction qui se manifeste par la possibilité de mettre des mots sur les maux.

« À cet égard, le travail [analytique] peut être mis en relation par certains aspects avec celui de l'historien. Il cherche à exhumer ces restes qui ne sont pas seulement oubliés par l'histoire mais qui n'en ont jamais fait partie, dans

⁸¹ W. Bion reformule ce que l'on peut rapprocher de ce que l'on nommait jusque-là des processus primaires et des processus secondaires. La fonction bêta correspond à la gestion des émotions brutes qui sont « encaissées » et qui « cherchent à être assimilées ». Une trop grande accumulation d'élément bêta provoque une « indigestion mentale ». Le psychanalyste devra alors transformer ces éléments bêtas avec le patient en des impressions sensorielles mises en images, c'est-à-dire en éléments alpha.

⁸² L'infans, terme introduit par S. Ferenczi (dans son ouvrage *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*), désigne l'enfant qui n'a pas encore acquis le langage.

⁸³ Cf : Dans la théorie freudienne, le terme « *Hilflosigkeit* » prend un sens spécifique : état du nourrisson qui, dépendant entièrement d'autrui pour la satisfaction de ses besoins, s'avère impuissant pour accomplir l'action spécifique propre à mettre fin à la tension interne. Pour l'adulte, l'état de détresse est le prototype de la situation traumatique génératrice d'angoisse.

la mesure où ils n'ont pas été intégrés par le moi, seul détenteur d'une histoire. Il s'agit de leur redonner droit de cité, de leur permettre d'entrer dans un discours, à l'encontre des solutions conservatrices et mortifères⁸⁴ ».

Par cette traduction s'offre la possibilité pour le patient détenu de se séparer de ses éprouvés par la parole, mais aussi d'accéder à une compréhension de lui-même afin de ne plus subir, de ne plus agir et de ne plus répéter sa souffrance. Bien évidemment, ce point peut paraître compliqué à penser face à des sujets se trouvant en prison. De prime abord, nous serions tentée de croire que ce type de travail ne peut qu'échouer étant donné que les mis en cause ne sont pas – au départ – véritablement dans une demande signifiante. En effet, il est une chose de penser « la demande » lorsqu'un patient souhaite consulter un praticien dans un cabinet en ville, il en est une autre de rencontrer quelqu'un amené à consulter pour une condamnation pénale. Les sujets et les demandes sont bien différents. C'est un fait, pour la plupart des patients – avant l'incarcération –, ils n'avaient guère d'attrait pour les remises en question provoquées par autrui. En effet, toute rencontre pouvant amener frustration ou angoisse était appréhendée psychologiquement de manière défensive. J'entends par là que pour certains – de par la culpabilité absente ou en arrière-plan, de par un sentiment d'existence bancal ou bien de par un symbolique « abasourdi » par l'environnement externe –, le désir d'accéder à des questions introspectives et subjectives fut peu présent ou bien même évité. Pour la plupart, la jouissance ou la répétition traumatique étaient bien plus sur le devant de la scène.

Face à ces spécificités – concernant ce type de profil psychologique où l'agir est sur le devant du tableau clinique –, dès lors que le clinicien sera tenté de saisir quelque chose de l'histoire du sujet, nombre des incarcérés répondront de manière défensive à la prise en charge thérapeutique. Cela implique alors une

⁸⁴ B. de La Gorce, « La méprise », dans *D. Scarfone, De la trahison*, Paris, Puf, coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse », 1999, p. 66.

particularité dans ce type de rencontre qui est de construire dans le commencement, c'est-à-dire dans une première visée, une alliance thérapeutique (comme le démontre d'ailleurs Paula. Heimann⁸⁵) par un échange de paroles entre les deux protagonistes, et non dans une écoute silencieuse. Nous pourrions dire autrement que, dans un premier temps, le rôle du clinicien serait de créer du lien et donc de la relation avec le patient. Nous avons constaté que sans ce premier objectif, le clinicien est alors confronté de manière intensive à un « mur de résistance » mettant en échec l'élaboration commune (avec la manifestation de l'agressivité, de la provocation, de l'inhibition de la parole, etc.). Ces types d'échanges défensifs proviennent d'un vécu infantile « non sécurisant » qui refait surface et qui a engendré la mise en place de clivages importants. L'entourage familial fut souvent défaillant et/ou carencé au point que les sujets détenus n'ont malheureusement pas pu trouver dans les ressources de l'enfance des référents/des supports identificatoires stables et apaisants. Dès les premiers instants de la vie, le climat ambiant n'assurait pas le rôle de « contenance » attendu d'une transmission des lois et des limites, qui étaient défaillantes ou abdiquées. C'est dans ces trous de la langue et de la transmission que se fondent les traumatismes du détenu. D'où l'importance pour le clinicien de faire du lien en associant des paroles là où le souffrant ne peut verbaliser. Il faut savoir que pour bon nombre, depuis l'adolescence, ils n'ont pu fonctionner qu'à travers de « l'agir » sans aucune élaboration possible, cloisonnés dans un environnement défaillant, dans lequel la parole et le lien pouvaient vaciller.

Dans ce type de construction psychologique, les sujets sont manifestement pris dans une tendance à la répétition par mimétismes, par identifications découlant de la cellule familiale ou du groupe social, engendrant alors des troubles du comportement. Ils sont davantage tournés vers l'acte que vers

⁸⁵ P. Heimann, contribution exposée au 16e Congrès international de psychanalyse de Zurich, en 1949.

l'intériorité et ils peuvent par conséquent avoir recours aux passages à l'acte au sein même de l'incarcération.

« Il reste comme en suspens dans cette opération entre ciel et terre, dans un entre-deux qui fait autant consentement qu'objection aussi bien à l'inscription de la castration qu'à la persistance de la toute-puissance infantile. Sans être dans le registre de la psychose, le sujet se trouve comme sans assise subjective ; il ne peut se déprendre de l'Autre et se retrouve à son insu comme obligé de se soumettre à une position de servitude volontaire, dans une position de soumission à l'Autre, en même temps que contraint à une toute-puissance évidemment impossible à satisfaire, tout cela faute d'avoir trouvé son point d'appui dans la tierciété⁸⁶».

Ce qui fut défini dans les études cliniques passées comme un état dit limite se transforme en des organisations structurales singulières puisque ces sujets, abasourdis par les empiétements et/ou carences de l'enfance, se confrontent par la suite aux impasses du social, amenant des complications dans la construction du désir, mais aussi provoquant une aspiration vers la pérennisation de l'adolescence. Il est vrai que nous sommes face à un nombre croissant de sujets qui s'organisent autour de l'incertitude de l'identité sexuée, du vide et de l'anxio-dépression instable, qui résonnent dans les divers passages à l'acte s'observant manifestement dans le groupe social (toxicomanie, addiction sexuelle, chirurgies esthétiques, etc.). Que ces sujets soient du côté des angoisses de séparation/intrusion ou bien opprimés par des angoisses d'anéantissement, pour ces configurations psychiques, ils sont pour la plupart marqués par une blessure narcissique dont ils se défendent fréquemment par une division interne (clivage psychique) où l'existence du moi est séparée en deux rives par le trou du traumatisme. La seule issue sera formulée ainsi par un patient : « Je suis deux en moi. Le prédateur et le petit ourson. Les deux cohabitent (le patient se lève, prend un mouchoir et le déchire en deux). Vous voyez ce mouchoir, eh bien, c'est moi,

⁸⁶ J.-P. Lebrun, *Un monde sans limite*, Toulouse, Erès, 2007, p. 317.

le mensonge et la manipulation me permettent de coller ces deux états. » Ou encore, selon le récit d'un autre patient : « Il y a le gentil et le méchant... l'agresseur, qui n'a rien à voir avec moi, sort de sa cage dès lors qu'il est alcoolisé. ».

En effet, dans les cures approfondies avec des patients diagnostiqués borderline ou pervers, nous avons pu apprendre que nombre d'entre eux construisaient leur histoire à partir d'un traumatisme advenu dans le champ de la réalité (violence familiale, intrusion psychique et/ou corporelle, rejets parentaux, inceste, etc.). Ce traumatisme est ramené sur la scène du prétoire avec un renversement et un déplacement de la place de victime (position prise durant l'enfance) à la figure de l'agresseur, ou bien même à la place de la figure vampirique que produisait la représentation d'un abandon réel. Pour d'autres, le traumatisme est exposé dans une exhibition comme marchandise fétichisée dans la société du spectacle ou dans l'univers carcéral.

De par ces spécificités structurales, comme le dit si bien Jean - Pierre. Chartier : « Le patient est-il incurable ou faut-il réinterroger le cadre ?⁸⁷ » La fonction du psychologue exige alors de remanier continuellement ses outils théoriques, ses approches cliniques, ses hypothèses et sa capacité à travailler le matériel des séances dans l'après-coup. En effet, la dynamique transférentielle et projective parfois très intense, sollicite de manière fréquente un travail de réflexion, d'analyse et de supervision. Face à ces histoires de vie pleinement atypiques et argumentées par les patients, le psychologue ne peut rester insensible. Il devra à la fois tomber dans des traversées archaïques, se confronter à des fantasmes primaires, supporter les dynamiques psychiques bien particulières que provoquent la rencontre et la prise en charge du sujet incarcéré pour transgression. Entre le familier et l'inquiétante étrangeté, mais aussi angoisse et violence, le travail, fort passionnant, est parfois très éprouvant. De plus, il semble fondamental

⁸⁷ J.-P. Chartier, *Les transgressions adolescentes*, Paris, Dunod, 2010.

et nous dirions même obligatoire d'avoir effectué ou d'effectuer un travail analytique personnel. Plus l'inconscient du psychologue sera dans le refoulement et dans d'autres défenses, plus il lui sera impossible d'entendre et de comprendre le transfert du patient ainsi que son contre-transfert, laissant alors supposer un grand « loupé » dans la prise en charge. En effet, nombre de collègues rencontrés entre les cloisons de la prison témoignent d'une difficulté à pouvoir se remettre en question face à leurs propres mouvements et comportements au sein même de l'institution, engendrant par conséquent des résonances dans leurs prises en charge avec les patients. Jean Oury estimait d'ailleurs que soigner les malades sans soigner les soignants – et l'hôpital ou l'établissement -était pure folie. En effet, travailler dans cet univers cloisonné laisse supposer chez le praticien une capacité à ne pas se laisser prendre et perdre par les retours contre-transférentiels qui circulent entre patient-soignant mais également entre soignant-soignant.

Le monde carcéral est un espace où le sentiment d'être dérobé, d'être submergé par une émotion qui se caractérise, selon Frédéric Millaud⁸⁸, par un caractère informe et térébrant du vécu de dangerosité est omniprésent. Ces aspects se trouvent conviés lors de différentes rencontres où les relations sont souvent vampiriques, adhésives voire haineuses. Ces types de lien mettent à dure épreuve le narcissisme du soignant mais aussi celui de l'institution. Être praticien dans une prison signifie pouvoir faire face psychiquement à un univers transférentiel/contre-transférentiel intense et parfois angoissant, voire chaotique, cristallisant l'ambiance particulière de ce lieu d'exercice professionnel. Angélo Hesnard⁸⁹ qualifiera d'ailleurs la prison « d'univers morbide de la faute », laissant entendre combien ce signifiant circule dans les couloirs mais également dans les mouvements institutionnels

⁸⁸ F. Millaud, *Le passage à l'acte*, 2e édition, Paris, Masson, 2009.

⁸⁹ A. Hesnard, *Les processus d'autopunition*, Paris, L'Harmattan, 2001.

*

**

« C'est notre regard qui enferme souvent les autres dans leurs plus étroites appartenances et c'est notre regard aussi qui peut les libérer. »

Amin Maalouf, *Les Identités meurtrières*

Travailler avec des patients qui sont dans le registre du passage à l'acte transgressif implique de pouvoir se confronter à la violence particulière de leur état psychique qui provoque sidération et qui s'empare de tous les protagonistes qui les ont en charge. Il suffit d'observer le personnel soignant - infirmiers, dentistes, médecins, psychiatres et psychologues - devant faire face à une multitude de mouvements - notamment chez les nouveaux arrivants qui dévoilent les raisons de leur incarcération (meurtre, viol, inceste, séquestration, parricide, etc.) -. Il faut aussi faire face aux agressions physiques et verbales entre détenus et, parfois, envers le personnel. Il faut pouvoir traiter tant les situations d'urgence, du fait de crises psychiques provoquées par l'isolement et l'enfermement, que la manifestation de multiples demandes de soin et d'étayage provenant de tous les côtés - par exemple avec une quarantaine de lettres quotidiennes adressées au personnel de soin. Au-delà de ces faits, il faut savoir aussi accepter la violence du brouhaha qui circule dans les couloirs de la prison.

Qu'il s'agisse de ceux qui tapent aux portes de leurs cellules, d'autres qui diffusent leurs colères en hurlant dans les couloirs ou encore qui appellent avec insistance pour réclamer quelque chose. Ces appels du fait de *l'Hilflosigkeit* - détresse ou désaide - provenant de toutes parts poussent au sentiment d'être dérobé et submergé comme nous l'avons évoqué précédemment. Ce sentiment se trouve aussi convié dans la relation thérapeutique puisqu'il s'agit souvent de

« relations transférentielles vampiriques et adhésives »⁹⁰. En effet, être praticien auprès de ces profils particulier signifie pouvoir faire face psychiquement à un univers transférentiel-contre-transférentiel chaotique, angoissant et de non-repos où le temps est figé, les lois erronées, les histoires de vies menottées et les affects déniés : cristallisant d'ailleurs l'ambiance particulière des prisons, mais, surtout, caractérisant la personnalité des pathologies de la désobjectivation. Ces espaces apparaissent comme des moments de flottement qui peuvent se précipiter, se fixer, s'accélérer et ralentir, laissant chaque protagoniste dans un espace psychique mêlé d' « inquiétante étrangeté »⁹¹. Cette atmosphère engendre un phénomène qui ne se réduit pas uniquement à des sensations, mais aussi à un type de relation particulier entre patients et soignants. En effet, la prise en charge en centre pénitentiaire par exemple, laisse surgir un état qui se manifeste dans une sensation de violence ou d'urgence interne, comportant toujours une dimension fantasmatique meurtrière où apparaît un aspect lié à la vie et à la survie psychique.

Cette spécificité se manifeste dans ces rencontres cliniques par l'intermédiaire de « transfert négatif de mort »⁹², provenant des déceptions, des émois, des rages de l'enfance réactivées par la régression, davantage sollicitée par l'enfermement et par la sensation d'impuissance. Ces vécus infantiles provoquent des transferts violents, dits « négatifs », qui sont l'expression de sentiments agressifs, susceptibles d'être destructeurs. A certains moments, ils peuvent même prendre une connotation haineuse. Selon l'expression de Jean Cournut, il s'agit bien plus de « transfert négatif de mort », à savoir d'un transfert qui immobilise le processus et la vie psychique du patient comme celle du soignant. Il est d'une tout autre nature que le transfert négatif à proprement parler, comme celui manifesté par exemple dans la névrose. Il s'agit d'un transfert de type « mortifère » régi par

⁹⁰ G. Bayle, « Destructivité, démentalisation, clivage et cadre thérapeutique », dans *Ciavaldini A., Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, La Press, 2003.

⁹¹ S. Freud, *L'inquiétante étrangeté*, Paris, Folio Essais, 1985.

⁹² J. Cournut, « Le transfert négatif. Acceptations diverses plus ou moins pessimistes », dans *Revue française de Psychanalyse*, 64/2, p. 361-365.

les pulsions destructrices. Jean-Bertrand Pontalis (1988) mentionne, lui aussi, cette distinction :

« Ce n'est pas le fait que nos patients répètent, réactualisent leurs expériences douloureuses d'échec, de colère, de rage et de vengeance qui nous paraît "négatif" [...]. Ce ne sont pas non plus les attaques, directes ou indirectes, contre l'analyste – attaques que nous avons parfois tendance à prendre à la lettre – qui nous mettent vraiment à l'épreuve. Ce sont les attaques, le plus souvent silencieuses, contre l'analyse, contre l'activité de penser, aussi bien celle du patient que celle de l'analyste. On dirait que le lien transférentiel est si massif qu'il interdit toute liaison ou déliaison. Le transfert sur l'objet fait alors obstacle aux transferts des représentations... »⁹³.

Le transfert « négativiste et destructeur » attaque alors le lien transférentiel. Dans ce type de relation entre patient et thérapeute, le patient exprime son emprisonnement dans un objet primaire imprévisible, haineux, à la fois rejetant, intrusif, absent et envahissant. Les « ratés » du tissage des liens à l'objet primaire et des situations de détresse primaire *Hilflosigkeit*, entraînent dans le transfert, une répétition à l'égard du praticien : des accusations de méfiance, de disqualification de l'affect et de déni de reconnaissance de l'éprouvé. Les traumatismes sévères, souvent cumulatifs, qui ont pu marquer la petite enfance du patient incarcéré s'expriment sous la forme d'une relation douloureuse, narcissiquement blessée et blessante, qui répète les failles de la relation de base au sein même de la relation. L'analyste découvre dans ce « mal-être » du patient, des liens avec les vécus de l'enfance. Il faut alors chercher dans l'histoire du sujet la motivation d'une violence aussi massive afin que le patient puisse en saisir lui-même la signification. Les interprétations seront le plus souvent vécues par une attitude défensive destructrice envers l'interlocuteur ou envers lui-même. Ce qui demande que l'analyste puisse se montrer apte à les vivre, comme à les « habiter » à son

⁹³ J-B, Pontalis, « Ce transfert que l'on appelle négatif », dans *Perdre de vue*, Paris, Gallimard, 1988, p. 133-134.

tour et pour ce faire, accepter que la haine comme la destructivité, puissent être partagées.

« L'analysé est, au-delà des mots qu'il peut dire, tout occupé à exercer une force active sur - généralement contre - l'analyste en personne. Nous sommes alors dans le registre de l'agir même si cet agir n'est porté que par des mots. Cette dimension de l'effet du discours sur le psychisme et sur le corps de l'analyste est certes présente dans toute analyse (...) Mais faut-il encore parler de transfert là où il cesse d'être une métaphore, un transport, là où il n'y a pas de mobilité des représentations mais où s'institue un rapport à l'objet dans lequel paraît s'investir toute l'énergie psychique du sujet ? Le lien transférentiel est alors des plus serrés. Il est aussi tendu à l'extrême, tendu à se rompre, avec des alternances soudaines, violentes, de sentiments : admiration et mépris, gratitude et rejet. tout blanc, tout noir. Sans nuances »⁹⁴.

L'enjeu des interventions thérapeutiques vise à entendre toute cette colère infantile, mais aussi à réintroduire de la parole là où ont surgi de l'acte et de la résistance. L'idée fondamentale est de se « munir » d'une écoute analytique et étayante, permettant d'emmener le patient vers le langage par l'intermédiaire de la dynamique transférentielle, de la remémoration, de la répétition et de l'élaboration. Dans les rencontres cliniques avec les pathologies de l'agir, il s'agit avant tout d'éprouver et de verbaliser pour le patient ce dont il ne peut se saisir. Ce cadre permet d'exercer la fonction de contenance telle une mère qui met du langage sur les éprouvés que l'enfant ne peut verbaliser, mais permet aussi d'initier au travail d'élaboration. La parole du praticien doit alors isoler, identifier et nommer les émois, les affects, les sentiments afin qu'ils puissent se relier aux expériences du patient. Par ce matériel fourni et verbalisé, le patient pourra construire peu à peu son intériorité.

⁹⁴ J-B., Pontalis, *Perdre de vue*, Paris, Gallimard, 1988, p. 107-108.

Les thèses majeures de Paula Heimann⁹⁵ et de Wilfred Ruprecht Bion⁹⁶ proposent que la réponse émotionnelle de l'analyste, dans la situation thérapeutique, constitue un des outils les plus importants pour le travail psychique du patient. De nombreux praticiens se sentent effrayés et coupables d'avoir des sentiments et ils s'emploient à les supprimer. Ils restent dans l'idée d'acquiescer une neutralité bienveillante en faisant une mauvaise lecture des métaphores de Freud (1914) par exemple. Joseph Sandler⁹⁷ reprend cette perspective en montrant qu'il est question de « fonctionner comme », et non d'être un miroir. Ce qui n'est pas du tout pareil, l'un éprouve, l'autre imite. Le thérapeute qui peut se saisir de cette perspective et la mettre en pratique pourra devenir le support idéal pour que soient projetés les mauvais objets dont le patient souhaite se débarrasser. L'expulsion à l'extérieur permet de prendre le représentant du *Nebenmensch* pour cible, mais aussi de l'utiliser comme contenant. C'est pour cela que Frédéric Millaud⁹⁸ estime que la thérapie passe par une phase initiale dans laquelle le thérapeute tente d'apaiser les émotions violentes du patient, au prix d'une intensification du transfert, provoquant de l'agir au sein même de la rencontre clinique. Cela se manifeste pleinement dans la clinique carcérale où il s'agit souvent de travailler avec du transfert physique et comportemental. En témoigne le cas de Monsieur B., un patient âgé d'une soixantaine d'années, incarcéré pour des attouchements sur des enfants et qui ne peut s'empêcher de chatouiller le psychiatre ou le toucher dès qu'il en a l'occasion. Le même constat s'impose pour Monsieur J., un patient quadragénaire, incarcéré pour des agressions physiques et pour trafic de stupéfiants qui, à chaque entretien, se trouve dans l'obligation de prendre quelque chose sur le bureau (feuille, bouchon de stylo, etc.) et de l'emporter.

⁹⁵ P. Heimann, Contribution exposée au Seizième Congrès international de psychanalyse de Zürich, en 1949.

⁹⁶ W. Bion, *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980.

⁹⁷ J. Sandler, « Contre transfert et rôle en résonance », *In Revue française de psychanalyse*, num : ° 3, 1976.

⁹⁸ F. Millaud, *Le passage à l'acte, Deuxième édition*, Paris, Masson, 2009.

Tout le travail consiste alors en une élaboration continue de la part du praticien afin de rendre possible une parole verbalisant l'acte. Lorsque la parole introduit du discours sur l'acte, il semble y avoir, comme le définit Jean-Pierre Chartier⁹⁹, une forme de réanimation psychique, dans laquelle le thérapeute réinjecte ou perfuse de la vie qui va permettre la remise en route de la vie psychique du patient. Le professionnel doit assumer de se poser en modèle identificatoire temporaire, en acceptant une relation peu ordinaire amenant un constant remaniement psychique continu. En effet, pour nombre de ces patients hors champ de la névrose, le thérapeute entre dans un univers psychique tout autre, tenant à ses propres terreurs infantiles et impliquant tout un arsenal de défenses spécifiques et souvent très archaïques. La conduite de la cure peut être rendue particulièrement difficile tant la relation thérapeutique et transférentielle peut ramener des vécus infantiles, engendrant un lien qui devient menaçant pour le patient comme pour le praticien. Des mécanismes de défense tels que le déni ou le clivage peuvent alors provoquer des passions dévorantes, ainsi que des angoisses d'être englouti, envahi, voire détruit par l'autre. Entre les projections des pulsions agressives et leurs ré-introjections, un cercle vicieux s'instaure. Il faut alors s'armer de persévérance et d'intuition pour que les interventions du praticien comme les silences puissent aider le patient à s'engager dans un travail de déliaison et de liaison, tout en se sentant sécurisé par une présence bienveillante.

À partir de ces spécificités structurales, il nous faut alors adapter nos outils thérapeutiques, mais aussi, et surtout, être dans la capacité d'une adaptation continue. En effet, comme le montre Jean-Pierre Chartier dans différents ouvrages, si on demande à un délinquant de ne pas mentir, de tout dire et de ne pas agir, on peut attendre longtemps avant que ne s'engage une alliance thérapeutique. Il faut accepter de s'engager dans une relation où le cadre peut être « attaqué », et ce n'est pas simple puisque finalement le clinicien devra, comme

⁹⁹ J.-P. Chartier, *Les transgressions adolescentes*, Paris, Dunod, 2010.

l'évoque brillamment l'auteur, réinjecter du psychique comme on le fait en réanimation quand on réinjecte de la vie. Ceci étant une forme de réanimation psychique, dans laquelle le thérapeute réinjecte ou perfuse de la vie, permettant la remise en route de la vie psychique du patient. C'est bien cette sensation qui se ressent dans le contre-transfert amoureux ou haineux avec ces patients enfermés psychiquement et parfois physiquement. Comme le décrit Jean-Pierre Chartier :

« Tel le fils de Dédale, il a passé son enfance sans repère, enfermé dans le labyrinthe des conduites paradoxales de son environnement. Confronté à la violence, à la terreur et à l'inhumain dès son plus jeune âge, il se doit d'inventer des stratégies de survie psychique. Le passage à l'acte délictueux en est une, rendue en quelque sorte obligatoire, en raison de sa servitude à une homéostasie mentale archaïque de tensions psychiques. Ainsi, progressivement et avec plus ou moins de bonheur, il s'appropriera la cire et les plumes, et se fabriquera les ailes qui lui permettront d'échapper à son milieu mortifère. Mais sa mégalomanie le forcera peut-être à s'approcher du soleil et sans doute recherchera-t-il avant tout à en éprouver la brûlure dans le flamboiement des toxiques et l'incandescence des conduites ordaliques. Seule la chute fera sens dans cette ascension héroïque. Si Bellérophon, après avoir chevauché Pégase, retombe piteusement sur Terre et devient mélancolique, le psychopathe Icare tombe dans la mer Ionienne. Le mythe ne précise pas ce qu'il advint de lui. Nous ferons le pari que, dans les cas heureux, l'analyste et les intervenants sociaux, œuvrant en synergie, ont pu lui permettre de découvrir qu'il était capable de nager et de rejoindre ainsi la rive du principe de réalité. »¹⁰⁰.

¹⁰¹Dans son article « Transfert et contre-transfert ou collusion perverse »¹⁰², Estela V. Welldon montrera combien la prise en charge thérapeutique est difficile

¹⁰⁰ Cf : Citation de Jean-Pierre Chartier lors de l'audition publique organisée par la Haute autorité de santé, les 16 et 17 décembre 2005, concernant la « prise en charge de la psychopathie ».

¹⁰¹ Cette partie de la rédaction a été publiée dans la revue *Le journal des psychologues*, num° 334, « La prise en charge thérapeutique en centre pénitentiaire ».

¹⁰² Estela V. Welldon, « Transfert et contre-transfert ou collusion perverse », dans *Revue française de psychanalyse*, vol. 76, 2012/4.

non tant par la perplexité de la pathologie perverse mais bien plus par les résistances des professionnels. De par le fonctionnement psychique de ce type de patient, le cadre sera souvent mis à mal mais aussi les éthiques du praticien en seront tout autant bouleversées. C'est-à-dire, comment rester présent à l'autre malgré ses agressions ou ses manipulations, tout en évitant d'agir un rejet ou tout en résistant à l'envie de se prendre pour la Loi ? Revenons sur l'article d'Estela V. Welldone qui présente une rencontre clinique peu ordinaire : un homme demande une prise en charge thérapeutique car sa femme risque de le quitter s'il ne cesse pas ses « pratiques douteuses ». Ce dernier obtient l'orgasme par l'asphyxie auto-érotique qui est une pratique perverse qui s'accomplit dans un isolement total pour une « danse avec la mort ».

La prise en charge sera compliquée de par le caractère étrange des séances mais aussi des effets dans l'après-coup typique des retours contre-transférentiels dans la prise en charge de la perversion. Son rapport témoigne du fait qu'à travers cette cure, elle fut délogée de sa place subjective, tout en accédant de façon inattendue à la découverte de signifiants et d'un symbolisme qui lui étaient jusque là inconnus. Mais pour y accéder, ce fut « le parcours du combattant » et notamment de manière massive dans ses élaborations orales avec le groupe institutionnel. Contrairement à l'idée fantasmatique qu'elle se faisait de la matière du vêtement qu'utilisait son patient pour sa pratique sexuelle (à savoir qu'elle envisageait un caoutchouc utilisé pour les sports sous-marins) elle découvrit une matière bien plus fine pouvant s'adapter délicatement à chaque morphologie. Selon elle, cette matière est tellement fine que cette dernière donne une sensation peu ordinaire : elle permettrait d'accéder à une sensation de seconde peau. Pour accéder à cela, elle fut contrainte d'aller dans un sex-shop pour trouver la matière dont lui parlait le patient afin d'essayer sa combinaison.

Elle précise qu'à partir de cette découverte, une prise en charge et une écoute tout autre put advenir. Cependant, elle fut soumise au discours violent du groupe institutionnel qui fut extrêmement choqué d'entendre son récit. Elle note d'ailleurs la difficulté de faire entendre à ses collègues combien cette compréhension avait provoqué un tournant dans la thérapie. Elle venait de comprendre que son patient se livrait à cette curieuse activité comme moyen de survie et non comme plaisir sexuel. Encore une fois, nous constatons combien il existe une grande difficulté concernant la prise en charge de ce type de patient. Cette difficulté est d'ailleurs double : non seulement il faut se déloger de ses propres significations névrotiques (perversion = jouissance / déni de la différence des sexes, etc. Ces théories n'étant que résistance dans l'écoute thérapeutique) mais aussi et surtout, le praticien se retrouve mis à mal face aux réactions négatives qui sont suscitées dès lors où il en parle ouvertement à d'autres professionnels (et ce même en supervision, nous le précisons).

Le professeur Paul Verhaeghe (2004) dans son ouvrage « On Being Normal and Other disorders » affirme d'ailleurs cette même perspective. Il avertit que pour pouvoir étudier la perversion en tant que telle, il faut surmonter trois difficultés, dont la première consiste en une réaction moralisatrice toujours présente. Quant à Jean-Jacques Xambo¹⁰³, il témoigne à partir de sa pratique du fait que les agirs relationnels pervers suscitent une contre-agressivité qui risque de tomber à côté de par les réponses verbales et non verbales du praticien qui sollicitent des mouvements moralisateurs bloquant la continuité du lien et de l'alliance thérapeutique. Certaines conduites perverses visent inconsciemment à se faire rejeter et sadiser par l'autre. En y répondant, l'auteur montre combien nous enfermons le patient dans sa tendance masochiste. A partir de notre pratique en milieu carcéral depuis 6 ans, nous ne pouvons que confirmer ces observations. De plus, nous avons pris conscience à travers les thérapies que le praticien devait être

¹⁰³ J-Jacques Xambo, « La relation soignante confronté à l'agir pervers », dans *Soin Psychiatrique*, n°145, Novembre 1992.

prêt à accepter un mode relationnel particulier : à savoir que nombre des agirs et du discours pervers tenteront de le détourner de son rôle, de le dévier de sa place, de sa fonction ou de le mettre en rupture avec son éthique. Jean-Jacques Xambo dira d'ailleurs que ce jeu/je pervers a pour but de répéter une fois de plus la séquence traumatique/Fascination/Rejet vécue durant l'enfance. Et nous sommes en plein accord avec cette idée : dans ces conduites, le patient cherche un regard / une figure fascinée et complice (que cela concerne le thérapeute ou bien la victime de l'exhibitionniste, etc.) pour rejouer la scène où cette fois-ci, il ne sera pas la victime de l'emprise traumatique, mais l'auteur. A quoi ressemble ce regard / figure ? Sans doute à celui d'une mère fascinée et fascinante tout en étant une mère trop décevante.



Le trou noir de Daniel Maja

*L'enfance est le trou noir où l'on a été précipité par ses parents et d'où l'on
doit sortir*

Thomas Bernhard

IV/ PASSAGES A L'ACTE TRANSGRESSIFS DANS LES QUATRE STRUCTURES PSYCHIQUES (NEVROSE, PERVERSION, ETAT-LIMITE, PSYCHOSE)

« Le champ pervers indique que les actes pervers ne relèvent pas d'une seule pathologie, mais de configurations diverses, dont seul l'un des traits est de nature perverse, trait relié aux autres de manière chaque fois particulière. Ainsi les modalités défensives du champ pervers, que l'on peut retrouver à l'identique chez divers patients, sont davantage un bricolage opportun avec une réalité objective qu'une construction définitivement achevée et dès lors immuable »¹⁰⁴.

« Entre psychose, perversion et cas limite, les différences cliniques sont importantes, mais les parentés de processus économiques et dynamiques sont grandes »¹⁰⁵.

1) Introduction

« En psychanalyse, quand il s'agit du sujet, il est toujours essentiel de reprendre la question de la structure. C'est cette reprise qui constitue le véritable progrès, c'est elle seule qui peut faire progresser ce que l'on appelle improprement la clinique »¹⁰⁶.

« Le concept de structure a évolué en psychanalyse, depuis les premières indications freudiennes jusqu'à la pratique lacanienne. La structure n'est pas

¹⁰⁴ O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 121-122.

¹⁰⁵ G. Bayles, *Clivages; Moi et défenses*, Paris, Puf, 2012. p. 23.

¹⁰⁶ J. Lacan, *Le Séminaire, Livre X, L'Angoisse*, Seuil, 2004, p.310.

un modèle théorique, c'est une sorte de machine originale qui met en scène le sujet dans le champ de l'expérience. (...) La structure ordonne l'ensemble des effets produits par le langage : elle se montre, écrit Lacan, dans les effets que la combinatoire pure et simple du signifiant détermine dans la réalité où elle se produit (...). La structure c'est le réel dira Lacan en 1968 (...). Autrement-dit, les notions de sujet et de structures sont indissociables : le sujet est, d'un côté déterminé par sa structure, tout en étant, de l'autre, responsable de l'effet qu'il est. »¹⁰⁷.

Dans ce troisième chapitre, nous entrerons dans la clinique du passage à l'acte transgressif afin de saisir les ressorts de cette psychopathologie. Bien évidemment, nous supposons que le recours à l'acte peut advenir à partir de faits cliniques variés mais aussi que l'acte transgressif est impulsé de manières différentes selon la structure psychique du sujet. De par ces faits, afin que l'approche ne rétrécisse pas le champ de la compréhension, nous diviserons notre recherche à partir de quatre repères psychopathologiques en lien avec la dimension structurale. À savoir que nous choisirons des patients se trouvant soit dans la catégorie clinique des psychoses, des états-limites, des perversions ou des névroses.

De par les différentes approches des professionnels (psychanalystes, psychiatres, psychologues cliniciens, projectivistes, etc.) qui n'ont pas les mêmes repères cliniques et théoriques, nous allons spécifier les quatre catégories. Effectivement, il existe une grande confusion chez les spécialistes, c'est pourquoi il est important d'éclaircir les propos concernant cette recherche autour des différentes structures. À titre d'exemple, nous entendons parfois dans le discours des professionnels : « le patient, il est psychopathe ». La psychopathie est un symptôme au même titre que la dépression, et il n'est en aucun cas une structure

¹⁰⁷ S. Lippi, « Pratique de la structure : le diagnostic différentiel selon l'enseignement de Jacques Lacan », dans *Cliniques méditerranéennes*, 2014/2, n°90, p.201-206.

psychique. Nous pouvons trouver des traits psychopathiques (symptômes) dans le champ de la perversion mais aussi notamment dans le champ de la psychose. Il est important de ne pas confondre structure et symptôme. Il en va de même dans la dépression. Un sujet peut s'engouffrer dans une dépression alors qu'il est névrosé, au même titre qu'un *borderline*, etc. Il nous paraît tout à fait essentiel de ne pas maintenir cette confusion.

D'autre part, certains praticiens ne sont pas certains de la pertinence de la catégorie clinique des états-limites. Au départ, cette notion fut articulée pour définir un état psychique passager, notamment celui d'adolescents en crise. Cependant, du fait de la société contemporaine qui prône la jeunesse éternelle, mais aussi de la société de consommation qui engendre une nouvelle dynamique groupale, le « *borderline* » n'apparaît plus comme un état psychique périodique mais comme un *mode d'être*, au même titre que la névrose, la perversion et la psychose.

« Le social a-t-il une influence sur la construction du sujet ? Ce que certains ont appelé le « déclin du Nom-du-père » a-t-il des conséquences sur la construction du sujet et ce déclin aurait-il engendré une forclusion qui entraînerait les sujets vers la psychose ou aurions-nous plutôt désormais affaire à une névrose différente, ou à une nouvelle perversion, voire à ce qui serait alors une quatrième structure ? »¹⁰⁸.

Nous sommes d'avis qu'il existe effectivement une quatrième structure, c'est-à-dire que l'état-limite posséderait une configuration psychique bien spécifique, qui se différencie pleinement des autres structures. Cette différence se dessine à partir de la dimension de l'angoisse mais aussi à partir de l'organisation fantasmatique. Par ailleurs, nous avons travaillé sur cette pathologie pour en définir les contours et nous invitons le lecteur à se référer au chapitre VI

¹⁰⁸ J-P Lebrun, « Lacan et les états-limites », dans *Connexions*, 2012/1, n°97, p. 79.

Annexes afin d'avoir accès à cette recherche via notre article : « les pathologies limites ».

Voici l'approche que nous utiliserons pour différencier les quatre structures :

- **Psychose** : « *Je vis dans un monde imaginaire et je me confonds avec l'extérieur* »

Définition :

« Perturbation profonde de la relation du sujet à la réalité qui va rester le critère essentiel de la psychose (...). C'est d'abord la projection du délire par laquelle le malade va projeter à l'extérieur de lui-même ce qu'il se refuse à reconnaître comme sa propre réalité psychique. (...) C'est ensuite avec J. Lacan, la forclusion d'un signifiant fondamental, barrant l'accès à l'ordre symbolique, à la métaphore paternelle, où il devait s'inaugurer, et à la fonction signifiante du phallus à laquelle s'articule la problématique de la castration »¹⁰⁹.

« Ces phénomènes hallucinatoires sont intégrés dans un délire de persécution ou polymorphe. En général le délire est dogmatique ou thématique, c'est-à-dire qu'il est organisé et vécu comme un roman, une fiction, un complot (...). Ces malades sont surtout influencés ; parfois ils se sentent possédés par une personnalité seconde qui s'organise au sein même de leur personne »¹¹⁰.

« Ses thèmes, en effet, sont multiples et variables ; on rencontre des thèmes de persécution, de grandeur, des thèmes mystiques, érotiques, des thèmes de

¹⁰⁹ J. Postel, *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Larousse, Paris, 1998, p.374.

¹¹⁰ E. Pewzner, *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*, Paris, Armand Collin, 1995, p. 70.

transformations sexuelle, de possession, d'influence ... »¹¹¹.

- **Perversion :** « *Je t'utilise comme faire valoir. Ma jouissance est dans la transgression, la toute puissance et l'angoisse que je peux parfois te faire supporter* »

Définition : Propos sadien : « J'ai le droit de jouir de ton corps et ce droit, je l'exercerai sans qu'aucune limite ne m'arrête dans le caprice des exactions que j'ai le goût d'y assouvir »¹¹². « Le montage pervers est une inclusion réciproque entre soi et l'autre. Cette loi qu'il veut démentir et fixer, il veut l'arracher à l'invisible, quitte à s'aveugler avec la drogue secrète qui le nourrit c'est la quête d'identité avec la loi »¹¹³.

Au début de la psychanalyse, les perversions étaient entendues comme une déviance sexuelle, par la suite, ont été introduites dans cette structure les perversions narcissiques / perversité¹¹⁴. Selon Paul-Claude Racamier, ces dernières émanent « des dénis et des évictions de tout conflit intérieur. Elles font faire au sujet des économies de travail psychique dont la note est à payer par autrui »¹¹⁵. Le sujet de structure perverse est davantage tourné l'agir (afin d'éviter toute introspection). D'ailleurs, il aime saisir le psychisme de l'autre, ne pouvant entrer en contact avec lui-même. Ainsi les psychanalystes décrivent un sujet (pervers) avec des blessures narcissiques qui se coupe de lui-même et se nourrit du narcissisme de l'autre. Jean Bergeret estime que le Moi de ces sujets est lacunaire, incomplet si bien que le narcissisme des autres leur permet de tenter de combler leur narcissisme personnel.

¹¹¹ *Ibid*, p. 59.

¹¹² D. Sibony, *Les perversions, dialogues sur des folies "actuelles"*, Paris, Seuil, 2000, p. 269.

¹¹³ *Ibid*, p.174.

¹¹⁴ S. Germani, « Distinction entre perversions sexuelles et perversions narcissiques », dans la revue *EMPAN*, 2017/1, p 139-142.

¹¹⁵ P-C. Racamier, *Les perversions narcissiques*,

« La perversion ne fait donc qu'imiter l'apparence du désir du névrosé sous le coup de la castration puisqu'elle vise *la part interdite de la jouissance*; de ce fait le pervers se rend d'autant plus esclave de l'Autre qui le divise radicalement au point où il tente justement de parer l'angoisse de castration. »¹¹⁶.

« Le désaveu est ce qui surgit lors d'une rencontre entre un regard et un vu ; ce qui, dans ce spectacle, est insoutenable, c'est l'horreur et l'effet de sidération qui se dégagent en cet éclair où se télescopent phantasme et réalité. Au phantasme de castration, source de toute angoisse, la réalité vient répondre : la castration est. Mais cette rencontre ne prend son plein sens qui si nous faisons appel à un troisième terme et plus précisément à cette présence d'un regard Autre : « celui qui voit le sujet regardant ». À partir de ce moment, c'est ce regard qui vise le déficit présent dans le désaveu. S'il est vrai que ce désaveu concerne au premier plan la différence des sexes, il me semble que ce qui est par là mis en cause, c'est la question même de la filiation et de la relation parentale dans son rapport avec la Loi »¹¹⁷.

« Le pervers se présente comme celui pour qui la démarche érotique exige la mise en place d'une scène (...) où doit être garantie par une loi qui régit cette sorte d'acte notarié qu'est le contrat que nous pourrions appeler la Loi de la jouissance »¹¹⁸.

NB : Depuis quelques années, il existe différentes perversions qui apparaissent sous différents termes. Notamment les *perversions narcissiques* et les *perversités*. Ces dernières sont regroupées dans la structure des perversions, mais il est important de rappeler qu'elles possèdent quelques particularités et dissemblances (au même titre que les névroses avec l'opposition entre névrose hystérique et névrose obsessionnelle). Nous invitons le lecteur au chapitre VI Annexes, s'il souhaite

¹¹⁶ A. Postel, *Manuel Alphabétique de psychiatrie*, Vendôme, PUF, 1984.

¹¹⁷ G. Rosollato et P. Aulagnier-Spairani, *Le désir et la perversion*, Seuil, Paris, 1967, p. 46

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 122.

distinguer les différences entre les perversions sexuelles et les perversions narcissiques.

« Contrairement aux idées reçues, la perversion n'est pas toujours sexuelle au sens d'une sexualité déviante et actée. Selon Jacqueline Barus-Michel, le pervers manipulateur va tirer sa jouissance de l'asservissement de l'autre, quel que soit le domaine où cet asservissement se met en œuvre »¹¹⁹.

- **Etat-limite** : « *Sans toi je m'écroute car les limites ne sont pas claires. Tu es mon repère, et je n'envisage en aucun cas une possibilité de séparation* »

Définition :

« Terme le plus souvent employé pour désigner des affections psychopathologiques situées à la limite entre névrose et psychose (...). L'extension de la psychanalyse est pour beaucoup dans la mise en évidence de la catégorie dite des cas-limites (...). Du point de vue théorique, on considère généralement, que dans ces cas, les symptômes névrotiques remplissent une fonction défensive contre l'irruption de la psychose »¹²⁰.

« Ils sont souvent bien adaptés socialement, mais leurs relations affectives sont instables, marquées par la dépendance "anaclitique" et la manipulation agressive. Ils se défendent contre la dépression faite surtout d'un sentiment de solitude, de vacuité et d'ennui (...). Le règlement des tensions conflictuelles utilise préférentiellement des passages à l'acte, entraînant une instabilité socioprofessionnelle et affective mais aussi des conduites

¹¹⁹ D. Goetgheluck, « Actes, psychoses, perversions : où est le sujet ? », dans *Le journal des psychologues*, n° 321, 2014/8, p. 21.

¹²⁰ J-Laplanche et J-B Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, Paris, 2009, p.59-60.

d'autodestruction par impulsion suicidaire ou abus toxiques »¹²¹.

André Green définit l'état-limite comme « un sujet en double limite, soit l'existence d'un double clivage empêchant la construction d'un espace psychique dans sa cohérence et sa plénitude »¹²².

« L'angoisse est massive et diffuse. C'est une angoisse de perte d'objet avec la dépression comme symptôme. Nous observons à la fois la description d'un passé vécu de façon douloureuse sur le plan narcissique et en même temps l'espérance d'un avenir meilleur, idéalisé, investi dans la relation de dépendance vis-à-vis de l'autre (...). Les mécanismes de défense utilisés dans l'état limite sont plus proches de ceux utilisés dans la psychose : clivage, idéalisation primitive, identification projective, omnipotence et dévalorisation, déni¹²³ ».

Pour François Richard, l'état-limite s'organise autour d'un œdipe déformé :

« On peut penser avec R. Cahn que les états limites de l'âge adulte résultent de l'inachèvement du processus de subjectivation qui caractérise selon lui, le moment adolescent, et ajouter qu'un tel inachèvement présume une difficulté plus originaire de la différenciation du moi-sujet, du *Ich* freudien, lors de l'enfance. À côté des états limites, sur fond de pathologie structurelle de la différenciation subjectalisante, on trouve souvent dans la clinique psychanalytique contemporaine, en particulier avec les jeunes adultes, des fonctionnements limites mélangés à une conflictualité névrotique (...). Cet Œdipe déformé est biface, d'un côté le conflit intrapsychique génère une dynamique de symbolisation des représentations pulsionnelles et une réorganisation des instances topiques (ça, moi et surmoi), mais d'un autre

¹²¹ J. Postel, *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Larousse, Paris, 1998, p. 182.

¹²² C. Balier, *Violence en abymes*, Paris, Puf, 2005, p.323.

¹²³ F. Vigneron, « Le passage à l'acte chez une personnalité limite : l'agir comme acte de parole » dans *L'information psychiatrique*, 2006/2, p 139.

côté, l'envahissement par la libido narcissique, les tendances à la déliaison, des représentations et entre instances, détériorent les gains psychiques résultant de l'élaboration de la conflictualité œdipienne, qui devient moins perceptible »¹²⁴

- **Névrose** : « *Je désire mais je culpabilise* »

Définition :

« Affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense »¹²⁵.

« Le névrosé tient compte de la réalité à laquelle il essaye constamment de s'adapter : c'est la recherche d'un équilibre dans le déséquilibre. Selon la perspective psychanalytique, le Moi est « coincé » entre des pulsions envahissantes, non détournées dans des activités de sublimation, et un Surmoi exigeant et intransigeant. Toute la dynamique relationnelle est marquée par cet essai d'adaptation et de satisfaction de désirs non assumés. Le névrosé passe son temps à essayer de trouver un compromis entre le désir et la réalité »¹²⁶.

¹²⁴ F. Richard, « L'analyse après-coup de l'adolescence dans les cures d'adultes », dans *Revue française de psychanalyse*, 2013/2, Vol. 77, p. 333.

¹²⁵ J-Laplanche et J-B Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf, 2009, p. 267.

¹²⁶ E. Pewzner, *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*, Paris, Armand Collin, 1995, p.110.

2) Passage à l'acte transgressif dans le champ de psychose

A) Dynamique psychique d'un cas de radicalisation¹²⁷

Monsieur D., âgé de 30 ans est né en France, et ses parents sont tous deux originaires de la Bretagne. Il a grandi à Marseille, dans une cité où la petite délinquance était monnaie courante. À ce jour, il est incarcéré pour des faits de radicalisation en lien avec des groupes djihadistes (implication dans des attentats, possession d'armes et de composants chimiques avec explosifs artisanaux). Il séjourne entre les murs de la prison en quartier d'isolement, en attente de son procès depuis plus de trois ans.

Nous avons suivi ce patient en thérapie triangulée – deux thérapeutes de sexe différent, un psychiatre et une psychologue – afin de reconstituer la dimension œdipienne « relation aux parents » mais aussi pour favoriser la répétition d'une dynamique transférentielle et projective. À cet égard, ce dispositif ouvre une écoute bifocale présentant un intérêt particulier pour l'accompagnement des personnes radicalisées. Ce cadre permet à la fois au patient d'extérioriser sa problématique clivante, et d'offrir une dimension contenante. Cette perspective crée une alliance thérapeutique progressive. Cette notion peut se définir comme une collaboration mutuelle permettant aux soignants d'accéder à la libre association du patient, mais aussi d'appréhender la vie psychique inconsciente du sujet.

Il fallut une longue période de persévérance pendant laquelle le psychiatre et nous-même avons tenté de nouer cette alliance. Cette démarche visait la création d'un lien de confiance entre le patient et nous-mêmes. Pendant plus d'une année,

¹²⁷ Cas clinique publié : S.Germani, « Dynamique psychique d'un cas de radicalisation », dans *Cahiers de psychologie clinique*, 2017/2, p.259-272.

nous tentions de faire advenir un espace de parole qui soit à la fois perçu par le patient comme un lieu d'échange, d'écoute, mais aussi de questionnement mutuel. Peu à peu, la confiance instaurée a permis à Monsieur D. de nous confier les motifs de sa conversion à l'islam ainsi que son cheminement vers la « radicalisation ». Blessé par la vie, l'injustice et par la haine du désespoir, le sujet nous laissera entendre combien, pour survivre aux différentes agonies psychiques qui le possèdent, il lui fallait se trouver et se construire une nouvelle identité. À la recherche d'un sens identitaire, il s'est persuadé être un « missionnaire » agissant au nom de Dieu. Sa mission de vie et son projet deviendront alors une ligne de conduite visant la « déchéance » du groupe social ; la société de consommation, décrite comme un lieu de jouissance, doit être combattue :

« Regardez nos rues, nos sœurs, nos jeunes, ils vont tous très mal. Il n'y a plus aucune limite, plus aucune autorité. Entre les consommateurs de drogue, de sexe, d'internet mais aussi avec un État qui nous leurre de plus en plus, il y a une perte de repères. On ne peut plus se construire stablement ».

À partir de cette belle réflexion sociologique que nous offre ce patient, analysons le matériel clinique afin de comprendre comment une souffrance mortifère peut conduire à un passage à l'acte criminel, au nom de Dieu, au nom d'Allah, الله أكبر.

Monsieur D., fils unique, décrit une enfance où l'ennui fut son compagnon. Malheureusement, aucun autre détail ne sera fourni concernant ses premiers âges puisque le patient ne parle jamais de cette période. Il semblerait qu'une défense massive soit pleinement installée au point que l'accès en soit impossible malgré nos nombreuses tentatives. Ce qu'il raconte est davantage tourné vers son entrée dans l'adolescence, là où des frères de jeu/je sont enfin apparus. Comme il le dit : « Mes frères du quartier avec qui j'ai fait les quatre cents coups. » De manière générale, il évoque des fréquentations « malsaines » où il n'y avait pas de place

pour grandir dans la cité de manière « stable ». Encadré par des parents aimants, il ne bénéficia pourtant pas en parallèle des effets de l'autorité parentale défaillante, en raison du climat familial ambiant : il décrit une mère atteinte d'un cancer durant de longues années, et un père contraint de s'occuper de cette dernière. Les parents n'avaient pas vraiment l'énergie nécessaire pour se soucier des fréquentations de leur enfant, ni même de sa scolarité. Monsieur D. nous laisse entendre la contrainte de grandir avec les « grands frères » du quartier, se sentant trop immature pour saisir combien il tombait dans un gouffre. Il le démontre d'ailleurs par de nombreux récits autour de diverses expériences de petite délinquance (vente de cannabis, vols, bagarres). Monsieur D. exprime de grands regrets face à la violence dans laquelle il fut entraîné, expliquant combien ses choix passés eurent des résonances sur le « *mal/djinn/démon/esprit* » qui le possède aujourd'hui.

Dans son discours, et avec un certain recul, l'intéressé insiste sur le côtoiement massif et néfaste de personnes « non fréquentables ». Selon sa perception, l'une d'entre elles l'aurait contaminé en lui transmettant un *mal/djinn/démon/esprit* :

« Je commençais à ressentir une possession d'un ami africain qui aurait utilisé le vaudou lorsque j'ai voulu m'éloigner de lui. C'était chose fréquente dans sa famille, entre magie, culte, etc. C'est ainsi que je suis tombé dans la délinquance. Il m'a envoyé un *mal/djinn/démon/esprit* ».

À chaque évocation de cette dimension du « mal », le patient fera le lien avec un ressenti de « possession ». À savoir :

« Lorsque j'avais 15 ans, j'étais un mécréant ; je fumais du cannabis, je buvais de l'alcool. J'étais un petit délinquant. Je n'avais aucune limite, je ne différenciais pas le bien du mal. Personne ne pouvait me canaliser, pas même mes parents. J'ai commencé à entendre des pensées, des voix qui

proclamaient du sexe à outrance. J'avais en moi de graves idées comme celle d'imaginer des sodomies avec un de mes voisins, ou encore à imaginer comment était le sexe de ma grand-mère. J'ai même pensé à des choses bizarres en regardant le corps nu d'un nourrisson. Je sais *qui* est ce mal car à plusieurs reprises Le *djinn* s'est mis à bouger dans mon corps. Il apparaissait en une boule qui circulait sur ma cheville, sur ma jambe, et qui se déplaçait dans toute ma chair. C'était horrible. Je ne comprenais pas ce qui se produisait. À plusieurs reprises, je ne pouvais sortir de mon lit car j'étais paralysé. Mon corps, je ne le contrôlais plus à cause de l'emprise qu'exerçait le *djinn*. J'étais infecté par un mal que je ne comprenais pas. Heureusement pour moi, j'ai rencontré des personnes de confession musulmane qui m'ont fait savoir que je souffrais des signes d'une possession. Ils m'ont alors demandé de lire le Coran afin de purifier mon âme. J'ai alors commencé à étudier les écrits et j'ai saisi que le contenu était avant-gardiste. Beaucoup de chercheurs, de scientifiques ont démontré que certains versets ne pouvaient être écrits par la main des hommes. Voyez, il y a des passages sur le développement embryonnaire humain, sur le cerveau, sur la cosmologie, etc. Il y a des vérités scientifiques que l'humain ne pouvait connaître durant cette époque. Certaines ont d'ailleurs été découvertes récemment par des chercheurs contemporains. Comment ne pas reconnaître la véracité des écrits ! Je me suis alors converti à l'islam car ce fut pour moi une révélation. Tout me paraissait clair, tout prenait un sens. Chaque chose de mon histoire de vie avait enfin une raison d'être. Il me fallait passer par toutes ces épreuves pour comprendre que Dieu était là ».

Durant son incarcération, le patient nous fait savoir que le « mal » dont il souffrait est toujours présent. Il doit alors suivre des rituels bien spécifiques afin d'affaiblir « l'entité qui [le] possède ». Plusieurs prières et ablutions sont effectuées au cours de la journée. Il bannit aussi la télévision et la radio : « pour éviter toutes sortes d'excitations stimulant les voix, les attaques ». Pour finir, des lectures religieuses sont devenues son quotidien afin de « se nourrir de la force divine ». Précisons qu'à différentes reprises, le patient a tenté de nous influencer

sur la nécessité de nous intéresser aux écrits du Coran, de nous « nettoyer », mais aussi de « laver notre âme ». Durant une séance, ce dernier nous a demandé de lire un ouvrage qui répertoriait toutes les études scientifiques effectuées sur le livre sacré. Les écrits relataient des contenus validés et reconnus par des « scientifiques ». La lecture de l'ouvrage fut, à vrai dire, fort intéressante, ne relatant aucun discours de haine, ni de violence. Bien au contraire, les éléments étaient rassurants, bienveillants et scientifiquement acceptables. De ce fait, comment expliquer qu'une dérive sectaire puisse advenir si violemment dans la vie psychique du patient, et dans celle de beaucoup d'autres ?

Depuis les derniers attentats en France, de nombreux mots sont employés pour pointer certaines dérives autour de l'islam. Tour à tour, ces expressions se sont mélangées, se sont confondues : « fondamentalisme, radicalisme, intégrisme, islamisme, salafisme », etc. Pour définir véritablement la question qui nous incombe dans cette étude et cette recherche clinique, il nous semble préférable d'utiliser une forme plurielle : *des* processus de radicalisation. En effet, il ne s'agit en aucun cas *d'un* processus en action mais de divers processus. Ils sont multiples. À vrai dire, il en existe plusieurs, et voici comment cliniquement décliner cette typologie par l'analyse des mécanismes inconscients :

- de manière manifeste, considération intangible des textes sacrés. De manière latente, absence du doute ;
- de manière manifeste, attitude d'esprit d'une intransigeance absolue. De manière latente, rigidité de la pensée, rigidité de la personnalité ;
- de manière manifeste, véritable idéologie politique. De manière latente, fantasme omnipotent ;

- de manière manifeste, lecture littérale des sources. De manière latente, trouble de la fonction d'élaboration – côté primaire de l'interprétation ;
- de manière manifeste, application figée de la *charia*. De manière latente, fixation obsessionnelle ;
- de manière manifeste, quête vers le retour à la religion pure des anciens. De manière latente, recherche de la fonction paternelle.

Parallèlement à la sémiologie, il semble nécessaire d'analyser l'intrapsyché du sujet. Plus précisément, il importe de pouvoir saisir les dimensions psychiques et fantasmatiques qui l'agitent, ces dernières étant l'essence même des processus en question. À partir de la thérapie de Monsieur D. et du cadre thérapeutique, nous souhaitons maintenant aborder les différents mouvements significatifs qui se sont produits.

- **Première phase – Excitabilité des fonctions maternelles et aveuglement du père (déli)**

Lors des premiers entretiens, le patient fut très distant à notre égard en tant que sujet femme. Il n'y avait aucun contact visuel, aucun contact corporel comme celui de se serrer la main et encore moins de communication verbale. Nous étions inexistante dans le lien, comme dans une mise à l'écart de la thérapie. Dans son discours conscient, ce comportement était relié aux prédications coraniques, à savoir qu'il fallait éviter toute tentation et se garder absolument de tout contact. Au sens psychanalytique du terme, pouvons-nous percevoir la projection/transfert de la relation primaire et dangereuse reliée à la représentation maternelle ? Nous retrouvons cette part d'excitabilité que l'on retrouve dans le concept précœdipien autour de l'imgo maternelle archaïque. Pour le sujet, malheureusement, le

registre pulsionnel fut, semble-t-il, si « effractant », telle une élaboration impossible, que le « non-lien » (en tant que défense) fut omniprésent dans la thérapie. Autrement dit, cela aboutit au gommage de la fonction du thérapeute-mère. Cette perspective hypothétique permettrait d'expliquer la mise en place des mécanismes de défense actuels concernant son rapport au féminin.

Dans la relation entre le patient et le psychiatre (en tant que figure paternelle) s'observait un « collage » pleinement manifeste. La fascination exacerbée évidente envers le psychiatre se traduisait notamment par l'observation des moindres détails et des mouvements du soignant au cours des entretiens successifs. Quant au contre-transfert du praticien, nous pourrions qualifier celui-ci « d'aveuglant » au point d'avoir conduit au déni massif des signes psychiatriques du patient. Durant cette phase, le professionnel semblait se départir de sa pratique habituelle, en faisant abstraction de ses fonctions d'évaluation. Cette dynamique rappelle le comportement paternel, à savoir la défaillance de la fonction du père corrélée aux transgressions délinquantes du fils (en effet, ce dernier était trop occupé à gérer la maladie de son épouse pour être en mesure de transmettre le cadre et ses limites).

L'investissement des figures des thérapeutes par le patient traduisait la projection d'une dynamique particulière, à savoir une imago maternelle trop excitable et une imago paternelle démissionnaire.

- **Deuxième phase – Agressivité envers le féminin et homosexualité latente**

L'intérêt du patient pour la thérapeute femme est apparu face à la gêne provoquée par notre présence, au point de questionner sans cesse notre rôle et notre identité : « Vous faites quoi, au juste, en prison, vous ? », « Vous mettez des pantalons moulants alors que vous travaillez avec des hommes ? », « Le maquillage des femmes est une parade de séduction. » Le patient était à la fois obnubilé par notre « être » et interrogatif de nos mouvements. Dans ses

interrogations latentes non résolues – que le patient aurait pu verbaliser par : Qu'est-ce qu'elle me veut ? Qui est-elle ? – son comportement laissait seulement supposer une forme d'agressivité face à la dimension de cet autre sexe, de cet Autre différent. Cette énigme ne pouvant faire sens, engendre une dimension de tension et de violence interne chez l'intéressé. Tout un arsenal défensif est utilisé : pas de contact visuel, pas de toucher, etc. Pour cela, le patient est obligé d'utiliser toutes sortes de convictions religieuses pour comprendre le motif de son incapacité à se confronter à l'excitation angoissante que provoque la femme. À titre d'exemple, lors d'une séance, le psychiatre eut l'obligation de s'absenter en urgence. Nous fûmes alors contrainte de rester seule avec Monsieur D. Voici une partie de son récit :

« Vous ne devriez pas traîner par ici. La prison, c'est le lieu des possédés. Vous ne savez pas quel *djinn* vous pourriez avoir en face de vous. Par exemple, parfois, certains *djinn*s demandent de tuer [...] C'est par la prière et par la purification de mon âme que j'ai le contrôle sur ces forces maléfiques. Sans cela, je serais soumis à leur folie ».

Pour ce qui concerne la relation avec le psychiatre, une symbiose a débordé le cadre thérapeutique, laissant place à de la séduction, de la fascination et à une relation intense entre les deux protagonistes. Durant cette phase, de nombreux souvenirs vont resurgir, notamment un vécu de situations de promiscuité avec des hommes plus âgés (voisin, professeur, entraîneur sportif, etc.). Durant ces moments d'échanges avec ces derniers, selon son interprétation, des « voix » se sont manifestées pour la toute première fois avec des thématiques sexuelles à versant homosexuel : « Tu aimerais une sodomie ? », « Il cherche à te faire une fellation. », etc. Ses pensées, ses fantasmes, non maîtrisables, étaient vécus comme insupportables par Monsieur D.. Le mécanisme de projection – bien connu dans le champ de la psychose – permettait de rejeter à l'extérieur toutes les représentations et les pensées ressenties comme désagréables. Les voix devenaient

une sorte de bénéfice secondaire : elles appartenait à quelqu'un d'autre, et non plus au patient par l'intermédiaire de la construction hallucinatoire.

L'analyse de ces éléments démontre combien les dimensions sexuelles et homosexuelles ne peuvent être élaborées. Les causes proviennent de carences identificatoires qui découlent d'une introjection d'imagos parentales non contenant. Elles sollicitent un sentiment d'envahissement angoissant. La projection est alors utilisée comme moyen de défense plutôt que le refoulement ou la sublimation. Face à ce corps pulsionnel qui lui échappe, Monsieur D. semble ne pouvoir se stabiliser sans passer par la recherche d'un père substitutif, voire d'un dieu, pouvant donner du sens à ses coordonnées identitaires.

- **La troisième phase – Père (réel et symbolique) défaillant et imago maternelle persécutrice**

Durant cette période, nous pourrions évoquer l'inversion des rôles, à savoir que la figure paternelle devenait « idiote » et « inconsistante », au point que le patient était celui qui en savait plus que le psychiatre. La dimension du maître et de l'élève fut alors inversée. À titre d'exemple, à différentes reprises, le patient notifiât les incohérences des propos de son interlocuteur, mais aussi interrogeait les « erreurs » du professionnel. Eut lieu alors toute une remise en question des comportements du thérapeute homme, qui ne semblait plus à la hauteur du fantasme de Monsieur D. Cette manifestation démontre combien le substitut paternel peut devenir défaillant, laissant entrevoir une éventuelle répétition de la problématique du rapport au géniteur mais aussi du rapport aux limites. En effet, et d'une certaine manière, le patient attaque l'autorité et le cadre du psychiatre, de cet autre pair/père.

L'investissement du patient concernant la figure du thérapeute femme prit une nouvelle tournure sous la forme d'un revirement flagrant. Le sujet s'autorisait à nous regarder droit dans les yeux, brisant l'interdiction primaire qui avait été énoncée dès le premier entretien, acceptant par ailleurs de donner du crédit à nos

interventions. Durant toute cette période de transfert positif à notre égard, le patient évoque de multiples expériences relationnelles passées avec des femmes, apparaissant comme des « prédatrices sexuelles ». Il évoque alors les femmes qui bronzaient seins nus face à la mer, des jeunes filles aux discours ambigus, des dames qui étaient dotées d'un arsenal de séduction, etc. La question de la sexualité féminine semble alors prendre une place envahissante et persécutrice dans la vie psychique du patient. Cette charge d'excitation, provoquée par ces différentes rencontres, l'aurait précipité durant la même période dans la transgression violente marquée par des passages à l'acte délictueux.

Au fil des consultations, le psychiatre et nous-même avons remarqué combien la rencontre avec l'islam – pour ce patient et pour un grand nombre de personnes incarcérées pour les mêmes actes sectaires – apparaissait comme une tentative d'accroche à une « vérité inébranlable ». Celle-ci permettait d'éviter les doutes et d'écarter les angoisses d'anéantissement. Dans ce type de profil psychologique, nous pouvons répertorier plusieurs formes de délires dont trois utilisés de façon majoritaire comme moyen de défense :

- **délires passionnels à versant érotomane** : le sujet est persuadé que l'Autre (Dieu) lui déclare son affection et ses attentes par le biais de différents messages qu'il faut mettre à exécution. Cet Autre apparaît comme une obsession et il devient le moteur de divers passages à l'acte (violence hétéro-agressive, crime passionnel, actes socio-pathiques) ;
- **délires de revendication (à thèmes religieux)** : ils se définissent comme une volonté irréductible de faire triompher une « vérité » que la société se refuse à satisfaire.

Ils sont le fruit d'une conviction inébranlable d'avoir accès à une découverte grandiose qui doit être reconnue de tous ;

- **délires de persécution** : ils représentent la certitude que quelqu'un lui veut du mal. Les thématiques religieuses apparaissent dans les processus de radicalisation : *djinn*, vaudou, mécréants dangereux, etc. deviennent de mauvais objets qui persécutent.

Comme l'écrivait Lacan (1966) : « Le délire est une tentative de guérison ». Monsieur D. témoigne d'une ténacité revendicatrice à détenir la vérité « religieuse » au point qu'il faille « éliminer » les mauvais objets (mécréants) pour sauver le nom d'Allah. Si nous regardons de plus près, toutes les dimensions fantasmatiques, incestueuses, sexuelles, pulsionnelles, etc. sont rejetées vers l'extérieur sur la figure du double : figure du *djinn*, du diable, de l'État, du mécréant.... Ce processus vise à écarter les pensées angoissantes et il offre un gain d'économie psychique face aux élaborations multiples que demandent les diverses représentations externes. Par exemple, lorsque le patient éprouve un fantasme de sodomie pendant qu'il est en compagnie de son voisin, il ne peut interroger ce mouvement, il ne peut pas non plus se laisser aller à « vagabonder » dans le fantasme, ni même le refouler ou le sublimer. Il dénie ses pensées en les réattribuant à d'autres : « Ce n'est pas à moi, c'est à lui, c'est au *djinn*. » Ce type de mécanisme psychique témoigne d'une difficulté à accepter la partie inconsciente – avec tout ce que cela implique – comme une partie intégrante du Moi. Nous pouvons alors parler d'un clivage du Moi, de l'identité, avec comme résonance un clivage de l'objet : les bons et les mécréants. Ces données concernant un imaginaire nourri par une fantasmatique corporelle très pulsionnelle (que le patient vit comme des excitations incontrôlables/sales/dégoûtantes) font écho à une menace d'effondrement et de rupture identitaire.

En effet, toute cette dimension pulsionnelle, qui apparaît comme envahissante et qui ne peut être élaborée par Monsieur D., provoque de nombreux troubles, notamment des symptômes hystériques (boule qui se « balade » dans le corps), des rituels de type obsessionnel (avec les diverses ablutions et prières obligatoires chaque jour et chaque nuit) mais aussi des hallucinations auditives reliées au clivage du Moi (voix qui appartient à un autre). À partir des écrits se trouvant dans le Coran, des limites sont alors posées, du sens est alors donné avec, en plus, un cadre de vie positionné. Le patient explique clairement combien il a trouvé et compris les notions de bien et de mal. Selon lui, sa conversion religieuse lui apporte un changement de vie, notamment du fait de ses nouvelles croyances. Il décrit d'ailleurs comment son rapport au sexuel, sa consommation de cannabis et d'alcool, son rapport à la violence et à la transgression sont à présent régulés par sa foi, ses convictions et ses idéaux. Ce renversement peut être entendu comme bénéfique au prime abord, puisque ses nouvelles convictions contiennent certaines « explosions » pulsionnelles. Cependant, cet aspect nous donne aussi la sensation de ne pouvoir qu'observer, en tant que praticienne, la fragilité de l'identité et des assises narcissiques du patient. En effet, il est une chose de nourrir des croyances « religieuses » et il en est une autre de posséder des convictions inébranlables et revendicatrices. Comme il est une chose de croire en Dieu et il en est une autre de se croire guerrier de Dieu. Il y a bien là une grande différence clinique entre les fantasmes névrotiques et les convictions délirantes, que nous soyons du côté des classifications psychiatriques ou bien du côté des outils d'analyse qui sont apportés par la psychanalyse.

Les éléments délirants sont comme des tumeurs malignes qui refoulent la pensée logique (Guiraud, 1950). Si nous en croyons la définition des manuels psychiatriques et des manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), les convictions religieuses auxquelles un sujet adhère, et qui apparaissent comme inébranlables, ne laissant aucune autre possibilité d'interprétation que celle donnée par le sujet

en question, sont considérées comme pathologiques. Il est indiqué aussi que les thématiques que nous pouvons classer dans la catégorie des « délires » sont toujours accompagnées de troubles de la perception (hallucinations psychosensorielles et/ou psychiques) associés à des troubles de la pensée (trouble du jugement, de raisonnement). Du côté des apports psychanalytiques, Freud (1933) dévoile un axe de réflexion autour des aspirations mystiques dans son texte sur une névrose démoniaque. Selon lui, il suffit qu'un sujet se trouve fortement saisi par le discours de certains idéologistes attachés à des croyances « naïves, ancestrales et religieuses » pour qu'apparaissent massivement des symptômes dits « spirituels ». Il note que ces types de symptômes sont une tentative de chercher la présence du Père. D'ailleurs, il intitulera l'un de ses chapitres « Le diable substitut du Père ». À partir de la dimension du double et de la projection, les démons représenteraient les désirs mauvais et les éprouvés désagréables. Selon ses observations, les figures diaboliques incarnent les impulsions repoussées et elles se manifestent à travers une particularité décrite comme « un processus psychique qui nous est bien connu, la décomposition d'une représentation impliquant opposition et ambivalence en deux contraires violemment contrastés (clivage de l'objet) ». Il évoque alors les représentations opposées entre Dieu et le diable, les anges et les démons. Ces contradictions dans la nature primitive des croyances religieuses seraient le reflet de l'ambivalence qui domine les rapports de l'individu avec son père. Selon les apports freudiens, lorsqu'un sujet adopte une religion, il tend à porter l'empreinte d'une relation particulière à son propre père (réel et symbolique).

Pour conclure, l'analyse de cette prise en charge thérapeutique nous a permis d'entendre combien les convictions religieuses inébranlables avec la formation de délires passionnels, revendicatifs et persécutifs seraient corrélées à un défaut concernant *la métaphore paternelle* (Lacan, 1951). Celle-ci semble avoir échoué (forclusion). Lorsque le patient témoigne de son incapacité à saisir la dimension du bien et du mal, ou bien de son absence de limite et de cadre – sans

passer par l'accroche religieuse – nous observons l'échec manifeste des signifiants paternels. Le registre symbolique ne pouvant être élaboré, il souligne combien des mouvements psychotiques sont à l'œuvre dans les processus de radicalisation. Dans cette quête de sens, dans cette quête identitaire, dans ces appartenances sectaires, il y a bien une tentative d'accéder au symbolique qui échappe au sujet. Ces convictions religieuses laissent percevoir une recherche de guérison, malheureusement, les convictions délirantes démontrent pleinement un échec de la tentative. De ce fait, le registre du passage à l'acte au nom de Dieu ne pourrait-il pas se traduire cliniquement par le passage à l'acte au Nom-du-Père (Lacan, 1951)? En ce sens, le sentiment de possession décrit par le patient pourrait « dessiner » sa position subjective qui est menacée par des retours d'expressions pulsionnelles, non organisées. La crainte de l'envahissement et de la dépossession est alors sur le devant de la scène. Ainsi, les processus de radicalisation peuvent être interrogés comme une radicalisation de la violence devenant, dans notre cas clinique, légitime, dans la mesure où la sollicitation pulsionnelle reste peu transformable en matériaux psychiques internes. Ces éléments, qui ne sont pas intégrés par le Moi (en logique subjective), reviennent vers le sujet sous forme de délires comme une expérience de possession/dépersonnalisation.

N.B. : Depuis ce projet de publication d'article, le jugement a eu lieu. Le procureur a requis une peine de prison à perpétuité assortie d'une période de sûreté de vingt-deux ans. Cette précision permet de mesurer combien un grand nombre de sujets incarcérés pour des passages à l'acte à versant sectaire sont soumis à des éléments délirants qui apparaissent à bas bruits. En effet, c'est uniquement dans le lien thérapeutique que la dynamique psychique du sujet est véritablement apparue. Tous les éléments délirants qui ont été notifiés dans cet écrit n'ont été perceptibles ni lors des expertises, ni même pendant le procès. Cela ne retire en rien la responsabilité du sujet dans la radicalisation de sa violence, mais il est important de le préciser.

B) Dynamique psychique d'un cas de matricide

Le patient fut en suivi thérapeutique durant deux ans au sein d'un centre pénitentiaire, à raison d'une séance par semaine. Après son procès, l'hospitalisation en milieu psychiatrique sera ordonnée. Il sera reconnu non responsable selon l'article 122-1 du Code pénal: «N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. »

Lorsque la thérapie a débuté, le patient témoignait d'un bon ancrage dans la réalité. Il était capable de discernement: il comprenait les raisons de son enfermement, mais aussi combien son geste était stimulé par des éléments délirants. Face au constat de son acte (matricide), dépression massive et tentatives de suicide se succédèrent. Par l'intermédiaire d'un traitement médicamenteux, par la contenance que sollicite la privation de liberté (camisole symbolique) mais aussi par le travail de parole qu'il accepta de mettre en place, peu à peu, le patient put mettre en mots non seulement un passé difficile mais aussi exprimer une relation douloureuse entre sa mère et lui. Pas à pas, il put saisir les ressorts de son passage à l'acte qui apparaissait dans un premier temps comme du domaine de « l'impensable ». Évidemment, ce cheminement fut pénible et triste du fait de la prise de conscience :

« C'est un travail de deuil impossible puisque je suis la cause du décès de ma mère. Je ne pourrai jamais me le pardonner... Je suis un meurtrier. J'ai tué la personne qui m'était la plus chère ».

Âgé de vingt-huit ans lors du recours à l'acte, l'intéressé vivait avec sa mère dans un appartement parisien. Le père était décédé lorsqu'il avait treize ans, à la suite d'un accident de la route. Après cet événement douloureux et tragique,

le patient devint le soutien psychologique de sa mère qui bascula dans une dépression sévère. Le temps passait, et ces deux endeuillés devenaient de plus en plus soudés par la tragédie. Mère et fils entretenaient une relation fusionnelle. Le patient, que nous nommerons Monsieur B., décrivit durant de nombreux entretiens des situations « énigmatiques » qui prenaient dans le lien avec sa génitrice. Il évoquera notamment l'impossibilité de pouvoir fermer la porte de sa chambre car la mère souhaitait garder une visibilité sur son enfant. Il était aussi dans l'injonction d'envoyer de multiples SMS à cette dernière dès lors qu'il quittait le domicile familial. La mère, toujours très angoissée face à l'absence, imposait une vigilance extrême. Le patient raconta se sentir toujours en « alerte » face à un discours maternel qui laissait entrevoir un monde dangereux et imprévisible. Face aux inquiétudes persistantes et envahissantes de cette dernière, le patient se devait de raconter chaque journée avec une grande précision du détail afin qu'elle puisse se rassurer pour la journée suivante. À savoir, qu'au quotidien, le patient lui témoignait combien son emploi d'ingénieur n'était pas précaire, mais aussi lui assurait que ses choix amoureux n'allaient pas provoquer de grands bouleversements comme celui d'une contamination au VIH ou bien par l'intervention d'une grossesse non désirée.

Inquiète du fait que son fils puisse disparaître à tout moment (comme son mari), la mère de Monsieur B. pour être apaisée obligeait ce dernier à justifier chaque fait et geste pour apaiser sa mère. Dans ce contexte, avec un climat ambiant générateur d'un sentiment de stress permanent, le patient trouva comme solution d'apaisement la consommation de cannabis. Vers l'âge de dix-huit ans, l'usage toxique se mit en place, à raison de cinq à dix joints par jour. Entre une vie professionnelle intense et une vie au domicile familial complexe, la vie psychique devenait anxigène, au point de ne pouvoir entrevoir aucune solution pour améliorer la situation :

« Je ne voyais aucune issue. J'étais son fils unique, le seul homme de sa vie.

Sans moi, elle n'existait plus. J'ai souvent pensé qu'elle serait capable de se suicider si je n'étais pas à ses côtés. J'avais tellement peur que je préférerais me soumettre à ses demandes, comprenant qu'elle vivait au quotidien dans l'angoisse. Elle était isolée... et moi, je n'avais aucune perspective de libération... ».

Vers l'âge de vingt-deux ans, Monsieur B. bascula dans la petite délinquance (petit trafic de cannabis, vol à l'étalage et bagarre). Ces mouvements, selon sa perception et avec du recul, permettaient de ne plus penser et de ne plus ressentir l'environnement dans lequel il se sentait « avalé ». Cette adrénaline provoquée par l'interdit « me donnait le sentiment de sortir de ma condition, de ma soumission à un espace qui n'était pas le mien ».

À l'âge de vingt-quatre ans, par l'intermédiaire d'une rencontre amoureuse, Monsieur B. se stabilisa au point de cesser toute situation de délinquance. Il diminua même sa consommation de cannabis, les prises toxiques s'opérant uniquement le week-end. Nadia fut rencontrée lors d'une soirée entre amis. La jeune fille lui plut dès le premier regard et ce sentiment fut réciproque. Porté par cette relation étayante et bienveillante, son comportement se trouvait transformé. Il le ressentait, et les autres le percevaient, au point que ses supérieurs hiérarchiques lui proposèrent une promotion. Il raconte combien durant cette période, il était exalté de constater le changement de vie qui s'opérait, qu'il pouvait croire à un autre chemin que celui qui s'était dessiné jusqu'à présent : « vieillir et vivre seul avec ma mère... c'était vraiment inquiétant d'envisager cette perspective. Nadia me laissait entrevoir tout autre chose ».

Le jeune couple décida alors de s'installer ensemble puisqu'ils projetaient de construire une famille dans un avenir proche. De plus, il semblerait qu'il leur

était difficile de vivre séparément : « On se manquait à chaque instant de séparation, puis nous souhaitions acquérir notre espace d'intimité, notre lieu à nous, rien qu'à nous. » Face à ce déménagement, la mère du patient s'effondra littéralement, au point de ne plus être en capacité de se rendre sur son lieu de travail. Le médecin généraliste lui établit un arrêt de travail de longue durée mais aussi un traitement médicamenteux contre la dépression. Monsieur B. pointe cette période comme le pivot majeur concernant un sentiment de culpabilité extrême. Celle-ci grandissait jour après jour au point qu'elle se transformait en impulsivité et en agressivité :

« Je n'arrivais plus à gérer... ni mon job, ni même ma relation amoureuse. La moindre petite chose me provoquait des tensions extrêmes, et, de plus en plus, je constatais mon incapacité à me contrôler... ».

Il évoque d'ailleurs un comportement distant avec sa compagne par peur de pouvoir lui faire du mal sous l'impulsion de mouvements haineux. Face à cela, se sentant de plus en plus abandonnée malgré ses multiples tentatives pour améliorer le lien affectif, Nadia décida de mettre un terme à leur relation. Monsieur B. fut alors contraint de revenir vivre chez sa mère qui fut ravie de son retour. À l'âge de vingt-sept ans, après trois années de relation amoureuse, il retrouva sa chambre d'enfant et la maison de son enfance, celle où de tristes souvenirs revenaient fréquemment, notamment autour de sa relation « furtive et tragique » avec son père. La consommation de cannabis reprit de manière massive quand soudain, une idée obsédante lui vint : « moi et ma mère, nous étions en danger de mort ».

« Un matin, je me suis réveillé et j'ai senti dans tout mon être un sentiment intense. Un grand malheur allait arriver. J'avais la certitude qu'un événement gravissime mettrait la vie de ma mère et la mienne en danger. J'ai commencé à ressentir qu'on nous voulait du mal. Les gens nous regardaient bizarrement en ville. Mes amis avaient un comportement de plus en plus étrange et je m'inquiétais qu'ils aient l'idée de m'empoisonner. Avec du recul, je me dis que ces sensations étaient erronées mais sur le moment c'était si réel.

Lorsque je me forçais à penser à autre chose, des signes me rappelaient que quelque chose allait se passer. J'allumais la télévision et, comme par hasard, ça parlait de tragédie ou d'accident. J'allumais la radio et j'entendais alors des témoignages de violence, des faits d'actualité autour d'abus, ou encore des publicités pour des assurances. Tout m'apparaissait hostile. Que cela soit le bruit des avions, à croire qu'ils volaient beaucoup plus bas que dans le passé, histoire de faire davantage de bruit. Même les travaux de ma ville m'oppressaient... J'avais un sentiment d'étouffement qui devenait de plus en plus oppressant. J'ai perdu beaucoup de poids, en cinq mois environs dix kilos. J'évitais de manger car la nourriture pouvait peut-être me tuer... J'ai commencé à douter de mes proches. J'allais de plus en plus mal. J'ai compris qu'il me fallait protéger ma mère, car je sentais la mort sur nous ».

Pendant cinq longs mois, le patient traversa les méandres psychiques. Il cessa d'ailleurs de se rendre sur son lieu de travail et fut licencié pour abandon de poste. Quand arriva le jour du drame, celui où il décida de tuer sa mère :

« J'avais des vertiges, et je suis tombé dans les pommes durant cet après-midi. Ma mère a été obligée d'appeler le Samu. Le médecin a notifié que ma consommation de cannabis et le peu d'alimentation avaient engendré cette perte de connaissance. Maman a commencé à lui raconter que parfois elle m'entendait parler tout seul. Je lui ai fait signe de ne rien divulguer mais elle a poursuivi. J'ai pensé alors que le Samu était dans l'affaire, qu'il allait aussi nous faire du mal maintenant, car il était au courant. Il était trop tard. Il s'agissait de vie ou du mort. Il me fallait trouver une solution. Puis, j'ai basculé d'un coup. Je suis allé dans ma chambre et, en regardant dans le miroir, j'ai entendu une voix qui m'a demandé de tuer ma mère. Je ne voulais pas, je la suppliais de me trouver une autre possibilité, mais elle ne céda pas. J'ai donc tenté de savoir combien de temps avais-je pour profiter d'elle. La voix a répondu : « jusqu'à demain matin ». J'ai passé toute la nuit sans dormir, à faire des rondes avec des couteaux autour de ma ceinture. J'ai pensé que quelqu'un allait entrer dans la maison et violer ma mère. J'ai pensé à la protéger. J'ai donc surveillé chacune des fenêtres. J'ai préparé une

lance au cas où ils seraient nombreux. J'ai guetté toute la nuit. J'étais comme dans un état second. Je me rendais compte qu'il y avait comme une voix à l'intérieur de moi et que ce n'était pas normal. Le matin, ma mère a vu de suite que je n'étais pas en bon état... elle a eu très peur. Elle a proposé de faire un bon petit-déjeuner afin de m'apaiser. Je me suis assis, et je l'ai longuement regardé... puis je l'ai attaquée. J'ai essayé de l'égorger mais elle se défendait. J'ai alors saisi le couteau de la cuisine et je l'ai poignardée à plusieurs reprises jusqu'à temps de lui ôter la vie. ».

Lors des récits concernant son passage à l'acte, Monsieur B. s'écroulait sur notre bureau : « Je suis un monstre, qu'ai-je donc fait ? » La prise de conscience de son crime sur sa mère et de la responsabilité de son décès, provoquait des effondrements massifs. Il évoquera à plusieurs reprises le choc de percevoir – avec du recul – l'enchaînement qui suivit le passage à l'acte. La façon dont il avait enveloppé sa mère dans un drap et s'était endormi à ses côtés, dans le sang, durant quelques heures. Il exprimera la sensation de libération ressentie sur le moment : « J'étais comme libéré d'un poids. Je me disais que plus personne ne pourra lui faire du mal. Elle avait même échappé au viol. » Au réveil, il décida instantanément de téléphoner à la police afin d'avouer son homicide. Dès lors où le patient fut arrêté par la gendarmerie, il n'existera plus aucun délire, ni même d'interprétation pathologique. Bien au contraire, celui-ci sombra dans « un retour de réalité qui fut un coup de massue ». Lors des entretiens cliniques, la vie psychique n'est aucunement dissociée et la capacité de discernement est présente. Ceci provoquant alors une détresse fondamentale. Le patient ne pouvait pas se cacher derrière l'illusion fantasmatique, ni même derrière un scénario délirant qui lui permettrait de ne pas faire face à l'innommable comme dans la plupart des cas de psychose. Il doit apprendre à vivre avec et comprendre pour quel motif il en est arrivé là.

Deux expertises psychopathologiques seront ordonnées par le juge d'instruction. Ces dernières révéleront un diagnostic de schizophrénie paranoïde, cette maladie mentale chronique dans laquelle la personne perd le contact avec la réalité (psychose). Les symptômes courants de cette pathologie incluent des hallucinations auditives (comme celles d'entendre des voix), mais aussi des délires paranoïaques (à savoir croire que tout le monde a pour objectif de vous nuire). Ces croyances irrationnelles peuvent engendrer des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs. La majorité des cas de matricide et de parricide sont corrélés à ces troubles psychiques. Cependant, nous notons une grande différence. Pour un grand nombre de cas observés en centre pénitentiaire, les délires sont encore présents après le passage à l'acte meurtrier ou bien apparaît le déni, mécanisme de défense qui protège le sujet de la réalité. Le cas clinique exposé est ici totalement différent. Effectivement, Monsieur B. est pleinement conscient de son acte. De plus, la désorganisation psychique, phénomène courant dans cette structure psychotique, n'apparaît pas une fois que le passage à l'acte a eu lieu. Nous pouvons de ce fait envisager cet homicide comme la résultante d'une décompensation (rupture de l'équilibre psychologique qui survient de manière brutale et violente ou par lenteur et à bas bruit. Il s'agit d'un effondrement de la structure psychique du sujet, consécutif à un excès de tensions non élaborées). De ce fait, pour quels motifs Monsieur B. a-t-il décompensé ? Quelles sont les tensions pouvant engendrer un tel passage à l'acte ? Quels sont les ressorts inconscients de ce recours à l'acte ?

L'incestuel est une notion créée en 1989 par le psychiatre et psychanalyste Paul Claude Racamier¹²⁸. Contrairement à l'inceste, qui est agi, l'incestuel se joue dans la relation à l'autre, décrit comme « un climat où souffle le vent de l'inceste sans qu'il y ait inceste ».

« L'incestuel naît d'une séduction narcissique imposée et qui dure. Il existe

¹²⁸ P.-C. Racamier, *Antœdipe et ses destins*, Paris, Apsygée, 1989.

bien sûr une séduction normale en début de vie entre le bébé et sa mère. Cette séduction est nécessaire et structurante, son déclin doit conduire au deuil originaire (1992), à l'origine de toute séparation initiale. L'incestuel en fait l'impasse et tend à perpétuer une union indissoluble¹²⁹ ».

Dans la relation mère-fils décrite dans cet article, nous entendons bien la dimension décrite par Paul Claude Racamier. La mère laisse percevoir à son enfant qu'il est le seul être qui compte. Cet aspect de la relation ne permet pas à l'enfant de déployer son autonomisation, ni même d'accéder à sa liberté psychique par le « défusionage ». Tels des siamois, mère et enfant restent « collés » psychiquement et symboliquement. Comme en témoigne l'œuvre de Lacan, cette dimension engendre une aliénation¹³⁰ complète du petit sujet.

Le patient témoigne effectivement d'une impossibilité d'accès à la séparation. La mère étant trop fragile du point de vue psychique, elle adresse une demande de « réparation inconsciente » adressée à son fils par une injonction autour d'une présence continuelle. L'absence étant vécue comme insupportable, générant une angoisse massive, elle invite à une dynamique de « collage ». La mère « emprisonne » son enfant dans un monde psychique chaotique. Sa détresse ne lui permettrait pas de reconnaître les effets néfastes d'un tel lien entre parent et enfant. Quant à Monsieur B., pris dans une demande maternelle qui ne permet pas d'accéder à la dimension d'une castration symbolique, il se trouve alors piégé dans un devoir de réponse à l'attente maternelle. Il se doit de rester en « fusion », en « couple », avec cette dernière, prenant le risque d'être écrasé par une culpabilité massive et destructrice. Il n'a donc pas d'autre choix que d'être « sujet esclave » du désir de l'Autre, comme dans une soumission mortifère. Dans ce contexte, le délire qui va mobiliser le passage à l'acte devient la seule issue pour la survie, ce que nous pourrions traduire en : « il faut une séparation réelle ».

¹²⁹ M. Guillot, « L'incestuel : l'impossible séparation » dans *Santé mentale*, décembre 2015.

¹³⁰ J. Lacan, « Les complexes familiaux », 1938, in *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001.

« Le temps pour comprendre sera l'occasion d'hypothèses, non pas tant causalistes que de mises en perspective. Façon de nouer avec le patient ce qui n'est pas dialectisable et aussi de séparer ce qui n'est pas distinguable [...]. C'est parfois vingt ans après qu'un épisode dit délirant donne son statut et sa vérité¹³¹ ».

Selon les travaux de Jacques Lacan quant au concept de forclusion de la métaphore paternelle, le délire témoigne, au moment du déclenchement psychotique, d'une confrontation du sujet à un vide énigmatique auquel l'hallucination est une réponse qui revient du dehors, dans le réel. Le scénario délirant permet d'articuler une série de remaniements, d'intuitions et d'interprétations afin de constituer une organisation plus ou moins structurée. Le délire est une suppléance à la faille structurale que Jacques Lacan nomme : « la métaphore délirante¹³² ».

La mise en place du délire est envisagée selon l'œuvre freudienne comme porteuse des représentations de l'état interne du sujet. Le délire transpose les méandres internes dans l'univers perceptif de l'environnement extérieur. Sigmund Freud établit d'ailleurs une analogie entre les rêves et les délires ; qui laissent transparaître la réalité psychique inconsciente du sujet. Il note dans *La Gradiva*¹³³, combien les délires contiennent des « grains de vérité ». Lorsque nous analysons le délire de Monsieur B., différentes thématiques apparaissent : le sentiment d'être empoisonné par l'entourage, la perception de comportements étranges chez autrui, le sentiment d'oppression par les travaux de la ville, le sentiment d'étouffement suscité par le bruit des avions, des écrans, etc., la crainte de l'intrusion dans le

¹³¹ J.-J. Tyszler, « Forclusion, fait psychique total et délire, phénomène parfois partiel » dans *Le journal français de psychiatrie*, n° 22, 2004.

¹³² J. Lacan, « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », dans *Écrits*, Seuil, 1966, p. 577.

¹³³ S. Freud, « Délire et rêve », dans *La Gradiva de Jensen*, Gallimard, 1949.

domicile familial, la crainte du viol maternel, et l'hallucination d'une voix qui ordonne le meurtre.

Sigmund Freud a découvert combien la vie psychique peut se défendre contre les affects désagréables, soit en les supprimant, soit en les niant ou bien en les transformant. Pour le patient, il semblerait qu'il soit difficile – avant le passage à l'acte – de reconnaître les sensations négatives comme corrélées à l'oppression maternelle. Par l'intermédiaire du délire, il va attribuer ces affects à des représentations telles que l'avion, les travaux, la télévision, etc. Lorsque nous prenons en compte uniquement les affects en question, ne sont-ils pas des vécus subjectifs pouvant être pleinement ressentis face à une mère si envahissante ? Étouffement, interrogation concernant le comportement étrange, le sentiment d'oppression, d'empoisonnement, d'intrusion, et la crainte du viol (attaque du corps).

Le délire n'interviendrait-il pas pour préserver le sujet de sa haine mais aussi de sa culpabilité envers la figure maternelle ? Par l'intermédiaire du scénario délirant, les affects ne sont-ils pas plus supportables lorsqu'ils sont attribués à d'autres représentations que reliés à cette dernière ? La composante délirante ne vient-elle pas tenter de résoudre le conflit intense qui s'articule dans les combats psychiques auxquels Monsieur B. doit faire face ? Protéger *vs* abandonner, coller *vs* séparer, présent *vs* absent ?

« Le délire est un acte de langage, un acte de parole, un discours humain, au même titre qu'un autre acte de langage. Et qu'à ce titre, malgré son étrangeté, il y a dans cet acte de parole, quelque chose qui se dit de celui qui parle, du sujet humain¹³⁴ ».

¹³⁴ S. Thibault, « Les contenus religieux du délire schizophrénique », conférence AQPAMM, 26 octobre 2011.

C) Observations et conclusions

Dans le registre de la psychose, le passage à l'acte transgressif opère :

- Comme une tentative d'accroche à un "semblant de réalité",
- comme une démarche identitaire pouvant réunifier le moi,
- comme une défense contrant la disparition du sentiment d'existence,
- comme l'entreprise d'un arrêt sur une conflictualité psychique autour de l'effraction du moi (l'Autre va me détruire) et le morcèlement de l'être.

Il est bien connu que tous les psychotiques ne passent pas à l'acte¹³⁵. Pour ceux qui le font, quels en sont les motifs ? Quels sont les éléments qui vont provoquer le déclenchement et le recours au passage à l'acte ? « Au-delà de la thèse classique sur l'effondrement du sujet dans le passage à l'acte psychotique »¹³⁶, tous les patients rencontrés dont ceux exposés ci-dessus (cas de radicalisation et de matricide) témoignent d'un sentiment de continuité identitaire après le passage à l'acte. Effectivement, ils ont la sensation d'avoir « touché un réel » par le passage à l'acte, qui inscrit un « évènement » psychique bien spécifique (**tentative d'accroche à un semblant de réalité**). L'évènement psychique en question (le passage à l'acte) va soutenir un **sentiment d'existence**. Pensons aux propos tenus par ces deux patients relatés dans cette thèse : « je suis un missionnaire de Dieu » (traduction : j'ai agi un acte qui me donne une

¹³⁵ B. Scheifler, J-L Senninger, *Meurtre de masse et psychose*, Thoiry, Editions Heures de France, 2000, p.47 : « 1 / Les risque d'un comportement violent ne semble guère plus élevé parmi les malades mentaux que dans la population générale. 2 / Les malades mentaux ne constituent donc pas un groupe plus dangereux que les autres, et il existe une exagération manifeste dans l'idée que la maladie mentale constitue en soi un facteur de dangerosité accrue.

¹³⁶ J-P De Limbourg, « Parcours singulier d'un passage à l'acte : supplication, délire et déclenchement », dans *Cahiers de psychologie clinique*, 2012/2, p.85.

identité/étiquette auprès du créateur », ou encore : « je n'avais aucune perception de libération (dans sa relation avec sa mère) et je suis devenu un meurtrier » (traduction : en la tuant, je peux me libérer, je peux *exister*).

Le passage à l'acte semble opérer comme une **démarche identitaire qui unifie le moi**. Effectivement, chacun d'eux matérialise un sentiment d'existence et d'identité qui se caractérise par l'identification au passage à l'acte : le sujet existe à partir et à travers l'acte qu'il a commis. Le patient radicalisé évoque de son côté le fait que ses agissements ont pour objectif de dénoncer : « une perte de repère » car : « on ne peut plus se construire stablement ». Par le passage à l'acte, il contre ce processus évoqué, en affichant - par le recours au passage à l'acte - son opposition. D'une certaine manière, le patient tente d'instaurer un : « je suis, car j'existe à partir de mon engagement auprès du créateur. Je le prouve à travers mes actes ». Nous entendons bien la dimension d'une réassurance d'existence, dans la conviction délirante que cet engagement acté, lui confère *une place et une existence* auprès du Divin. D'ailleurs, ce dernier le dit bien : « JE SUIS : un missionnaire ».

Dans le second cas, toute la thérapie s'organisait à travers le constat d'*être* un meurtrier (avec une culpabilité avérée en après coup). La reconnaissance du délire put advenir dès lors où le passage à l'acte eut lieu avec l'observation « d'être un tueur ». A titre de précisions, durant de multiples séances, le patient témoignait de son mal-être, à se sentir semblable à tous les tueurs qu'il rencontrait (soit en prison, soit via les écrans auprès d'émissions télévisées telles que « Faites entrer l'accusé », « crime », etc.). Ce type de mouvements identificatoires venait à multiples reprises souligner « qui » il était : un meurtrier. Invoquer cette « étiquette » donnait de la « consistance » à son moi avec le sentiment d'*être quelqu'un* (vécu douloureux mais provoquant un sentiment d'existence).

Dans les deux cas nous retrouvons le risque de disparaître du fait de l'influence de l'Autre. Dans le premier cas, cet Autre est incarné par les mécréants qui tentent de faire disparaître la religion et les croyances, tandis que dans le second cas, l'Autre émerge à travers la figure maternelle écrasant le sujet par son surinvestissement auprès du fils. Tous deux (comme les autres patients psychotiques rencontrés en prison) utilisent le passage à l'acte **comme défense ultime contre la disparition de soi.**

Du point de vue dynamique, précisons l'aspect apaisant dans son rapport à l'économie psychique. Effectivement, le passage à l'acte opère **comme l'entreprise d'un arrêt sur une conflictualité psychique autour de l'effraction du moi** (l'Autre va me détruire / cf : mécréant ou la génitrice) **et le morcellement de l'être.** Le patient radicalisé vivait des angoisses de morcellement importantes à travers ses expériences de possessions démoniaques tandis que dans le cas de matricide, tous les délires apparents témoignaient eux aussi d'une désorganisation psychique et d'une non-unification du moi. Le passage à l'acte va venir stabiliser (momentanément) la désorganisation conflictuelle, en faisant disparaître l'objet qui provoque ces divers mouvements d'effractions. Sans l'objet de « persécution » - qui est annulé par le passage à l'acte - le patient psychotique accède momentanément à l'apaisement de ses angoisses massives mais aussi à un semblant de sentiment identitaire car il ne se sent plus « avalé » par l'Autre. Le passage à l'acte délirant n'est pas un compromis mais un leurre imposé par la force de la terreur, pour éviter l'effroi.

« En clair, l'acte n'apparaît pas comme la réalisation animée par un désir incontrôlable, mais comme une ultime preuve d'existence face précisément à un défaut de représentation agissant en quelque sorte comme un trou noir »¹³⁷.

¹³⁷ C. Balier, *Violences en abymes*, Paris, Puf, 2005, p. 70.

3) Passage à l'acte transgressif dans le champ de la perversion

A) Dynamique psychique d'un auteur d'agressions sexuelles¹³⁸

« Ce qui oblige à être ainsi, c'est l'étonnante dualité de ces hommes. Assurément, une partie d'eux-mêmes fonctionne de la manière la plus naturelle, bien en prise avec la réalité, vivant des émotions, des sentiments, des conflits intérieurs, des refoulements qui ne se distinguent guère de la majorité des personnes. Puis surgit la plongée dans un état assez proche du rêve éveillé »¹³⁹

Monsieur L. est incarcéré pour la troisième fois dans un centre pénitentiaire. Il a poursuivi, à nos côtés, un soutien psychologique lors de sa première récidive, mais aussi une psychothérapie triangulée (avec un co-thérapeute psychiatre et nous-même) lors de sa troisième incarcération. Le premier passage à l'acte eut lieu lors de ses dix-neuf ans (séquestration et viol), le second à ses trente-quatre ans (séquestration et viol) et le troisième à ses trente-neuf ans (tentative d'enlèvement avec agression physique). Il reconnaît sans aucune forme de déni les actes commis.

Père d'une fille de sept ans, Monsieur L. est âgé de trente-neuf ans. Selon son roman familial, il est né d'une mère alcoolique et d'un père qui fut peu attentif. C'est un homme qui mesure à peine 1 m 70, mince, élancé possédant un

¹³⁸ Cas clinique publié :

S. Germani, « Psychopathologie d'un auteur d'agressions sexuelles », dans *Le Carnet Psy*, 2018/2.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 14.

sens relationnel inné avec une particularité : à ses dires, il possède un QI plus élevé que la moyenne. Heureux de pouvoir parler plusieurs langues étrangères, Monsieur L. est éboueur de profession. Son langage est riche et pertinent, ce qui éveille l'écoute de l'interlocuteur. Le patient se positionne fréquemment dans le regret concernant ses parents. Ces derniers ne l'ont pas encouragé vers de hautes études alors qu'il posséderait de grandes capacités selon son ressenti. Très rapidement, lors des premières séances, l'intéressé laisse entrevoir un discours de réassurance narcissique, choisissant toujours de mettre en avant des éloges à son égard. Dans la revendication quant à ses possibilités intellectuelles, déniées par sa famille et aussi par la justice, il traversera des mouvements dépressifs à la connaissance des expertises et de son jugement. Un grand nombre de personnes le classe dans la catégorie des « mégalomanes » et des « narcissiques ».

Durant les consultations des six premiers mois (psychothérapie individuelle), Monsieur L. exprimera massivement sa colère envers la justice. Madame la procureure (imago maternelle) est considérée comme une « incompetente » avec un discours et des plaintes haineuses. Quant aux représentants judiciaires (imagos paternelles) ils sont envisagés comme des « monstres » puisqu'ils « osent dresser des expertises qui me renvoient une image mauvaise de moi-même. Ils me mettent dans des cases et ils m'y figent ». Selon la perception du patient, il serait incompris, considérant que ces intervenants ne peuvent l'orienter que vers des chemins violents et mortifères. Ces différents discours sont semblables à ceux évoqués envers ses parents. La mère du patient est ainsi décrite comme « une femme qui ne sait pas incarner le rôle maternel. Elle boit, elle est très sexuelle, et elle n'a aucune capacité de limite. Elle est incompetente dans sa fonction de mère ». Pour ce qui concerne le père, « il ressemble à un homme secret, qui se présente dans la vie sous une image mais il est totalement différent de ce qu'il est réellement. Je crois même qu'il a fait des choses pas très catholiques, je le sens, je le devine... Je pense qu'il y a de la "monstruosité" à l'intérieur de lui ». À l'évocation de la relation parentale, le récit

est toujours répétitif : « Ils n'ont pas su faire de moi un homme bon et responsable. Ils ont sali mon image. »

Durant cette première phase de la thérapie, l'observation des consultations témoigne combien le patient se prête totalement au jeu/je des entretiens avec une certaine singularité, à savoir que Monsieur L. mise « juste pour *voir* » sur une dernière possibilité de changement, utilisant les séances pour comprendre ce qu'il en est : « De toute façon, vu que je suis là, autant *vous utiliser* pour votre job. C'est ma seule chance de ne pas me *casser* à la sortie de cette *peine*. » Voici la résonance de l'état psychique du patient, durant les derniers mois, juste avant la libération de sa deuxième incarcération :

« Soit je décide après ma sortie de m'occuper de ma fille et d'assumer le rôle de père, soit je décide de tout quitter pour me casser très loin, après avoir montré à la justice qu'ils ont été trop loin en faisant de moi un monstre. »

À plusieurs reprises, Monsieur L. nous informera fermement de ce choix restreint : « il n'y a pas d'autres voies possibles, c'est soit l'une, soit l'autre ». Pour comprendre les motifs d'un choix de vie aussi clivant, il faut revenir sur son enfance. Durant l'un *des passages à vif de la cure*¹⁴⁰, le patient évoque combien sa jeunesse lui paraissait être extrêmement « étrange », se référant à des événements inquiétants. À l'âge de onze ans, fouillant dans la chambre de ses parents (persuadé qu'on lui aurait caché quelque chose), il découvre alors des photographies. Ces dernières exposent des jeux sexuels entre sa mère et son père lors de rapports intimes : « Elle était déguisée en bonne sœur. Elle s'amusait avec

¹⁴⁰ Nous introduisons le concept de « passages à vif de la cure » pour définir les moments clés lors *d'une levée du divage* pendant une consultation. Ce concept définit un lieu chaotique et pénible. Pour s'en défendre : *le défi* ou *la dérision* seront présents dans l'ordre du langage. Cette stratégie a pour but de faire *porter l'angoisse* à celui qui regarde (ici le thérapeute) afin que le sujet puisse se débarrasser d'un affect trop violent. Le regard scrute l'œil qui l'observe ; soit pour vérifier si cela est supportable (relation miroir avec le narcissisme protecteur), soit pour pouvoir jouir de l'effet que cela pourrait produire (relation haineuse avec le narcissisme destructeur). Plus le thérapeute reste attentif, non déstabilisé, bienveillant et contenant de l'angoisse véhiculée par le discours pervers, plus le patient se recentre sur lui-même laissant place à un discours associatif concernant la représentation angoissante qui est alors logée dans la psyché du thérapeute.

le crucifix et son sexe... cela m'a totalement troublé. » Quelque temps plus tard, poursuivant une seconde fouille plus approfondie, il sera confronté à des vidéos pornographiques à contenus zoophiliques, appartenant au père :

« À ce moment-là, je me suis demandé qui étaient ces femmes ? Pourquoi introduisaient-elles des choses étranges dans leur sexe... j'ai longuement pensé qu'elles le faisaient pour de l'argent mais j'ai vite compris... certaines devaient aimer ça. »

Face à ces événements traumatiques qui donnent corps à de l'irreprésentable, la psyché ne peut assurer sa tâche habituelle qui est d'intégrer les éléments du monde extérieur. La raison de cette incapacité surgit par l'excès du débordement du Moi. Durant la séance suivante – qui succède au récit concernant la découverte de l'intimité parentale et du sexe féminin –, le patient évoque l'angoisse provoquée lors sa première éjaculation, dont il dit éprouver encore à ce jour de la honte : « J'avais onze ans¹⁴¹, j'étais trop jeune. » Selon son discours, cette première expérience fut troublante, au point de se précipiter vers son père pour comprendre ce qui venait de se produire. Celui-ci lui répondit :

« Ce n'est rien, tu es un homme maintenant, d'ailleurs je te donne une vidéo porno, c'est pour toi. C'est un film *interdit* aux moins de 18 ans. Tu pourras te faire du bien avec ce visuel. »

Le développement de la sexualité est un processus ordinaire mais le contexte ambiant ici ne l'est pas. Le patient est confronté au sexuel parental, et ce, de manière violente. À la fois, il découvre des clichés photographiques dévoilant la nudité et la jouissance maternelle, mais aussi des vidéos appartenant au père dont les images sont transgressives et archaïques. Ces diverses représentations sont dénuées de sens pour l'enfant qu'il était. Sidération, confusion et état d'angoisse sont alors ressentis. Le jeune garçon – soumis à l'absence de paroles

¹⁴¹ Même âge que la séquence traumatique concernant la vision du coït parental.

contenantes concernant la violence du visuel, et des fantasmes qui en découlent – se fige dans le traumatisme de la sexualité. Que faire, lorsque les mots manquent ? Que faire quand la détresse n'est pas élaborée par l'intermédiaire d'un autre secourable ? Que faire dans cette absence de sens ? Lorsque la parole ne peut advenir – faute de maturité et d'informations suffisantes sur la sexualité – la seule issue possible est de se protéger des angoisses nées de ces situations. Le sujet fut contraint de faire intervenir des défenses psychiques afin de survivre puisque le recours à la fonction et à la parole paternelles était impossible. Le clivage psychique sera alors utilisé comme compromis, écartant de la psyché les vécus traumatiques.

« Face à l'effet destructeur du trauma, le psychisme adopte des stratégies de survie : sidération de la pensée, fragmentation d'une partie du moi qui produit un auto-clivage narcissique (...). Le patient se dédouble : une partie de la personne continue de vivre et de se développer, tandis qu'une autre, enkystée, subsiste en état de stagnation, apparemment inactivée, mais prête à se réactiver à la première occasion. Une partie éveillée, une partie morte »¹⁴².

Durant son adolescence, la vie fut vécue de manière marginale et festive : « sexe, drogue et rock and roll ». Lors de cette période, le cannabis, la cocaïne et le LSD étaient consommés de manière régulière entre les soirées alcoolisées et les relations sexuelles avec de multiples partenaires. Le patient décrit une adolescence sans repère, au cours de laquelle la jouissance était abondante et sans limite. À l'âge de ses seize ans, il surprit sa mère avec un amant. À la demande de cette dernière, ils décidèrent alors que cette aventure resterait secrète, sans rien divulguer au père. Cet événement signera sa « descente aux enfers » :

« Du coup, je pouvais m'octroyer quelques privilèges, car je cachais quelque chose pour elle. Je vivais comme un roi. J'avais besoin d'un truc, elle me l'achetait, je pouvais rentrer tard lors de mes virées nocturnes sans qu'il y ait aucune crise, ni demande concernant le fait de rendre des comptes, etc. »

¹⁴² S. Ferenzci, *Le traumatisme*, Paris, Payot et Rivages, 2006, p. 20-21.

Dans ce rapport au monde marqué par la toute-puissance, qui est un mode relationnel typique du comportement pathologique de l'enfant et de l'adolescent (sollicité par le cadre parental défaillant), Monsieur L. n'a pas pu se confronter symboliquement à la réalité du « non » et des « limites », jusqu'à l'heure de son premier passage à l'acte avec une amie :

« Je sais clairement pourquoi j'en suis arrivé là. Jusqu'au bout j'ai cru que nous allions être un couple. C'était la sœur de mon meilleur ami, on se voyait souvent et on parlait beaucoup. Un soir, elle est venue chez moi après une soirée bien arrosée chez des amis. Nous avons fumé du cannabis dans ma chambre, devant un film. Quand je me suis rapproché d'elle pour l'embrasser et que celle-ci m'a rejeté en disant que nous étions que de simples copains, j'ai pris rage. Je l'ai attachée, en ligotant ses mains et ses pieds, je l'ai mise au sol et je l'ai séquestrée durant quatre heures. Je l'ai violée à plusieurs reprises avec des objets puis je l'ai relâchée. Pfuut... c'était n'importe quoi ce comportement surtout que c'était une **bonne sœur**, celle de mon meilleur ami. »

Nous l'interrogeons alors sur le signifiant de « *bonne sœur* » et de son intrication avec le déguisement de sa mère apparaissant sur les clichés photographiques découverts : « Ha oui, en effet... vous croyez que le viol à un rapport avec ma mère ? » À la séance suivante, il décida de verbaliser pour la toute première fois, le « jeu/je de chasseur » qui l'occupait fréquemment. Avant sa deuxième incarcération, il avait commencé à éprouver un grand plaisir concernant l'action de : « rôder pour suivre des filles en *cachette sur le chemin qui mène à la maison de ma mère* ». À plusieurs reprises, il aurait eu des envies de séquestrer plusieurs d'entre elles et de rejouer la séquence de son premier viol avec divers objets – reconstruction de manière latente et projective du visuel traumatique que fut la rencontre avec la sexualité de la mère jouant avec le crucifix. Selon le récit du patient, deux raisons l'empêchaient d'aller jusqu'au bout de son scénario morbide : la première découlait du fait d'imaginer que cela puisse arriver un jour à

sa propre fille ; la seconde cause – qui engendra l'arrêt dans la précipitation du passage à l'acte – fut la présence d'un homme, promenant son chien, qui mit un « frein » à l'activation de la transgression (témoin gênant) :

« Cette représentation me coupe l'envie. Imaginer ma fille qui subirait ces choses. Non c'est insoutenable... Cependant, une fois cela n'aurait pas fonctionné. J'avais l'impulsion de me faire plaisir car ça allait très mal avec la mère de ma fille. Elle et moi ne communiquions plus car elle détestait me voir alcoolisé et sous cannabis. Je me sentais incompris, délaissé et rejeté. Du coup, j'ai élaboré cette rôde[rie]. C'était très fort l'excitation que je ressentais. Dans ces moments-là, quand je rôdais sur ce chemin, je ne les voyais que comme des objets de plaisir. Voyez-vous, je ne pense pas à leur famille, ni au mal que cela pourrait provoquer à l'entourage puisque ce que je désire plus que tout, c'est d'entrer dans leur intimité, voir ce qui s'y loge. »

« Je choisis toujours de très belles jeunes filles, allant de vingt à trente ans environ, pas plus. Leurs visages sont magnifiques, presque innocents. Une fois, il y avait cette jeune femme qui marchait sur ce chemin. J'étais prêt à agir... elle a eu beaucoup de chance. Un homme a croisé notre route. Ce qui me dissuada. Vous savez, après ma première incarcération, la justice a pris mon ADN. Si je récidive, je serai ensuite obligé de la tuer pour ne pas laisser de preuve... Ce qui serait peut-être arrivé ce jour-là. Cette femme a eu de la chance, car ce chemin est parfait pour ça. C'est comme un chemin de campagne, j'y jouais étant enfant quand je vivais chez ma mère. Il y a très peu de passage et plein de cachettes. »

Il fut arrêté quelques semaines plus tard (deuxième incarcération) pour passage à l'acte envers la *mère* de sa fille avec laquelle il vivait depuis quatre ans. À la suite d'un violent conflit, il la séquestra pendant de longues heures avec les mêmes actes opératoires que ceux subis par la première victime (mains et pieds ligotés, viol avec des objets). Il explique son acte en exprimant des regrets car il

se dit « amoureux d'elle ». Selon ses explications, il n'aurait pas le contrôle sur cette autre partie de lui-même (clivage) qui se manifesterait durant sa consommation excessive d'alcool et de cannabis. Sous l'emprise des toxiques, il deviendrait « impulsif, incontrôlable et extrêmement envahissant ». Durant l'incarcération, il sera donc en sevrage d'alcool et en diminution de toxiques ; à savoir « un joint ou deux par jour, pas plus car je ne supporte plus l'état de défonce dans l'enfermement de la prison. Je fume de la codéine à la place ». Pendant l'attente de son procès (lors de sa deuxième inculpation), il nous clamait à plusieurs reprises les terribles conséquences qui surviendraient si la peine était trop longue. À ses dires, la justice devrait constater qu'il n'y avait eu aucune récidive pendant

« [...] de longues années entre la première incarcération et la seconde ! J'ai contrôlé mes pulsions à plusieurs reprises. Si la justice ne met pas en avant ces faits, s'ils ne reconnaissent pas qu'il y a une grande évolution, je n'hésiterai pas à me venger. »

Au-delà de ce genre de menaces, la projection de l'angoisse, et le jeu de la manipulation furent présents tout au long de la prise en charge. Le patient investissait le cadre thérapeutique comme un espace de liaison entre le registre imaginaire et le registre du réel. Chaque récit était déposé afin de vérifier comment le thérapeute se positionnait face à ses propres mouvements psychiques. À titre d'exemple, lors d'éprouvés violents, Monsieur L. pouvait poursuivre son récit en invoquant la connaissance de quelques personnes qui pourraient faire de gros dégâts, pour peu d'argent. Ou encore, que la prochaine victime allait récupérer toute l'accumulation de ses déceptions en réalisant un crime à la hauteur d'un chef-d'œuvre. Dans la dynamique de la thérapie, nous constatons très rapidement sa tentative d'observer nos capacités à accueillir toutes ses paroles, laissant apparaître sa violence interne, qu'il ne pouvait lui-même maîtriser.

De plus, le sujet vérifiait fréquemment notre capacité à supporter ses menaces directes et indirectes corrélées à son sentiment d'effondrement. À titre d'exemple, lors d'une séance où il aborda des douleurs psychologiques (éprouvées durant son enfance), il regarda un stylo sur la table de notre bureau et ce, avec insistance. Il ponctua son discours par ce contenu : « Vous savez qu'avec un stylo, je peux tuer rapidement ? » Succéda un long silence pesant, aux regards pénétrants et fixes, tentant de percevoir si l'angoisse nous saisissait. Donnons un autre exemple : dans le but de nous déstabiliser, les récits de vécus infantiles douloureux se ponctuèrent souvent d'un : « Vous savez que je peux vous mentir ! ».

Peu à peu, nous prîmes conscience du fait que l'unique voie pour introduire une limite – sans pour autant nous identifier à la Loi (ce qui aurait mis en échec le lien thérapeutique) – serait d'introduire un « pare-feu » en faisant intervenir la question de la filiation : « Et votre fille dans tout ça ? », ou encore « Me mentir ? vous le pouvez, mais l'objectif essentiel c'est surtout de ne pas se mentir à soi-même, et ni à votre fille qui, tôt ou tard, vous posera des questions ». Cette méthode permit à plusieurs reprises d'apaiser la haine et les menaces afin que le fil associatif puisse reprendre. Aussi, la représentation de son enfant permettait d'introduire un tiers dans cette relation duelle pouvant être asphyxiante, voire sidérante.

Par cette stratégie thérapeutique (utiliser la filiation, à savoir sa propre fille, comme « garde-fou »), la relation de confiance engendra la manifestation de nombreux lapsus et actes manqués. Ces mouvements inconscients facilitèrent le travail, notamment dans la possibilité d'introduire une réflexivité. En effet, les lapsus, par exemple, se manifestaient constamment en référence à sa mère : « Je n'ai jamais trompé *ma mère*, heu non, je voulais dire *la mère* de ma fille », « J'ai voulu qu'elle devienne mienne mais elle n'avait rien de commun avec *ma mère*,

heu, non *ma femme* », etc. Tout ce matériel clinique permet de faire sens dans la mise en mots de ses maux en lien avec la haine éprouvée envers le maternel. Cependant, il est important de préciser que les progressions ne furent pas une mince affaire, il y a toujours un prix à payer : absence à la séance suivante, menace, consommation de drogue juste après la consultation, et surtout l'utilisation du défi ou de la dérision dans une tentative de pénétration – par son regard ou par sa parole – du thérapeute. En effet, lorsque des mouvements psychiques violents font surface, le psychologue est utilisé comme « un jouet ». Dans son livre *Les perversions narcissiques*, Racamier démontre combien les aménagements pervers ont pour but de manipuler l'autre (thérapeute ou victime) afin d'éloigner le conflit interne qui attaque le moi du sujet pervers.

*

**

Comme le patient avait fait preuve de bonne conduite lors de cette incarcération, et aussi parce qu'il avait la possibilité d'être hébergé chez sa mère, le juge des libertés décida qu'il poursuivrait sa peine en dehors de la prison afin d'orienter l'intéressé vers un parcours d'insertion. L'objectif de cette mesure permet d'éviter la régression massive du fait de l'enfermement et des fréquentations (lorsque le temps de sûreté est effectué, un juge vérifie la situation de l'incarcéré afin d'établir si ce dernier peut s'inscrire dans un projet de réinsertion). Monsieur L. reviendra alors au centre pénitentiaire neuf mois plus tard, pour sa deuxième récidive. Voici ce que le patient relate :

« J'avais trouvé un emploi, je vivais tranquillement chez ma mère et je pouvais rencontrer ma fille un week-end sur deux. Malheureusement, petit à petit, j'ai repris ma consommation d'alcool et de cannabis. Les scénarios fantasmatiques ont alors commencé à devenir de plus en plus envahissants. J'aimerais que cela change, mais c'est un fait. Je n'arrive pas à me débarrasser de ces pensées. Je l'ai même exprimé au juge qui a essayé de comprendre les motifs qui m'ont poussé à agir ainsi. Il y a quelques

semaines, je n'ai cessé de penser à kidnapper une femme afin de la séquestrer, de la violer et de la tuer. Je prenais souvent ma voiture pour regarder qui se baladait dans les alentours. Qui pouvait être éventuellement ma future victime. J'étais en plein conflits psychiques entre "j'ai envie et je dois résister" puis "tu vas retourner en prison et je le suis déjà de toute façon". Mes pulsions ne me laissaient pas tranquille. J'étais obsédé par ce scénario qui revenait sans cesse. Il me hantait, et à la fois, il m'excitait. Je savais que la police avait mon ADN et qu'elle pouvait alors me retrouver. Je décidais donc de chercher une solution concernant cette possibilité. Je suis alors parti dans des magasins afin d'acheter des détergents puissants pour nettoyer éventuellement le corps de la victime ainsi que la scène du crime. Je voulais qu'il n'y ait aucune preuve, aucun lien avec moi. J'ai constitué un sac avec mes achats qui contenait : gants, des cordes pour ligoter, et quelques autres choses. J'ai déposé tout cela dans ma voiture au cas où, mais rien n'était encore vraiment décidé. Quelques jours plus tard... j'ai pris la décision de rôder dans les rues, en me convainquant que d'agir ainsi n'était pas le signe d'un passage à l'acte. Ce jour-là, je n'ai croisé personne, car il était tard et qu'il faisait déjà nuit. J'ai alors changé mon trajet et je me suis retrouvé dans un bar où j'ai consommé beaucoup d'alcool. Lorsque je suis sorti, il y avait une jeune fille qui était en train d'attendre sur le parking. Je me suis donc glissé dans ma voiture et je l'ai longuement observée. J'ai fumé de nombreuses cigarettes pour tenter de me calmer mais ce fut plus fort que moi. Je suis sorti discrètement de mon véhicule, et je suis arrivé par derrière, hors champ de son visuel. J'ai tenté de la faire monter dans ma caisse en utilisant la force et la menace. Elle a commencé à se défendre. J'ai donc été obligé d'être plus violent. Mais elle ne s'est pas du tout laissé faire. Elle s'est débattue puis elle s'est mise à hurler. J'ai donc été obligé de m'enfuir. Le lendemain, je fus arrêté car la police scientifique a retrouvé mon ADN sur les cigarettes que j'avais consommées sur place et jetées sur le parking. »

À la suite de cette nouvelle incarcération, la décision de proposer une thérapie triangulée fut une évidence : deux thérapeutes de sexe différent, un

psychiatre et une psychologue. Ce cadre permet de reconstituer la dimension œdipienne « relation aux parents » mais aussi de favoriser une dynamique projective et contenante. À cet égard, ce dispositif ouvre une écoute bifocale présentant un intérêt particulier pour l'accompagnement des personnes pour lesquelles la dynamique psychique est violente, clivante et envahissante. Le patient approuva ce nouveau protocole de soin : « Je compte sur vous pour me donner la clé de mon énigme. » Ce mystère qui lui échappe serait donc la raison pour laquelle il pourrait de nouveau passer à l'acte. Ce processus de répétition, qu'il repère, apparaît comme un fonctionnement auquel il se sent soumis : « Si je savais pourquoi, je ne l'aurais pas refait. »

Si la répétition réitère l'antécédent, c'est parce qu'il a régné le péril psychique, c'est-à-dire, la non-réponse à la détresse du sujet, notamment lorsqu'il était un enfant et un adolescent. La répétition inconsciente, comme en témoigne l'œuvre freudienne, – celle où le sujet se place activement dans des situations pénibles sans se souvenir du prototype –, est nommée « symbole mnésique ». D'une façon générale, le refoulé, l'insupportable, cherche à faire retour dans le présent sous forme de symptôme¹⁴³. Dans la même perspective, la clinique carcérale témoigne d'un grand nombre de sujets se positionnant dans des situations répétitives de fautes avec le registre du passage à l'acte transgressif, par carence de paroles, voire par impossibilité à dire (Dumas, 1985). Ces matériaux, qui insistent et qui se réitèrent indéfiniment, sont en attente d'être captés, pris en compte et si possible élucidés (Nasio, 2012).

« Le recours aux passages à l'acte apparaît comme une solution face au risque "de ré-engloutissement traumatique" ; il s'agit de transformer le traumatisme d'autrefois en triomphe d'aujourd'hui, au détriment de la victime¹⁴⁴. »

¹⁴³ Le passage à l'acte étant un symptôme.

¹⁴⁴ D. Zagury, *L'Énigme des tueurs en série*, Plon, Pocket, 2008, p. 117

Par le nouveau cadre thérapeutique en cours (thérapie triangulée), nous avons pu explorer les sources intimes des passages à l'acte du sujet ainsi que sa réalité psychique. En premier lieu, le fait suivant mis en évidence : que les actes commis étaient toujours enclenchés dans un état d'urgence psychique, car il s'agit d'une dimension de défense vitale. La transgression mortifère apparaît lors d'un débordement traumatique menant à une dissolution psychique. En effet, Monsieur L. serait comme menacé par l'image terrifiante d'une mère sexuelle et traumatique. Cette représentation/cette photo se transforme en un « monstre » pouvant l'engloutir psychiquement et ce, à tout moment. Ses viols ainsi que ses diverses tentatives sont, chez lui, une façon inconsciente de s'approprier l'image maternelle traumatique afin de la détruire. D'où cet extraordinaire processus « qui transforme la passivité en activité, la détresse en victoire et la souffrance en triomphe¹⁴⁵ ». Le sujet n'est plus menacé par la destruction car il va détruire l'autre (acte projectif). Ce mécanisme de défense, très archaïque, vise à maintenir l'unité de son moi. La détresse devient alors jouissance comme en témoigne le psychiatre Daniel Zagury. Le patient ne dispose pas d'autres moyens pour lutter contre l'angoisse sous-jacente d'une dissolution psychique. Claude Balier a d'ailleurs théorisé la notion de « recours à l'acte » comme moyen de survie psychique et comme barrage contre la menace d'un anéantissement. Il s'agirait d'une protection contre l'effondrement qui provoquerait une dépression primaire inabordable. Les actes transgressifs de l'intéressé ont alors comme fonction de renforcer la consistance et l'unité de son moi. « Le recours à l'acte viendrait à la fois d'une désorganisation de la continuité du sentiment d'identité et d'un effort pour la rétablir¹⁴⁶. »

Monsieur L. est un sujet dont la variabilité de l'humeur et des émotions, l'impulsivité et l'attraction pour l'alcool puis pour les drogues sont profondément ancrées dans sa personnalité. Derrière ces aspects, il existe une angoisse massive

¹⁴⁵ *Ibid.*, p.24.

¹⁴⁶ C. Balier, *op.cit.* p.23.

sous-jacente de type menace d'effondrement psychique. Le recours aux divers passages à l'acte (destructeurs et transgressifs) est une sorte de fuite psychopathique pour éviter les envahissements délirants mais aussi la perte de contact avec la réalité. Le patient frôle le gouffre sans jamais y être tombé. L'incarcération ainsi que la thérapie deviennent une « seconde peau enveloppante » (Anzieu, 1985), permettant – à la place des passages à l'acte – de maintenir une unité du moi.

« Entre toute-puissance et anéantissement, nous sommes dans un champ qui est en deçà même des pulsions. C'est donc une erreur d'interpréter ces actes en termes de pulsion [...]. La pulsion se décharge alors que la toute-puissance narcissique se déchaîne dans la destructivité. En deçà de la mise en place des pulsions, les traumatismes psychiques ont créé une menace d'anéantissement qui est restée gravée et qui agit dans certaines conditions comme un attracteur dont il faut se dégager à tout prix. Fragilisés, ces hommes n'ont pas accès à ce que la plupart des gens connaissent, c'est-à-dire, à des moments dépressifs. Ils ont l'angoisse terrifiante d'un effondrement total. Chaque fois que j'évoque la toute-puissance, il faut se souvenir qu'elle est adossée au néant¹⁴⁷. »

B) Dynamique psychique d'un cas de prostitution¹⁴⁸

*Le désir utilise une occasion du présent, pour ébaucher une image d'avenir
d'après le modèle du passé.*

Freud dans *L'inquiétante étrangeté* et autres essais

¹⁴⁷ D. Zagury, *L'Énigme des tueurs en série*, Plon, Pocket, 2008, p. 58.

¹⁴⁸ Cas clinique publié :

S. Germani, « Réflexions cliniques à partir d'un cas de prostitution », dans *Le Coq Héron*,

Le patient bénéficia d'un suivi thérapeutique en libéral, durant trois ans, à la suite d'une convocation ordonnée par l'officier d'instruction. Il fut arrêté sous plusieurs chefs d'accusation : racolage et exhibition sexuelle. Aucune incarcération n'aura lieu mais un rappel de la loi sera prononcé avec des avertissements de sanction en cas de récidive. Face à cette rencontre de limite incarnées par les figures judiciaires, le patient, que nous nommerons Monsieur J., décida d'engager une psychothérapie à visée analytique, afin d'interroger son choix de vie mais aussi son rapport à la sexualité.

Au début de la thérapie, la séance préliminaire¹⁴⁹ fut surprenante. Effectivement, dans notre cabinet se trouvent des bougies d'ambiance, cependant le patient sera le premier de notre patientèle à nous demander : « Auriez-vous du feu pour m'allumer ? » (en sortant un paquet de cigarettes de sa poche). Dans cette dynamique, nous fûmes contrainte de poser un interdit : « De vous allumer... ? Il n'est pas possible de fumer pendant les séances. » Ce « temps » notifia, dès les premiers instants, une dynamique transférentielle particulière. Entre séduction, tentative de vérifier les limites du cadre thérapeutique mais aussi alternance entre lien dévorant autour de l'amour et de la haine, ce dernier ne peut vous laisser indifférent, et ce, tout au long du travail thérapeutique.

Âgé de vingt-trois ans lors de la première séance, Monsieur J. vivait avec son père dans un appartement en Île-de-France. La mère avait décidé de refaire sa vie lorsque le patient avait six ans. Depuis, une relation distante et furtive se mit en place entre ces deux derniers. Après le départ de la génitrice, père et fils devinrent très fusionnels. Le patient était capable d'ailleurs de reconnaître qu'il était le soutien psychologique de son parent, car celui-ci bascula, après le divorce, dans une sévère dépression. Le temps passait, et ces deux « endeuillés »

¹⁴⁹ Première séance où le thérapeute accueille la demande, analyse cette dernière du point de vue théorique puis détermine le cadre thérapeutique avec le patient.

devenaient de plus en plus soudés du fait de l'absence de tiers. Le patient décrit durant de nombreux entretiens, des moments « énigmatiques » qui avaient eu lieu dans son lien avec son prédécesseur. Il évoquera notamment de nombreuses situations dans lesquelles le sentiment de limite fut dépassé. À titre d'exemple, un jour, lorsqu'il avait quatorze ans, le père lui demanda un jour, à qui il pensait chaque soir où il se masturbait. Le patient évoquera aussi, de terribles sensations d'angoisse, notamment lorsque le père imposait que la salle de bains ne soit jamais fermée à clé, et que celui s'autorisait à entrer alors qu'il était nu, prêt à entrer sous la douche. Selon les dires du paternel rapportés par le patient : « C'est moi qui t'ai fait, tu n'as pas à te cacher de moi, je te connais par cœur. »

L'intimité fut un réel problème aux dires du patient, ce qu'il nous signifia lors de nombreuses séances. Chaque fois qu'il quittait le domicile familial, le père s'autorisait à fouiller sa chambre sous prétexte qu'il fallait bien faire le ménage dans chaque recoin. De plus, il devait raconter lors du dîner, les moindres aspects de sa vie (professionnelle, affective et amicale). C'était un rituel imposé auquel il ne pouvait pas échapper. Il évoquera sa première crise d'angoisse lorsqu'il fut âgé de seize ans. Il dormait dans sa chambre lorsque le père entra en pleine nuit. Celui-ci se serait approché du jeune adolescent – qui fit alors semblant de dormir – et surprit ce dernier en lui prenant le bras, et en l'embrassant tendrement, jusqu'à arriver vers son cou. À cet instant, le jeune garçon se leva pour stopper la situation. Le patient rompit son récit, en ajoutant :

« Si je ne m'étais pas réveillé, que se serait-il passé ? En tout cas, mon père m'indiqua qu'il était venu me border. Mais ça m'a dégoûté. C'est à partir de ce moment-là, que mes craintes de vomir sont apparues ».

Toute une série de situations ambiguës sera verbalisée par le patient. D'ailleurs, il donnera une interprétation dès les six premiers mois de la thérapie :

« Si je suis homosexuel, c'est parce que mon père l'est, mais il ne l'assume

pas. J'ai repris là où il s'est arrêté dans son développement sexuel. Il me dégoûte ! Ce père est insupportable. Vivre avec lui devient de plus en plus angoissant car je me demande même parfois s'il n'est pas amoureux de moi... Haaaa... ça me dégoûte... ».

Lors de cette séance où l'incestuel¹⁵⁰ sera abordé pour la toute première fois, le patient partit en déposant, comme à l'habitude, le paiement de la séance sur une des tables de notre cabinet, où se trouve une bougie. Quelques secondes plus tard, l'espace thérapeutique se mit à sentir une odeur de brûlé et nous constatâmes que ce dernier avait malencontreusement renversé la bougie qui commençait à brûler le bois du meuble (« Au feu ! »). Nous nous observâmes en train d'éteindre le feu, qui faisait écho à toute une symbolique : aider le patient à éteindre sa pulsionnalité débordante.

Monsieur J. est serveur dans un petit restaurant parisien et il arrondit ses fins de mois en se prostituant auprès d'hommes qu'il rencontre par le biais d'Internet. C'est à l'âge de dix-neuf ans que sa première expérience de prostitution eut lieu. Selon son discours :

« C'est jouissif de savoir que quelqu'un paye... c'est à la fois une sorte de punition que j'inflige à l'autre mais aussi, je trouve plein de satisfaction à me rendre compte que ces hommes sont prêts à donner de l'argent pour passer du temps avec moi ».

Très rapidement, ces rapports sexuels rémunérés deviendront addictifs pour le patient qui augmentera les rencontres : en semaine, les week-ends, et pendant ses heures de pause professionnelles. L'argent gagné permettait à la fois de répondre à des achats compulsifs mais aussi à des fins esthétiques (séances

¹⁵⁰ Réf. : notion empruntée au psychiatre et psychanalyste Paul-Claude Racamier qui définit un climat où souffle le vent de l'inceste sans qu'il y ait de l'inceste. *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Dunod, 2010.

d'UV, comblement de collagène, rehaussement de cils, etc.). En parallèle de ce style de vie, le patient raconte combien il s'interroge sur sa « petite folie sexuelle ». Parfois, il ouvre en grand les fenêtres de sa chambre, et déambule nu pour finir par se masturber en espérant qu'un voisin assiste à la scène, tout y trouvant du plaisir. Ces séquences s'opèrent lorsque le père est absent, mais au domicile familial. Il dévoile aussi des jeux d'exhibition dans ses rapports sexuels avec certains clients qui acceptent des rencontres dans des lieux publics (cinéma, ruelle, parking, etc.).

« J'ai l'impression d'être toujours en chaleur, que ma soif sexuelle est sans limite. Plus je consomme, plus je me consume. Cette sexualité débordante en viendra à me perdre. Je suis incapable d'aimer... je ne sais que baiser. Je suis incapable de ressentir de la tendresse, je ne veux que du bestial, du corps à corps, du coït... Quand je m'entends dire cela, je me dégoûte. Je critique mon père, mais au fond je ne suis pas mieux que lui. Nous sommes très semblables en fait... lui, profite de moi, comme moi, je profite de ces autres hommes. Parfois, mon père prend le petit-déjeuner à poil. Je lui ai fait savoir que cela m'embarrassait, mais il ne voit pas du tout le problème. Il est aussi sans limite. Parfois nous regardons ensemble des émissions télévisées, et il a tendance à mettre toujours sa main dans son pantalon. Il ne se masturbe pas, mais je suis à côté de lui, et je vois cette main continuellement en contact avec son pénis... Ça me dégoûte ! Je crois que mon père a engendré mes troubles sexuels ».

Après une première année de séances analytiques, des cauchemars ont commencé à apparaître de manière très fréquente. Les scénarios étaient souvent très semblables : des monstres angoissants suivent le patient, des fantômes qui hantent sa chambre et qui le regardent de manière insistante, des trous dans le mur qui permettent aux passants de l'espionner, etc. Entre le sentiment d'être poursuivi et épié, tous les mouvements de construction du rêve témoignent d'un vécu intensif d'intrusion et de persécution. Le patient pourra très rapidement faire le lien entre ces représentations riches de signification, corrélées à ses éprouvés

concernant son lien avec son géniteur. Effectivement, le patient est hanté par une figure paternelle qui empiète sur son espace psychique mais aussi qui scrute les moindres faits et gestes.

Pendant cette période, le lien thérapeutique fut mis à rude épreuve : retards aux séances, annulations à la dernière minute, provocations et transfert massif (« Vous êtes comme moi, vous faites payer les gens ! », « Pensez-vous vraiment que vous allez pouvoir faire quelque chose pour moi ? J'en doute ! Votre plaisir est de me regarder me mettre à nu... comme mon père », « Êtes-vous capable de reconnaître votre voyeurisme pendant que je m'exhibe psychologiquement ? », etc.). Lorsque les énoncés étaient reliés directement à sa relation paternelle, le patient se raidissait sur le divan. Ce « trop » devenait parfois tellement insupportable pour ce dernier que certaines séances furent interrompues sans notre accord. Nous devions rester dans une position où son départ nous était imposé avant même la fin de la séance... jusqu'au jour où nous nous sommes permise de lui notifier : « Vous m'imposez un départ précipité... êtes-vous certain qu'il me soit adressé ? » Deux mois plus tard, le patient déménagea dans un petit studio. Il imposa son départ à son père, qui vécut la situation de manière pathologique. Le patient nous fit savoir combien ce dernier nous accusait d'être une « charlatante » [sic] et comment selon lui, nous étions la « responsable des choses bizarres que je mettais dans la tête de son fils ». Monsieur J. nous indiqua même qu'il avait demandé notre photo afin de savoir à quoi nous ressemblions.

Pendant la première année où le patient vécut seul dans son studio, nous fûmes dans l'observation d'un mouvement transférentiel qui n'était jamais apparu auparavant. Le patient tentait de nous séduire ouvertement... Bien évidemment, nous savions bien là que nous n'étions que le support de ses projections : à savoir, il voulait continuer à entretenir un lien de séduction entre lui et son père (et réciproquement), et ce, malgré la séparation qui avait eu lieu avec ce dernier.

Effectivement, le patient n'arrivait pas à se défaire de ce lien pathologique qui devint très présent sur la scène analytique. D'une certaine manière, nous pourrions dire que ne pouvant élaborer cette dimension, le patient actait cela dans le lien thérapeutique.

C'est durant la dernière année de thérapie que le patient put s'autoriser à verbaliser tout le champ d'excitations (qu'il ne pouvait reconnaître jusqu'alors) ressenties envers son paternel. Effectivement, derrière cette haine et ce dégoût qu'il évoquait lors de la première tranche du travail analytique, se cachait davantage une jouissance sans mesure. Le patient recherchait inconsciemment à rejouer ce lien de séduction-exhibition-voyeurisme – qui était né dans la relation duelle père-fils – avec d'autres hommes, puis pendant une période, avec sa thérapeute. C'est dans la mise en mots de ses éprouvés affectifs et sexuels envers son père – éléments qui étaient jusqu'alors refoulés – que le patient put enfin rencontrer un compagnon avec lequel s'est noué un lien affectif. À ce jour, ils sont installés ensemble et le patient a cessé de se prostituer. La thérapie s'arrêta alors.

À partir de cette prise en charge, nous ouvrirons une réflexion sur la relation pathologique entre père et fils mais aussi sur la dimension du fantasme corrélée à la mémoire du lien envers le parent.

Beaucoup d'études cliniques ont été fournies autour de la relation fusionnelle entre l'enfant et sa mère. Rares sont les écrits dans lesquels la relation siamoise père-fils est abordée. Il est vrai que dans la plupart de nos prises en charge avec des sujets de structure perverse, c'est souvent la relation particulière à la mère qui prime, comme en témoigne d'ailleurs l'expert psychiatre Daniel Zagury :

« Il y a une image qui illustre parfaitement cette complicité qui unit en fantasme le futur pervers avec sa mère : ils sont censés se suffire à eux-mêmes. Quel besoin aurait-il de grandir ou d'acquérir de quoi satisfaire une autre femme ? C'est une manière synthétique de décrire le processus pervers,

mais le résultat c'est qu'entre ces deux-là, il n'y avait pas de place pour un tiers. Encore moins un homme qui serait aimé de la mère. Ce qui coupe tout idéal projeté vers l'avenir, toute ambition de maturation. Bien entendu, c'est le monde de ses fantasmes que j'évoque ici, et non la réalité de la relation mère-fils »¹⁵¹.

Dans le cas clinique exposé, cette dimension évoquée par notre confrère apparaît bien, mais dans le lien relationnel avec le paternel. Effectivement, tout idéal projeté vers l'avenir affectif était disparate avant le travail d'analyse. Monsieur J. était figé, voire enfermé, dans une relation duelle et incestuelle. Cette ambiance particulière, avec une dimension perverse (dans le lien avec son géniteur où la fonction paternelle fut bancal et malsain) provoqua un engouement dans une néo-sexualité¹⁵² (Mac Dougall, 1982). Le patient était « consumé » par une jouissance mortifère et addictive. Les pulsions ne cherchaient qu'à répéter l'antécédent du lien (incestuel) sans pouvoir emprunter d'autres choix de satisfaction. Ceci ouvrant le champ à la mise en place d'une pathologie à versant pervers.

La défaillance de la fonction paternelle – dans un excès de lien d'attachement – engendre une relation entre père et fils qui fait défaut. En effet, le père de Monsieur J. ne peut assumer pleinement une fonction stable. Ce dernier est à la fois dans un lien incestuel mais aussi dans des tendances perverses (nudité exposée à la vue de son enfant, questions intrusives sur la sexualité et l'intimité du fils, etc.). Cette image paternelle provoque alors des troubles pour l'enfant concernant le processus d'identification, ne permettant ni un développement psychoaffectif stable, ni même des assises narcissiques solides. La dépendance affective du père, mais aussi l'absence de tiers et de la figure maternelle

¹⁵¹ D. Zagury, *L'énigme des tueurs en série*, Paris, Plon, 2008, p. 38-39..

¹⁵² Comportement sexuel pathologique qui a pour but de mettre à l'écart des angoisses inconscientes.

produisent chez l'enfant des carences majeures qui vont être suppléées notamment par des addictions (dans le cas clinique présenté, il s'agit d'addictions sexuelles mais aussi d'une dépendance au tabac et d'impulsions d'achats). Ces dernières offrent un sentiment illusoire de réassurance. Ces pansements pathologiques témoignent d'une grande fragilité identitaire et affective.

Les altérations de l'image paternelle entraînent donc des difficultés à développer un sentiment d'identité stable. Le sujet doute de lui-même et a tendance à se dévaloriser. Monsieur J. utilise d'ailleurs la chirurgie et les soins esthétiques d'institutions afin de se procurer un sentiment d'apaisement qui ne suffit jamais. Le patient ne peut trouver de sécurité interne concernant son image, et il doit alors chercher à l'extérieur de lui-même des ustensiles et des sensations qui lui procurent momentanément une réassurance narcissique.

Au delà de la sémiologie, rappelons combien les liens que nous avons développés avec nos parents auront comme conséquence un schéma spécifique concernant le fantasme et le registre pulsionnel.

« À la vérité, la connaissance que nous avons du fantasme et de sa nature est intimement liée à celle du complexe d'Œdipe. En effet, on ne comprend l'œdipe qu'à travers ses fantasmes et l'on ne connaît le fantasme que par l'œdipe. À l'inverse, l'incestuel constitue un registre qui se substitue à celui du fantasme et se tourne vers la mise en acte. Ce qui est frappant dans l'incestuel c'est qu'il est tueur de fantasme [...] dans les structures non névrotiques, il s'agit d'une sexualité agie qui se situe hors du champ de l'œdipe et qui ne peut parvenir à s'organiser en fantasme »¹⁵³.

Dans cette ambiance familiale, effectivement, l'enfant va davantage utiliser l'agir/l'acte plutôt que le fantasme. C'est une sexualité agie qui prime du

¹⁵³ Defontaine J., « L'incestuel dans les familles », dans *Revue française de psychanalyse*, vol. 66, 2002/1, p. 179-196.

fait de cette relation particulière, nouée entre le patient et son père. En effet, nous observons une confusion des places au sein de la famille. Le père occupe une place toute puissante et il investit l'enfant comme une relation de couple. L'atmosphère qui règne est marquée par une sexualité latente qui se montre à voir, sous le sceau du déni paternel.

« L'incestualité désigne un climat familial dans lequel l'enfant est amené contre son gré, mais par une violence encore plus pernicieuse que dans l'inceste, à accueillir les désirs sexuels d'un ou des deux parents abuseurs et à les satisfaire au prix de sa propre sexualité [...]. Ce qui est en jeu c'est le narcissisme : pour ses parents, l'enfant n'a pas statut de personne mais de faire-valoir. Il est un instrument au service de leur narcissisme. En ce sens, on pourra autant parler d'abus narcissique que d'abus sexuel »¹⁵⁴.

Ce climat spécifique a produit chez Monsieur J. une incapacité à investir la relation à l'autre dans une dimension affective. L'argent reçu par l'intermédiaire de la prostitution offrait un gain psychique, à savoir une économie affective (pas d'investissement hormis financier). Il permettait aussi de répéter la relation connue avec le père, à savoir : « devenir la chose de l'Autre ». Tous ces « jeux » mis en place révélaient un « je » qui reproduisait le lien séduction-exhibition-voyeurisme connu, lors du développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent qu'il fut. Cette répétition signait l'emprisonnement de l'enfant dans le fantasme du parent. L'emprise utilisée par l'adulte sur la psyché de sa descendance, enfermaît le sujet dans un espace psychique dans lequel la dimension de collage était prégnante. L'enfant du passé était assujetti aux conflits parentaux non résolus. Il fonctionnait en miroir autour des symptômes de l'adulte, et il ne pouvait malheureusement faire autrement, sans passer par un travail d'introspection et de mise en mots.

¹⁵⁴ *Ibid.*

C) Dynamique psychique d'une figure du grand banditisme

« Réactions imprévues, explosions, maladresses et erreurs sont au programme.

Aucune raison de perdre courage.

*Volontaire ou non, les métaphores sexuelles sont au rendez-vous, l'humour
inconscient aussi.*

*De petites explosions de laboratoire ne pourront jamais être évitées vu la nature
de la matière avec laquelle nous travaillons.*

*Peut-être n'a-t-on pas vraiment tenu l'éprouvette assez penchée ou l'a-t-on
chauffée trop vite.*

*On apprend ainsi quelle part du danger tient à la matière et quelle part à la
manipulation »*

P. Guyomard.

Monsieur N, âgé de trente ans, est né en France, et ses parents sont tous deux originaires de la Tunisie. Il a grandi en Ile de France, dans une cité où la grande délinquance était monnaie courante. À ce jour, il est incarcéré pour des faits de trafic d'arme et de cocaïne. Il séjourne entre les murs de la prison en quartier d'isolement, en attente de son procès. Le quartier d'isolement a été requis en fonction du profil du patient, considéré par la justice comme un sujet « dangereux » pouvant avoir recours à « des tentatives d'évasion aux vues des connaissances massives dans le réseau du grand banditisme »¹⁵⁵.

Le quartier d'isolement ne permet aucune promenade avec les autres détenus, mais il n'existe pas davantage une quelconque ouverture vers des activités communes comme se rendre à la salle de sport, aux cultes religieux, à la

¹⁵⁵ Cf : Notes apparaissant sur le dossier du centre pénitentiaire concernant l'écroué.

bibliothèque, etc. Les personnes écrouées sous ce type de placement ne fréquentent alors que les salariés du centre pénitentiaire et les soignants de l'Unité Sanitaire. Par ce type d'enfermement, les patients qui demandent une prise en charge thérapeutique sont reçus en priorité, contrairement aux autres détenus qui peuvent attendre de nombreux mois - pouvant parfois aller jusqu'à huit à onze mois - avant que leur demande ne soit prise en compte.

Monsieur N, à son arrivée, sera reçu en premier lieu par l'équipe de l'infirmerie comme tous les autres incarcérés. L'entretien a pour objectif à la fois d'évaluer le patient mais aussi de lui proposer les soins nécessaires durant son incarcération (entretien avec le médecin-psychiatre, traitement médicamenteux, rencontre avec le médecin généraliste, rendez-vous avec l'addictologue, etc.). Cette rencontre permet d'autre part que le détenu prenne connaissance de cet espace d'accompagnement possible. Pour certains, cette première entrevue avec le personnel soignant sera le pivot pour une remise en question, du fait de la reconnaissance de la souffrance psychique ou corporelle faite par le soignant. Tandis que d'autres ne saisiront en aucun cas l'espace de soin, préférant garder une position de toute-puissance. Ce ne sera pas le cas de Monsieur N.

Dans le prolongement de l'entretien effectué par deux infirmières, et à partir de leurs observations, les éléments suivants purent être établis :

« Patient incarcéré pour la troisième fois. La première incarcération eut lieu à ses 18 ans sous le chef d'accusation de « recel avec violence » et la seconde à l'âge de vingt-quatre ans pour « trafic de cannabis sur tout un département ». Cette nouvelle incarcération semble apparaître comme un coup de massue car le patient n'avait pas envisagé les conséquences d'un tel trafic (cocaïne et arme). A savoir, le placement en isolement et le nombre d'années d'emprisonnement encourus sollicitent de nombreux pleurs pendant l'entretien ».

« Fils unique, il vit seul dans un grand appartement parisien mais considère : « être en couple » avec sa mère. Il définit une relation très fusionnelle avec sa génitrice qui serait divorcée depuis plus de 24 ans. Depuis, cette dernière n'a rencontré aucun autre compagnon : « je suis le seul homme de sa vie ». Quant au père du patient, celui-ci serait décédé dans un accident de la route lorsque Monsieur N. avait seize ans. Cependant, de son vivant, ils n'avaient que peu de contact l'un et l'autre ».

« Patient qui consomme du cannabis (huit à douze joints par jour). Deux longues relations amoureuses qui se sont terminées du fait du train de vie particulier de Monsieur (business illégal et fréquentation pouvant être jugées malsaines). Depuis, il rencontre des femmes en soirée, et sans difficulté, il s'offre des « plan d'un soir en attendant de rencontrer la femme de ma vie ». De confessions musulmanes mais non pratiquant ».

« Une rencontre avec le psychologue sera proposée afin d'envisager un soutien psychologique tout au long de cette période d'isolement. Accord donné par le patient ».

Lorsque nous reçûmes ce dernier pour la toute première fois, celui-ci était accompagné et entouré par plusieurs surveillants (ce qui constitue une obligation de sécurité pour les détenus en isolement). Il entrera seul dans notre bureau pendant que le cortège restera derrière la porte. Monsieur N. est grand et élancé, il possède un corps droit qui marque une assurance majeure. Confiant et imposant, il s'assoit sur la chaise et fixe notre regard. Monsieur N. ne supportant pas le silence, articulera ces quelques phrases dès le début de l'entretien :

« J'ai été suivi par une psychologue lorsque j'étais à Fresnes, pendant ma dernière incarcération. Je la voyais une seule fois par mois. Franchement,

cela ne m'a servi à rien. Elle m'a raconté d'ailleurs qu'elle quittait son compagnon ... ».

Réalité ou non, Monsieur N. plaçait à cet endroit – sans s'en rendre compte – la problématique de toute sa vie : une femme qui ne tenait pas son positionnement et qui semblait « déborder » en racontant sa vie personnelle et laissant entendre qu'elle serait « disponible » (où sont les limites ?) Nous parlait-il de sa relation maternelle par transfert ou opérait-il une projection sur la figure de son ancienne psychologue ? Il était bien trop tôt pour en décider cependant cette information transmise par le patient ne nous laissait guère indifférente.

Nous pûmes saisir très rapidement combien l'expérience d'isolement allait constituer un passage psychique fondamental pour ce patient. Effectivement, jusqu'à ce jour, la toute-puissance occupait le devant du tableau clinique : beaucoup d'argent gagné de manière illégale lui permettait d'accéder à une vie sans limite et sans contrainte : des voyages à travers le monde entier, des achats sans retenus, des soirées dans des hôtels de luxe, des restaurants gastronomiques dans les plus beaux lieux de France, l'acquisition de voitures de sport, etc. Monsieur N. aimait les belles choses et il voulait posséder chacune d'elles sans aucune restriction. Il aimait se sentir « riche » et « puissant ».

« On le sait déjà : la toute puissance narcissique n'est pas dans la puissance, si haute que celle-ci paraisse ou qu'elle soit; le toute puissance est essentiellement fondée sur le déni : déni d'impuissance et déni de limite. La toute puissance est ce qui connaît ni bornes, ni défaillances »¹⁵⁶

Pour le patient, la vie s'appréhendait comme « une pomme qu'il faut savoir croquer avant qu'il ne soit trop tard ». Monsieur N. voulait « bouffer » la

¹⁵⁶ P-C Racamier, *Les perversions narcissiques*, Paris, Payot et Rivages, 2012, p. 65.

vie sans aucun interdit, et pour cela, les chemins chaotiques devaient être empruntés (bagarre, vol, violence, braquage, etc.) :

« Dans ce métier de bandit, vous ne pouvez pas être respecté et rester dans les affaire sans vous salir les mains. C'est le prix à payer : « sans foi, ni loi ». Vous savez lorsque vous avez une certaine renommé, tout le monde souhaiterait prendre votre place, reprendre vos affaires, votre business ... Il ne faut donc pas avoir peur de rappeler aux autres, qui est le chef, qui est le patron. Je suis comme un dirigeant d'entreprise ... on travaille pour moi. Sans rien faire, je gagne entre cinq milles euros et dix milles par semaine parfois bien plus. Sauf que je dépense tout, très vite. C'est peut-être à cet endroit où j'aurai besoin d'aide (...) »

Nous avons face à nous un homme qui n'avait aucune représentation de la castration : « en opérant une négation de l'essence même de la loi, il ne s'en libère pas, mais s'enfoncé dans une logique bien plus féroce, celle de l'enfer de sa jouissance qui le ravage et lui demande toujours plus »¹⁵⁷. Mais cette incarcération venait changer la donne. Effectivement, pour la toute première fois, ce dernier n'avait aucune prise sur le monde qui l'entourait, et surtout il savait que son incarcération serait longue, dans le contexte du grand trafic dans lequel il était impliqué. Qu'allait-il devenir par rapport à ce principe de réalité qui s'imposait enfin à lui. Nous nous posions la question, tout comme le patient qui s'effondra en milieu d'entretien :

« (*Pleurs*) Mais que vais-je devenir ? Si ça se trouve je vais prendre une peine à deux chiffres. Peut-être que je ne vais pas pouvoir sortir avant longtemps !! J'ai perdu à trop jouer ! J'aurai dû m'arrêter au trafic de cocaïne et ne pas aller vers les armes ! Qu'est ce qui m'a pris ?! J'allais ouvrir deux grands restaurants à Cannes, j'allais m'installer dans un appartement encore plus grand, et j'allais acheter une maison pour ma mère ! J'avais tout entre les mains et j'ai voulu plus ! Je n'ai pas su m'arrêter et maintenant j'en paye le prix (...). Vous savez, là où j'ai grandi, j'ai vu

¹⁵⁷ I. Morin, « La perversion de la loi, II », dans *Psychanalyse*, 2014/3, n°31, p. 27-28.

beaucoup de mecs devenir fou ... si ça se trouve, je vais devenir fou ... J'ai peur de devenir fou ».

Cette première entrevue nous laissa une trace indélébile quant à l'intensité de l'échange mais aussi par l'inquiétude concernant l'éventuel risque de décompensation. Effectivement, nous nous interrogeons : « Allait-il devenir fou ? Comment faire pour que cette castration symbolique lui permette un réaménagement psychique plus stable et moins pervers ? Pourrait-il renoncer à son ancienne vie ? Pourrait-il guérir de son auto-consumation, lui qui avait tant consommé ? » Nous rentrions chez nous avec le désir de nous lancer pleinement dans cette thérapie, sans savoir que cette rencontre marquerait à tout jamais notre vie de clinicienne...

Arriva alors le second entretien. Nous fûmes surprise d'observer combien ce dernier avait pris bien soin de s'habiller, de se coiffer et de se parfumer. Cette tentative de séduction fut repérée dès les premières minutes mais l'intensité du lien qui se mit en place fut plus difficile à élaborer. Ce paraître était de rigueur pour une personne qui avait toujours eu l'habitude de montrer un « certain visage » à son entourage. Monsieur N. se doit de toujours laisser paraître qu'il va bien :

« Dans le monde des affaires, si on perçoit vos faiblesses vous êtes foutu. On profitera de vous jusqu'à votre destruction. Comme le disait un rappeur dans sa chanson Samouraï : « on ne doit pas voir quand ça va mal, la moindre faille physique ou mental, l'issue peut être fatale ». Puis, pour ma mère. Je l'ai toujours soutenu, protégé, réconforté. C'est quelqu'un de très sensible, elle pleure souvent car beaucoup de chose la rendent triste. Si je vais mal, elle ne s'en sortira pas. Je suis son souffle, son oxygène ... donc j'ai toujours appris à être fort, à ne pas montrer mes inquiétudes, mes angoisses et mes émotions. Telle est ma vie, et ce depuis tout petit ».

Nous interrompîmes alors son discours afin de lui signifier que l'espace de parole chez le psychologue n'avait pas pour objectif de répéter ces mécanismes qu'il venait de nommer. Qu'ici le lieu était « pour lui » et qu'il n'avait pas à s'inquiéter de l'autre. Nous précisâmes ensuite que nous n'étions pas ses fréquentations de quartier qui allaient utiliser ses émotions. Nous ajoutâmes aussi que nous n'étions pas non plus sa mère, qui avait besoin d'un paraître de toute-puissance afin de s'y appuyer. Pour finir, nous conclûmes sur le fait qu'il fallait que l'armure tombe, afin qu'il puisse s'aider et se sentir accompagné par nous-même. Nous n'eûmes pas le temps de prononcer notre dernier mot que le patient s'effondra. Ce second entretien nous reliait directement à son espace infantile. Derrière cette prestance et cette prestation continuelle pouvant déstabiliser se cachait un enfant dont le développement psycho-affectif était scellé dans la souffrance. Nous prîmes alors conscience du fait que nous allions devoir travailler avec un enfant figé dans « la jungle des récréations d'école » et dans la douleur d'un manque familial. Il ne nous apparaissait plus comme un bandit dangereux et violent mais comme un enfant fragile et bancal.

Les six premiers mois d'entretien qui suivirent relataient de multiples réminiscences autour de séquences traumatiques qu'il s'était infligées en faisant le choix de devenir « un grand bandit » : séquestrations, violence en groupe avec armes à feu, courses poursuites avec des accidents graves de la route, etc. Lorsqu'il était en dehors de la prison, il pouvait échapper à la fois à ce types souvenirs mais aussi aux prises de conscience ou encore aux éprouvés intenses. Il était comme dans une fuite en avant, enchaînant les expériences intenses avec des mouvements d'hyper-activité. La prison a comme effet un arrêt physique et psychique, d'ailleurs un grand nombre de sujets incarcérés témoignent d'une remise en question suite à cette baisse d'activité et de mouvement. Dans cet isolement, Monsieur N. revoyait : « le film de sa vie au ralenti », ce qui engendrait des troubles du sommeil : cauchemars massifs, insomnies et crises d'anxiété intenses.

Pendant cette période, nous étayions massivement le patient afin de maintenir une certaine réassurance narcissique. De plus, nous insistions sur le fait qu'il était préférable de mettre en mots ses maux plutôt que des les « ravalés » en incorporant des objets toxiques comme celui du cannabis. Cela provoquait une prise de conscience quant à son rapport à la destruction. Effectivement, Monsieur N. était un sujet qui avait fait des choix de vie reliés, tous à la *dimension du chaos* (haine, violence, passage à l'acte). Il put reconnaître lors d'une séance que détruire l'autre n'était qu'une façon détournée de se détruire lui-même.

« Inconséquence, irresponsabilité, manque d'élaboration, le sujet pervers n'assume pas ses conflits, il pousse l'autre pour protéger son narcissisme, son image de marque. Il court désespérément vers une représentation et une confirmation d'une image idéale de lui-même. C'est l'éminence grise qui pousse l'autre à l'avant de la scène sans se démasquer. C'est le roi des ficelles et des magouilles. Mais ses tentations sont souvent inadéquates, inadaptées, car il y a un dysfonctionnement au niveau de la lecture du réel. Un « délire dans le réel » dirait Racamier. La réalité doit confirmer le vécu apocalyptique de son monde intérieur. Il anticipe mal les conséquences de ses projets »¹⁵⁸.

Parfois, il passait par des moments de déni, car il était tout nouveau pour lui de se positionner dans des mouvements d'introspection ; et parfois, il ne se voyait plus comme une sorte de « parrain de la mafia » (représentation imaginaire) mais comme une personne qui avait fait des choix ayant pour conséquence la chute de lui-même (principe de réalité). Cette période thérapeutique vacillait entre reconnaissance et désaveu puis acceptation et dénégation.

Cette confrontation à la réalité de son être et de ses choix provoqua des effondrements importants, qu'il s'autorisait à ressentir durant les séances. Parfois,

¹⁵⁸ M. Aumage, « Peut-on rêver la névrotisation du pervers ? La loi et l'image dans l'approche de l'économie perverse » dans *Imaginaire et Inconscient*, 2002/1, n°5, p. 105-106.

les entretiens duraient plus longtemps que le cadre offert à nos autres patients. Il nous semblait nécessaire de l'accompagner pendant ses mouvements douloureux, même s'il nous fallait alors supporter la modification de notre cadre thérapeutique et de mettre à mal nos capacités d'écoute et de soutien psychique. Plus le temps passait, plus le lien transférentiel et contre-transférentiel s'intensifiait. Cet état de fait était notamment suscité par la reproduction du lien qu'il nouait avec sa mère.

C'est avec du recul que nous avons pu saisir l'intensité de la relation « siamoise » entre notre patient et nous-même. C'est avec une certaine prise de distance qu'il nous a été possible d'élaborer le lien particulier qui nous reliait à ce dernier. Lorsque ce type de répétition se joue au sein de l'espace thérapeutique, il est en effet très difficile d'en saisir les tenants et les aboutissements. Pour comprendre les ressorts en question, il nous faut revenir sur sa relation mère-fils.

Monsieur N. est un enfant unique. Il ne possède que très peu de souvenirs de son enfance jusqu'au départ de son père lorsqu'il était âgé de six ans. D'après le roman familial, le couple parental s'était séparé en raison du grand nombre de disputes. Après le déménagement du géniteur, le patient devait veiller sur sa mère qui tomba dans une grave dépression. Elle devait s'occuper seule d'un enfant et gérer une situation financière complexe. Son état psychique provoquait des mouvements d'effondrement intenses devant son petit garçon, qui devint alors son soutien émotionnel et psychologique de cette dernière. D'ailleurs, selon les propos de Monsieur N, mère et fils dormirent ensemble, dans le même lit jusqu'à l'âge de ses onze ans. Durant, cette même période, l'enfant en vint à s'intéresser aux « grands de la cité » :

« qui traînaient dans les halles et qui avaient toujours de belles basquets, de beaux vêtements et pour certains de belles voitures. J'avais envie d'être l'un des leurs, avoir des grands frères, un père... Je les regardais souvent en haut de ma fenêtre de chambre et chaque fois que je les croisais, par exemple en

accompagnant ma mère faire des courses, je leur disais bonjour. Vers 14 ans, en sortant de l'école, j'ai décidé de les approcher et ils m'ont proposé directement un emploi qui me permettrait de gagner facilement de l'argent mais aussi de pouvoir me faire de nouveaux amis. Enfin, je faisais parti de leur équipe. J'ai commencé à transporter du cannabis d'un lieu à un lieu et je me retrouvais à avoir mes premiers billets dans les poches. Je m'achetais tout ce que je voulais. Ce qui ne m'était pas accessible, devenait enfin possible. Puis, je pouvais faire des cadeaux à ma mère, je pouvais tenter de la rendre heureuse... ».

Face aux sorties excessives de son fils mais aussi aux multiples cadeaux qu'elle recevait, cette mère, fragilisée psychologiquement, n'arrivait pas à se positionner quant au mauvais chemin que son enfant était en train d'emprunter. Puis, l'inquiétude que celui-ci ne revienne plus à la maison si elle maintenait un conflit permanent avec ce dernier, prit le pas sur l'aveuglement qu'elle avait mis en place. Petit à petit, le réfrigérateur familial devint toujours rempli, petit à petit la mère pouvait partir en vacances et petit à petit, elle était pleinement respectée dans toute la cité. Monsieur N. était devenu à dix-neuf ans, le fournisseur de cannabis officiel du quartier. Il était estimé, et la mère pouvait en tirer quelques bénéfices.

« Depuis tout petit j'ai une relation très fusionnelle avec ma mère. Elle me raconte tout, je la protège, je le soutiens. Lorsqu'elle a besoin d'aller quelque part, je l'emmène, lorsqu'elle a besoin de quelque chose, je lui offre. Elle ne manque de rien. Elle a toujours eu besoin de moi. Elle m'a d'ailleurs signifié à plusieurs reprises que si je n'existais pas, elle ne serait pas restée en vie. Je suis tout pour ma mère ».

C'est dans cet espace pathologique que nous nous sommes trouvée dans l'obligation de nous positionner en tiers, en aidant le patient à prendre conscience des répercussions négatives de cette relation. Ceci ne fut pas une mince affaire, car dans un premier temps, la mère était mise sur un piédestal, et dès lors que nous

tentions de l'approcher à partir d'un discours analytique, des pulsions agressives et de massives colères apparaissaient à notre égard. Il fallut un travail de persévérance pour que puisse advenir une «clairvoyance» concernant son lien maternel. Deux ans de thérapie venaient de s'écouler... Le patient pouvait alors reconnaître la dimension œdipienne pathogène et les fantasmes qui en découlaient.

La qualité du lien thérapeutique qui s'était nouée entre les quatre murs cloisonnés de la prison, et dans cet isolement massif, avait permis un travail d'élaboration psychique de qualité, aux prix d'une intensité de la relation transférentielle. Le patient commandait des livres de Freud, apprenait les concepts clé de la psychanalyse entre les séances, s'intéressait à la psychologie des gardiens de prison, etc., et surtout, il se hâtait pour venir à sa consultation. De mon côté, nous fermions mon bureau sans pouvoir clôturer les séances. Notre patient nous hantait, le jour comme la nuit. Toutes les autres thérapies en parallèle devenaient fades et de fil en aiguille, nous commençons à trouver notre patient de plus en plus séduisant, au point de fantasmer sur un éventuel passage à l'acte. Nous entrions dans une folie interne et nous nous observions comme sa propre mère qui n'avait plus conscience des limites avec son enfant/patient et qui envisageait la transgression comme possible. Nous entrions alors dans la troisième année de thérapie où la problématique du passage à l'acte transgressif devenait l'élément central dans le théâtre du je¹⁵⁹/jeu entre patient et analyste.

« Le contre-transfert doit être reconnu et réfréné et en aucune façon nié (...). L'erreur, la faute, si faute il y a, n'est pas qu'il existe mais de le méconnaître (...). On n'a jamais dit que l'analyste ne doit jamais éprouver de sentiments vis-à-vis de son patient (...) il doit savoir seulement ne pas y céder, les mettre à leur place (...) s'en servir adéquatement dans sa technique »¹⁶⁰.

¹⁵⁹ J. Macdougall, « *Théâtre du je* », Paris, Coll. Folio Essai, 2004.

¹⁶⁰ P. Guyomard, « *Lacan et le contre transfert* », Paris, Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011, p. 32 - 50.

S. Freud ainsi que J. Lacan relie la relation thérapeutique au travail du chimiste car la psychanalyse : « travaille avec les forces les plus explosives, et il lui faut la même prudence et la même scrupulosité que le chimiste »¹⁶¹.

Cette troisième année de thérapie fut la plus complexe. Nous devons faire face à des forces que nous ne maîtrisons pas. À titres d'exemples : nous eûmes un accident de la route avec un 4X4 et lors de la séance qui suivit, le patient nous raconta son rêve de la semaine, dans lequel il se voyait avoir un accident de voiture avec un 4X4. Nous adoptâmes un chaton noir et blanc, et le patient nous raconta alors avoir rêvé d'un petit chat noir et blanc, etc. Le nombre d'exemple reste multiple, et ces éléments furent plus que troublants, provoquant un sentiment de fusion unique avec un autre.

« Ce mode de relation s'est constitué à partir d'une relation avec la mère où le fonctionnement du moi de l'enfant était fixé à un niveau de fragmentation et de non-différenciation relativement infantiles, en partie parce que la fragilité de la famille exigeait qu'il ne devînt pas une personne entière et qu'il restât disponible pour compléter le moi des autres membres de la famille, individuellement et collectivement (...). L'analyste se trouve lui-même pris dans des processus autistiques »¹⁶².

Ce fantasme de ne pouvoir faire qu'un créa en nous de vives sentiments qu'il nous était difficile de saisir. Nous formions un couple siamois¹⁶³ et l'envie de transgresser devenait de plus en plus forte. En passant par quelques supervisions, nous nous retrouvions complètement désarmée face aux nombre de professionnels qui nous demandaient d'arrêter la prise en charge et de faire une passation. « Si l'analyste ne se donne pas les moyens de reconnaître

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 31.

¹⁶² H. Searles, *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard, 1981, p. 18-19.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 15 : « La relation symbiotique constituait une phase nécessaire de la psychanalyse ou de la psychothérapie du patient névrosé ou psychotique, et j'ai introduit le terme de « symbiose thérapeutique » pour désigner ce mode de relation entre le patient et l'analyste ».

objectivement la haine/l'amour que génère en lui (...) ses patients psychotiques ou antisociaux, il ne peut tout bonnement pas leur venir en aide »¹⁶⁴. Nous nous sentions incomprise¹⁶⁵ car il nous était impossible d'envisager une séparation en sachant les effets négatifs que cela provoquerait sur la vie psychique du patient. De plus, nous étions persuadée que cette dynamique était obligatoire dans la guérison du patient : « à cet égard, c'est le fait qu'au lieu d'éviter le développement d'une dépendance symbiotique et réciproque avec le patient, il l'accepte ».¹⁶⁶ Il nous fallait supporter cet état et accepter que les professionnels ne puissent malheureusement pas nous accompagner face aux résistances que provoquaient les questions autour de « l'interdit », de « la transgression », et « des sentiments pour le patient ».

Nous prîmes alors la décision, en notre âme et conscience, de poursuivre la thérapie en nous jurant de ne jamais passer à l'acte, coûte que coûte.

« Et pour cause : aucun analyste ne peut raisonnablement nier qu'il s'affecte, consciemment ou non, non seulement de ce qui dit un patient en séance, mais aussi de ce qu'il ne dit pas, de la façon dont il le sollicite, dont il joue avec le cadre, etc. toute la question est de déterminer la nature et la source de ce dont on s'affecte, et de décider de la façon dont on utilise (ou pas) la chose dans la conduite d'une cure »¹⁶⁷.

¹⁶⁴ S. Smirou, D. Winnicott, *La haine dans le contre-transfert*, Paris, Payot et Rivages, 2017, p. 7-9.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 12-13 : « D'autres analystes ont bien sûr déjà éprouvé de la haine/amour pour tel ou tel patient avant Winnicott, mais jamais publiquement, comme si ce sentiment était jusqu'alors entaché de honte. On peut notamment citer à ce propos une courte lettre de Freud à Istvan Hollos datant d'octobre 1928 : « Je dus finalement m'avouer que (...) je n'aimais pas ces malades ; en effet, ils me mettent en colère, je m'irrite de les sentir si loin de moi et de tout ce qui est humain. Une intolérance surprenante, qui fait de moi, plutôt un mauvais psychiatre » (...). C'est en 1910 que Freud donne pour la première fois publiquement son opinion au sujet du maniement du contre-transfert : « Nous sommes devenus attentif au « contre-transfert » qui s'installe chez le médecin de par l'influence du patient sur la sensibilité inconsciente du médecin et nous ne sommes pas loin d'avancer l'exigence que le médecin doive obligatoirement reconnaître en lui-même et maîtriser ce contre-transfert ».

¹⁶⁶ H. Searles, *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard, 1981, P. 15.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 14.

Nous décidions aussi d'une stratégie : il nous fallait trouver la séance adéquate pour verbaliser avec le patient ce que nous vivions. Une parole devait advenir. Nous supposions que ce lien « érotique », « amoureux » et « interdit » n'était que la reviviscence du climat entre sa mère et lui. Cette absence de parole permettait de laisser le climat incestueux/interdit « planer ». Malheureusement, le patient n'avait jamais tenté de passer à l'acte à notre égard, il n'avait pas non plus fait allusion à ses éprouvés... Tout se trouvait dans l'atmosphère de nos rencontres. De ce fait, il nous fallait attendre le moment où cette dimension se manifesterait de manière concrète. Nous devions prendre notre mal en patience...

Durant cette période contre-transférentielle intense, le patient témoignait de nombreux récits dans lesquels les transgressions étaient monnaie courante dans son choix de vie. Il nous fallait donc travailler à ses côtés sur la compréhension de l'interdit. Dans un premier temps, le patient envisageait cette notion, comme une représentation qui n'avait pas d'intérêt sauf celui « d'opprimer le peuple ». C'est par tout un travail d'élaboration qu'il put enfin reconnaître combien les interdits impliquaient les notions de protection, repère, contenance et limites bienfaisantes. Une année supplémentaire venait de s'écouler, et Monsieur N. décida d'arrêter sa consommation de cannabis (dans les prisons françaises, la consommation de cannabis est toujours possible, elle permet d'acheter la tranquillité des détenus). Cet arrêt provoqua des levées de clivages mouvementés, qui mirent à dure épreuve le sentiment d'identité du patient. Heureusement, de nombreuses productions révélées par l'intermédiaire de ses rêves, nous permirent d'utiliser ces supports pour travailler ses représentations identitaires. D'ailleurs, en parallèle, se manifestait un patient qui se transformait peu à peu : nouvelle coupe de cheveux, nouveau style vestimentaire, reprises des études universitaires, prise de distance avec sa mère, etc.

Pendant cette période thérapeutique, la question du recours à l'acte fut pleinement abordée à partir de la notion d'interdit. Monsieur N. se « nourrissait » par le défi des interdits. Cette attitude avait pour objectif de donner de la « consistance » à son moi. Expliquons nous : pour le patient, chaque situation défiée avec pour finalité une réussite (réussir un braquage, ne pas être arrêté par la police lors de ventes illégales, gagner de l'argent interdit, etc.), lui offrait une image de lui-même avec de la valeur et de la grandeur. Selon ses perceptions du moment, chaque fois qu'il franchissait un interdit, il pouvait se féliciter d'être « quelqu'un qui avait réussi ». Le terme de « quelqu'un » ne fut pas utilisé de manière abstraite, bien au contraire, puisque ces types d'actions transgressives pouvaient témoigner à ses yeux d'une part de la véracité de son être et d'autre part, cette puissance ressentie contrait des sentiments d'effondrement (reliés à de vives expériences infantiles comme celle de se confronter à l'absence d'un père, à la tristesse intense d'une mère, au sentiment de ne pas avoir eu sa place d'enfant, etc.).

L'accès aux dépassements des interdits apparaissait comme une sorte de trophée donnant un triomphe au narcissisme blessé. Chaque passage à l'acte « réussit » lui permettait aussi d'accéder à une reconnaissance auprès de ses pairs. Il devenait donc « quelqu'un » dans le regard de l'Autre. Cela lui apportait un sentiment d'existence et d'importance. Le passage à l'acte est alors utilisé comme une sorte de « nourriture » pour le moi, pour le narcissisme, et pour l'identité du sujet. Cette quête de « toute puissance » n'avait que pour objectif que de camoufler un sentiment identitaire disparate mais aussi de cacher toutes les blessures de l'enfance vécues sous le registre d'une atteinte narcissique (sentiment d'être abandonné, rejeté et non existant dans le regard de son père notamment). Il est important de notifier que cette compréhension pu être abordée par le patient. La reconnaissance de ces mouvements et des problématiques permit une reprise d'études, un désir de vouloir effectuer une psychanalyse approfondie

pour « construire une vraie identité », et l'espoir de « ne plus être attiré par l'argent car c'est un prétexte pour me sentir quelqu'un ».

À cette même période, le procès arrivait et l'éventuelle possibilité d'un transfert dans une autre prison fut abordée. Ceci laissant une place pour l'appréhension d'une possibilité de séparation. Malheureusement, le patient n'était pas prêt pour cela :

« Ma thérapie n'est pas terminée !! je veux aller jusqu'au bout du travail commencé et je ne veux pas d'un autre psychologue. J'en ai déjà rencontré quelques uns, et ils ne sont pas comme vous. Vous êtes mon rouage, et je me suis habitué à votre façon de travailler ».

De notre côté, nous savions que l'arrêt soudain de la thérapie allait être néfaste pour le patient, même si cet aspect fait partie du principe de réalité des prises en charge en milieu carcéral. Du jour au lendemain, la thérapie s'arrête, sans même que vous ayez le temps de finir le travail de séparation, ni même de « liquider » le transfert. Vous arrivez un matin en prison pour votre prise de poste, et un surveillant ou un membre de l'équipe soignante vous annonce que le patient a été transféré dans un autre établissement pénitentiaire. De plus, du point de vue théorique, nous savons combien il est important que les processus thérapeutiques prennent fin lorsque le patient se sent prêt et quand le thérapeute est en accord avec l'idée d'un travail abouti. L'arrêt d'une thérapie en cours est désastreux, c'est malheureusement le terrain professionnel carcéral qui l'impose.

Il nous fallait donc préparer la séparation en sachant que le travail en cours n'était pas du tout achevé. Nous devions accepter quelque chose qui nous apparaissait inacceptable, mais qui devait être intégré malgré-tout car sans cela, le patient ne pourrait pas non plus accepter la réalité. Malheureusement, il s'opposa

de manière vive et avec beaucoup de douleurs tout en insistant : « je ne peux poursuivre avec quelqu'un d'autre que vous ». Cette période fut émotionnellement très intense, autant pour le patient que pour nous-même. La question se posait : « comment mettre fin au transfert / contre-transfert qui s'était mis en place ? ». Nous étions désarmée et dans une impasse humaine, psychique et clinique.

La veille de son départ (nous ne savions pas que c'était la dernière consultation), le patient nous indiqua vouloir poursuivre sa thérapie à sa sortie de sa prison, au sein de notre cabinet. Nous fîmes face à une demande qui nous apparaissait adaptée, cependant il resterait encore quelques années en prison après le procès, au vu des chefs d'accusation. Ce désir de poursuivre allait peut-être se dissiper d'ici là, mais peut-être pas. Il était alors l'heure d'élaborer sa demande et surtout de pouvoir enfin verbaliser le lien qui avait été noué, afin qu'aucune confusion ne puisse se manifester comme dans son lien maternel. Il fallait que les limites de la relation puissent être parlées, et reconnues avec sens. A ce moment là, et avec du recul, nous croyons que ce temps restera le moment « clé » du travail thérapeutique, et peut être une des séances la plus indissoluble :

- *Psychologue* : « Effectivement, je pense que vous pourriez poursuivre car votre travail analytique et thérapeutique n'est pas arrivé à terme. Cependant, nous devons parler de certaines choses. Je veux être certaine que vous comprenez bien ma place si je décide de poursuivre à vos côtés, dans mon cabinet. Il est important que nous ne fassions pas la même confusion qu'il y a eu entre votre place d'enfant et celle de votre mère, et ici, votre place de patient et celle de votre thérapeute. Si je deviens votre analyste, vous devez accepter de garder cette place de patient. Pouvez-vous saisir ce que j'essaye de vous dire ? ».

- *Patient* : « Oui, j’ai mis du temps à l’accepter. Au départ, je voulais que vous deveniez ma femme. J’imaginai que nous pourrions être un couple... ».
- *Psychologue* : « C’est évident que l’avez pensé puisque vous l’avez vécu d’une certaine manière avec votre mère. Vous étiez en couple avec elle. Cette dernière ne vous a pas transmis les notions de limites, comme par exemple celle de ne pas partager le même lit. Aussi, elle vous a investi comme son confident et non pas comme son enfant. Puis par la suite, vous êtes devenu « l’homme compagnon » de la maison, celui qui nourrit la famille, celui qui amène l’argent, etc. Là aussi ce n’était pas votre place mais celle d’un père ou d’un beau-père. Le cadre était confusionnel, ce qui ne vous a pas aidé à trouver une vraie place et votre identité... d’où le fait, que cette réalité se répète au sein de votre vie d’adulte mais aussi dans ce fantasme auprès de votre thérapeute ».
- *Patient* : « Oui, peut-être... ».
- *Psychologue* : « A votre avis, pourquoi serait-ce une grave erreur qu’une thérapeute devienne la compagne de son patient ? ».
- *Patient* : « ... Parce que ce serait comme si l’enfant devenait le conjoint de sa mère (...). Parce qu’il deviendrait fou. Il passerait de l’autre côté de la ligne. Il ne ferait plus la différence entre le fantasme et le réel... Parce que le patient perdrait aussi le seul espace qui lui était neutre. Il perdrait son identité car c’était son lieu où il avait déposé des bouts de lui-même... ».
- *Psychologue* : « Excellent, vous avez fait du très bon travail Monsieur N. J’accepte de poursuivre votre analyse à mon

cabinet si vous le souhaitez encore, lors de votre sortie de prison ».

D) Observations et conclusions

« Nous sommes à présent en mesure de conclure qu'il y a en effet quelque chose d'inné à la base des perversions, mais quelque chose que tous les hommes ont en partage et qui, en tant que prédisposition, est susceptible de varier dans son intensité *par les influences de l'existence* »¹⁶⁸.

Dans le registre de la perversion, le passage à l'acte transgressif opère :

- comme l'accès à un triomphe narcissique contrant un effondrement de type « psychotique »,
- comme mécanisme de défense contra-phobique.

Le pervers a besoin d'un objet d'investissement avec lequel les expériences sexuelles ou les expériences de sadisme peuvent conférer vérité et validité de son existence. Prenons pour exemples l'auteur d'agressions sexuelles et le cas de prostitution, ces derniers témoignent d'expériences sexuelles comme forme de **triomphe**. Apparaît dans leurs discours une certaine « fierté triomphante », dans la mesure où pour l'un, l'emprise sadique et les jeux sexuels imposés aux victimes, confèrent un sentiment de domination et de puissance. Puis, pour le second, les clients répondent à sa demande inconsciente : « ils doivent payer », tout en indiquant aussi, combien : « ils sont prêts à donner de l'argent pour passer juste du temps avec moi ». Ces éléments laissant apparaître une revendication triomphante. Une forme de **glorification** du sujet au dépend de l'autre. De même, pour le cas « figure du grand banditisme », où les multiples expériences de

¹⁶⁸ S. Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Folio Essais, 1987, p. 88.

violence sur autrui (vol, bagarre, séquestration, etc.), lui permettent d'accéder à une image qui lui reflète un être tout puissant et glorieux.

Pour les trois sujets, le registre transgressif s'avère être un moyen de défense consécutif au sentiment de dévalorisation de part la fragilisation du moi ; qui se heurte à un idéal du Moi de type mégalomane. Effectivement, il existe chez ces derniers, une blessure narcissique prégnante, pansée par une construction imaginaire d'un idéal du Moi tout puissant. D'où la tendance mégalomane. Selon la profondeur de cette blessure, certains sujets ne pourront survivre que par l'intermédiaire d'un pouvoir absolu sur autrui, sans considérer ou très peu la question de la limite et l'interdit. Le Moi aurait alors comme tendance ; d'assouvir un besoin insatiable de pouvoir illimité et d'un contrôle omnipotent sur l'environnement narcissiquement investit. Pour certains, ils ne viendront jamais en prison car ils optent pour un partenaire de jeu qui se soumet à toutes leurs folies narcissiques (ce partenaire pouvant être une conjointe, une maîtresse, etc.). Par ce type d'investissement objectal, nous pouvons parler d'un Moi bien trop faible et insuffisamment conforté narcissiquement, qui emprunte l'ultime défense contre la *désintégration psychotique*. Pour eux, les passages à l'acte transgressifs font offices de suppléance, c'est à dire qu'ils correspondent **à l'ultime béquille contrant l'effondrement** ; qui les basculeraient vers les délires hallucinatoires ou revendicatifs (schizophrénie ou paranoïa).

« D'une part, le sentiment de menace entretient une attention constante à l'environnement, et la dépendance à ceux qui les entourent, de près comme de loin, est intense. D'autre part, leur modalité défensive consiste en un contournement des éléments de réalités susceptibles de fragiliser leurs assises identitaires »¹⁶⁹.

¹⁶⁹ O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p.105.

Les structures perverses, en recourant à la transgression, s'arrangent pour éviter un effondrement que nous pouvons étroitement lier avec les angoisses psychotiques plutôt que névrotiques. Dans une de ses conférences intitulée *Les paradigmes de la perversion*¹⁷⁰, Patrick Guyomard envisagera même l'idée que la perversion et la psychose sont étroitement liées et que toute organisation psychique de structure perverse serait une forme de cicatrisation d'une psychose.

« Le moi du pervers met son rêve en acte en impliquant quelqu'un d'autre dans l'actualisation de celui-ci. On pourrait rétorquer que si le pervers dramatise et accomplit effectivement les rêves de son propre corps avec une personne réelle, il ne parvient pas non plus à sortir de son sommeil »¹⁷¹.

Le déni s'opère alors quant à l'origine de la violence et quant aux conséquences des actes, car il s'agit avant tout de préserver la toute puissance du narcissisme (déni de la castration). Les sujets de structures perverses sont capables de se représenter une chose et son contraire. Dans son livre *Le génie des origines*, Paul Claude Racamier démontre combien les aménagements pervers ont pour but de manipuler autrui afin d'éloigner le conflit interne qui attaque le Moi du sujet pervers. Cette défense psychique serait un moyen pour le sujet de ne pas délirer, de faire porter à l'autre son chaos, et même son angoisse, afin que le moi ne s'effondre pas comme dans la psychose.

De plus, nos trois exemples cliniques témoignent d'un autre aspect. Chacun de ces sujets est traumatisé par une figure maternelle ou paternelle, se trouvant des mouvements incestueux voire pervers, avec pour conséquences un développement psycho-affectif durant l'enfance à travers une imago parentale « monstrueuse ». L'auteur d'agressions sexuelles incorpore une image maternelle trop sexuelle et de ce fait ravageante. Le cas de prostitution grandit sous l'absence maternelle et

¹⁷⁰ Conférence sur *Les paradigmes de la perversion*, Journée scientifique organisé par J. André, C. Chabert et P. Guyomard, Paris, le 16/02/2013

¹⁷¹ M. Khan, *Figure de la perversion*, Gallimard, Paris, 1979, p. 50.

l'emprise d'une perversion paternelle, et inversement pour la figure du grand banditisme, ce qui engendre la manifestation d'imagos « angoissantes ». Apparaît donc la construction d'un objet interne¹⁷² qui provoque saccages et cataclysmes, d'où le déploiement d'un mécanisme de maîtrise (emprise). Cette **défense opère comme une tentative contre-phobique**¹⁷³. Elle permet d'échapper au monde intérieur qui pourrait « avaler » le sujet. Elle contre l'engloutissement d'une figure parentale « monstrueuse ». Elle permet d'échapper à la peur phobique du « monstre interne »¹⁷⁴.

« De l'ange blessé à Lucifer, tuer pour exister. C'est la terrible histoire des enfants non regardés ou mal regardés. C'est l'impossible renarcissisation. C'est le terrible dilemme de la perversion. Faut-il anéantir ? »¹⁷⁵ ?

Ou être anéanti ?

¹⁷² « Par objet interne, nous entendons habituellement, l'ensemble des fluctuations des mouvements d'investissements inconscients, préconscients, et conscients, dans un échange avec l'objet externe. Si ce dernier est absent ou gravement menacé, les mouvements pulsionnels qui le concernaient seront orientés vers une prothèse interne fantasmatique, construites à grands frais de libido », G. Bayles, *Clivages; Moi et défenses*, Paris, Puf, 2012. p. 6.

¹⁷³ Rappelons que la phobie : « fait pièce à une menace de traumatisme pulsionnelle », G. Bayles, *Clivages; Moi et défenses*, Paris, Puf, 2012. p. 78.

Selon l'auteur, le « fétiche » est une façon de nier le traumatisme qui serait une réelle blessure narcissique. Nous rajoutons que le fétiche du pervers contre la phobie.

¹⁷⁴ Dans son ouvrage, *Psychanalyse des comportements violents*, C. Balier évoque un grand nombre de sujets incarcérés qui développent des phobies qui étaient absentes avant l'incarcération. Il suggère l'émergence d'objets phobiques qui étaient jusqu'alors contrés par la fuite en avant ; avec par exemple, le recours à la délinquance.

¹⁷⁵ M. Aumage, « Peut-on rêver la névrotisation du pervers. La loi et l'image dans l'approche de l'économie perverse », dans *Imaginaire et Inconscient*, 2002/1, n°5, p. 104.

4) Passage à l'acte dans le champ de l'état limite

*Mais moi qui ne suis pas formé pour ces jeux folâtres,
ni pour faire les yeux doux à un miroir amoureux,
moi qui suis rudement taillé et qui n'ai pas la majesté de l'amour
pour me pavaner devant une nymphe aux coquettes allures,
moi en qui est tronquée toute noble proportion,
moi que la nature décevante a frustré de ses attraits,
moi qu'elle a envoyé avant le temps
dans le monde des vivants, difforme, inachevé,
tout au plus à moitié fini,
tellement estropié et contrefait
que les chiens aboient quand je m'arrête près d'eux !
eh bien, moi, dans cette molle et languissante époque de paix,
je n'ai d'autre plaisir pour passer les heures
que d'épier mon ombre au soleil
et de décrire ma propre difformité.
Aussi, puisque je ne puis être l'amant
qui charmera ces temps beaux par leurs,
je suis déterminé à être un scélérat
et à être le trouble-fête de ces jours frivoles.
J'ai, par des inductions dangereuses,
par des prophéties, par des calomnies, par des rêves d'homme ivre,
fait le complot de créer entre mon frère Clarence et le roi — une haine mortelle*

Shakespeare Acte I, Scène I

A) Dynamique psychique d'un cas de violence conjugale

C'est mercredi, et nous avons le planning complet pour la journée. Le psychiatre et nous-même devons rencontrer une douzaine de patients pour des

psychothérapies triangulées. Entre deux séances, les infirmières de l'unité sanitaire demandent à nous parler urgemment. Elles entrent alors dans notre bureau. Sans que nous ayons le temps de bien comprendre la situation de par l'atmosphère d'urgence, nous saisissons cependant qu'il s'agit d'un patient connu de toute l'équipe soignante. De plus, une infirmière souligne que ce dernier recommence de nouveau : « ses chantages affectifs ». Cette fois-ci, il semble menacer de se scarifier avec une lame de cutter si le psychiatre ne le reçoit pas immédiatement. Nous décidons d'entendre la « crise psychique » du patient et acceptons de le rencontrer. En quelques minutes, un cortège de surveillants accompagne le patient jusqu'à notre bureau.

Monsieur E. était en attente dans le couloir de l'infirmierie. Un jeune garçon, paraissant âgé d'environ une trentaine d'années, entre dans le bureau. Il semble très nerveux. Son corps gesticule de haut en bas et une colère massive s'invite dans l'espace thérapeutique en quelques instants. L'impulsivité de ses propos nous inquiète très rapidement car nous percevons à quel point le patient est un sujet à même d' « exploser ». Nous l'invitons alors à s'asseoir afin qu'il verbalise les raisons qui ont provoqué la « rage » et l'impulsion des menaces d'un éventuel passage à l'acte sur son corps).

Lors de ce début d'entretien, nous fûmes assez « perdue », puisque le patient débute son récit sur des choses qui ont déjà été dites auparavant (le patient est suivi par le psychiatre depuis environ deux ans). Nous entendons alors :

« Vous comprenez, c'est injuste. Je suis le père de cet enfant, j'accepte que la justice m'interdise tout contact physique ou téléphonique, mais je ne vois pas pourquoi, il m'est même interdit d'acheter un vélo pour mon fils ! Je souhaite qu'il sache au moins que son père pense à lui ».

S'ensuivent alors ensuite quelques échanges au cours desquels le psychiatre tente de le contenir, en cadrant la vulgarité et l'agressivité de ses propos face à son état de rage contre son entourage qui semble ne pas prendre en compte sa fonction paternelle. Soudain, le patient cesse de parler tout en nous regardant fixement :

- *Patient* : « Vous êtes psychologue ? »
- *Psychologue* : « Oui »
- *Patient* : « Mon ex-femme m'a dit qu'elle allait emmener notre fils voir quelqu'un comme vous ; une psy ! »
- *Psychologue* : « Si cet enfant a besoin de parler, c'est sûr, que cela peut être bénéfique pour lui ».

Le patient pris dans une agitation corporelle, se raidit alors d'un mouvement brusque sur sa chaise, avec un regard colérique à notre égard.

Patient : « Là, tout de suite, maintenant, j'ai de la haine contre vous, vous parlez comme ma famille, vous dites « cet enfant » au lieu de dire « votre fils !! »

Psychiatre : « C'est très intéressant ce que vous énoncez, vous reprochez à ma collègue le fait qu'elle ne vous dise pas - c'est vous le père de cet enfant - parce qu'au fond c'est bien cela qui vous inquiète : Qu'est ce que c'est que d'être un père ? C'est de cela dont il s'agit ! Vous lui reprochez les choses, que vous reprochez à votre famille mais surtout que vous vous reprochez à vous même »

- *Patient* : (*Long Silence, le patient regarde dans le vide*) « Je voulais aussi vous parler d'autre chose, j'ai compris pourquoi je me scarifiais (...) c'est pour marquer sur ma chair ce que j'ai fait, pour ne jamais oublier les choses. Je marque mes souvenirs dans ma chair » (*Silence*).

- *Psychologue : (Nous décidons d'intervenir) : « Excusez moi, je dois vous avouer, que je ne comprends pas grand chose de ce qui se passe ici puisque je vous rencontre pour la toute première fois. Pouvez-vous me dire, de quoi vous parlez, lorsque vous dites ne pas souhaiter oublier ?*
- *Patient : (En regardant le psychiatre) : « Ha !? Vous ne lui avez rien dit ? »*
- *Psychiatre : « Non, c'est votre choix. C'est à vous de raconter ou non votre histoire »*
- *Patient : (Nous regardant à nouveau) : « Ben je vais vous le dire, je n'ai rien à cacher de toute façon... Je suis ici pour violence conjugale sur ma femme. Je fais des crises dès lors où j'angoisse qu'elle m'abandonne (Silence) Je suis quelqu'un de très impulsif, je n'arrive pas à me contrôler.. Souvent je fais des choses, sans comprendre pourquoi j'agis de la sorte. Et maintenant me voici ici, dans les murs de cette prison pour... Oui, en fait, je suis en attente de jugement et cela fait deux ans »*
- *Psychiatre : « La constitution de votre dossier est longue car l'affaire est toujours en cours d'investigation »*
- *Patient : « Cela semble interminable en tout cas ! Sachez cependant que je ne lâcherai pas l'affaire, je veux que mon fils ait ce vélo. Il faut qu'il sache que je pense à lui ! Vous imaginez, depuis Mai, il n'a aucune nouvelle de son père ! »*

Lors du second entretien, nous devions expérimenter de drôles de sensations en présence de ce patient. A la fois dans notre corps mais aussi dans nos émotions. Le psychiatre ouvrit la porte afin de faire entrer Monsieur E. À

peine fut-il dans le bureau que nous ressentîmes une atmosphère de tension, un grand moment d'angoisse flottant dans l'espace de la consultation. Comme à l'habitude le psychiatre et nous-même, accueillons les patients en échangeant une poignée de main. À ce premier contact, le patient poigna pleinement notre main :

– *Patient : (avec assurance et prestation) : « Bonjour Madameeee Germaniiii ! »*

Nous nous dirigeons alors vers les chaises pour débiter l'entretien. Lorsqu'assise, nous nous apercevons de l'absence du patient. Celui-ci était resté en arrière de la pièce, tout près du lavabo et devant le miroir.

– *Patient : « Ma femme me manque. Je ne peux vivre sans elle. Elle est toute ma vie. Sans elle je m'effondre »*

– *Psychiatre : « Venez-vous assoir avec nous, s'il vous plaît »*
Le patient exécuta l'invitation tout en laissant percevoir une possession des lieux.

– *Psychiatre : « Vous avez l'air sous tension aujourd'hui? »*

– *Patient : (agité sur le fauteuil, il répondit alors de manière agressive) : «À votre avis, cher Docteur, je suis en Prison, j'ai mon ex-femme qui me rend dingue, et pour finir je ne peux pas voir mon fils... Alors selon vous, comment devrais-je me ressentir ? N'hésitez pas à reprendre vos dossiers si cela paraît si énigmatique ! »*
(Silence)

Le patient nous contemple fixement durant un long moment.

– *Patient : « Je n'ai pas dormi de la nuit »*

– *Psychiatre : « Pour quels motifs ? »*

– *Patient : « Je me rappelle de certaines périodes de ma vie, de certains passages. En écoutant de la musique et selon la*

- tonalité de la mélodie, je vais imaginer des souvenirs autrement que ce qu'ils sont en réalité »
- *Psychiatre* : « Quels genres de souvenirs ? »
 - *Patient* : « Héhé, vous croyez que je vais vous le dire ! Vous savez Docteur, je vous mens souvent ! »
 - *Psychiatre* : « Vous pouvez me mentir, l'essentiel, c'est que vous ne vous mentiez pas à vous-même »
 - *Patient* : *(Tout en nous regardant de haut en bas)* : « Il est bien sympa celui-là ! J'ai aussi regardé la télévision, cher Monsieur !!
(Silence)
 - *Psychiatre* : « Quels genres de programme ? »
 - *Patient* : « Haaa je sais où vous voulez en venir, vous voulez savoir si j'ai regardé des films pornos ! Bien j'ai zappé un moment dessus, mais pfiuut, vous savez je n'ai pas besoin de ce type de visuel. Les hommes peuvent se débrouiller sans ça, vous le savez très bien Docteur, non ?
(Silence) J'ai plutôt regardé des merdes à la télévision du type - Les filles d'à côté - Vous savez, les programmes pourris, du genre - Hélène et les garçons – *(En s'adressant à nous)* : « Tu dois connaître toi ? Sans vouloir t'offenser bien-sûr »
 - *Psychologue* : *(Nous lui faisons un signe affirmatif de la tête, en lui précisant)* : « Je ne me sens pas offensée mais plutôt surprise sur le fait qu'il y ait une forme de familiarité si rapide. Vous me tutoyez... »
 - *Patient* : *(Il regarda de nouveau le psychiatre et il poursuivit ses dires)* : « Je vous disais que je vous mens parfois. Vous vous rappelez que je vous avais dit qu'il ne m'était jamais arrivé de tromper ma femme ?
 - *Psychiatre* : « Oui, je me rappelle »

- *Patient* : « Et bien en fait si »
(*Silence*)
- *Psychiatre* : « Vous avez repensé à elle cette nuit ? »
- *Patient* : « Oui entre autres, mais vous savez, je ne l'ai trompé qu'une seule fois »
Le patient d'un mouvement brusque se retourna vers nous nous regarda longuement et fixement :
- *Patient* : « Vous avez des yeux très intéressants ! »
- *Psychologue* : « Intéressants ? C'est à dire ? »
- *Patient* : « Vous avez des yeux... de félin... (*Long silence tout en nous fixant longuement*) Oui c'est bien ça, vous avez des yeux de félin »
- *Psychiatre* : « Et vous ? Si ma collègue est un félin, quel animal seriez-vous ? »
- *Patient* : « Ça c'est une bonne question Docteur... ! Humm... Heu... je ne sais pas vraiment, mais un animal très lâche. Et toi ? (*en s'adressant à nous*) Tu en penses quoi ? Quel serait l'animal le plus lâche sur terre ? »
- *Psychologue* : « A vous de me le dire ? »
- *Patient* : « ... Ben je ne sais pas, mais ce serait un animal lâche en tout cas »
(*Silence*)
Le patient va poursuivre sa réflexion, en faisant des associations concernant le fait de ne pas assumer certaines choses de son passé. Le fantasme éveillé (rêves diurnes) sera très souvent utilisé afin de modifier sa perception du souvenir. Pour cela, il peut rester des heures à imaginer des choses via l'écoute musicale. Toutes ces choses ne seront pas nommées sauf un souvenir :
- *Patient* : « J'ai repensé récemment à cette femme que j'avais rencontré en Hôpital Psy. C'était une patiente. Je ne l'ai pas

vraiment connu car elle est partie quelques jours après mon arrivée. Un jour, elle m'a vu très angoissé et elle m'a fait un câlin... C'est le seul moment de ma vie où je me suis senti en paix. La séparation a été si douloureuse... En fait, toutes les séparations sont tragiques pour moi. Quelle qu'elle soit. J'imagine souvent la suite de cette relation, si cette dernière n'était jamais partie ».

Le patient s'agita d'un coup sur sa chaise. Il nous interrogea aussitôt :

« J'ai une question pour vous Madame la psychologue ! Attention à la réponse. Comment pouvez-vous avoir la prétention de croire que vous allez me guérir ? »

- *Psychologue : (Prise au dépourvue, nous tentions de maîtriser l'angoisse qu'il nous fit porter en nous imposant cette pression) « Malheureusement, je vais vous décevoir, mais je ne peux pas vous guérir, je ne guéris personne. Je suis juste là pour aider les patients en les accompagnant dans tout ce qu'ils traversent »*

(Silence)

- *Patient : « Bonne réponse ! » (Silence) Vous m'inquiétez maintenant ! Qu'est ce que je traverse au juste ?!* »

- *Psychologue : « Ça, c'est une très bonne question, en tout cas, quelque chose qui semble vous empêcher de dormir la nuit, semble t-il » (Silence)*

- *Psychiatre : « Je suis en accord avec ce qui se dit là ».*

(Silence) Le patient est alors très calme.

- *Le psychiatre : « On reprend un autre RDV avec moi-même et Madame Germani ? »*

- *Patient : « Oui d'accord... ça me fait du bien de venir »*

Nous raccompagnâmes le patient jusqu'à la porte :

- *Patient : « A Mercredi prochain Madame la psychologue ! »*

Durant la séance suivante, le patient sera très interrogatif concernant notre présence qui lui apparaissait énigmatique (entre autres choses) :

- *Patient* : « Il faut être sacrément *space*, pour vouloir être psy en prison. Vous vous êtes interrogée sur cela ? »
- *Psychologue* : « Vous semblez vous interroger sur le fait d'être en prison ? »
- *Patient* : « Vous êtes maline vous ! Alala, ça ne m'étonne pas ! Vous savez ce que j'aime bien chez vous ? »
- *Psychologue* : « ... ? »
- *Patient* : « Vous ne me lâchez pas du regard à chaque fois que je vous rencontre. J'ai vraiment l'impression que vous m'écoutez vraiment. Vous avez peut être bien choisi votre métier »
- *Psychologue* : « ... »
- *Patient* : « Cela dit, c'est tout de même étrange de vouloir être psy en prison »
- *Psychologue* : « ... »
- *Patient* : « Et vous Docteur ? C'est pareil, qu'est ce que vous faites ici ? »

Dialogue avec le psychiatre.

- *Patient* : (*celui-ci arrêta son discours de manière soudaine et tout en figeant son regard*) « Vous me rappelez une fille que j'ai connu quand j'étais plus jeune ! » (*En s'adressant au psychiatre*) : « Vous abusez Docteur avec vos collègues femmes ! L'année dernière l'autre ressemblait à mon ex-

compagne et à présent celle-ci ressemble à quelqu'un d'avant »

– *Psychologue* : « Qui était cette femme et en quoi je lui ressemble ? »

– *Patient* : « C'était au lycée, elle était une amie à moi et à mon pote. Ensuite, elle est sortie avec mon pote... »

(Silence)

– *Psychologue* : « Vous vous entendiez bien avec elle ? »

– *Patient* : « Oui et non. Enfin au départ ça allait... après pas du tout. En fait, je me suis rendu compte qu'elle était sournoise, vicieuse et manipulatrice. »

– *Psychologue* : « Que s'est-il passé ? »

– *Patient* : « Oh peu importe, c'est le passé ! Je vous disais juste que vous lui ressembliez ? »

– *Psychologue* : « Vous pensez que je suis sournoise, vicieuse et manipulatrice ? »

– *Patient* : « Mais n'importe quoi vous, c'est bien les psy ça ! »

– *Psychologue* : « ... »

– *Patient* : « Ouais enfin c'est sur, si vous me rappelez cette fille, c'est qu'il y a sûrement quelque chose »

– *Psychologue* : « ... »

– *Patient* : « J'adore mettre mal à l'aise les gens »

– *Psychologue* : « Je ne me sens pas mal à l'aise et vous ? »

– *Patient* : « ... »

Tout en ignorant notre question, le patient s'adressa alors au psychiatre afin de poursuivre son interrogation concernant le fait de travailler en prison.

– *Patient* : « J'ai une question pour la psychologue. A votre avis, pourquoi ai-je besoin toujours de me sentir le meilleur ? »

- *Psychologue* : « Pouvez-vous m'en dire plus ? »
- *Patient* : « Ben dans toutes les choses auxquelles je suis face, j'ai besoin de sentir que c'est moi qui... qui maîtrise la situation... par exemple, juste pour vous donnez une idée, ici je fais un vieux taf où je dois répéter le même geste... bref, pas besoin d'avoir des diplômes pour faire cela, et bien même là, je vais devoir tout faire pour me sentir comme... le plus fort. Je vais faire en sorte d'aller plus vite que mes autres collègues »
- *Psychologue* : « Depuis combien de temps ressentez-vous ce besoin ? »
- *Patient* : « Franchement ... depuis toujours. Je crois que j'ai toujours été comme ça. La vie est une jungle donc il vaut mieux être un dominant »
- *Psychologue* : « ... »
- *Patient* : « A quoi pensez-vous là ? »
- *Psychologue* : « ... »
- *Patient* : « Vous n'assumez même pas !!! C'est inutile certains silences !! »
- *Psychologue* : « Je pensais à la séance précédente ... celle où vous m'aviez dit que j'avais des yeux de félin... Je me disais finalement, c'est peut être vous le félin. Un félin dans la jungle »
- *Patient* : « Hahah, elle est excellent votre psy ! »
(*En s'adressant au psychiatre*). « Vous avez sûrement raison, c'est peut être moi le félin. Un être indomptable, parfois attachant et parfois pouvant sortir une griffe »
- *Psychologue* : « C'est une façon aussi d'être toujours en combat avec les autres... »
- *Patient* : « Oui toujours ! Même avec mon ex-copine pour vous dire. Vous savez la mère de mon fils, et bien, je

pouvais devenir très violent dès lors où j'ai le sentiment d'être abandonné »

- *Psychologue* : « Pour quel motif avez-vous cette peur ? »
 - *Patient* : « Car les gens sont comme ça. Un jour on vous aime, un jour on vous quitte... »
 - *Psychologue* : « ... »
 - *Patient* : « Oui c'est vrai que c'est une sacré peur. Je vis au quotidien avec cette crainte d'abandon. C'est mon handicap au point que ce symptôme m'est envoyé tout droit en prison. Je ne vais pas aider mon fils en étant comme ça. Il risque sinon de finir comme moi »
 - *Psychologue* : « On va s'arrêter là pour aujourd'hui ».
- Nous raccompagnâmes alors le patient vers la porte de sortie:*
- *Patient* : « Vous savez quand je vous serre là main, j'ai l'impression de serrer la main à une enfant ... ou peut-être à l'enfance »

Le patient commence cette nouvelle séance en prenant une attitude méprisante à notre égard. Il nous fait savoir par l'intermédiaire d'expressions corporelles mais aussi à travers son attitude que quelque chose ne va pas (notamment il nous serre à peine la main, tout en ne nous regardant pas dans les yeux. De plus, et il ignore notre présence en s'adressant uniquement au psychiatre).

Durant cette consultation, le patient confia pour la toute première fois à son médecin son accoutumance au cannabis. Il avait jusque là caché au psychiatre

sa consommation régulière. Selon son discours, sans la prise de substance, il ne peut trouver le sommeil, ni même se relaxer. Au bout d'une vingtaine de minutes, le patient s'interrompt et son regard nous rencontra pour la toute première fois

:

- *Patient* : « Ho excusez moi, je n'ai pas fait attention à vous ! J'avais complètement oublié que vous étiez là »
- *Psychologue* : « ... »
- *Patient* : « Comment allez-vous ? »
- *Psychologue* : « Il s'agit de vous ici et non de moi »
(Silence)
- *Patient* : « Vous savez ce que c'est que de vivre dans cette prison ? Vous venez vous et ensuite vous repartez chez vous, à votre vie... Moi je suis enfermé ici... croyez moi, ce n'est pas du rêve »
- *Psychologue* : « Comment faites-vous pour occuper vos journées ? »
- *Patient* : « J'écoute de la musique, je pense beaucoup... je travaille, je sors durant les promenades... mais bon, en fait c'est toujours pareil, tous les jours se ressemblent »
- *Psychologue* : « Vous dites que vous pensez beaucoup ? À quoi pensez-vous ? »
- *Patient* : « À mon fils... D'ailleurs je fais plein de cauchemars... je pense aussi beaucoup à mon père »
- *Psychologue* : « Vous rêvez de votre père ? »
- *Patient* : « Pas du tout !! Je disais ça, parce que mon père est très malade et son capital de vie est minime. Il a un cancer généralisé. Je n'ai pas envie de parler de mon père !!
»
(Silence)

- *Psychiatre* : « Voulez-vous bien nous raconter un de vos cauchemar ? »
- *Patient* : « Alors non pas du tout !! »
- *Psychiatre* : « Pourquoi cela ? »
- *Patient* : « Ben parce que cela m'appartient ! Si je vous le dis c'est comme ci, je vous le donnais, je vous le partageais ... je veux dire que ce n'est plus à moi après »
- *Psychiatre* : « On dirait un enfant ... »
- *Patient* : « Rien à voir, c'est juste que c'est à moi »
Nous lui fîmes alors savoir combien nous fûmes surprise de sa réponse.
- *Patient* : « Pourquoi êtes-vous surprise ? »
- *Psychologue* : « Parce que êtes-vous en train de dire que vous souhaitez garder votre cauchemar, alors que celui ci vous empêche de dormir. Gardez-le pour vous si vous le souhaitez... J'espère juste que vos nuits seront meilleures puisqu'il semblerait que vous allez repartir avec »
- *Patient* : (*rire*) « Mais vous êtes du tac-o-tac vous ! »
- *Psychologue* : « ... »
- *Patient* : « J'ai rêvé de moi et de mon fils. Je sais juste que je voyais mon fils malheureux, que je ne pouvais rien pour lui et que je l'abandonnais... Mon fils criait et je le regardais sans pouvoir lui répondre... comme si je ne pouvais pas parler, comme si j'étais ailleurs. Voilà c'est un peu près ça ! Vous voyez cela ne sert à rien de raconter. C'est juste un rêve qui dit finalement que je suis dégoûté de ne pas pouvoir m'occuper de mon fils ! De ne pas être là pour lui !! »
- *Psychologue* : « Effectivement, cela marque d'une part la relation que vous décrivez dans votre lien avec votre fils. Cependant, il peut y avoir aussi une autre lecture. Peut être

que dans votre rêve, le fils c'est vous, et le père, votre père ?

»

(Silence)

- *Patient* : « Oh mon dieu, je n'avais pas pensé à ça ... Je viens de saisir un truc là *(long silence)* Mais non, ce n'est pas ça ! Mon père ne m'a jamais abandonné !! J'ai vécu certes chez mes grands-parents mais cela n'a rien à voir ! Ensuite, si je ne l'ai pas vu souvent c'est parce que j'allais en HP et que je faisais plein de conneries, mais cela n'a rien avoir avec le rêve »
- *Psychologue* : « Peut-être qu'en tant qu'enfant, l'absence de ce père vous apparaissait comme un abandon. Ce n'est pas rien de vivre chez ses grands-parents plutôt que chez ses parents... »
- *Patient* : *(ému)* « Oui peut-être, bref... J'ai appris que mon père était très malade en ce moment et que la situation est très critique... on se prépare à sa mort... »
- *Psychiatre* : « La mort peut être vécue aussi comme un abandon ? »
- *Patient* : *(colère)* « Oh je ne sais pas !!! De toute façon mon rêve parlait de mon fils... »
- *Psychiatre* : « Et d'un père qui est ailleurs selon vos dires... »
- *Patient* : *(silence)*
- *Psychiatre* : « On va s'arrêter là et nous reprenons cela la semaine prochaine »

Nous raccompagnâmes alors le patient à la porte qui partit en serrant la main au psychiatre et en oubliant de nous dire au revoir.

Le patient avait adressé une lettre au médecin-psychiatre et à nous-même pour demander un rendez-vous pour le jour même, alors qu'une consultation était déjà programmée quelques heures plus tard. Nous fûmes surpris car le patient n'avait jamais fait de confusion concernant les consultations (un carton de rendez-vous est toujours donné en mains propres lors de la dernière rencontre. De plus, chaque matin, les surveillants remettent aux patients une notification de papier confirmant la consultation). Nous recevons ce dernier tous les mercredis à 14 heures, une fois sur deux. A l'arrivée du patient, nous fûmes surprise de le voir apparaître dans une attitude figée avec des expressions ralenties. Contrairement aux séances précédentes, au cours desquelles il était beaucoup plus expressif et toujours en mouvements. Figé sur le fauteuil, l'intéressé écouta attentivement les interrogations du psychiatre concernant l'oubli de son entretien.

- *Patient* : « Avant toute chose, je souhaite vous avertir que vous ne devez pas contacter l'infirmerie, ni même les surveillants. Je vous interdis de contacter qui que ce soit »
- *Psychiatre* : « Que se passe-t-il ? »
- *Patient* : « J'ai arrêté tous les médicaments que vous me prescrivez et la marijuana depuis trois jours... je voulais voir ce qui se passerait et ça ne va pas du tout ! Je crois que je suis fou, j'en peux plus, je ne sais plus quoi faire »
- *Psychiatre* : « Lorsque l'on arrête un traitement aussi rapidement, cela désoriente toujours »
- *Patient* : « Mais vous ne comprenez pas ! J'ai des flash-back qui reviennent à répétitions, des choses horribles, des choses que j'ai faite ! Je suis un monstre, je n'arrive pas à comprendre comment ai-je pu faire tout ça. J'ai tout gâché,

j'ai gâché ma vie, ma famille, mon lien avec mon fils... J'ai détruit tout ce qu'il y avait de bien dans ma vie ! »

- *Psychiatre* : « Vous savez, parfois de prendre conscience des choses c'est bouleversant... Quels genres de flash-back vous sont revenus à l'esprit ? »
- *Patient* : « Vous vous rappelez : je vous avais dit que lors de la grossesse, j'ai frappé violemment mon ex. Lorsque nous étions à l'hôpital, elle faisait une hémorragie... elle m'a regardé droit dans les yeux... et elle m'a dit qu'elle m'aimait... Après tout ce que je lui ai fait subir, elle m'aimait ! J'ai tout gâché, pourquoi j'ai fait ça. Je ne me le pardonnerai jamais ! Il m'est arrivé quelque chose hier soir... J'ai senti... J'ai senti sur ma jambe, la main de mon ex. J'ai senti qu'elle me touchait... c'était si réel, je n'arrive pas à croire que j'ai pu ressentir ça... j'ai eu une hallucination, mon dieu... »
- *Psychiatre* : « Vous savez lorsque les gens sont dans le désert et qu'ils ont soif, il leur arrive de voir une oasis... cela peut arriver à tout le monde »
- *Patient* : « Je ne sais pas ce qu'il m'arrive, ce qui est en train de se produire mais je ne vais pas bien. A la fois je la hais de ne pas m'avoir aimé comme il faut, et à la fois je me hais de ne pas avoir su me contenter de ce qu'elle pouvait m'offrir. Parfois j'avais le sentiment qu'elle m'ignorait ... elle pouvait oublier de me dire au revoir en partant travailler »

Nous fûmes saisie d'une montée d'affects durant son récit qui témoignait d'une folie non maîtrisable. La folie de l'acte.... Nous tentâmes alors de maîtriser l'arrivée de ces différents affects : une forme de haine mélangée à une tristesse sidérante. Nos yeux ne pouvaient pas tricher sur

notre ressenti intense lorsqu'à ce moment précis, le patient se tournera vers nous. Comme s'il regardait dans un miroir, il plongeait dans ses affects, et il s'effondra aussitôt en sanglots. Il se leva de sa chaise et se cacha vers le mur afin qu'on ne le regarde pas pleurer. Après quelques minutes de pleurs, le psychiatre lui demanda de s'asseoir sur le siège. Le patient déstabilisé, nous observa comme un enfant et me prononça ces mots à notre adresse :

- *Patient* : « Je suis honteux de me présenter devant vous comme tel, c'est minable de pleurer devant une femme »
- *Psychologue* : « Pleurer n'est pas un signe de faiblesse mais la violence en est une... »
- *Patient* : « Je n'ai jamais pleuré devant personne, et là je pleure devant vous. Je ne sais pas comment je vais survivre »
- *Psychologue* : « Il faut accepter ses émotions et ne pas en avoir honte »

(Silence) Le patient semblait alors apaisé par mes paroles. Il rejoignit sa chaise pour s'asseoir.

- *Le psychiatre* : « À propos, je voulais vous proposer quelque chose puisque Madame Germani et moi-même avons pensé à vous. Voilà, comme vous le savez Madame Germani intervient en tant que psychologue mais aussi en tant que chercheuse pour un travail de thèse. Tout deux, vous pouvez apprendre l'un de l'autre. Elle doit rendre un travail à la fin de l'année, alors nous avons pensé, en plus de vos séances en thérapie triangulées, que vous puissiez la rencontrer afin de témoigner, afin de raconter tout ce qui vous est arrivé. Je pense même que cela engendrerait un vrai processus de soin. Au lieu de venir à l'UCSA une semaine sur deux, vous pourriez venir toutes les semaines et

alterner les rencontres : une séance sur deux avec Madame Germani et la suivante ; tous les trois comme nous le faisons habituellement. Qu'en pensez-vous ? »

- *Patient* : « Qu'elle m'aide à me soigner oui, mais je ne suis pas une bête de foire »
- *Psychologue* : « Il ne s'agit pas de cela. J'ai pensé à vous, car j'aimerais vous aider à comprendre ce qui vous est arrivé. Avec votre savoir et le mien, nous pourrions tenter de réfléchir ensemble. Sachez que vous pouvez refuser. Ceci n'est qu'une proposition, vous n'êtes pas obligé d'accepter... »
- *Patient* : « Non, je n'ai pas envie de refuser... J'aimerais bien... »
- *Psychologue* : « Vous savez, on peut programmer les séances, sans qu'il n'y ait d'obligation. Le choix de venir ou non vous appartient. Si vous n'en avez pas envie, vous ne venez pas. C'est un espace libre et neutre libre... »
- *Patient* : « Non, je viendrai. Je viens toujours aux rendez-vous... d'ailleurs tout à l'heure quand je pleurais, j'ai voulu me sauver... mais je ne l'ai pas fait... Et je dois vous avouer quelque chose... si j'ai envoyé la lettre, c'était pour être certain que vous n'alliez pas oublier la séance. J'ai toujours peur qu'on m'oublie, qu'on m'abandonne (*silence*) Avant de m'engager dans un travail à vos côtés, j'ai une question pour vous... »
- *Psychologue* : « Oui, je vous écoute ? »
- *Patient* : « Avez-vous peur de moi ? »
- *Psychologue* : « ... Il est vrai que dans les débuts, j'étais plutôt inquiète, car on sent que vous traversez des étapes importantes et fortes psychiquement. Votre impulsivité peut parfois laisser penser que vous pouvez vous emporter... en

tout cas, c'est comme cela que vous vous êtes présenté à moi. A présent, laissez-moi, vous renvoyer votre question, avez-vous peur de moi ? »

- *Patient* : « Oui »
 - *Psychologue* : « Moi, en tant que psychologue ou bien peur de toutes les femmes ? »
 - *Patient* : « De toutes les femmes »
 - *Psychologue* : « Comment pouvez-vous expliquer cela ? Qui sont toutes ces autres femmes ? »
 - *Patient* : « Les femmes de ma famille, cousine, tante ... Elles ont toujours été vicieuses, manipulatrices et infidèles. Elles ont trahi beaucoup de monde... et du jour au lendemain elles ont abandonné leur mari ou leur enfants »
 - *Psychologue* : « Vous avez peur que j'en fasse de même ? A savoir que je vous abandonne ? »
 - *Patient* : « Oui ... »
 - *Psychologue* : « Si vous le voulez bien, nous pourrions travailler justement sur cette angoisse qui envahit chaque espace de vos pensées ? »
 - *Patient* : « Oui d'accord »
- Nous raccompagnâmes le patient vers la porte.. Avant de nous serrer la main, il nous regarda droit dans les yeux en prononçant cette question : « C'est quoi l'amour ? »*
- *Psychologue* : « Ce type de question peut aussi être abordée lors des prochains entretiens, si vous le souhaitez. À mercredi prochain »

Monsieur E est un homme âgé de trente-cinq ans. C'est un bel homme avec de grands yeux bleus envoûtants, alliés à un regard colérique, un sourire toujours attristé et une facilité d'aisance à capter toute l'attention. Il est de taille moyenne et de corpulence de type « baraqué » (épaules larges, bras musclés avec quelques rondeurs enveloppantes). L'intéressé à « l'art et la manière » de faire ressentir ses éprouvés. Cette tendance est renforcée par sa façon d'appréhender la vie toujours sur « le fil » tel un funambule.

Ce sujet apparaît toujours soit agité, énervé, ou angoissé. Ce type de personnalité aurait tendance à provoquer le rejet car en sa présence nous pouvons ressentir que tout peut arriver, que tout est possible. Les limites paraissent si floues.

Très rapidement, nous avons constaté que derrière ces entretiens toujours si imprévisibles (menace de se scarifier si on ne le reçoit pas en urgence, décision de se sevrer des médicaments sans l'accord de son médecin, menace de se suicider si les surveillants ne le laissent pas tranquille, etc.), ce dernier investissait massivement les séances mais surtout la relation à l'autre : « Vous savez, j'adore parler ici. J'ai l'impression que vous ne me lâchez pas du regard », « J'espère que vous allez savoir gérer le cadre car je sens que je suis en train de faire un transfert émotionnel de mon ex-femme et de mon fils sur votre figure Madame la psychologue » » ou encore « Vous me faites peur, j'ai peur de m'accrocher, de m'attacher à vous. J'ai peur de souffrir mais je veux continuer à venir aux consultations ». A la fois, Monsieur E. peut se concentrer sur le travail thérapeutique et à la fois, il va laisser percevoir combien sa dépendance à l'autre est prégnante (transfert massif). Nous développerons cet aspect tout au long de notre écrit.

Chaque séance sera d'une richesse métaphorique. Effectivement, le patient est doté d'une capacité d'élaboration importante avec une facilité pour les associations libres : « Regardez, je me vois comme ce mouchoir chiffonné... et ce stylo sur la table ce serait comme la thérapie tandis que ce gros livre c'est tout ce qu'il y a en moi. Je ne sais pas comment on va pouvoir gérer ça » ou encore « Je suis comme le cratère d'un volcan et ce qui est dedans, ce qui me fait flamber c'est ma relation aux parents avec ce sentiment d'abandon ressenti durant l'enfance ». Pas à pas, Monsieur E. va devenir de plus en plus attentif à sa vie interne - d'où ces images figuratives – de plus, il va peu à peu diminuer sa tendance à toujours se focaliser sur les mouvements de son interlocuteur, notamment sur son thérapeute : « Avant je ne me posais pas de questions à mon sujet. C'était toujours l'autre le problème. Je viens de comprendre que les reproches adressés à l'autre sont en fait des choses que je me reproche à moi même ». Nous précisons que ces mouvements *d'insight* adviendront dès les trois premiers mois de thérapie individuelle.

Très rapidement, Monsieur E. va pleinement témoigner de son désir de saisir ce qui l'agite intérieurement. Il va se laisser aller à un certain « lâcher-prise » en apportant à toutes les consultations un matériel clinique toujours très varié et très riche : des rêves, des souvenirs écrans, des romans familiaux, etc. En parallèle de ce constat se manifeste aussi un infantile vacillant dans lequel la frustration et les colères prennent le devant de la scène. La peur d'être abandonné et d'être trahi laisse transparaître des angoisses majeures. Ces dernières ont d'ailleurs engendré de nombreux passages à l'acte avant son incarcération, notamment envers sa femme, mais aussi avec certains collègues professionnels, avec certains membres de sa famille, etc. D'ailleurs, nous avons observé quelque chose concernant sa problématique à la relation à l'autre. Dans le champ de la thérapie, Monsieur E. éprouvait dans les premiers temps des difficultés à maintenir une distance adaptée. Notamment par sa tendance à vaciller entre le « tu » et le « vous ». Par un long travail d'élaboration autour du sens de

cette dimension pouvant être « abstraite » pour ce dernier, le vouvoiement s'installera définitivement sans que la dimension d'une distance rejetante ou abandonnique soit invoquée. Mais il a fallu pour cela travailler pleinement sur cette dimension afin que le patient puisse entrer dans une relation asymétrique sans que cela n'entraîne de sa part des interprétations à tonalité abandonnique.

La question de la « distance adaptée autour de la relation à l'autre » sera aussi symptomatique dans la question du corps. A titre d'exemple, lorsque nous nous dirigeons vers la salle d'attente pour aller le chercher, ce dernier nous serrait la main rapidement et ensuite il accourait en avant avec rapidité - à la limite de la course - comme si, nous étions un monstre qui pouvait l'avalier. D'ailleurs, les premières séances individuelles allaient s'avérer très compliquées au point que Monsieur E. nous demanda à plusieurs reprises d'éloigner les chaises de consultation qui lui apparaissaient « trop proches ».

Pour comprendre comment le patient a développé une psychopathologie du lien, il faut revenir sur sa relation à l'autre durant son enfance : suite au cancer des ovaires de sa mère, il est confié à ses grands-parents alors qu'il est âgé de 6 ans. Finalement, pour une raison inconnue, il y restera jusqu'à l'âge de ses 10 ans. Il en parlera avec tristesse et incompréhension, d'autant que cette période lui apparaît comme un vécu traumatique, du fait des comportements déviants de sa grand-mère qu'il qualifie de « perverse, manipulatrice et vicieuse » car « elle « s'amusait avec moi comme si j'étais un jouet ». Par exemple, pour me punir, elle avait la fabuleuse idée de m'interdire de la nommer « mamie ». Parfois : « elle me disait pour me faire du mal, qu'elle avait honte d'être avec moi ». Elle était souvent « très violente dans ses propos et dans sa façon de faire ». Selon son récit, elle aurait eu la fâcheuse tendance à « tenir le grand-père comme elle voulait. Il ne lui disait jamais rien et il la laissait faire. Il lui autorisait toutes ses bizarreries et ses mesquineries ». Monsieur E évoque cette période de son enfance

avec de la haine et de la rage. Ces affects vont d'ailleurs selon ses dires perdurer tout au long de sa vie, accompagnés des raisons demeurées obscures qui poussèrent ses parents à ne pas le reprendre auprès d'eux.

Lorsqu'il est revenu vivre auprès de ses parents, une tendance prononcée à l'hyperactivité a émergé. Ce diagnostic fut posé par un psychiatre qu'il rencontra à la suite des troubles du comportement qui apparaissaient dans le champ familial mais aussi dans l'espace scolaire. A cette époque, la réponse à ce mal-être fut un traitement médicamenteux pour calmer les agitations. Pour le patient, sa colère mêlée à ses interrogations est complètement « passée inaperçue ». Depuis cette période, le patient considère qu'il est devenu « double » (prise de conscience de la formation du clivage psychique). D'ailleurs, il se plaindra de ce mécanisme psychique très fréquemment en l'appelant « ma double personnalité ». Le patient explique : « Parfois, je fais des choses et ensuite je me demande pourquoi je les ai faites ! Comme si durant un moment, je n'étais pas conscient ou je ne possédais pas assez d'intelligence pour saisir les répercussions de mes éventuels actes ». Cette partie de lui qu'il ne comprend pas et qu'il interroge, sera aussi décrite comme un « double aux antipodes », à savoir : « Un petit ours qui a besoin d'affection mais qui peut aussi être le pire des félins, le pire des prédateurs », « Un humain mi- enfant, mi- adulte ».

Monsieur E., est dans une plainte face au constat de ses passages à l'acte. La culpabilité, les regrets et la honte peuvent parfois émerger avec une grande peur que nous puissions le juger : « S'il vous plaît, ne me jugez pas ! J'ai déjà assez honte d'avoir fait toutes ces choses ». Selon ses associations, les recours à l'acte sont l'équivalence « d'un discours de détresse ». Fils d'un père pâtissier, il voyait ce dernier très rarement de par le métier ; mais surtout il évoque combien son géniteur le punissait excessivement « comme un militaire ». La mère était assistante maternelle et elle s'occupait davantage des autres enfants que de lui.

Selon Monsieur E., il aurait manqué d'amour parental et à le sentiment d'avoir été rejeté tout au long de son enfance. Selon son récit, le métier qu'exerçait sa mère l'épuisait psychiquement, ce qui engendrait un agacement dans sa propre relation avec son fils :

« Je peux la comprendre à présent. Lorsque l'on s'occupe d'enfants toute la journée, le soir en fin de journée, on ne peut qu'être fatiguée et épuisée pour jouer la maman. Quant à mon père, il n'y avait aucun geste d'affection mais bien davantage de critique et de punition. Ce manque d'amour m'a conduit à être très agressif. Et en plus, les enfants à l'école se moquaient toujours de moi car j'étais un petit gros, mal dans ma peau ».

À l'âge de onze ans, il sera hospitalisé en psychiatrie pendant un mois et demi, à la suite de la manifestation d'une agressivité importante et des problèmes de comportement envers les professeurs et les camarades de classe. Ce séjour fut difficile et douloureux suite à des attouchements subis par deux patients plus âgés que lui. Monsieur E. honteux de ces événements n'en parlera jamais jusqu'à cette thérapie en prison. A l'adolescence, il sera de nouveau hospitalisé pendant deux semaines suite : « à un choc émotionnel après une rupture amoureuse ». Le patient voulait mettre fin à sa vie tellement le désir de vivre avait disparu. Il sera suivi par différents psychiatres dans divers CMP. À l'âge de dix-huit ans, il prit son indépendance et vécut quelques mois seul dans son appartement avant de rencontrer son ex-femme. Il épousera cette dernière le jour de l'anniversaire de sa mère. Il décrira sa relation avec son ex-femme comme un lien excessif et démesuré du fait du manque de lien maternel et paternel. C'est à l'arrivée de leur petit garçon, que la violence conjugale va se mettre en place avec un vécu abandonnique intense. Ceci était provoqué par le sentiment d'éloignement de sa compagne, occupée avec le nouveau-né. Pour Monsieur E. ce ressenti était insupportable car cela il lui renvoyait l'image de sa mère aimante avec les autres enfants plutôt qu'avec son propre garçon.

Monsieur E. confiera à travers différents entretiens combien cette angoisse d'abandon est une sensation qui le pousse vers des comportements anxieux et malheureusement violents. Cette crainte massive se manifestera jusque dans le lien thérapeutique. L'intéressé sera constamment inquiet à l'idée que nous l'abandonnerions une fois notre thèse achevée, ou bien que nous le remplacerions par un patient « plus intéressant ». Chaque absence comme le fait que nous partions en vacances sera vécue de manière douloureuse, avec l'appréhension que nous ne revenions plus. Nous voyons ici la répétition du vécu infantile... Le transfert de cette mère qui, occupée ailleurs, ne revint pas le chercher dans la prison familiale des grands-parents. Quant au fait de « le remplacer par d'autres patients », on peut y voir la manifestation des ces autres enfants que la mère gardait, qui prenaient la place d'enfant de Monsieur E.

B) Dynamique psychique d'un cas de multiples délits routiers

Durant ces cinq années de pratique en milieu carcéral, nous avons constaté qu'il était difficile de rencontrer des patients *borderline* qui avaient commis une transgression les amenant à l'incarcération. Cependant, nous avons observé que ce type de patient consultait massivement dans les Centres Médico-Psychologiques. Effectivement, avec les collègues nous disposons d'une longue file active avec des patients de type états-limites¹⁷⁶. Ces derniers utilisent d'ailleurs beaucoup le registre du passage à l'acte mais sur un versant auto-agressif (tentative de suicide, scarification, prise de toxique, etc.). Ils utilisent moins de défenses de types psychopathiques, mais davantage de défenses du type *tentative d'emprise* avec le chantage affectif et les menaces verbales agressives. Pour, certains, ils peuvent aussi se confronter à la loi via des infractions du type *jouer avec les limites*

¹⁷⁶ Ces patients ont été diagnostiqués ainsi par nos collègues psychiatres et psychologues durant leurs hospitalisations en cliniques psychiatriques.

routières, jouer des sommes d'argent dans des cercles privés et illégaux, entrer dans des conflits avec autrui jusqu'à en venir aux mains, etc.

M. est un patient suivi en CMP. Il est en thérapie depuis deux ans. La première demande de prise en charge fut sollicitée suite à la rupture avec sa petite amie. Effectivement, depuis toujours, il s'inscrit dans des relations amoureuses dans lesquelles la dépendance se trouve sur le devant de la scène. Chaque rupture a été marquée par des angoisses massives qui ont d'ailleurs provoqué divers passages à l'acte (tentatives de suicide, alcoolisations massives et conduites dangereuses avec son véhicule).

Agé de quarante-cinq ans, il est divorcé et père d'un enfant de dix ans. Il trouve des difficultés à incarner la figure parentale de par une histoire infantile complexe. Issu d'une fratrie de cinq enfants, il lui fut très difficile de trouver sa place dans cette famille nombreuse. De plus, le père de ce dernier semble apparaître comme une personne tyrannique, projetant nombre de ses idéaux sur son entourage. A titre d'exemples, notre patient, violoniste de profession, n'a pourtant jamais voulu exercer ce métier. En réalité, son géniteur avait toujours nourri le rêve d'être un artiste reconnu pour son talent musical (père guitariste). Il a donc inscrit tous ses enfants à des cours de musique, alors que plusieurs membres de la fratrie (dont le patient) manifestaient des refus massifs à l'encontre des activités musicales. Les enfants avaient d'autres intérêts, préférant par exemples des activités sportives ou manuelles. Malheureusement pour eux, mais selon une logique inconsciente, les désirs autres que ceux venant du père ne pouvaient être reconnus et acceptés par ce dernier. Depuis l'âge de huit ans, le patient avait ainsi toujours été fasciné par le football, activité extra-scolaire partagée par ses meilleurs amis de classe. Mais chaque soir, il était contraint – après ses devoirs d'école – de répéter ses partitions sous le regard scrupuleux de

son géniteur. Malgré lui d'une certaine façon, il deviendra un prodige de la musique pour satisfaire le désir paternel.

La mère pour sa part est décrite au cours des différents entretiens comme une femme sous influence et sous l'emprise de son mari :

« Elle n'a pas son mot à dire. Elle n'a pas le droit de désirer quoi que ce soit. Il faut toujours faire comme le veut mon père. C'est un chef d'orchestre. D'ailleurs, elle est devenue son ombre. Je ne suis pas certain que ma mère soit capable à présent de penser par elle-même. Lorsque j'étais petit, mon père pouvait être jaloux qu'elle passe des moments avec nous. Il avait besoin d'être le centre d'attention. Du coup, j'ai eu très peu de temps de jeux avec elle. Elle doit toujours s'occuper de mon père ».

« Ma mère, c'est comme une femme morte, une femme oubliée, une femme en dépression... mais qui ne sait même pas qu'elle l'est... car, d'une certaine manière, elle n'existe pas. »

« Je crois avoir manqué de ma mère. Mon père a pris toute la place et il l'a fait disparaître. J'ai le sentiment parfois de n'avoir jamais vraiment eu de mère à moi. Il y avait bien une femme qui faisait à manger, qui tenait joliment la maison et qui nous habillait tous les matins et nous douchait le soir, mais est-ce suffisant pour être une mère ? ».

Le patient évoque de nombreux récits dans lesquels la relation à la mère est disparate tandis que la relation au père est surinvestie par la personnalité de ce dernier. Le patient devait toujours être « en accord » avec les perceptions et les exigences de son géniteur. Il évoque combien le sentiment de frustration ou de contradiction provoquait un raz-de-marée chez cet « homme qui était davantage un éducateur sévère qu'un papa ».

À l'adolescence, il se décrit comme un sujet en quête de relations affectives et amoureuses. Contrairement à certains de ses amis beaucoup plus centrés sur la question du sexuel, il fait état d'un fort appétit de relations affectives. A l'âge de quinze ans, il entre pour la toute première fois dans une relation amoureuse. Cette histoire durera neuf mois et il décrira ce temps comme une passion vouée à cette dernière. Entre idéalisation et dépendance, ses mouvements d'investissement allaient devenir parfois «étouffants» au point que la petite-amie en vint à mettre un terme à la relation. C'est à partir de cet évènement que le recours aux passages à l'acte allait intervenir. Il allait menacer à plusieurs reprises cette dernière de faire une tentative de suicide si elle ne revenait pas. Observant que le chantage oral n'avait aucune prise sur elle, il allait alors décider de mettre cet acte à exécution. Il allait alors devoir être hospitalisé pendant un mois dans une clinique pour jeunes adolescents.

À l'âge de dix-huit ans, il se mit en couple avec une femme âgée de trente ans. Il explique avoir été épris par cette dernière de manière obsédante :

« Elle était la mère que je n'avais jamais eue : tendre, affectueuse, à l'écoute de mes sentiments, et si généreuse dans la relation. Nous nous sommes aimés pendant deux années où nous vécurent vraiment heureux. Mais elle était de plus en plus indépendante. Après l'obtention d'un diplôme, elle se mit à travailler. Elle se fit un nouveau réseau d'amis qui sortait souvent après le travail. Je vivais difficilement le fait qu'elle sorte avec eux plutôt que de me donner rendez-vous dans son appartement comme nous le faisons auparavant. Peu à peu, elle commençait à induire une sorte de relation distante, et plus cela me provoquait des angoisses. Je voulais retrouver le lien que nous avons au début, où l'on se voyait presque tous les jours, où je dormais chez elle très régulièrement. Mais avec son travail et ses nouveaux amis, ces temps diminuaient. J'ai commencé à devenir très jaloux. Je lui faisais des crises. Notre couple passa d'une relation sereine à un lien conflictuel. J'ai commencé à fumer de temps en temps du cannabis pour supporter ces moments où elle préférait être avec d'autres personnes qu'avec

moi. Parfois, j'allais en bas de son appartement juste pour savoir à quelle heure elle était rentrée... Puis elle m'a quitté. Je suis tombée dans une dépression importante et j'ai refais une tentative de suicide, en espérant qu'elle reviendrait par pitié pour moi. Ceci n'a pas provoqué l'effet escompté. Bien au contraire, elle s'est réfugiée dans les bras d'un autre homme. C'est là que j'ai commencé mes premiers tatouages et ma rébellion avec mon père. Puis j'ai rencontré mon ex-femme. J'avais 22 ans. Nous avions la même problématique affective. Nous avons besoin d'une relation dépendante. Nous nous sommes très vite installés ensemble. Elle m'a permis de quitter mes parents. On avait les mêmes intérêts, les mêmes envies. Notre bonheur était parfait. Elle était ma petite amie, ma meilleure amie, mon amante et ma mère. J'étais pleinement comblé. Nous nous sommes mariés après quatre années de vie commune. On s'aimait comme au premier jour... Malheureusement les choses ont commencé à devenir différentes avec l'arrivée de notre fils. Et oui, la présence de l'enfant mit une distance entre elle et moi. Elle a transposé toute sa vie affective à mon égard sur notre enfant. J'existais de moins en moins dans son regard et dans son désir. Fur à mesure, j'ai commencé à ressentir une forme d'agressivité et il m'est arrivé d'être violent envers elle. Par la parole de manière très fréquente puis deux fois, où j'en suis venu aux mains. Une fois, elle a fini aux urgences. Je m'en suis tellement voulu, et évidemment, elle a demandé le divorce. J'avais dépassé une limite, il n'y avait plus de marche arrière possible. Heureusement que je fus soutenu par mon meilleur ami et par la thérapie car je pense que je me serais suicidé sans me loper cette fois-ci ».

Toute la thérapie fut centrée sur la dimension affective (particularité de la prise en charge avec les patients de structure borderline). Quant au transfert, celui-ci était massif. Nos vacances étaient vécues difficilement, nos absences de dernières minutes provoquèrent des éprouvés douloureux, etc., avec toujours cette grande crainte que nous l'abandonnions : « Vous n'allez pas quitter le CMP ? Si cela arrive, serait-il possible d'être reçu dans votre cabinet ? » ou encore « Vous n'allez pas changer d'avis et abandonner votre métier ? Vous aimez bien ce travail

hein ? ». La question de la présence et de l'absence fut une problématique non simple à dénouer. D'ailleurs, malgré le travail autour de ces questions, une forme de difficulté à supporter pleinement l'absence de l'Autre fut perceptible à chacune de séances. Dans sa demande inconsciente, il aurait fallu être disponible et accessible au quotidien afin qu'il n'ait pas à subir d'angoisses abandonniques. Pour notre patient, à ce jour, supporter les moments de séparation est devenu possible, mais il faut en PARLER en donnant du sens à l'absence. Sans cela, l'angoisse massive d'être abandonné fait retour de manière ravageuse.

Concernant son rapport à la transgression, Monsieur A. évoquera à multiples reprises sa tendance à ne pas respecter les codes de la route. À ce jour, il ne lui reste que trois points sur douze sur son permis de conduire. De plus, son assurance lui prélève un grand malus en raison du nombre d'accidents cumulés. Le patient évoque des périodes significantes concernant ses tendances à jouer avec « les limites routières ». Tout évènement ou situation conflictuel(le) avec son ex-femme provoquaient chez lui l'angoisse de la rupture et du divorce. Parfois, il se sentait obligé de prendre son véhicule et de rouler la nuit à toute vitesse en dépassant les limitations de vitesse, pour « contrer les pensées de séparation ». Il se rappelle d'ailleurs le premier accident avec son véhicule. C'était un dimanche, il rentrait d'un barbecue familial, accompagné de sa femme, lorsque sur le chemin, cette dernière lui fit savoir qu'elle envisageait de partir pour un séminaire, dans le sud de la France. Sa cousine venait de l'inviter durant l'après-midi en question. Lorsqu'il comprit qu'elles en profiteraient pour prolonger de quelques jours, et qu'au final, elles projetaient de rester une semaine complète, l'angoisse prit le devant de la situation. Il déposa son épouse à leur domicile familial, puis il repartit en voiture faire un tour « afin de se vider la tête. Dans ces moments là, j'appuie sur le champignon pour ressentir la vitesse et je roule en oubliant la police, les panneaux de signalisation, les risques, etc. ».

On peut entendre ces divers passages à l'acte (violences conjugales, transgressions routières) comme une recherche désespérée et réitérée pour retrouver l'objet qui a manqué et qui manque encore. Il court derrière cet objet perdu et inaccessible, avec l'angoisse que la séparation puisse faire advenir un réel abandon. D'où la demande de rester collé à l'objet. Cette crainte provient d'un sentiment d'abandon réellement vécu par le passé, ayant marqué la psyché du sujet comme un espace de trauma dans lequel le sujet peut se sentir engouffré dès que cette blessure est réactivée. Ces sensations douloureuses se traduisent par des tensions angoissantes qui proviennent d'éprouvés infantiles : du fait des carences et de la dépression maternelle, l'enfant a ressenti de vives angoisses qui n'ont pas pu être reconnues, entendues et contenues par la mère. Il en résulte une absence de représentation autour de l'absence. Effectivement, aucune représentation n'a pu s'inscrire de par l'absence de parole et d'affects maternels. Le champ psychique a été occupé par un surcroît d'excitations qui a créé une tension permanente. D'où cette tendance à vouloir non seulement éviter les séparations avec l'objet, mais aussi surinvestir la relation affective. Les situations limites et transgressives sont alors recherchées afin de trouver une forme de contenance se manifestant par un comportement de toute-puissance, qui se substitue à la tension psychique. Nous voyons alors apparaître le recours au passage à l'acte transgressif pour :

« décharger la tension et de parer, c'est-à-dire, de contrer, de se protéger, d'éviter. L'objectif est alors de passer précipitamment à l'action pour court-circuiter la réalité psychique »¹⁷⁷.

« L'étanchéité du clivage du moi est d'éliminer tout risque d'effraction psychotique. Le prix à payer pour cette modalité défensive est lourd, puisqu'il s'agit d'éliminer en même temps tout travail psychique et d'y substituer la violence la plus extrême sur autrui et sur soi-même »¹⁷⁸.

¹⁷⁷ C. Balier, *Violences en abymes*, Paris, Puf, 2005, p. 323.

¹⁷⁸ . *Ibid.*, p. 72.

C) Observations et conclusions

L'angoisse abandonnique chez le sujet *borderline* est un trait constant, au point que le retard, l'éloignement, les vacances, les non-réponses aux appels/sms téléphoniques, et certaines attitudes sont interprétés comme un signe de rupture de l'autre. Tous ces mouvements « d'absences » peuvent provoquer un « raz-de-marée » chez ce type d'organisation psychique, et engendrer de nombreux passages à l'acte variés tels que la consommation de drogues et/ou d'alcool afin de maintenir un sentiment d'anesthésie voire d'apaisement. La relation à l'autre est souvent surinvestie car le sujet *borderline* pense que l'interlocuteur a « le pouvoir » de faire quelque chose de positif ou de négatif sur son mal-être et ses angoisses. Cet aspect est souvent au premier plan en raison des fragilités narcissiques qui constituent la structure psychique du sujet limite. Ces organisations « bancales » proviennent d'une mauvaise intégration de la fonction parentale suite à des loupés dans la relation avec ces derniers. Comme nous le constatons dans les cas présentés dans ce chapitre, la mère est indisponible soit en raison d'une vie professionnelle intense, soit par le fait de carences psychiques et affectives, tandis que la fonction paternelle viendra ensuite accentuer le sentiment abandonnique : dans les deux cas, ce sont des pères qui apparaissent comme des êtres rigides et imposants, qui transmettent peu de marques d'affection et d'écoute. L'enfant ressent donc rapidement une sorte de fracture dans sa relation à l'Autre, et ce sentiment va perdurer jusqu'à sa vie adulte, laissant ce dernier sans défenses face à des envahissements intenses à caractère abandonnique.

Le recours au passage à l'acte transgressif, dans le registre de l'état-limite, opère :

- Comme la tentative de faire « taire » l'objet abandonnique qui réactive des affects intenses et douloureux provenant de la petite enfance,

- comme une recherche de la Loi (inconscient) afin de trouver une forme de limite qui viendrait contenir le débordement du vécu abandonnique ou le vécu de solitude intense (désarroi à versant agonique),
- comme une tentative de provoquer l'illusion d'une toute-puissance pour avoir le sentiment de maîtrise sur une situation angoissante, rejetante et/ou rabaisante.

Les divers passages à l'acte transgressifs dont témoignent les patients *borderline* permettraient de faire l'économie d'un éprouvé affectif intolérable, ou tout au moins d'une excitation envahissante et impossible à transformer par les voies psychiques. Le passage l'acte peut s'entendre comme un certain désespoir et la tentative de **faire « taire » l'objet abandonnique/frustrant qui réactive des affects intenses et douloureux provenant de la petite enfance**. Ce registre apparaît comme un climat d'urgence, d'affolement face à une réponse non-immédiate qui stabiliserait l'angoisse surgissant.

« L'environnement est utilisé comme un moyen d'arrachement d'un lien maternel archaïque résurgent, dans la poursuite du processus d'oedipification. Nous soutenons que l'appel au Tiers représenté par le délit ne concerne pas seulement le Tiers paternel; il s'inscrit dans une quête d'expérience venant contenir l'expansion du Moi. L'acte de confrontation ne se substitue pas au fantasme, il tente de restituer les limites de son espace »¹⁷⁹.

Dans ce type de registre psychique, le recours aux divers passages à l'acte transgressifs (mais aussi ceux qui sont du côté de l'agir auto-agressif) sont vécus

¹⁷⁹ C. Balier, *Violences en abymes*, Paris, Puf, 2005, p. 33-34.

comme une nécessité interne. Ces sujets souffrent d'angoisses insupportables s'ils ne peuvent accomplir l'acte comme processus d'apaisement. La recherche d'expériences limites serait un moyen de « toucher » **la Loi (et un cadre) de manière inconsciente afin de trouver une forme de limite qui viendrait contenir le débordement du vécu abandonnique.** Ce dernier désorganise les limites de leur espace et de ce fait de leur Moi. Cette organisation psychique est marquée par un sentiment d'abandon important, qui n'a pu réguler les mouvements pulsionnels. C'est pour cette raison que ces sujets font appel à des modalités défensives considérables, dont le recours à une forme d'agressivité-destructivité. Ces sujets s'organisent à partir d'un clivage que l'on pourrait qualifier de « structurel » comme le défend Gérard Bayle:

« Les clivages structurels sont les résultats de défenses contre une carence narcissique par défaut de symbolisation et de subjectivation. Ils tendent à isoler le Moi du sujet des manifestations de la carence narcissique, qui est elle-même un ensemble confus associant la psyché des objets précoces (...)»¹⁸⁰.

Effectivement, face à ce type de carence narcissique où l'éprouvé est corrélatif à « on me laisse tomber », la protection ultime serait de maîtriser l'angoisse vécue comme un ravage. Pour cela, le recours aux passages à l'acte apparaît comme **une stratégie d'atteindre une illusion de toute-puissance.** Dans l'omnipotence momentanée du Moi - se défendant des éprouvés abandonniques de type "on me lâche", "on me rejette", "on ne m'estime pas" (équivalence d'une interprétation manifestant une rupture de l'Autre) - les mouvements de maîtrise (emprise, contrôle, violence auto et hétéro-agressives) apparaissent comme un moyen de contrer un désarroi à versant agonique.

¹⁸⁰ G. Bayle, *Clivage, Moi et défenses*, Paris, Press universitaires de France, 2012, p. 195.

Aussi, lorsque surgit l'angoisse d'abandon ou la menace de celle-ci, et que les mécanismes d'emprise ne suffisent plus à la contrer ou l'annuler (péril du fonctionnement psychique), le passage à l'acte transgressif devient le seul recours comme forme de destruction de la limite extérieure et non de l'intérieur (projection). Ce système de défense est une façon de préserver le moi du sujet particulièrement fragilisé. La survie psychique n'étant plus assurée. « Acculés, ils passent à l'acte dans un ultime sursaut psychique proche de l'instinct de survie »¹⁸¹.

« Chez nos patients, nous constatons combien l'extrême est présent : trop d'excitation et trop peu de protection dans les aléas de leur enfance. Ils se sont construits en suivant les modalités de ces "trop" et alternent d'une position de passivité, soumise à l'autre/l'environnement, à une position de maîtrise par l'agir violent (...). Pour eux, l'autre externe est synonyme de menace de destructivité »¹⁸².

¹⁸¹ O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 113.

¹⁸² O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 106-107.

5) Passage à l'acte transgressif dans le champ de la névrose

A) Champ de la transgression écarté mais fantasmé

La conscience est la conséquence du renoncement aux pulsions

Freud dans Totem et Tabou

C'est avec insistance que nous avons cherché à prendre en charge des patients névrotiques en centre pénitentiaire. Nous allions même jusqu'à sinon « mendier », du moins solliciter ardemment de nos collègues la passation d'un patient névrotique. A notre grande surprise, que nos confrères soient psychologues ou psychiatres, aucun d'entre eux n'avaient ce type de patient dans leurs files actives. Cette absence de patientèle nous interrogea fortement : le névrosé ne viendrait-il jamais dans les prisons ? La transgression est-elle totalement bannie dans ce type de structure ?

En échangeant avec un confrère qui possède une plus grande expérience clinique que la nôtre - donc ayant eu le temps de rencontrer une clinique carcérale sur une temporalité plus longue - nous devons apprendre que durant la totalité de sa carrière, il en avait croisé seulement deux. Le premier avait été incarcéré suite à un accident de la route. En sortant d'une soirée alcoolisée, il avait foncé dans un véhicule qu'il n'avait pas vu arriver. Le véhicule s'engouffra dans un fossé, et le conducteur décéda sur le champ. Le second patient était un sujet qui avait été accusé de viol sur sa femme et d'attouchements sur son enfant. L'enquête judiciaire démontra que la plainte déposée par la conjointe de cet homme avait pour objectif de lui interdire des temps de présence avec leurs enfants, sous le mobile d'une vengeance, provoquée par la demande de procédure de divorce effectuée par cet homme.

Les lois parviennent-elle à s'inscrire dans ce fonctionnement psychique ? Pour tenter de comprendre les raisons qui sollicitent cette réalité clinique, à savoir que le névrosé ne transgresse pas les lois - sauf dans des cas « d'accident » comme en témoigne la première vignette clinique de notre confrère - nous tenterons d'y répondre à partir d'une traversée théorique.

L'apport fondamental de l'œuvre freudienne est principalement la découverte de *l'angoisse de castration* comme structurante de la vie psychique. Le père qui en est l'agent vient alors faire tiers en « coupant », en séparant, en interdisant la relation incestueuse mère-enfant, ce qui suscitera des *vœux de mort* et donc de l'agressivité envers celui-ci. La culpabilité qui découle du désir incestueux structure entièrement les processus inconscients de la vie adulte du névrosé (ce renoncement pulsionnel n'efface en aucun cas la totalité de ce désir). Sigmund Freud semble proposer un mythe laïc de la culpabilité déjà soulignée dans toutes les religions. La position sacrificielle décrite par l'apport freudien du mythe *Totem et Tabou*¹⁸³ n'est pas si surprenante dès lors où l'on observe les religions. Qu'est ce que le « péché » si ce n'est de ne pas vouloir se soumettre à loi du Père Céleste ? Finalement la religion enseigne combien c'est en reconnaissant son péché par la *culpabilité* que l'accès à la délivrance pourra advenir.

C'est d'ailleurs ce que nous observons radicalement dans les cures analytiques des névroses consultant souvent en libéral. La résolution des

¹⁸³ Dans *Totem et Tabou*, 1913. Freud s'inspirant d'une conviction de Darwin, suppose à l'origine de

l'humanité une *horde primitive*, groupement humain sous l'autorité d'un père tout-puissant qui possédait seul l'accès aux femmes. Il présuppose alors que les fils du père, jaloux de ne pouvoir posséder les femmes, se rebellèrent un jour et le tuèrent, pour le manger en un *repas totémique*. Une fois le festin consommé, le remord se serait emparé des fils rebelles qui érigèrent en l'honneur du père et par peur de ses représailles, un totem à son image. Afin que la situation ne se reproduise pas et pour ne pas risquer le courroux du père incorporé, les fils établirent des règles correspondant aux deux tabous principaux : la proscription frappant les femmes appartenant au même totem (inceste) et l'interdiction de tuer le totem (meurtre et parricide).

identifications et de la culpabilité pathogène se finalisent dès lors où le sujet accepte de se soumettre à la loi du père qui est de quitter l'objet incestueux permettant des maturations psychiques. Le père primitif est introduit par Sigmund Freud comme celui qui empêchait les fils de satisfaire leurs tendances sexuelles directes en leurs imposant l'abstinence, ce qui eut pour conséquence, à titre de dérivation, l'établissement de liens affectifs avec la possibilité de rencontrer de nouveaux groupes, de nouvelles cultures et aussi de nouvelles femmes. L'interdiction de l'inceste permit la civilisation. Dans son ouvrage *Le Malaise dans la culture* Freud articule le renoncement de l'agressivité œdipienne par l'introduction d'une culpabilité émanant de la peur de la perte d'amour puis d'une conscience morale. Il écrira:

« La succession chronologique serait donc la suivante : d'abord renoncement pulsionnel par la suite de la peur d'être agressé par l'autorité extérieure – c'est à cela qu'aboutit en effet la peur de la perte d'amour, l'amour protège de cette agression de la punition – puis établissement de l'autorité intérieure, renoncement pulsionnel par suite de la peur de cette autorité, peur de la conscience morale ».

La peur d'être agressée par l'autorité extérieure est constitutive de la résolution du complexe œdipien. Jean-Pierre Winter, psychanalyste et spécialiste des pathologies contemporaines, parlera de la culpabilité qui découle de l'agressivité œdipienne comme une limite aux pulsions destructrices. L'enfant qui nourrit des fantasmes incestueux envers l'un des parents, craint les représailles. L'enfant se met à désirer dans une *colère fondamentale*, la disparition – la mort – du rival et il s'en veut. C'est de cet élément du psychisme que le fondateur de la psychanalyse va introduire le *Surmoi*. Il définit cette culpabilité interne comme un juge qui fixe les frontières entre le bien et le mal, le permis et l'interdit faisant de nous des êtres moraux qui écartons les champs de la transgression.

« La psychanalyse freudienne nous a enseigné que le Surmoi est le siège des représentations des interdits parentaux et sociaux. Il se constitue dans la

résolution du complexe d'Edipe, c'est-à-dire notamment dans l'acceptation et l'intégration de l'interdiction de l'inceste. Au delà d'une réglementation de la sexualité, comme nécessité de la préservation de l'espèce humaine, cet interdit repose implicitement sur la reconnaissance de la différence des sexes et des générations. Le Surmoi a un rôle de censeur sur le Moi et surtout sur le ça pulsionnel. Il a aussi pour fonction de contenir les impulsions destructrices »¹⁸⁴.

Nous pourrions dire que dans les différentes structures psychopathologiques (névrose – borderline – perversion – psychose), seul le névrosé est véritablement cadré par son œdipe (les passages à l'acte transgressifs « névrotiques » apparaissant plutôt dans le registre fantasmatique avec la mise en place de symptômes hystériques de type : conversion, et des symptômes obsessionnels de type : compulsion de répétition). La castration qui advient dans cette structure psychique signifie que la jouissance interdite peut être refusée pour atteindre la loi du désir. Une voie possible, alors qu'elle semble apparaître conflictuelle pour la perversion, inquiétante pour le *borderline* et impossible dans la psychose.

La névrose transgresse dans son fantasme, là où le pervers passe à l'acte. Le sujet névrosé craint les représentants de l'autorité tandis que le psychotique ne reconnaît à cet endroit aucun garant. Le sujet *borderline* vérifie la réalité du cadre et des limites en utilisant l'expérimentation.

¹⁸⁴ O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 133.

V/ CONCLUSIONS

« "Nul n'est censé ignorer la loi" dit l'adage, affirmant ainsi que l'humain se fonde sur des droits. Nous pourrions aussi bien entendre "nul sensé ignore la loi", ce qui signifierait alors combien ignorer la loi résulte d'un dysfonctionnement psychologique ou psychiatrique. Un tel jeu de langage souligne surtout que l'accès n'est pas tant une affaire de savoir juridique que de construction psychique »¹⁸⁵.

À travers ce travail de recherche, nous avons dans un premier temps (à savoir dans le chapitre I) témoigné - par l'intermédiaire de relevés statistiques et de divers rapports de recherche - combien il existe bien une montée de la violence, et combien cette perspective est loin d'être fantasmatique. L'augmentation des actes violents s'articule à la transformation des rapports aux limites et des interdits véhiculés par une société qui pousse à la toute-puissance comme en témoigne l'analyse sociologique de Jean Baudrillard, mais aussi les travaux psychanalytiques de Charles Melman. Nous avons observé que le recours aux passages à l'acte transgressifs apparaît majeur depuis ces quelques dernières années. Rappelons les chiffres¹⁸⁶ suivants :

- L'augmentation constante des crimes et des délits imputables aux mineurs : près de 18% en 1998, avec une augmentation de 62% entre 1994 et 1998.

¹⁸⁵ O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 125

¹⁸⁶ Thèse d'Alain Guérin : « *Le féminin dans les agirs violents d'adolescentes délinquantes* ». Le chercheur s'est penché sur les données de différentes études portant sur la délinquance des mineurs, recueillies entre 1972 et 2011, et regroupés par M. Emmanuelli (2005), et J-Y Chagnon (2010).

- Pour la période 2002-2009, on constate une augmentation plus importante pour le nombre de majeurs (+32%) mis en cause.
- Une étude sur la période 2002-2009 établit que les violences envers les personnes restent en majorité le fait de majeurs, ce qui est également le cas pour les stupéfiants (16% pour les majeurs et 11% pour les mineurs).
- On note une tendance très forte concernant les vols (40% pour les mineurs contre 20% pour les majeurs).

N'oublions pas d'ailleurs la dernière étude de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), présidé par le criminologue Alain Bauer, concernant la violence des mineurs. Celle-ci révèle que depuis 1996 la courbe des mineurs mises en cause par la police et la gendarmerie a grimpé trois fois plus vite. En moyenne, celle des garçons: +133%, contre « seulement » +40% pour les mineurs de sexe masculin. Quant aux travaux d'Adeline Chaufer, les chiffres statistiques dévoilent que le nombre de condamnés sous écrou pour viols, agressions et atteintes sexuelles, est passé de 1051 en 1980 à 8670 en 2005 (soit une augmentation de plus de 600%), jusqu'à atteindre un quart de la population condamnée.

Nous voyons apparaître à la fois des statistiques en hausse mais surtout des auteurs de plus en plus jeunes. Ces éléments se confirment avec le terrain clinique. Comme nous l'avions évoqué, nos patients « contemporains » sont davantage tournés vers l'agir que vers l'intériorité, et ils vont avoir recours aux passages à l'acte transgressif, faute de trouver une contenance dans la parole de l'Autre.

Dans un second temps, nous avons défini notre objet d'étude afin qu'aucune confusion ne soit possible. Il ne s'agit pas d'un rapport scientifique concernant les divers passages à l'acte possibles (comme ceux autour des mouvements auto-agressifs) mais uniquement de ceux qui sont reconnus pénalement. D'où la conjonction avec le terme transgression. Pour cela, nous avons parcouru cette thématique - par l'intermédiaire d'un chapitre - s'intéressant à la dimension pénale. Cette démarche nous a permis de prendre connaissance de l'évolution de la justice concernant son approche du crime et du délit. Celle-ci s'est peu à peu détachée des sentences « abruptes » pour faire place à des peines individualisées. L'arrivée des psychiatres et des psychologues sur la scène des prétoires a permis une nouvelle approche de la dynamique psychique des sujets concernés. Ceci a engendré multiples modifications dans le code pénal mais aussi dans les sanctions avec l'introduction notamment de l'irresponsabilité pénale notamment pour les sujets atteints de troubles psychotiques lors du passage à l'acte.

Cette introduction nous a menée vers la naissance de la psychocriminologie. Les éléments apportés par cette discipline nous ont habilités à établir une classification des multiples théories qui ont vu le jour, et qui sont devenues les prémisses d'une « science du crime ». Ce fut l'introduction d'une méthodologie articulant l'étude scientifique de l'environnement, de la personnalité et du développement du criminel, et les causes externes qui ont déclenché le passage à l'acte transgressif.

Nous avons ensuite mis en relation le lien étroit entre la criminalité et les incohérences sociétales et familiales afin de mettre en évidence un certain « leurre » sollicité par les figures des adultes autant dans la famille que dans le champ du social. Ces observations concernent les parents qui se situent dans une relation très proche avec leur enfant car ils ont besoin - pour eux-mêmes - d'une

relation fusionnelle comme pansement. Cette tendance engendrant une forme d'indifférenciation psychique avec l'enfant, qui provoque alors de grandes difficultés de par la tension et l'excitation qu'elles sollicitent. Cette fusion qui ouvre vers l'aliénation la plus complète serait l'avatar de l'impossibilité à se séparer. On se retrouve alors dans une configuration appelée : *incestuelle*¹⁸⁷. « L'inceste réel n'est pas acté mais fantasmatiquement les places et la nature des relations intrafamiliales sont confuses »¹⁸⁸. Cet aspect n'est pas nouveau, mais ce qui est différent de nos jours, c'est la réponse du social contemporain. Ce dernier alimente le fantasme de toute-puissance et entretient l'accès aux liens pervers (notamment avec l'arrivée des écrans qui diffusent des images riches en symbolisme autour de la réalisation de l'inceste et du meurtre). En outre, nous sommes face à une société de consommation qui pousse à refuser la frustration, mais qui prône le bienfait d'acquérir des objets de jouissance sans contrainte de limite. Face à ce type de configuration, l'enfant/adolescent qui cherche des réponses dans le groupe social, pour compenser les lacunes familiales, se trouve pris dans un engrenage de jouissance, et de limites parfois poreuses. Il va alors adopter des comportements déviants, dans une grande violence.

Nous constatons alors que ne pouvant tuer symboliquement le parent - qui ne veut pas accepter le détachement et donc la séparation - le sujet enfant/adolescent redoute alors de pouvoir exercer ses manœuvres d'individuation en constatant un parent trop « affaibli » pour le supporter. Il va alors « déporter la crise adolescente de la scène familiale à la scène du social »¹⁸⁹.

¹⁸⁷ P-C Racamier, *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Payot, 2010.

¹⁸⁸ C. Genevois, « Traumatisme parental et transgression de l'adolescent », dans *Passage à l'acte, traumatisme, résilience et effets transgénérationnels*, Lyon, Edition Chronique sociale, 2014, p. 44.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 47.

L'adolescent tente de se construire comme il le peut, dans une nouvelle ère où les lois réelles et symboliques sont parfois inopérantes parce que ceux qui sont chargés de l'incarner ont démissionné de cette fonction. Reprenons cette fabuleuse citation de Philippe Jeammet :

« Au lieu de servir de modèle à l'adolescent et d'encadrer son parcours, l'adulte inquiet cherche désormais dans l'adolescence une réponse à ses questions (...), le phénomène culturel affecte nécessairement et en profondeur, la capacité contenante et organisatrice de toute société vis-à-vis de ses jeunes »¹⁹⁰.

Nous rejoignons alors les perspectives de la psycho-criminologie qui soutient l'implication mutuelle entre l'individu qui commet un acte criminel et le groupe qui l'entoure avec sa désorganisation et ses incohérences.

Dans le Chapitre II consacré à la démarche épistémologique, nous avons tenté de créer une méthodologie d'approche scientifique. Elle s'est dessinée à partir de ces trois axes :

- **L'objet de recherche ne doit pas avoir connaissance qu'il est observé.** Cette position trouve sa justification scientifique dans cette argumentation de Lévi-Strauss : "il serait aussi indispensable que ces hommes ne fussent pas conscients qu'on expérimentât sur eux, faute de quoi la conscience qu'ils en prendraient modifierait de manière imprévisible la marche de l'expérimentation".

- **Aller sur le terrain** afin de rendre compte du sujet de

¹⁹⁰ P. Jeammet, *Pour nos ados, soyons adultes*, Paris, Odile Jacob, 2008, p. 115.

recherche par l'intermédiaire d'une véritable rencontre, et non pas, comme nous l'avons évoqué, en travaillant de manière fantasmatique sans confrontation avec le réel.

- **Etablir un long temps d'observation** pour éviter une observation superficielle. Il est préférable d'instaurer une temporalité permettant que l'objet de recherche puisse être entendu et appréhendé dans toute sa complexité.

Ces éléments ont permis la poursuite de notre travail d'analyse autour d'une problématique fondamentale et centrale concernant la recherche en sciences humaines. Nous la formulons comme suit : comment appréhender l'objet d'étude alors que la neutralité se perd pas à pas dans la relation thérapeutique ? Comme l'interroge l'ouvrage *Epistémologie des sciences humaines*, « Le savant peut-il, en toute sérénité, analyser des faits dont il ne peut par ailleurs entièrement se détacher ? Ne risque-t-il pas d'avoir le regard faussé ? »¹⁹¹ Nous avons mis en avant le fait qu'effectivement, le lien transférentiel-contre-transférentiel engendre une perception du patient/objet de recherche avec une dynamique spécifique, loin de la neutralité requise pour appréhender le matériel d'étude scientifique.

À partir d'un exemple clinique avec différents paradigmes, nous avons mis en évidence la nécessité du contre-transfert comme outil de travail fondamental, autant dans la pratique – parce qu'il nous donne des informations sur la dynamique psychique du patient mais aussi sur son histoire – autant dans la démarche scientifique – car il permet d'en apprendre davantage sur le fonctionnement du sujet dans sa construction infantile avec une mise en lumière des liens psycho-affectifs instaurés dans la relation aux parents. Nous nous risquerions même à dire que s'abstenir d'approcher l'objet de recherche en

¹⁹¹ P-A. Miquel, *Epistémologie des sciences humaines*, Poitiers, Nathan, 1991, p. 6.

analysant son contre-transfert reviendrait à compromettre l'approche scientifique. Dans cette perspective méthodologique, nous nous positionnons en avançant l'idée que tout chercheur en Sciences Humaines, se devrait d'appréhender son objet d'étude « humain » avec cet outil inégalable qu'est le contre-transfert.

C'est dans le chapitre III que nous avons construit un « itinéraire » concernant la pratique clinique auprès des sujets qui se trouvent engouffrés dans le recours aux passages à l'acte transgressifs. Non seulement nous témoignons de l'avancée considérable que permet la discipline psychanalytique à propos des élaborations psychiques des patients, mais aussi de l'intérêt de cette méthode dans l'instauration d'un lien sécurisant. Les sujets en cure vont pouvoir accéder à leur inconscient, sans que l'angoisse ou d'autres symptômes n'envahissent le champ des associations et de l'introspection. Voici les quatre éléments importants (entre-autres choses) concernant les manoeuvres de la cure :

- Le travail du clinicien-analyste - représentant donc le *Nebenmensch* - **se doit d'accéder aux éléments non symbolisables (aux éléments bêta) afin qu'adviennent des transformations psychiques (en éléments alpha) par du symbolisable** par un travail de traduction qui se manifeste par la possibilité de mettre des mots sur les maux. Avec cette traduction s'offre la possibilité pour le patient « transgressif » de se séparer de ses éprouvés par la parole, mais aussi d'accéder à une compréhension de lui-même afin de ne plus subir, de ne plus agir et de ne plus répéter sa souffrance.
- L'enjeu des interventions thérapeutiques vise à entendre toute cette colère infantile qui perdure avec insistance, mais

aussi à réintroduire de la parole là où ont surgi de l'acte et de la résistance. L'idée fondamentale est de se doter d'une écoute analytique et étayante, à même d'emmener le patient vers le langage par l'intermédiaire de la dynamique transférentielle, de la remémoration, de la répétition et de l'élaboration. Dans les rencontres cliniques avec les pathologies de l'agir, **il s'agit avant tout d'éprouver et de verbaliser pour le patient ce dont il ne peut se saisir.** Nous rejoignons les thèses majeures de Paula Heimann et de Wilfred Ruprecht Bion qui stipulent que **la réponse émotionnelle de l'analyste, dans la situation thérapeutique, constitue un des outils les plus importants pour le travail psychique du patient.**

- La position métaphorique ressemble alors à celle évoquée par Jean-Pierre Chartier, à une forme de réanimation psychique donc, par laquelle le thérapeute réinjecte ou perfuse de la vie, permettant la remise en route du fonctionnement psychique du patient. Le professionnel doit **assumer de se poser en modèle identificatoire temporaire, en acceptant une relation peu ordinaire amenant un constant remaniement psychique. Il s'agit donc de réinjecter du psychique comme on le fait en réanimation quand on réinjecte de la vie.** C'est bien cette sensation qui se ressent dans le contre-transfert amoureux ou haineux avec ces patients enfermés psychiquement et parfois physiquement. Il s'agit de rester présent à l'autre malgré ses agressions ou ses manipulations, tout en évitant d'agir un rejet ou tout en résistant à l'envie de se prendre pour la Loi. D'une manière plus simple, il faut pouvoir

supporter des contre-transferts chargés d'une grande intensité.

- Nous avons introduit le concept de « passages à vif de la cure » pour définir les moments clés lors *d'une levée du clivage* pendant une consultation. Ce concept définit un lieu chaotique et pénible. Pour s'en défendre, *le défi* ou *la dérision* seront présents dans l'ordre du langage provenant du patient. Cette stratégie a pour but de faire *porter l'angoisse* à celui qui regarde (ici le thérapeute) afin que le sujet puisse se débarrasser d'un affect trop violent. Le regard scrute l'œil qui l'observe ; soit pour vérifier si cela est supportable (relation en miroir avec le narcissisme protecteur), soit pour pouvoir jouir de l'effet que cela pourrait produire (relation haineuse avec le narcissisme destructeur). Plus le thérapeute reste attentif, non déstabilisé, bienveillant et capable de contenir l'angoisse véhiculée par le discours pervers, plus le patient se recentre sur lui-même, laissant place à un discours associatif concernant la représentation angoissante qui est alors logée dans la psyché du thérapeute.

« Tous, évoquent là, sans le nommer formellement, un grand sentiment d'impuissance, de solitude, et d'incompréhension face à tout ce qui se déroule autour d'eux. Ils décrivent des séquences de vie auxquelles ils n'ont pas pris part. Dans leur histoire, les personnes secourables n'offrent aucun secours pour favoriser une liaison pulsionnelle face à l'excitation générée par cette violence ambiante constante. L'absence d'un "pare-excitation" parental est flagrante. La mise en mot des affects à fait totalement défaut et n'a pas permis l'accès à une représentation, ni à une inscription chez ces sujets en devenir. La "détresse traumatique" et "l'impuissance originelle" sont

intenses. Le narcissisme se bâtit, tant mal que bien, sur l'indicible et l'irreprésentable, c'est à dire sur des bases plus proches des sables mouvants que de la terre ferme »¹⁹².

Nous entrons dans le vif du sujet avec le chapitre IV, consacré aux passages à l'acte transgressifs dans les différentes structures psychiques. Nous avons supposé que le recours à l'acte transgressif advenait à partir de faits cliniques variés et qu'il se définissait avec plusieurs paradigmes. Nous avons préféré écarter l'hypothèse trop convenue qui tend à réduire le passage à l'acte à une formation substitutive de ce qui ne peut se dire. Nous avons alors envisagé une approche de la question à partir des quatre structures suivantes : psychose-perversion-borderline-névrose. Cette démarche fondée sur les faits entendait donner une légitimité scientifique à notre conception et notre lecture du passage à l'acte : le recours à l'acte transgressif n'opère pas de la même façon selon la structure psychique. À partir de différents cas cliniques exposés de patients qui sont en cure analytique, nous avons pu en déduire ces conclusions :

- Dans la psychose, le passage à l'acte transgressif opère comme :
 - Une tentative d'accroche à un "semblant de réalité" :
Un sentiment de continuité identitaire apparaît après le passage à l'acte. Effectivement, les patients témoignent d'une sensation autour de laquelle ils ont eu le sentiment d'avoir « touché un réel ». Ce « réel » s'inscrit comme un « évènement » psychique bien spécifique : il donne accès à un semblant de réalité contenante.
 - Une démarche identitaire pouvant réunifier le moi :

¹⁹² O. Verschoot, *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015, p. 96.

L'évènement psychique en question (le passage à l'acte) va soutenir un sentiment d'existence, formulé ainsi : « je suis..., j'ai une identité... ».

- Une défense contrant la disparition du sentiment d'existence :

Il s'agit d'une identification au passage à l'acte : le sujet « existe » à partir et à travers l'acte qu'il a commis. Cette défense identitaire permet de contrer la disparition du sentiment de vie et d'existence.

- Une tentative de suspension d'une conflictualité psychique autour de l'effraction du moi (l'Autre va me détruire) et du morcellement de l'être :

Le recours à l'acte transgressif est une manœuvre d'opposition à l'angoisse d'envahissement qui viendrait fragmenter le sujet.

- Dans la perversion, le passage à l'acte transgressif opère comme :

- L'accès à un triomphe narcissique contrant un effondrement de type « psychotique » :

Le registre transgressif s'avère être un moyen de défense consécutif au sentiment de dévalorisation du Moi de par la fragilisation de celui-ci. Ce dernier se heurte à un idéal du Moi de type mégalomane contrant une blessure narcissique prégnante. Cette dernière est pansée par la construction imaginaire d'un idéal du Moi tout-puissant. D'où la tendance à la transgression qui advient comme la possibilité d'accéder à une image qui reflète un être tout

puissant et glorieux. Le Moi bien trop faible et insuffisamment conforté narcissiquement, emprunte l'ultime défense contre la *désintégration psychotique*. Pour ces sujets, les passages à l'acte transgressifs font office de suppléance, c'est-à-dire qu'ils correspondent à l'ultime béquille contre l'effondrement qui les basculerait vers les délires hallucinatoires ou revendicatifs (schizophrénie ou paranoïa).

- Un mécanisme de défense contra-phobique :
Dans la vie psychique des sujets de structure perverse, apparaît la construction d'un objet interne qui provoque saccages et cataclysmes. Pour s'en défendre, le déploiement d'un mécanisme de maîtrise (emprise) peut advenir avec le recours à la transgression. Cette défense opère comme une tentative contra-phobique, permettant d'échapper au monde intérieur qui pourrait « avaler » le sujet. La transgression contre l'engloutissement d'une figure parentale « monstrueuse » protège de la peur phobique du « monstre interne ».

- Dans le registre *borderline*, le passage à l'acte transgressif opère comme :
 - La tentative de faire « taire » l'objet abandonnique qui réactive des affects intenses et douloureux provenant de la petite enfance.
La transgression permet de faire l'économie d'un éprouvé affectif intolérable, ou tout au moins d'une excitation envahissante et impossible à transformer par les voies psychiques. Ce registre apparaît comme un climat d'urgence

et d'affolement face à une réponse non-immédiate (qui stabiliserait l'angoisse surgissant). Le recours à l'acte transgressif s'inscrit dans une quête d'expérience venant contenir l'expansion du Moi affolé par la crainte d'être abandonné. L'acte de confrontation transgressif ne se substitue pas au fantasme, il tente de restituer les limites de son espace mais aussi de mettre à l'écart des affects intenses et douloureux provenant de la petite enfance.

- Une recherche de la Loi inconsciente afin de trouver une forme de limite qui viendrait contenir le débordement du vécu abandonnique ou le vécu de solitude intense (désarroi à versant agonique) :

Forme de nécessité interne, la transgression devient un processus d'apaisement. La recherche d'expériences transgressives serait un moyen de « toucher » une forme de limite qui viendrait contenir le débordement du vécu abandonnique. Ce dernier désorganise les limites de leur espace, qui ne permet pas de réguler les mouvements pulsionnels.

- Une tentative de provoquer l'illusion d'une toute-puissance pour avoir le sentiment de maîtrise sur une situation angoissante, rejetante et/ou rabaisante :

Acculés, leur survie psychique n'étant plus assurée, ils passent à l'acte dans un ultime sursaut psychique proche de l'instinct de survie. Ils se défendent des éprouvés abandonniques du type "on me lâche", "on me rejette", "on ne m'estime pas" (équivalence d'une interprétation manifestant une rupture de l'Autre). Le passage à l'acte transgressif devient un recours, comme une forme de

destruction de la limite extérieure et non de l'intérieur (projection). Ce système de défense est une façon de préserver le moi du sujet fragilisé, en provoquant une illusion de maîtrise et de toute-puissance.

– Dans la névrose, le passage à l'acte transgressif est :

- Absent :

Le champ de la transgression est écarté mais fantasmé car les lois sont parvenues à s'inscrire dans ce fonctionnement psychique. La peur d'être agressé par l'autorité extérieure est constitutive d'une forme de résolution du complexe œdipien. L'enfant qui avait nourri des fantasmes incestueux envers l'un des parents, craint les représailles qui vont générer une culpabilité interne. Cette dernière apparaît comme un juge qui fixe les frontières entre le bien et le mal, le permis et l'interdit. Le névrosé est cadré par la triangulation de son œdipe (les passages à l'acte transgressifs pouvant apparaître, mais dans le registre fantasmatique avec la mise en place de défenses tels que les symptômes hystériques du type conversion, et des symptômes obsessionnels du type compulsion de répétition). La castration qui advient dans cette structure psychique signifie que la jouissance interdite peut être refusée pour atteindre la loi du désir.

VI/ ANNEXES

1) Les pathologies limites¹⁹³

La société de consommation dans laquelle nous évoluons depuis quelques années a profondément modifié le rapport aux limites, à la loi et à la jouissance, laissant apparaître des personnalités de plus en plus centrées sur l'agir, délaissant le symbolique au profit de l'imaginaire. De nouvelles tendances à interroger et à prendre en compte.

Notre siècle – qui se caractérise par la préoccupation du conformisme – pousse les citoyens à rechercher, avant tout, l'adaptation à la normalité culturelle. Cette norme s'appuie sur la société de consommation comme le démontre Jean Baudrillard à travers sa théorie « des besoins et des objets » (1970). Les sujets sont de plus en plus étrangers à leurs propres désirs, pris dans une quête de jouissance instantanée. Contre toute volonté, l'immersion des objets et des possibilités de satisfaction viennent s'imposer dans le quotidien. Nous voyons apparaître en masse la possibilité, pour tout individu, d'acquérir ce qu'il veut sans « contrainte de limites ». Les thèmes de la jouissance, de la dépense et du non-calcul sont possibles. Il plane un fléau stipulant qu'il n'y a aucune raison de se priver : « Achetez maintenant, vous paierez plus tard », « Possibilité de payer en plusieurs fois », « N'hésitez pas à vous faire plaisir, si vous trouvez plus cher ailleurs, nous vous rembourserons la différence ». Finalement, il n'est plus question de patienter. On peut et nous devons nous faire plaisir dans l'instantanéité. Il est loin le temps où la patience était une vertu ; à présent, « il faut tout, tout de suite et maintenant ». Se dresse alors pléthore de possibilités de satisfaction qui vient alimenter le fantasme d'une toute-puissance qui se matérialise dans une incarnation générale, idéale et définitive d'un être qui ne connaît pas le manque et qui ne peut être manquant.

¹⁹³ S. Germani, « Les pathologies limites », dans *Le journal des psychologues*, 2017/1.

Pluralité d'individus où le « fait semblant » les écarte davantage de l'échange, du rapprochement et du lien. Ces attitudes, nommées « défensives » par la psychanalyse, réactivent la régression et témoignent des difficultés pour ces sujets d'assumer une « posture » vraie et signifiante. Par conséquent, cette société se développe sur toutes sortes de dépendances permettant aux pathologies les plus sensibles d'utiliser l'illusion à outrance comme recours : mode de vie effrénée avec l'alcool, les drogues, l'excès sexuel, etc.

Nous sommes face à une société qui cultive l'image de l'adolescent éternel, constamment à la recherche d'une vie axée sur le « nombrilisme » et sur la jouissance à tout prix, imposant une problématique dans la question des limites, des interdits, mais aussi concernant la subjectivité du désir. Au-delà de ce constat, nous observons un climat social où les différences de générations et les différences sexuelles sont gommées, ce qui engendre alors l'arrivée en masse de sujets qui sont dans un évitement perpétuel de la conflictualité qui ne trouve plus de compréhension et de distinction dans les transmissions provenant tant du social que du groupe familial. Les nouveaux sujets contemporains sont alors plus tournés vers l'agir que vers l'intériorité, et ils vont avoir recours aux passages à l'acte, faute de trouver une contenance dans la parole de l'Autre. Ces actings-out poussent les sujets à « toucher » les limites du corps, à « toucher » les interdits, à « toucher » les limites entre le moi et le non-moi. Nous pourrions dire alors que l'expérience limite est comme l'expérience de celui qui ne peut compter sur le « non » venant de l'Autre :

« Il reste comme en suspend dans cette opération entre ciel et terre, dans un entre-deux qui fait autant consentement qu'objection, aussi bien à l'inscription de la castration qu'à la persistance de la toute-puissance infantile. Sans être dans le registre de la psychose, le sujet se trouve comme sans assise subjective ; il ne peut se déprendre de l'Autre et se son insu comme obligé à une position de servitude volontaire, dans une position de soumission à l'Autre, en même temps que contraint à une toute-puissance

évidemment impossible à satisfaire, tout cela, faute d'avoir trouvé son point d'appui dans la tiercéité œdipienne »¹⁹⁴.

La psychanalyse nous enseigne à quoi équivaut l'interdit de l'inceste et du meurtre. Nous pourrions dire qu'il s'agit de décoller de l'univers des fantasmes pour entrer dans celui des mots. En effet, l'enfant – en acceptant les deux interdits fondamentaux – peut alors accéder au monde du langage, au monde de la parole, plutôt que de se perdre dans les passages à l'acte transgressifs. La reconnaissance de la Loi permet de pouvoir renoncer à la jouissance mortifère. Le Nom-du-Père vient non seulement interposer un « pas touche » entre la mère et l'enfant, mais aussi y inscrire un « pas tout », introduisant ainsi une castration qui permet de quitter une position de toute-puissance infantile avec ses comportements hors limites. Dit autrement, le fait de rester « collé » au registre imaginaire – sans pouvoir dépasser la dimension aliénante et les fantasmes qui en découlent – propulse le sujet dans une prévalence du déni de la réalité engendrant la construction de délires, l'incapacité de supporter la frustration, l'impossibilité d'élaborer les processus du deuil, etc. Cette dynamique psychique provoque davantage une difficulté sur le plan individuel, mais aussi sur le plan groupal, où le principe de plaisir l'emporte sur le principe de la réalité, qui engendre une référence symbolique mise à dure épreuve. Ces états de faits sollicitent alors des comportements limites chez les plus jeunes, mais aussi chez les adultes contemporains :

« Nous pouvons, en effet, définir l'expérience limite comme l'expérience de celui qui ne peut compter sur un "non" venant de l'Autre [...]. C'est comme si le "non" porté par la langue ne l'était plus par les autres, qu'il ne reposait en fin de compte que sur les seules épaules du sujet. Ne trouvant plus de "non" inscrit dans le social, à l'ordre de la génération antérieure, le sujet contemporain ne peut plus s'en légitimer pour, à son tour, le transmettre et, mis en demeure de faire le travail que la génération précédente aurait dû faire mais n'a pas fait, soit s'estime en droit, lui aussi, de refuser la tâche

¹⁹⁴ J-B Lebrun, *Un monde sans limites*, Toulouse, Éres, 2007, p. 317.

[...]. La conséquence de cet état de fait, c'est bien sûr de laisser l'enfant dans sa toute-puissance infantile, mais aussi et même surtout de le laisser dans une position de soumission à l'Autre »¹⁹⁵.

Sur le terrain clinique, nous observons l'accroissement majeur d'un *Plus-De-Jouir*, à savoir, avec la toxicomanie sexuelle, l'addiction aux substances, l'impulsion aux achats, la boulimie de jeux vidéo et de contacts virtuels, etc. Toutes sortes de déclinaisons s'imposent massivement par l'intermédiaire de l'influence extérieure et des objets fétiches qui peuvent être puisés dans notre société de consommation. Derrière ces recherches de plaisir immédiat, le sujet est pris dans une dépendance affective (comme le sont le nourrisson et le petit enfant dans sa relation avec sa mère), mais aussi dans une incapacité de représentation psychique. La question du manque corrélative au désir est alors épargnée :

« L'environnement social semble aujourd'hui marqué par un ensemble de déterminants conséquents à la désinscription de l'impossibilité au cœur d'un laisser-croire que tout est possible ou que rien n'est impossible ; l'objet de consommation nous est présenté comme ayant une vertu de pouvoir gommer cette irréductible indisponibilité et nous laisse croire à une possible pleine satisfaction. Ce qui caractérise le social actuel, c'est qu'il tient à souhait ce type de leurre et que, de ce fait, la limite – si tant est qu'elle ait encore cours – n'apparaît plus portée par la loi du langage qui tisse notre lien social [...]. Il faut entendre un désir qui reste essentiellement organisé par l'instance imaginaire bien que l'ordre symbolique soit reconnu, mais d'une reconnaissance dont le sujet ne veut rien savoir. C'est le fameux "je sais bien, mais quand même...". Je sais bien que l'ordre humain est un ordre symbolique, mais quand même le registre imaginaire dans lequel je peux tout »¹⁹⁶.

¹⁹⁵ *Ibid*, p. 316.

¹⁹⁶ *Ibid*, p.146.

En effet, nous constatons que le discours social ambiant « s'immunise contre le Père » en raison de l'accès à une certaine jouissance mortifère. Jean-Pierre Lebrun envisage alors une nouvelle configuration de la tiercéité à laquelle introduit le triangle œdipien tant dans la famille que dans le social :

« Si, dans le social, le sujet postmoderne rencontre un symbolique abâtardi, l'effet sera alors de suspendre la nécessité de sa réalisation. Il en résultera pour lui une perte de référence, un brouillage des repères et une dissolution du lien qui le rattache aux autres dans le social »¹⁹⁷.

Ce nouveau dispositif où l'Imaginaire l'emporte sur le Réel propulse vers la perte des repères et des limites, puisque la fonction du père, et pas seulement de celui qui l'occupe ou dudit géniteur, n'est pas ratifiée par le social. Cet aspect provoque une non-place pour la transmission et la castration qui ébranle l'équilibre des psychés :

« Nul ne constatera que notre social est aujourd'hui remanié en profondeur ; de plus, son évolution se fait ce point rapide que nous nous sentons bien souvent impuissants pour repérer les articulations d'où procèdent tous les changements auxquels nous assistons. Citons pêle-mêle la mondialisation de l'économie, la désaffection du politique, la croissance de l'individualisme, les débordements de la technologie, l'accroissement de la violence en même temps que l'évitement de la conflictualité, etc. »¹⁹⁸.

En 2009, Charles Melman observe que lorsque la référence au Symbolique n'est plus là ou ne fonctionne plus, cela n'entraîne pas obligatoirement une forclusion : ce n'est pas la psychose, mais un « état » nouveau que certains rapprochent de la psychose et appellent « borderline ». En ce cas, qu'est-ce qui « protège » le sujet de l'irruption de la psychose ? Ce dernier fait l'hypothèse que c'est la vérification de l'épreuve

¹⁹⁷ *Ibid*, p. 145.

¹⁹⁸ *Ibid*, p. 26.

physiologique d'une limite à la jouissance (c'est-à-dire une confrontation dans le Réel, à une forme de limite) qui viendrait faire barrage :

« Je crois [...] que ce qui protège ces nouveaux sujets de la psychose, c'est la vérification quasiment expérimentale, physiologique que la jouissance a des limites. Qu'il existe une barrière et, bien souvent, pour eux, une barrière organique. Par exemple, des jeunes que je suis amené à voir et qui se droguent ou bien qui boivent. Au bout d'un moment – en tout cas, c'est ce qui vient se produire dans la relation analytique –, ils perçoivent l'insatisfaction fondamentale que leur procure cet état. Et donc, du même coup, s'impose à eux une limite qui n'est plus une limite symbolique, mais qui est une limite réelle. J'imagine donc qu'elle les protège de la psychose »¹⁹⁹.

La société contemporaine invite chaque individu vers le registre de la demande infantile dans sa dépendance la plus mortifère. En 2016, on remarque cliniquement combien ces effets provoquent chez des sujets en cours de maturation psychique à s'engouffrer dans le leurre de l'Imaginaire. En conséquence, ils continuent à vouloir se lire dans l'Autre avec une incapacité de supporter la perte de cet avatar faute de disposer d'un autre registre. Ils restent « collés à une image infantile » où l'expérience limite devient l'essence même de leurs comportements. Ce nouvel état, comme lieu de fixation psychique, apparaît comme une modalité défensive contre la perte de l'unité de la personne, mais aussi comme l'ultime rempart contre la dépersonnalisation. On peut considérer que, grâce à l'alliance de l'auto-érotisme, ces états limites seraient une cicatrisation moins destructurante que celle de la psychose. Cependant, il convient d'être particulièrement vigilant face aux potentiels destructeurs de ces organisations de caractère (recours aux drogues, aux défenses perverses, aux projections, etc.). Dans ces types de fonctionnements psychiques, François

¹⁹⁹ C. Melman, *La nouvelle économie psychique*, Paris, Erès, 2009, p. 234.

Richard²⁰⁰ note chez ces sujets l'incapacité pour l'attente avec une impatience omniprésente qui se manifeste dans la fuite par des conduites peu élaborées par la pensée. Les sujets sont plus tournés vers l'agir que vers l'intériorité, et ils vont avoir recours aux passages à l'acte. Chez cet « Œdipe déformé », marqué par la projection et l'extériorisation, la pluralité symptomatique exprime une économie libidinale que ce mécanisme ne parvient pas à contenir, où la libido, privée d'objets œdipiens valorisables à investir, dans un contexte d'effondrement des repères identificatoires parentaux, s'engouffre dans des flux en circuits courts ne menant qu'à des décharges sans satisfaction véritable. Cet état de choses fait place à la montée d'individus confrontés à une impasse dans un état limite, où le seul recours possible est la décharge pulsionnelle, puisque la dimension du langage ne suffit plus. La loi réelle et la loi symbolique peuvent parfois être inopérantes, ce qui interroge massivement un grand nombre de praticiens.

Ainsi, au regard de ces nouvelles tendances (passage à l'acte, déclin de la fonction symbolique, gommage des différences, nouvelle économie psychique, etc.), ne devrions-nous pas réexaminer les repères structuraux de notre approche clinique face à des sujets qui ne s'accrochent plus à la dimension Symbolique, mais bien plus à celle de l'Imaginaire ?

²⁰⁰ F. Richard, « L'Œdipe déformé des patients d'aujourd'hui », Dans *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, 2012, N° 103.

2) Distinction entre perversions sexuelles et perversion narcissiques²⁰¹

La prédominance de l'agir dans les comportements transgressifs est l'objet de ce travail de thèse. Nous pourrions dire qu'il s'agit d'un rapport sur la distinction entre deux organisations psychiques – les perversions sexuelles et les perversions narcissiques – qui semblent proches de par les passages à l'acte pouvant être reliés par une thématique commune et semblable : la transgression (délits, agressions, crimes, etc.). Nous parcourons différentes vignettes cliniques, tout en articulant des références théoriques, mais avant d'aborder le vif du sujet avec la question de la distinction structurale entre ces deux pathologies, nous proposons de commencer par une réflexion introductive sur un point central : le narcissisme.

Nous le savons bien, le passage à l'acte témoigne avant tout d'une fragilité narcissique. Nous nous expliquons : les discours d'un grand nombre de patients incarcérés dévoilent à quel point les passages à l'acte s'avèrent un moyen de défense consécutive du sentiment de dévalorisation et de la fragilisation du Moi qui se heurte à un idéal du Moi de type mégalomane. Lorsque nous utilisons la notion d'un idéal du Moi de type mégalomane, nous entendons par là qu'il existe chez ces sujets une faille/une fissure/une blessure narcissique qui est pansée par une revendication mégalomane. À titre d'exemple, Monsieur R., âgé de quarante-trois ans, trafiquant de drogues et d'armes, nous explique lors d'une séance : « Que la société ne sert à rien ! Je ne vois pas pourquoi je ne pourrais pas gagner de l'argent en me servant comme je le veux. Ils se servent bien du peuple eux ! Eh bien moi je suis pareil, c'est moi le maître de cette jungle où c'est le plus fort qui s'en sortira. ». Ou encore avec Monsieur V., âgé de quarante-neuf ans, en condamnation pour maltraitance et viol sur sa femme, qui confesse que sa

²⁰¹ S. Germani, « Distinction entre perversions sexuelles et perversions narcissiques », dans la revue *EMPAN*, 2017/1.

conjointe « a toujours aimé ça ! Cela fait dix ans que nous sommes mariés et depuis le début, c'est un accord entre nous (couple échangiste et sadomasochiste]. On a toujours réalisé mes fantasmes sexuels. C'est ma femme, elle se doit de s'occuper et de faire plaisir à son homme », etc. Quant à Monsieur E., dans son récit, il exprime pleinement la notion citée ci-dessus : « Je voulais être le roi de mon école pour capter toute l'attention, alors depuis je suis resté sur cet idéal, devenir le caïd de ma cité, de mon quartier. Je voulais être le maître. ».

Ce sont là de nombreux récits, toujours variés et toujours singuliers, mais qui dévoilent combien le Moi et l'idéal du Moi souffrent d'une certaine manière de la folie des grandeurs. En effet, cela sera abordé de manière différente et pertinente avec Heinz Kohut (2004) qui introduit la notion de self grandiose, qui apparaîtrait au moment où le sujet fait l'expérience de son impuissance, là où une image de lui est insuffisamment gratifiante. Le self grandiose est une réaction à la blessure narcissique qu'il définira comme « le pendant agressif de la honte ». Il se différencie des autres formes d'agressivité par sa ténacité, sa disproportion et son manque d'empathie. Le but, c'est d'infliger à l'autre le genre de blessure dont on a souffert (passage de la blessure subie à la blessure active). Nous dirions même que ce processus vise à rétablir un pansement sur la carence subie. Selon cette faille et selon l'environnement familial, certains sujets ne pourront survivre que par l'intermédiaire d'un pouvoir absolu sur autrui, sans considérer ou très peu la question de la limite et l'interdit. Le Moi aurait alors le besoin insatiable d'un pouvoir illimité et d'un contrôle omnipotent sur l'environnement narcissiquement investi. Certains événements qui confrontent le sujet au principe de réalité seront vécus pour nombre d'entre eux comme une rage contre soi, à travers l'autre. Pour cela, le recours à l'acte dit « transgressif » sera utilisé, visant à nourrir le narcissisme pour le préserver, et pour Claude Balier (1988), ce doit être pensé sous deux versants possibles (dès lors où cela est hors du champ de la structure psychotique), avec :

- les perversions (que nous associons aux perversions sexuelles, à partir de la définition donnée par la psychanalyse), qui correspondraient au « scénario pervers » qui agirait comme une addiction, avec le fétichisme, l'exhibitionnisme, le masochisme, etc., permettant de maintenir à l'écart la perception de la castration vécue comme une blessure inacceptable pour le moi ;
- la perversité (que nous associons aux perversions narcissiques), comme recours à l'acte, et dont la seule dynamique se tient dans l'opposition entre anéantissement – toute-puissance. L'acte violent s'associe au clivage du moi pour éviter l'entrée dans la psychose. Pour la perversité sexuelle/perversion narcissique : les « agirs » sont en corrélation avec un besoin de contrôler l'autre, de l'annuler dans la relation, de se l'approprier par dépossession. Par ce type d'investissement objectal, on parlera d'un moi trop faible et insuffisamment conforté narcissiquement qui emprunte l'ultime défense contre la désintégration psychotique. Pour ces patients, les passages à l'acte font office de suppléance, c'est-à-dire qu'ils correspondent à l'ultime béquille contrant l'effondrement qui les basculerait vers les délires hallucinatoires ou revendicatifs (schizophrénie ou paranoïa).

Nous avons rencontré Monsieur P., âgé de quarante ans, condamné pour viol. Il nous raconte, durant la plupart des entretiens, son ancienne vie sexuelle avant qu'il ne vienne séjourner entre les cloisons de la prison. Nous constatons chez ce patient combien l'engouement pour une néo-sexualité fut débordant

puisqu'il ne s'agissait que de relations sexuelles avec des femmes « faciles » rencontrées pour « un plan d'un soir » ou avec de multiples maîtresses, en parallèle d'une vie de couple depuis huit ans. Durant une séance, le patient argumentera : « Je peux éjaculer plusieurs fois dans la journée. Je l'ai même expliqué au juge durant le procès, je lui ai transmis la recette avec les méthodes pour garder le sexe dur, le plus longtemps possible. » Les récits sexuels sont toujours similaires, telle la répétition langagière. Très vite, nous prîmes conscience du fait que Monsieur P. est convaincu de posséder la clé de la jouissance et il sait donner bien plus que du plaisir (notre patient est fils d'un père qui ne l'a pas reconnu à la naissance et il vivra auprès d'un beau père jusqu'à l'âge de ses cinq ans puisque sa mère demandera ensuite le divorce. Face à cela, triste de voir son beau-père partir, il interrogera sa mère concernant les raisons de la séparation. Celle-ci lui aurait répondu : « Il ne me faisait pas jouir »).

L'observation clinique nous amène à rester « sidérée » de par son franc-parler qui articule toujours des mots plus crus les uns aux autres, avec un discours qui ne laisse percevoir aucune pudeur ni réserve. Monsieur P. veut faire jouir tous « bons entendeurs », qu'ils soient représentants de la fonction soignante (les infirmières, les psychiatres, les psychologues) ou représentants de la loi (les surveillants, les avocats, les magistrats). Dans nos éprouvés contre-transférentiels, nous nous sentions désobjectivée, au point de nous demander si le patient avait conscience de notre présence en tant qu'objet total puisqu'il avait cette fâcheuse manie de regarder fixement notre poitrine ou nos chaussures.

Le sujet expliquera son viol et ses tendances « à toucher le cul des femmes juste pour jouer » sans aucune culpabilité, puisque pour lui, il n'aurait : « rien fait ». Tout aurait commencé, pour la première fois, à partir de « cette rencontre » avec une femme qu'il méprisait car, selon ses dires : « Elle se prenait pour ce qu'elle n'était pas. » Pour saisir la signification de cette phrase, Monsieur P.

n'hésitera pas à crier haut et fort un trait de sa personnalité qu'il revendique et qualifie de « macho », en indiquant indirectement combien la femme doit se laisser manipuler, puisque selon ses arguments : « L'homme est celui qui détient la matraque et la femme est une jouisseuse » (comme sa mère le lui a laissé supposer). Face à cette femme qui semblait être perçue par lui comme celle détenant le « phallus », notre patient, se trouvant désarmé (castré), prit « le contrôle », « la maîtrise », en ayant un « rapport sexuel non consenti » afin de lui montrer qu'il est celui qui domine. Le viol avec séquestration est allé jusqu'à l'acte sodomite.

Nous avons pu remarquer après quelques séances que son organisation défensive se fondait sur le déni des délits, avec l'expulsion et la projection immédiate sur ses victimes de toute blessure susceptible d'altérer une représentation de soi invulnérable et sans faille (self grandiose/moi de type mégalomane). Les passages à l'acte de Monsieur P. sont bien différents des passages à l'acte que nous retrouvons dans les perversions sexuelles, avec la « quête du plaisir sexuel », comme en témoignent les collectionneurs de collants, les voleurs de petites culottes, les fétichistes, etc. Malgré le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles ces conduites peuvent apparaître, par exemple avec l'état limite et la psychose, un point semble faire l'accord de nombreux experts : c'est le constat que nombre de troubles correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits, qu'à des tentatives de « solutions défensives » par rapport à des angoisses majeures concernant le sentiment identitaire qui ne tient plus.

Les hypothèses étio-pathogéniques des auteurs qui se réfèrent aux théories psycho-dynamiques sont les suivantes : dans de nombreuses agressions sexuelles, on trouve au premier plan des troubles graves du narcissisme, une fragilité du

sentiment de continuité identitaire et une menace d'effondrement liée à des angoisses majeures d'altération, voire de disparition de la représentation de soi. Claude Balier souligne non pas une pathologie de la sexualité, mais une pathologie en rapport avec la toute-puissance narcissique contrant l'effondrement psychique. De ce fait, dans les perversions narcissiques, l'acte est un recours contre la désorganisation psychique. Concernant les perversions sexuelles telles qu'elles sont définies par Freud, l'érotisation et l'idéalisation du scénario englobent simultanément la personne propre et celle du partenaire, porteur de quelque chose en plus, à quoi le sujet va s'accrocher, se fixer. Plus précisément, comme indiqué dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* de J. Laplanche et J-B Pontalis, il s'agit de perversions sexuelles dès lors où l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques pour accéder, par l'intermédiaire du fétiche, à l'orgasme (fétichisme, travestissement, voyeurisme, exhibitionnisme, sadomasochisme, etc.). Celles-ci peuvent même apporter à elles seules le plaisir sexuel.

À titre d'exemple, un patient reçu en libéral exprimait sa difficulté à ne pouvoir ressentir l'orgasme sexuel que si sa femme portait du cuir ; ou encore un autre patient en consultation thérapeutique souhaitait comprendre les raisons pour lesquelles il éprouvait des orgasmes sexuels uniquement si ses partenaires lui donnaient des fessées ou l'insultaient. Pour conclure, nous pourrions dire que dans les perversions sexuelles l'agir permet d'accéder à la jouissance sexuelle, tandis que dans les perversions narcissiques la préservation du moi est fondée sur la destruction physique ou psychique de l'autre. Les dynamiques sont alors bien différentes, puisque pour la perversion sexuelle, il est bien question d'un trouble sexuel, alors que pour la seconde structure, il s'agit d'un trouble identitaire où la menace d'effondrement est liée à des angoisses majeures d'altération, voire de disparition de la représentation de soi.

Le pervers sexuel dirait : « Rajoute quelque chose pour me faire jouir ».

Le pervers narcissique dirait : « Sois détruit pour que je puisse survivre ».

VI/ BIBLIOGRAPHIE

Anzieu D., *Le moi peau*, Paris, Broché, 1995.

Archambault J-C., et Mormont, C., *Déviances, délits et crimes*, Paris, Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 1998.

Assoun P-L., « De l'acte chez Freud. L'équivoque métapsychologique », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 31, 1985.

Aumage M., « Peut-on rêver la névrotisation du pervers ? la loi et l'image dans l'approche de l'économie perverse », dans *Imaginaire et Inconscient*, 2002/1, n°5.

Balier C., *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge », 1988.

Balier C., *La violence en abyme*, Paris, Puf, 2005.

Baudrillard J., *La société de consommation*, Paris, Folio Essais, 1970.

Bayle G., *Clivages. Moi et défenses*, Paris, Puf, coll. « Le fil rouge », 2012.

Bayle G., « Destructivité, démentalisation, clivage et cadre thérapeutique », In Ciavaldini A., *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*, Paris, La Press, 2003.

Beaude J., *La mystique*, Paris, Editions du Cerf, 1990.

Bergeret J., *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 1974.

Bergeret J., *Narcissisme et états limites*, Paris, Dunod, 1996.

Bettelheim B., *Pour être des parents acceptables*, Paris, Robert Laffont, 1988.

Bion W., *Entretiens psychanalytiques*, Paris, Gallimard, 1980.

Blatier C., *Introduction à la psychocriminologie*, Paris, Dunod, 2015.

Chartier C-P., *Les transgressions adolescentes*, Paris, Dunod, 2010.

Chaufèr, A., « Existe-t-il une spécificité de la clinique en milieu carcéral », dans *Le journal des psychologues*, 2016/2, n°334.

Constantino C., « Clinique de l'agir : décharge ou adresse objectale », dans la *Revue Clinique*, n°9, 2015.

Cournut J., « Le transfert négatif. Acceptations diverses plus ou moins pessimistes », dans *Revue française de Psychanalyse*, n° 64.

Cusson M., *La criminologie*, Vanves, Hachette supérieur, 2016.

Defontaine J., « L'incestuel dans les familles », dans *Revue française de psychanalyse*, vol. 66, 2002/1.

De Limbourg J-P., « Parcours singulier d'un passage à l'acte : supplication, délire et déclenchement », dans *Cahiers de psychologie clinique*, 2012/2.

Diatkine G., *Les transformations de la psychopathie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1983.

Dorey R., « La relation d'emprise », dans *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°24, 1981.

Dumas D., *L'ange et le fantôme : introduction à la clinique de l'impensé généalogique*, Paris, Les éditions de minuit, 1985.

Ferenczi S., *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*, Paris, Payot et Rivages, 2004.

Ferenczi S., *Le traumatisme*, Paris, Payot et Rivages, 2006.

Freud S., « Délire et rêve », dans *La Gradiva de Jensen*, Paris, Gallimard, 1949.

Freud S., « Psychologie des foules et analyse du moi », dans *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1964.

Freud S., « Une névrose démoniaque au XVIIe siècle », dans

L'inquiétante étrangeté et Autres essais, Paris, Gallimard Folio Essais, 1985.

Freud S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Folio Gallimard, 1989.

Freud S., «Le Moi et le Ca», dans *Essaie de la psychanalyse*, Paris, Payot et Rivages, 2001.

Freud S., «Pour introduire le narcissisme», dans *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 2005.

Freud S., *Le malaise dans la culture*, Paris, Flammarion, 2010.

Freud S., *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 2016.

Genevois G., «Traumatisme parental et transgression de l'adolescent», dans *Passage à l'acte, traumatisme, résilience et effets transgénérationnels*, Lyon, Edition Chronique sociale, 2014.

Germani S., «La prise en charge thérapeutique en centre pénitentiaire », dans *Le journal des psychologues*, 2016/2.

Germani S., «Dynamique psychique d'un cas de radicalisation », dans *Cahiers de psychologie clinique*, 2017/2.

Germani S., «La fonction du psychologue en milieu carcéral », dans *EMPAN*, 2017/4.

Germani S., «Psychopathologie d'un auteur d'agressions sexuelles, dans *Le Carnet Psy*, 2018/2.

Germani S., «Réflexions cliniques à partir d'un cas de prostitution » dans *Le Coq Héron*,

Goetgheluck D., « Actes, psychoses, perversions : où est le sujet ? », dans *Le journal des psychologues*, n° 321, 2014.

Gorce B., « La méprise », dans *De la trahison*, Paris, Puf, coll. « Petite bibliothèque de psychanalyse », 1999.

Grimaud L., « Psychanalyse et adolescence », dans *V.S.T*, 2013, n° 119.

Grivois H., « Le court-circuit symptomatique », dans *Les monomanies instinctives*, Paris, Masson, 1990.

Grossmann A., *L'enfance des criminels*, Paris, Points, 2012.

Guillot M., « L'incestuel : l'impossible séparation » dans *Santé Mentale*, Décembre 2015.

Guiraud P., *Psychiatrie générale*, Paris, Le François, 1950.

Guyomard P., *Lacan et le contre transfert*, Paris, Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011.

Hesnard A., *Les processus d'autopunition*, Paris, L'Harmattan, 2001.

Houssier F., « Le traumatisme au regard des pathologies de l'acte : expérience de l'indicible », dans F. Marty et coll. *Figures et traitements du traumatisme*, Paris, Dunoid, 2001.

Jeammet P., « Actualité de l'agir », *Nouvelle revue de la psychanalyse* 31, 1985.

Jeammet P., *Pour nos ados, soyons adultes*, Paris, Odile Jacob, 2010.

Khan M., *Figures de la perversion*, Paris, Gallimard, 1979.

Kohut H., *Le Soi*, Paris, Puf, 2004.

Lacan J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible dans la psychose », dans *Ecrits*, Paris, Editions du Deuil, 1966.

Lacan J., « Les complexes familiaux », dans *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001.

Lacan J., *Le Séminaire, Livre X, L'Angoisse*, Seuil, 2004.

Laplanche J., et Pontalis J-P., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Puf, Paris, 2009.

Leblanc M., « Ageneric control theory of the criminal phenomenom, the structural and the dynamical statements of an integrative multilayered control theory » In *Advances in theoretical criminology*,

Montréal, 1997.

Leblanc M., « La conduite délinquante des adolescents: son développement et son explication », dans *Traité de criminologie empirique*, 3e édition, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2003.

Lebrun J-P., *Un monde sans limite*, Toulouse, Erès, 2007.

Lebrun J-P., « Lacan et les états-limites », dans *Connexions*, 2012/1, n° 97.

Levis-Strass C., *Anthropologie structural II*, Paris, Plon, 1974.

Lippi S., « Pratique de la structure : le diagnostic différentiel selon l'enseignement de Jacques Lacan », dans *Cliniques méditerranéennes*, 2014/2, n°90.

Lipsey M-W., et Derzon J-H., « Predictors of violent or serious Delinquency in Adolescence and Early Adulthood », In *Serious Juvenil Offende: Risk Factors and Successful Interventions*, Ed. By R. Loeber, Sage Publicationd, 1998.

Macdougall J., « *Théâtre du je* », Paris, Coll. Folio Essai, 2004.

Mazet P., *Maltraitance, répétition, évaluation*, Paris, Fleurus, 1996.

Melman C., *La nouvelle économie psychique*, Paris, Erès, 2009.

Millaud F., *Le passage à l'acte*, Paris, Masson, 2009.

Miquel P-A., *Epistémologie des sciences humaines*, Poitiers, Nathan, 1991.

Morin I., « La perversion de la loi, II », dans *Psychanalyse*, 2014/3, n° 31.

Nasio J-D., *L'inconscient, c'est la répétition !*, Paris, Payot, 2013.

Pontalis J-B., *Ce transfert que l'on appelle négatif*, Perdre de vue, Paris, Gallimard, 1988.

Pontalis J-B., *Ce transfert que l'on appelle négatif*, Perdre de vue, Paris, Gallimard, 1988.

- Porot A., *Manuel alphabétique de psychiatrie*, Paris, Puf, 1969.
- Quinton P., « Le sens du terrain », *Études de communication*, 2002 / 25.
- Racamier P-C., *Antœdipe et ses destins*, Paris, Apsygée, 1989.
- Racamier P-C., *L'inceste et l'incestuel*, Payot, 2010.
- Racamier P-C., *Les perversions narcissiques*, Paris, Payot, 2012.
- Raoult P-A., « Clinique et psychopathologie du passage à l'acte », *Bulletin de psychologie*, 2006/1.
- Richard F., « L'œdipe déformé des patients d'aujourd'hui » dans *Bulletin de la société psychanalytique de Paris*, n° 103, 2012.
- Richard F., « L'analyse après-coup de l'adolescence dans les cures d'adultes », dans *Revue française de psychanalyse*, 2013/2, n° 77.
- Sandler F., « Contre-transfert et rôle en résonance », dans *Revue française de psychanalyse*, n°3, 1976.
- Searles H., *Le contre-transfert*, Paris, Gallimard, 1981.
- Sibony D., *Les perversions, dialogues sur des folies actuelles*, Paris, Seuil, 2000.
- Trémine T., « Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains » dans *Information psychiatrique*, Volume 84, 2008
- Tyszler J-J., « Forclusion, fait psychique total et délire, phénomène parfois partiel » dans *Le journal français de psychiatrie*, n° 22, 2004.
- Vergote A., *Psychologie religieuse*, Paris, Collection Psychologie et Sciences Humaines, 1966.
- Verschoot O., *Du déni au crime*, Paris, Imago, 2015.
- Wellon E-V., « Transfert et contre-transfert ou collusion perverse », In *Revue française de psychanalyse*, vol. 76, 2012/4.
- Winnicott, *La haine dans le contre-transfert*, Paris, Payot et Rivages, 2014.

Winter J-P., *Transmettre (ou pas)*, Paris, Albin Michel, 2012.

Wolf-Fédida M., *Amour, identité et changement*, Paris, MJWF édition, 2005

Xambo J-J., « La relation soignante confronté à l'agir pervers », dans *Soin Psychiatrique*, n°145, Novembre 1992.

Zagury D., *L'énigme des tueurs en série*, Paris, Plon, 2008.