



HAL
open science

Les enjeux de la rencontre clinique avec les auteurs de violence en centre de détention : modélisation d'un dispositif de soin

Sandie Burdeau

► To cite this version:

Sandie Burdeau. Les enjeux de la rencontre clinique avec les auteurs de violence en centre de détention : modélisation d'un dispositif de soin. Psychologie. Université Lumière - Lyon II, 2023. Français. NNT : 2023LYO20102 . tel-04592504

HAL Id: tel-04592504

<https://theses.hal.science/tel-04592504>

Submitted on 29 May 2024

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.



N° d'ordre NNT : 2023LYO20102

THÈSE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Éducation Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 20 octobre 2023 par :

Sandie BURDEAU

Les enjeux de la rencontre clinique avec les auteurs de violence en centre de détention.

Modélisation d'un dispositif de soin.

Devant le jury composé de :

Antoine MASSON, Professeur des Universités, Université Catholique de Louvain et Université de Namur,
Président

Claudine VEUILLET-COMBET, Professeure des Universités, Université d'Angers, Rapporteuse

Jean-Yves CHAGNON, Professeur des Universités, Université Paris 13, Rapporteur

Bernard CHOUVIER, Professeur émérite, Université Lumière Lyon 2, Expert

Lila MITSOPOULOU, Maîtresse de conférences, Université Lumière Lyon 2, Experte

Magali RAVIT, Professeure des Universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2
École Doctorale : Sciences de l'éducation, Psychologie, Information, Communication
Institut de Psychologie
Département de Psychologie Clinique
CRPPC EA 653

Thèse sous la direction du Pr Magali RAVIT

**LES ENJEUX DE LA RENCONTRE CLINIQUE AVEC LES AUTEURS DE
VIOLENCE EN CENTRE DE DETENTION**
MODELISATION D'UN DISPOSITIF DE RENCONTRE CLINIQUE

Présentée par : Mlle Sandie BURDEAU
75, Route de Genas
69100 Villeurbanne
06 79 42 21 68
sandieburdeau@hotmail.com

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2023

Jury composé de :

Jean – Yves CHAGNON, Professeur des universités, Université Paris 13 - Rapporteur
Bernard CHOUVIER, Professeur émérite, Université Lumière Lyon 2
Claudine COMBIER, Professeur des universités, Université d'Angers - Rapporteur
Antoine MASSON, Professeur des universités, Université Catholique de Louvain, Université de Namur
Lila MITOSOPOULOU, Maître de Conférence, Université Lumière Lyon 2
Magali RAVIT, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2 – Directrice de thèse



Illustration 1 "l'enfermement"

Dessin issu d'une séance de groupe à médiation thérapeutique « Dessin »

« Vous voyez l'ombre, et moi je contemple les astres, chacun a sa façon de regarder la nuit »

Victor Hugo

*« Enchristé depuis six mois, je t'écris
Mon poteau,
De derrière les murs, derrière la vie
Dis, est – ce qu'il fait beau ?
Est – ce que dehors y a des oiseaux ?
Ceux que je vois ici sont tatoués sur ma peau*

(...)

*J'avais déjà purgé ma peine
Avant même d'être ici, toute ma vie
On m'a jamais dit « je t'aime », ben tant pis,
Si la vie fut une chienne
Avec moi comme avec ceux,
Qui ont dans les yeux
La braise, la cendre, le feu »*

Renaud, « P'tit voleur »

À la mémoire du docteur **Claude Legrand**, qui m'a supervisée tout au long de ma pratique en milieu carcéral et qui m'a accompagnée à ce titre dans la définition de mes dispositifs. Il a fait naître l'envie de ce travail de recherche, m'a soutenue et encouragée. Parti trop tôt, il n'aura pas pu assister à l'aboutissement de ce travail.

Remerciements

Je remercie **Jean – Yves CHAGNON, Bernard CHOUVIER, Claudine COMBIER, Antoine MASSON, Lila MITOSOPOULOU** et **Magali RAVIT** d'avoir accepté de former mon jury de doctorat.

J'adresse un profond remerciement à **Madame Magali RAVIT** qui m'a accompagnée dans mon cheminement tout au long de ce travail avec patience et bienveillance.

Je remercie **Monsieur Bernard CHOUVIER** qui m'a offert de nombreux espaces d'échange et qui a ainsi joué un rôle essentiel dans la poursuite de mes travaux.

Je remercie **Monsieur Alain Ferrant** grâce à qui j'ai pu reprendre contact avec l'université Lumière Lyon 2 et qui a soutenu ce projet de thèse.

Je remercie **tous mes patients**, qui m'ont tous, chacun, appris énormément.

J'adresse mes plus chaleureux remerciements à **l'équipe des « malfaisants »** pour la richesse des réflexions et des questionnements, pour les moments de rire et de partage et pour l'amitié qui nous lie.

Je remercie **mes amies, collègues et consœurs** qui ont accompagné, enrichi mes réflexions tout au long de ces années et qui ont accepté de relire ce travail.

Enfin, je remercie **ma famille, mon mari et mon fils**, pour leur soutien, leurs encouragements.

Table des matières

Remerciements.....	11
Partie 1 : Partie introductive	25
1. Préambule	25
2. Introduction.....	29
Partie 2 : Repères théoriques.....	35
1. La délinquance et l'expression de la violence	35
1.1. Évolution de la compréhension des actes délinquants.....	35
1.1.1. Les théories princeps.....	36
1.1.2. La psychopédagogie	42
1.1.3. La psychanalyse de l'enfant	44
1.2. Compréhension de la délinquance au regard des théories nouvelles autour de la subjectivité : l'intersubjectivité	46
1.2.1. Le narcissisme primaire	47
1.2.2. La destructivité et la survivance de l'objet.....	53
1.2.3. Le langage de l'acte.....	61
1.2.4. La négativité.....	63
1.3. La violence et ses manifestations à travers l'acte.....	66
1.3.1 Les différentes formes de violence	66
1.3.2. La question du passage à l'acte.....	67
2. Les situations limites et extrêmes de la subjectivité	72
2.1. Les besoins du Moi et le besoin de sécurité	73
2.2. Le traumatisme primaire.....	76
2.3. Caractéristiques principales des situations extrêmes.....	78
2.4. Les stratégies de survie.....	79
Partie 3 : Problématique et Hypothèses	87
1. Problématique	87
2. Hypothèses.....	87

3.	Éthique et déontologie	88
Partie 4. Méthodologie.....		91
1.	Les dispositifs de soin.....	91
1.1.	Psychologue clinicien en détention : modèle Balier.....	92
1.2.	Les dispositifs de soin en situation extrême	99
2.	Du psychologue P.E.P au psychologue USN : construction d'une posture clinique	106
2.1	Psychologue clinicien au sein de l'Administration Pénitentiaire	108
2.1.1.	Historique et cadre légal du « parcours d'exécution de peines ».....	109
2.1.2.	Appropriation du dispositif de PEP.....	111
2.2.	Le psychologue à l'USN1.....	119
2.2.1	Historique et cadre légal des unités sanitaires.....	119
2.2.2.	Appropriation du dispositif de soin.....	120
3.	La Médiation thérapeutique par les contes	129
3.1.	La forme	130
3.1.1	Une double – structure	130
3.1.2.	Rythme du récit du conte	132
3.1.3.	Décollement dans l'imaginaire et enchantement	133
3.2.	Les contenus symboliques.....	133
3.3.	La narrativité des contes	138
4.	Le groupe thérapeutique « conte ».....	141
4.1.	Le dispositif du groupe à médiation thérapeutique « conte ».....	141
4.2.	Les fonctions du groupe « conte ».....	142
5.	Méthodologie du groupe « conte » à l'unité sanitaire.....	144
5.1.	Intérêt de la prise en charge groupale en milieu carcéral	144
5.2	Dispositif du groupe « conte ».....	146
5.2.1.	Structure du groupe	146
5.2.2.	Cadre spatio - temporel	148

5.2.3.	Les étapes d'une rencontre	152
5.2.4.	Déroulement d'une séance	153
5.2.5.	Choix des contes.....	156
5.3	Constitution des grilles d'analyse.....	158
5.3.1.	Grille d'analyse « patients »	158
5.3.2.	Grille d'analyse « contre transfert »	159
Partie 5 :	Présentation de la clinique.....	161
1.	Clinique des suivis individuels	161
1.1.	Clinique des patients rencontrés dans le PEP	162
1.1.1.	Clinique générale.....	162
1.1.2.	Le suivi de Nassim	165
1.1.3.	Analyse.....	181
1.2.	Clinique des patients rencontrés à l'Unité Sanitaire.....	184
1.2.1.	Le suivi de Salah	184
1.2.2.	Le suivi de Thomas	197
1.2.3.	Le suivi de Younès	212
1.2.4.	Analyse : modélisation d'un dispositif.....	225
2.	Clinique du groupe « conte »	233
2.1	Étapes de la rencontre.....	233
2.1.1.	Repérage sur orientations des services	233
2.1.2.	Entretiens individuels.....	234
2.1.3.	Information collective	236
2.2.	Séances	237
2.2.1.	Séance 1 : « Les trois poils du loup »	238
2.2.2.	Séance 2 : « L'homme à la peau d'ours »	247
2.2.3.	Séance 3 : « Frérot et sœurlette »	254
2.2.4.	Séance 4 : « L'ondine de l'étang »	263

2.2.5.	Séance 5 : « Kirikou et la sorcière ».....	267
2.2.6.	Séance 6 : « Vasilissa la très belle ».....	275
2.2.7.	Séance 7 : « Le cœur du troll ».....	283
2.2.8.	Séance 8 : « L’oiseau de feu ».....	288
2.2.9.	Séance 9 : Annulée.....	295
2.2.10.	Séance 10 : « Le monstre de l’étang ».....	295
2.3.	Séparation : entretiens de fin de session.....	300
2.4.	Analyse.....	302
2.4.1.	Grilles d’analyse « patients ».....	302
2.4.2.	Grille analyse « contre transfert ».....	316
2.4.3.	Conte commun.....	327
Partie 6 :	Discussion.....	330
1.	Hypothèse 1.....	332
2.	Hypothèse 2.....	338
3.	Hypothèse 3.....	346
Partie 7.	Conclusion.....	352
Bibliographie.	362

Tables des dessins

Séance 1 1 Nabil.....	243
Séance 1 2 Kévin.....	243
Séance 1 3 Ahmed.....	244
Séance 1 4 Mohamed.....	244
Séance 1 5 Kaïs	245
Séance 1 6 Aurélie.....	245
Séance 1 7 Sandie.....	246
Séance 2 1 Ahmed.....	250
Séance 2 2 Nabil.....	250
Séance 2 3 Kaïs	251
Séance 2 4 Kévin.....	251
Séance 2 5 Sandie.....	252
Séance 2 6 Aurélie.....	252
Séance 3 1 Mohamed.....	259
Séance 3 2 Kaïs	259
Séance 3 3 Kévin.....	260
Séance 3 4 Ahmed.....	260
Séance 3 5 Nabil.....	261
Séance 3 6 Aurélie.....	261
Séance 3 7 Sandie.....	262
Séance 5 1 Mohamed.....	270
Séance 5 2 Kaïs	271
Séance 5 3 Ahmed.....	271
Séance 5 4 Ahmed.....	272
Séance 5 5 Nabil.....	272
Séance 5 6 Aurélie.....	273
Séance 5 7 Sandie.....	273
Séance 6 1 Mohamed.....	278
Séance 6 2 Kaïs	279
Séance 6 3 Ahmed.....	279
Séance 6 4 Ahmed.....	280
Séance 6 5 Aurélie.....	280
Séance 6 6 Sandie.....	281
Séance 8 1 Ahmed.....	293
Séance 8 2 Mohamed.....	293
Séance 8 3 Aurélie.....	294
Séance 8 4 Sandie.....	294

Table des tableaux

Tableau 1 : Séance 1	303
Tableau 2 : Séance 2	304
Tableau 3 : Séance 3	305
Tableau 4 : Séance 4	306
Tableau 5 : Séance 5	307
Tableau 6 : Séance 6	308
Tableau 7 : Séance 7	309
Tableau 8 : Séance 8	310
Tableau 9 : Séance 10	311
Tableau 10 Séance 1 - contre - transfert	317
Tableau 11 Séance 2 - contre – transfert.....	318
Tableau 12 Séance 3 - contre – transfert.....	319
Tableau 13 Séance 4 - contre – transfert.....	320
Tableau 14 Séance 5 - contre - transfert	321
Tableau 15 Séance 6 - contre - transfert	322
Tableau 16 Séance 7 - contre - transfert	323
Tableau 17 Séance 7 - contre – transfert.....	324
Tableau 18 Séance 10 - contre - transfert	325

Partie 1 : Partie introductive

1. Préambule

Je me suis retrouvée à travailler en prison par hasard. Je me suis retrouvée en thèse par hasard. C'est du moins ce que j'ai voulu croire au début. Il n'en était rien, je l'ai réalisé après plusieurs années de travail personnel. Pas à pas, j'ai détricoté les éléments qui m'ont mené à ce travail en détention, à cette clinique des agirs violents, à cette recherche.

Assez récemment, dans l'étape de rédaction de ce travail, un souvenir d'enfance a ressurgi : je suis à l'école primaire et à la fin d'une journée, je raconte ma journée à ma mère. Je lui détaille les agissements d'un petit garçon de ma classe, turbulent, agité, « méchant ». Je me souviens alors de la réponse de ma mère : « tu sais, les gens méchants, ce sont des gens tristes. ». Cette réflexion m'a amenée à percevoir la souffrance derrière les petites méchancetés...

Bien plus tard, j'ai mené mes études de psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, au cours desquelles mon intérêt clinique s'est porté sur la psychopathologie de l'adulte et sur les cliniques de l'agir. Mon travail de recherche en maîtrise s'est intéressé à la dynamique des passages à l'acte addictifs et suicidaires chez un patient psychotique.

Dans la suite de mon parcours, je me suis heurtée à plusieurs échecs pour l'entrée en Master 2 à l'Université Lumière Lyon 2. La répétition de ces échecs m'a amenée à me questionner sur mon parcours universitaire, mon projet professionnel, j'avais l'impression de ne pas être « assez bonne », légitime, « à la hauteur ».

Déterminée à terminer mes études et obtenir mon diplôme, je suis partie en Belgique où j'ai accédé à un Master spécialisé en psychologie clinique, option clinique infanto – juvénile, à l'Université de Liège. Ce départ, vécu comme un exil, a été à l'origine d'une respiration, d'une véritable ouverture pour ma pratique clinique. La vision intégrative a enrichi mes connaissances, mon référentiel théorique et m'a autorisée à une forme de liberté dans ma pratique.

Lors de mes stages, dans des services de pédopsychiatrie, j'ai découvert la pratique des groupes à médiations thérapeutiques : danse, musique, cheval, bibliothèque... Ayant personnellement pratiqué la musique pendant de nombreuses années (violon, solfège et chorale), je me suis intéressée plus précisément à la médiation par la musique. Mon mémoire de fin d'études a porté sur l'intérêt de la

médiation par la musique et la danse dans l'appropriation du corps chez les enfants présentant des troubles envahissants du développement.

De retour en France, mon projet professionnel s'est entièrement tourné vers la clinique infantile mais, il s'est rapidement diversifié en raison du peu de postes disponibles dans ce champ. J'ai trouvé une annonce pour un poste de psychologue en prison et j'ai envoyé ma candidature, sans trop y penser, sans trop y croire. Cela a été le début d'une expérience extrêmement riche, qui aurait pu n'être qu'une étape mais qui a finalement modifié mon projet professionnel du tout au tout.

La veille de mon entrée en fonction, j'ai toutefois été aux prises avec des pensées angoissantes, en lien avec des stéréotypes persistants sur ce monde que je ne connaissais pas. Je l'imaginais réfractaire aux psychologues. Comment va m'accueillir le personnel pénitentiaire ? J'imaginais des moqueries, du mépris. Comment vont m'accueillir les personnes détenues ? J'imaginais du rejet, de l'indifférence. J'appréhendais particulièrement la rencontre avec les détenus violents, les « jeunes de quartier ». Pourtant, très rapidement, c'est justement le public qui m'effrayait le plus qui m'a le plus touché, qui a le plus piqué ma curiosité, suscité mon intérêt clinique.

Sûrement en raison de ma spécialisation lors de mon Master, j'ai perçu l'importance de l'histoire infantile et de ses failles dans ma rencontre avec ces patients.

Les premiers mois ont été vécus comme une immersion totale dans le monde de l'agir ; l'agir des patients bien sûr, mais aussi de manière réactionnelle, l'agir des intervenants - voire des soignants -, dans ce système dont le risque principal est qu'il ne devienne « qu'un immense passage à l'acte »¹. Durant ces premiers mois, j'ai eu besoin pendant mon temps libre, de courir. J'ai eu besoin de voir défiler le paysage, de sentir l'air frais, pour échapper à la prison, à l'enfermement, pour pouvoir penser.

Ce premier poste était un poste de psychologue P.E.P (Parcours d'Exécution de Peine) dans l'Administration Pénitentiaire, et non en service médico – pénitentiaire. Le sens de son intervention est cadré et réglementé, puisqu'il n'est « ni thérapeute, ni expert »². Mais alors, qui est – il ? Que fait – il ? Ce poste m'a amené à m'interroger sur ce qui est thérapeutique ou non ; de quelle nature sont les missions du clinicien quand ce qu'il fait n'est pas du soin ?

Par la suite, lorsque travailler pour l'administration pénitentiaire ne sera plus tenable pour moi, j'accéderai à un poste de psychologue clinicienne à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire. D'autres questionnements ont surgi. Qu'est – ce que le soin peut proposer à ces patients ? Quelles prises en charge sont possibles pour les auteurs de violence ?

¹ B. Gravier, 2015, p. 36

² Référentiel métier

L'administration pénitentiaire me confrontait à un monde aride, sec, dur. M. Edrosa (2005) parle de la politique de la terre brûlée pour évoquer les défenses psychiques de ses patients criminels en série. En l'occurrence, je me sentais en état de « terre brûlée ». Peu à peu, j'ai introduit des groupes à médiation thérapeutique, dessin et peinture tout d'abord, modelage, puis « conte merveilleux ». Durant toutes ces années, l'enjeu de la pratique auprès de ces patients étaient qu'ils continuent à penser, à se nourrir psychiquement, à vivre.

Avec la pratique sportive, la lecture a fait partie de mes armes. J'ai toujours aimé lire, j'ai toujours beaucoup lu, convaincue qu'« une bonne lecture sauve de tout, y compris de soi – même » (D. Pennac).

Sans compter bien sûr tout un maillage, un emboîtement d'espaces : supervision groupale, supervision individuelle, intervision.

C'est au cours de ma supervision que le souhait d'écrire sur mon travail, sur la clinique des agirs violents, est apparu. Je ressentais le besoin de témoigner de ce qui se vit derrière les murs, du travail qui s'effectue à l'abri des regards, et surtout de témoigner qu'il peut y avoir des choses belles, de la vie. Soutenue en premier lieu par mon superviseur dans le souhait d'écrire un article scientifique, j'ai repris contact avec l'université. Le contact ne fut pas facile à établir, en raison de la spécificité de ce statut de psychologue P.E.P., qui n'est pas un soignant, ce qui créait en moi une inhibition de la pensée. À cela s'ajoutait la question douloureuse de la légitimité après l'échec au M2. Suis – je légitime pour mener une recherche ? À mettre en pensée, pensée théoricienne, ce que je vois, ce que vis, ce que je mets au travail quotidiennement avec mes patients ?

Alain Ferrant assurait alors la supervision de groupe des psychologues de l'administration pénitentiaire. C'est par son contact que j'ai pu rencontrer M. Ravit, pour finalement engager une recherche. Je dirai presque que je me « suis retrouvée » en thèse : j'ai agi avant de penser.

Après les premières années pendant lesquelles j'ai été aux prises directes avec la clinique : tester des aménagements du dispositif, expérimenter la médiation thérapeutique en groupe, ce n'est qu'à partir de mon congé maternité, qui signera mon départ de la prison, que j'ai pu commencer à utiliser la théorie pour penser ma pratique.

Ce travail de thèse, je l'envisage non seulement comme un mode de survie, à la prison, en tant que psychologue clinicienne, mais aussi comme un témoignage.

2. Introduction

Aujourd'hui en France, 72 351 personnes sont incarcérées³. Ce chiffre est en constante augmentation depuis de nombreuses années et avec lui, celui de la surpopulation carcérale. La délinquance évolue et on observe depuis la fin du XXe siècle, une bascule de l'attaque aux biens vers l'attaque aux personnes. Plus spécifiquement, on relève une augmentation des agressions sur les représentants du pacte social (pompiers, médecins, policiers...), ce que l'on a pu observer très récemment dans les émeutes de juin 2023. Le traitement médiatique de ces événements laisse entendre que la violence se fait de plus en plus présente. Or, nous pourrions suivre le questionnement d'A. Masson⁴ : est – ce réellement la violence qui s'aggrave ou est – ce la capacité sociale à la recevoir et à lui donner un destin qui est moindre ? De plus en plus aujourd'hui, pour les personnes majeures, la réponse de la société à la délinquance est celle de l'incarcération. Nous pouvons donc nous interroger sur le rôle de la prison aujourd'hui. Qu'attend – on de la prison ? Quelles sont ses missions ? Envers la société ? Envers les personnes incarcérées ?

Lorsque j'ai obtenu mon premier poste en milieu carcéral, j'ai été frappée par le peu de représentations que j'avais du monde carcéral. Elles étaient en majorité construites à partir des images issues du monde culturel : cinéma ou littérature. Ce manque de représentation est la source de mouvements fantasmatiques et passionnels. Mais quelle est la réalité de la prison, aujourd'hui, en France ?

Les établissements pénitentiaires sont classés en trois catégories ; les maisons d'arrêt, les centres de détention et les maisons centrales. Les personnes prévenues en détention provisoire et condamnées à des peines courtes (inférieures à deux ans) sont placées en maison d'arrêt. Les centres de détention et les maisons centrales sont des « établissements pour peines », c'est – à – dire qu'ils accueillent exclusivement des personnes condamnées. Les maisons centrales sont des établissements sécuritaires et accueillent des personnes condamnées à des peines longues. Les centres de détention sont des établissements tournés vers la réinsertion, pour les personnes condamnées à des peines moyennes à longues.

Chacun de ces établissements est organisé selon des régimes de détention spécifiques, qui organisent la rythmicité des journées (nombres de promenades, plages d'ouverture des cellules, fréquence des parloirs...).

³ Chiffres du ministère de la justice, au 1^e Mars 2023

⁴ A. Masson, intervention au colloque « paradoxalité de l'enfermement », Lyon, 2012

Lorsque j'ai pris mon poste, j'ai découvert un monde à part, organisé comme une petite société : des hébergements, un gymnase, des ateliers de production (travail pénitentiaire), un centre scolaire, une unité sanitaire... Contre toute attente, mais de façon finalement naturelle, derrière les murs, la vie s'organise et suit un cours, il est vrai un peu particulier.

La prison reste dans l'inconscient collectif le lieu du châtement. Pourtant, la prison ne devient le lieu de la sanction qu'à partir de la Révolution française. Avant cela, elle est le lieu de l'attente indéfinie du jugement et les sanctions sont principalement des amendes ou des châtements corporels.

La sanction recouvre un double sens : celui de la punition mais aussi, celui de la réhabilitation. Après le temps de la peine, vient le temps de retrouver le groupe social d'appartenance.

Est – ce un temps que l'on est condamné à subir ? Ou peut – il permettre de se (re)construire ?

Notre recherche se déroule dans un centre pénitentiaire, regroupant un quartier « maison d'arrêt » et un quartier « centre de détention ». Nous avons choisi pour cette recherche de nous concentrer sur les personnes incarcérées au centre de détention. Les peines sont significativement plus longues et par conséquent, les durées des suivis thérapeutiques peuvent se déployer sur des périodes plus importantes. De notre expérience, l'impact de l'incarcération n'est pas le même. De manière totalement empirique, nous avons remarqué que la durée de 5 ans représentait un cap : à partir de celui – ci, l'extérieur s'efface, les proches n'attendent plus et l'appréhension de la sortie s'installe. Ainsi, *Nasser, après 7 ans de détention et 5 demandes de permission de sortir rejetées, se voit enfin accorder par la Juge d'Application des Peines une permission. Il accourt dans mon bureau et me demande, visiblement sous le choc : « Madame, c'est grand dehors ? Je me souviens plus... »*. Survivre en détention demande une adaptation aussi bien à la rigidité de l'institution carcérale qu'à la violence de la population pénale. L'incarcération se présente comme une situation extrême, dans laquelle la violence constitue la stratégie de survie principale. Mais on ne revient pas d'une logique de survie, ou alors, pas indemne (A. Ferrant, 1997). La violence est partout en détention : violence des personnes incarcérées, violence de l'institution, parfois violence des personnels... Elle réverbère sur tous les éléments constitutifs de l'institution, frappant ainsi de toutes parts. B. Gravier⁵ pose ces questions : comment concilier l'idée de ce temps nécessaire avec le sentiment qu'il détruit ? Comment accompagner quelqu'un dans son parcours de sanction tout en le sachant dans un environnement qui attaque sa dignité ? Au cours du colloque « Paradoxalité de l'enfermement », plusieurs réponses ont été proposées ; Peut – être quand l'enfermement par l'incarcération est moindre que l'enfermement dans la violence ? (A. Masson). En concevant la place de psychologue comme un porte – parole de la subjectivité du sujet ? (P. Mercader).

⁵ B. Gravier, 2012, colloque « paradoxalité de l'enfermement ».

Tous les personnels du centre de détention s'accordaient sur le fait que tourné vers la réinsertion, l'établissement accueillait de plus en plus de personnes détenues classés « jeunes majeurs » (18 - 21 ans) et auteurs d'incidents disciplinaires à répétition, venant questionner leurs missions.

À l'arrivée de Nassim au centre de détention, les surveillants remarquent « jeune détenu qui ne communique que par la violence ». Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois de suivi que Nassim pourra verbaliser : « les insultes, c'était pour qu'on m'aide ».

Comment les prendre en charge ? De quel service relève leur comportement ? Du disciplinaire ? De l'éducatif ? Du soin ?

Chaque établissement pénitentiaire est pourvu de personnels soignants. Quel rôle pour ces soignants en détention ? Doivent – ils prendre en charge la souffrance due à la prison ? L'amoindrir ? Doivent – ils « soigner » la délinquance ? Ou doivent – ils soigner les personnes incarcérées de leur souffrance qui génère dans son expression délinquance et violence ? À la suite de B. Gravier, nous nous interrogeons : sommes – nous là pour panser ce temps ou pour aider à penser ce temps ?

Dans les textes officiels⁶, l'un des enjeux de l'organisation du soin en détention est de permettre aux personnes incarcérées d'accéder à la même qualité de soin qu'à l'extérieur, ce qui, quand on connaît la situation actuelle de la psychiatrie peut prêter à sourire.

En détention, la psychiatrie est sollicitée dans son champ périphérique, et non dans son champ de compétences : elle est invitée à prendre en charge ceux avec qui on ne sait pas quoi faire. En effet, le plus souvent, les « signalements » de l'administration pénitentiaire concernent des urgences comportementales. Les psychologues et psychiatres sont appelés pour « réparer » et non pour soigner. Ils sont donc le plus souvent décevants. Les nombreux psychiatres qui se sont succédé à l'unité sanitaire répondaient en majorité : « les psychopathes, on ne les soigne pas ». Cette affirmation sans appel reléguait le patient à l'administration pénitentiaire. Ces patients suscitent bien souvent le rejet, l'incompréhension et l'incapacité des praticiens pour s'en occuper. Nous sommes alors témoins d'une destructivité à laquelle, en tant que psychologue, nous ne saurions rester insensible.

Peut – être pouvons – nous penser ces expressions symptomatiques, majoritairement agies, selon des référentiels théoriques différents ? Peut – être sera – t – il alors possible d'accéder à la souffrance sous – jacente ? Et alors, de travailler en empathie avec ce public si réfractaire aux soins psychiques ?

Après tout, la prison ne peut – elle pas constituer un espace de rencontre possible entre ces patients, réputés psychopathes, et les acteurs du soin psychique ? L'incarcération permet le plus souvent

⁶ Loi pénitentiaire du 24 Novembre 2009

d'arrêter le déchaînement paroxystique de la violence. Le travail clinique pourrait – il permettre de transformer la contention en contenance ? Peut – elle permettre un engagement thérapeutique, et pourquoi pas, favoriser un travail de subjectivation ? Après tout, il est permis de rêver... Pour Y. Morhain, la prison peut être tout cela, à la condition de dispositifs créatifs, qui ouvrent justement à la subjectivation.

Ce travail de thèse a été motivé par plusieurs éléments ;

Je souhaitai participer à la production de savoir sur la pratique clinique en milieu carcéral. De nombreux travaux existent, les travaux précurseurs de C. Balier et d'A. Ciavaldini, les travaux sur la criminalité de ma directrice de recherche M. Ravit, référençant la clinique des auteurs de violence sexuelles et celle des grands criminels. Je ne retrouvais pas ma pratique, celle de la banalité du travail quotidien en prison, celle du « petit voleur ». Je souhaiterai ici rendre compte et de modéliser ce qui se déploie de singulier dans les modalités thérapeutiques de prise en charge de ces patients violents, en milieu carcéral.

Je souhaitai aussi produire quelque chose de positif, de « beau » à partir de la prison et témoigner de ce que mon expérience professionnelle m'a amenée à voir, entendre, partager avec mes patients.

Cet écrit présentera notre travail de recherche selon le plan suivant ;

Après notre première partie introductive, nous vous proposons en deuxième partie de ce travail de recherche, tout d'abord d'explorer deux axes théoriques qui ont porté notre réflexion clinique ;

Le premier axe comprend l'évolution de la compréhension des actes délinquants dans la pensée psychanalytique. Nous rappellerons les théories princeps autour d'une théorie surmoïque de la délinquance, dans la lignée de S. Freud (1906, 1916) et M. Klein (1927, 1934). Nous nous intéresserons ensuite aux apports de la psychopédagogie, à travers les apports d'A. Aichhorn, qui va ancrer l'origine de la délinquance dans les carences infantiles (A. Aichhorn, 1925). Nous suivrons ensuite les travaux de D.W. Winnicott en psychanalyse auprès des enfants, qui, à partir du concept de tendance antisociale (Winnicott, 1956), va mettre en avant l'espoir contenu dans les conduites délinquantes.

C'est en abordant ensuite les apports de la psychanalyse du bébé, autour de la dialectique entre subjectivité et intersubjectivité, que nous dégagerons les axes essentiels de notre pensée ;

Nous poursuivrons notre étude des travaux de D.W. Winnicott avec la notion de destructivité (Winnicott, 1969), poursuivis par R. Roussillon, autour de la question de la survivance de l'objet (Roussillon, 2009, 2018) pour comprendre les comportements délinquants à travers la notion de langage du corps (Roussillon, 2006). Nous déploierons la question de la violence et de ses manifestations à travers l'acte.

Le deuxième axe théorique de ce travail est constitué par la clinique des situations limites et extrêmes de la subjectivité. Le terme apparaît sous la plume de B. Bettelheim (1977) tout d'abord lorsqu'il relate son expérience dans les camps de concentration nazis mais qu'il étend par la suite aux pathologies de l'autisme. Il décrit les mécanismes qui conduisent au « meurtre psychique » et qui caractérisent ces situations extrêmes. Nous poursuivrons notre exploration de ce concept en présentant les travaux rassemblés par Aubert et Scelles (2007) et ceux développés par R. Roussillon (1991, 1997, 2005, 2012). Ainsi, nous présenterons le cadre conceptuel des « besoins du moi » (Winnicott) et plus particulièrement du « besoin de sécurité » (R. Roussillon, 2008), qui permettent d'appréhender les situations extrêmes. Ensuite, nous présenterons le concept de traumatisme primaire, dans lequel elles trouvent leur origine, leurs caractéristiques principales, ainsi que les modalités défensives que sont les logiques de survie.

En troisième partie, nous présenterons les questionnements nés de notre pratique clinique et qui ont permis de délimiter notre problématique. Nous exposerons ensuite nos hypothèses de recherche.

En quatrième partie, nous présenterons notre méthodologie de travail, au travers du cadre institutionnel de nos pratiques. Tout d'abord en tant que psychologue clinicienne dans l'administration pénitentiaire, puis en tant que psychologue clinicienne dans un service médico-pénitentiaire, à travers les prismes de la clinique en milieu carcéral (C. Balier, 1988, 1998, 2005) et des dispositifs en situations limites et extrêmes (A.E. Aubert et R. Scelles, 2007, R. Roussillon, 2012). Nous suivrons les étapes de la construction de ma place de psychologue clinicienne. Enfin, nous présenterons la médiation thérapeutique « conte » et sa mise en place groupale (B. Chouvier, 2015, 2017, 2020, 2022).

Nous exposerons dans la cinquième partie notre matériel clinique. Nous avons choisi en premier lieu, de présenter de manière générale la pratique clinique rencontrées dans le cadre du P.E.P et d'amener le cas de Nassim qui constitue notre cas princeps ; nous amènerons ensuite trois cas cliniques issus de notre pratique à l'unité sanitaire. Enfin, nous présenterons la clinique issue du groupe à médiation thérapeutique « conte ».

Nos hypothèses seront discutées en sixième partie.

La septième partie conclue notre travail.

Certainement prise dans la paradoxalité du milieu carcéral, nous vous proposons maintenant d'aller là où le regard ne porte pas, pour rencontrer ceux que l'on ne rencontre pas, d'être à l'écoute de ceux qui ne parlent pas...

Partie 2 : Repères théoriques

La délinquance et la violence ne sont pas des données claires et précises, ce sont des constructions sociales résultant d'une sélection de faits et d'une interprétation de ce qui fait problème dans une société donnée, à un moment donné. Il n'existe donc pas de définition scientifique exhaustive des caractéristiques universelles de la délinquance et de la violence.

Pourtant, les comportements délinquants, violents et criminels sont au centre des préoccupations humaines depuis toujours. Preuve en est : la mythologie, les contes regorgent de scènes violentes et de crimes. Délinquance et violence seraient donc à l'origine de l'humanité et, selon Freud, la société humaine même serait fondée sur un meurtre collectif (Freud, 1912).

1. La délinquance et l'expression de la violence

1.1.Évolution de la compréhension des actes délinquants

Je n'avais pas pour projet professionnel de travailler en prison et aucune expérience auprès du public justiciable. Je ne cache pas l'appréhension qui était la mienne, les jours précédant ma prise de fonction. L'appréhension de l'inconnu (entrer dans une prison), car je prenais conscience que je n'avais que peu de représentations sur ce que pouvait être la vie en prison, et l'appréhension d'une potentielle violence de mes futurs patients (la crainte d'un contact violent, rejetant).

Pour faire cheminer cette appréhension, la penser, je me suis plongée dans les livres.

Pour tenter de penser les origines de la délinquance, j'en ai recherché l'étymologie. On retrouve à son origine les racines latines suivantes : *linquere* (laisser, abandonner), *derelinquere* (délaissé complètement) et *derelectio* : « total abandon » qui ont menés au terme latin *delinquere* : « manquer, faire défaut »⁷.

C'est dans cet écart, entre une appréhension première et cette étymologie, que c'est construit ma place de psychologue en milieu carcéral. Tout au long de ma pratique, le recours à la théorie, la lecture m'a permis me décoller de cette clinique, qui prend au corps, aux tripes, pour tenter de la penser. Je propose ici de présenter les théories qui ont guidés ma réflexion, le fil rouge de mes pensées.

⁷ HARRATI, S., VAVASSORI, D. et VILLERBU, L. 2009, p. 17

1.1.1. Les théories princeps

La psychanalyse s'est intéressée très tôt à la délinquance et à la criminalité. Contrairement aux théories de cette époque, elle a introduit l'idée que la délinquance relèverait de conflits intrapsychiques chez le sujet et qu'elle serait donc porteuse d'un sens inconscient. Ainsi, en lui conférant un sens, la théorie psychanalytique a participé à humaniser l'acte délinquant.

Les premières théorisations expliquent l'acte délinquant par une approche essentiellement surmoïque et le rattachent au complexe d'Œdipe, dans une perspective névrotique.

Freud (1906, 1916) fait référence explicitement à la criminalité dans plusieurs de ses textes, en apportant le concept de « criminel par sentiment de culpabilité ».

Dès 1906, Freud prononce un discours devant les juges d'instruction au sujet des interrogatoires. Dans cette intervention, il rapproche la dynamique psychique à l'œuvre chez les sujets criminels interrogés par la justice et les patients atteints de « maladie nerveuse », évoquant le « secret » que le sujet dissimule à son interlocuteur. Il souligne toutefois une différence notable : ce « secret » est connu du criminel, alors qu'il est ignoré du patient névrosé. Freud fait ensuite le parallèle entre le travail du juge d'instruction et le travail du psychanalyste : « La tâche du thérapeute est cependant la même que celle du juge d'instruction ; nous devons découvrir ce qui, dans le psychisme, est caché (...) »⁸, et suppose que le « secret » du criminel peut se dévoiler selon les mêmes lois que le « secret » de l'hystérique.

Il termine son intervention sur une remarque annonçant le concept de criminel par sentiment de culpabilité. Selon lui, certains sujets pourraient induire en erreur les juges : « au cours de votre investigation, un névropathe pourra vous égarer en réagissant comme s'il était coupable, tout en étant innocent (...) »⁹. Il en propose une compréhension : « (...) ceci parce que, en lui, un sentiment de culpabilité toujours présent et aux aguets saisit l'occasion offerte par l'accusation particulière dont il est l'objet »¹⁰.

Ce n'est que quelques années plus tard, dans le texte intitulé « Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse » que Freud (1916) marque l'origine de ce sentiment de culpabilité dans l'inconscient.

⁸ FREUD S., « la psychanalyse et l'établissement des faits en matière judiciaire par une méthode diagnostique »

⁹ Op cité

¹⁰ Op cité

La rencontre avec la question des actes illégaux n'étonne pas Freud chez ses patients adolescents, principalement en raison de la faiblesse des inhibitions morales qu'il attribue à cet âge particulier. Cependant, il rencontre les mêmes actes chez certains de ses patients adultes. Il remarque alors que les actes sont commis « avant tout parce qu'ils étaient défendus et parce que leur accomplissement s'accompagnait pour leur auteur d'un soulagement psychique »¹¹. Dans ce texte, Freud va plus loin et précise deux éléments clés : le sentiment de culpabilité est « de provenance inconnue » et surtout « le sentiment de culpabilité préexistait à la faute ». Ainsi, le sentiment de culpabilité, en partie inconscient, préexiste les actes délinquants qui viennent fixer celle-ci. Enfin, il lie l'origine de ce sentiment au complexe d'Œdipe : « (...) cet obscur sentiment de culpabilité provient du complexe d'Œdipe, il est une réaction aux deux grandes intentions criminelles, celles de tuer le père et d'avoir avec la mère des relations sexuelles. »¹²

En 1923, dans « Le Moi et le Ça », Freud délaisse le terme de conscience morale pour le terme de Surmoi. Il reprend la thèse du criminel par sentiment de culpabilité, ajoutant « l'être humain normal n'est pas seulement beaucoup plus immoral qu'il ne le croit, mais encore beaucoup plus moral qu'il ne le sait ». Freud résume dans cette phrase, une vision où la dichotomie entre le normal et le pathologique – ici le criminel – s'estompe et expose deux propositions fondamentales de la psychanalyse : l'existence de contenus pulsionnels inconscients universels et la force inconsciente du Surmoi.

Ainsi, ce sont les enjeux œdipiens qui agissent le criminel, la culpabilité inconsciente résultant des aspirations nées de ce complexe. On retrouve ces éléments parfaitement mis en scène dans le caractère du « pâle criminel » dans l'œuvre de Nietzsche « Ainsi parlait Zarathoustra ».

Selon ces considérations, Freud parle des criminels par sentiment de culpabilité, comme « pour ces criminels que sont faites les lois pénales »¹³, excluant ainsi les criminels qui n'ont pas développé d'inhibition morale, ou « ceux qui se croient autorisés à agir comme ils le font dans leur lutte contre la société »¹⁴.

Dans cette conception, les actes criminels sont donc compris dans le cadre de la théorie des névroses.

Encore aujourd'hui, la notion de « criminel par sentiment de culpabilité » permet de comprendre la dynamique de l'acte criminel, lorsqu'il se trouve isolé, chez des personnes ne présentant pas par

¹¹ FREUD S. « Quelques types de caractères dégagés par la psychanalyse »

¹² Op cité

¹³ Op cité

¹⁴ Op cité, p. 171

ailleurs de parcours délinquant ou criminel. Par ailleurs, comme nous le verrons par la suite, cette proposition théorique rend compte de l'organisation des liens infantiles.

À partir des conceptions freudiennes, l'hypothèse de la faiblesse voire de la défaillance du Surmoi chez le sujet délinquant devient un sujet d'étude.

Pour Alexander et Staub (1938), les conduites asociales des criminels ont un but : celui de se faire rejeter, pour apaiser la culpabilité inconsciente d'origine œdipienne. La conduite antisociale est interprétée comme résultant d'une déficience du surmoi, face au déferlement incontrôlé des pulsions agressives et sexuelles. Le criminel est un être dont les instincts s'extériorisent de façon immédiate, sans instance intérieure pour réprimer l'expression de sa haine et son agressivité.

D'autres auteurs défendront au contraire la présence d'un surmoi chez les criminels mais d'un surmoi présentant des caractéristiques spécifiques ;

Quelques années plus tard, Abraham (1925) avance que les criminels ne présentent pas une organisation psychique de type névrotique. Il met en avant la précocité des troubles antisociaux, précédant le complexe d'Œdipe et entravant son accès dans le développement du sujet. Il met l'accent sur les carences affectives maternelles précoces et l'impossibilité à idéaliser le père.

Friedlander (1947) attribue la formation du caractère antisocial au manque d'indépendance du Surmoi, associé à l'incapacité pour le sujet délinquant à vaincre le désir et à prévoir les conséquences de la réalisation de son acte. La conduite criminelle est à interpréter comme tout autre symptôme par la méthode traditionnelle.

Greenacre (1945) affirme que les troubles dont souffre le criminel sont pré - œdipiens et relèvent de l'agressivité infantile précoce, dans le contexte d'un attachement narcissique de la mère à son enfant. Elle rejoint ici les travaux de M. Klein.

M. Klein a produit une œuvre fondatrice en psychanalyse auprès d'enfant. Dans son étude approfondie du développement de l'enfant, elle a formulé plusieurs hypothèses sur les tendances criminelles, venant compléter la théorie freudienne. Ses propositions sont parues dans deux textes : « les tendances criminelles chez les enfants normaux » (M. Klein, 1927) et « la criminalité » (M. Klein, 1934).

En 1927, M. Klein détaille comment les tendances criminelles s'inscrivent dans le développement normal de tout enfant.

Si, tout comme Freud, elle rattache les tendances criminelles au complexe d'Œdipe, elle date son apparition à une phase plus précoce, à la fin de la 1^e année et au début de la 2^e année. À cet âge, l'enfant a dépassé les fixations orales (cannibaliques : succion et morsure) et se trouve en proie aux tendances sadiques – anales (cruauté, autorité, possession...), « avec toute l'intensité de la haine qui caractérise les stades sadiques de la première enfance »¹⁵. En appui sur plusieurs vignettes cliniques, elle détaille les fantasmes qui peuvent animer les enfants : découper, cuire, dévorer...tout en ajoutant que « (...) les fantasmes de cette espèce sont effectivement traduits en actes par les criminels »¹⁶.

Les tendances criminelles visent les parents : celui de même sexe principalement par jalousie, mais aussi le parent de sexe opposé par la frustration qu'il impose et par tentative d'échapper au conflit œdipien. M. Klein ajoute qu'elles peuvent également viser les frères et sœurs. L'enfant dirige alors ses tendances criminelles de manière préférentielle, en fonction des fantasmes œdipiens qui l'animent.

Les conflits naissent de ce que les objets haïs sont aussi les objets d'amour, ces conflits « (...) deviennent vite insupportablement lourds pour un moi encore bien faible »¹⁷. Un puissant refoulement s'impose alors et le conflit reste actif dans l'inconscient.

Dans cette théorie, le Surmoi se constitue par incorporation des interdits parentaux et des pulsions sadiques de l'enfant : « (...) les parents sont à la source du surmoi : mais c'est l'enfant, lui, qui absorbe leurs ordres, leurs interdictions, etc. Aussi ce surmoi n'est-il pas identique aux parents ; ce sont les fantasmes sadiques de l'enfant qui le constituent en partie. »¹⁸. Cette particularité justifiera les qualificatifs « cruel » et « primitif » qui lui seront attribués.

Une très forte culpabilité accompagne toujours les fantasmes agressifs. En réaction, l'enfant va se fixer au parent qui est l'objet de ces fantasmes, le plus souvent le parent de même sexe entraînant pour un temps un Œdipe inversé. C'est ici que se loge pour M. Klein le devenir de ces tendances criminelles. Si l'enfant ne parvient pas à compenser son agressivité et se détourne de ses deux parents, il reste en proie à la culpabilité. C'est dans ce retrait de l'amour des deux parents que s'origine la conduite antisociale.

Dans cet écrit, M. Klein indique que « la criminalité n'est pas l'absence de surmoi, mais un développement différent du surmoi – probablement sa fixation à un stade très précoce »¹⁹. L'enfant délinquant agit sous la pression d'un fort sentiment de culpabilité. La répétition des actes interdits

¹⁵ KLEIN M. « Les tendances criminelles chez l'enfant normal »

¹⁶ Op cité

¹⁷ Op cité

¹⁸ Op cité

¹⁹ Op cité

visant à la fois l'expression de ses désirs tout autant que la recherche inconsciente de la punition. Elle ajoute à ce propos que « le désir de punition, un des facteurs déterminants, chez un enfant, de la constante répétition d'actes répréhensibles, se retrouve dans les méfaits répétés du criminel. »²⁰.

Quelques années plus tard, dans « La criminalité », M. Klein infléchi légèrement son propos. La tendance criminelle n'est plus reliée directement au sentiment de culpabilité lié aux fantasmes mais à l'angoisse née de l'action du Surmoi primitif extrêmement sévère.

Les tendances sadiques que l'enfant entretient envers ses parents sont ensuite projetées sur eux, formant ainsi une image déformée de ces derniers. L'introjection agit en même temps, amenant l'enfant à se sentir gouverné, de l'intérieur, par des parents fantasmatiques cruels et dangereux et qui constituent le surmoi. M. Klein note que les enfants : « inconsciemment, s'attendaient à être coupés en morceaux, décapités, dévorés...et se sentaient contraints à être méchants et à se faire punir, parce que la punition réelle, si sévère fut – elle, était rassurante en comparaison des attaques meurtrières qu'ils attendaient continuellement de la part de leurs cruels parents »²¹.

Ainsi, selon M. Klein, les actes asociaux sont essentiellement défensifs, l'environnement s'étant construit par projections comme menaçant et destructeur. Un cercle vicieux s'installe : « L'angoisse de l'enfant le presse de détruire ses objets, ce qui provoque un accroissement de l'angoisse, et celle-ci le pousse à nouveau contre ses objets »²². C'est dans le devenir de ce cercle vicieux que M. Klein place l'origine des tendances asociales.

L'enfant trouve dans son développement normal les moyens d'apaiser le sadisme de ses fantasmes et donc, l'angoisse. M. Klein nomme ici dans l'environnement de l'enfant, les parents : « une meilleure adaptation à la réalité permet à l'enfant de trouver, dans sa relation à ses parents réels, un soutien contre les imagos fantastiques »²³. Les fantasmes agressifs qui visaient parents, frères et sœurs, laissent peu à peu place à un sentiment de culpabilité et au désir de réparer les dommages imaginaires. Un cercle vertueux se développe : « plus la tendance et l'aptitude à réparer grandissent et plus la confiance dans l'entourage augmente, plus le surmoi s'adoucit »²⁴.

Ceci n'a pas été possible chez l'enfant, et par la suite chez l'adulte, criminel. Cette importance accordée aux relations positives avec les parents sera reprise par Winnicott.

²⁰ Op cité

²¹ M. Klein, « la criminalité », p. 307

²² Op cité, p. 308

²³ Op cité, p. 308

²⁴ Op cité

Si au cours de son développement, l'enfant ne trouve les moyens de briser le cercle vicieux, il va rester sous le coup des situations d'angoisse de la première enfance et conserve les mécanismes de défense propres à ce stade précoce. M. Klein va plus loin : « Dans ce cas, si la peur que le surmoi inspire dépasse, pour des raisons extérieures ou intrapsychiques, certaines limites, le sujet peut se trouver contraint à détruire les gens, et cette contrainte peut constituer la base soit d'une conduite de type criminel, soit d'une psychose. »²⁵. Elle nomme explicitement parmi les raisons extérieures, « une certaine persécution des parents trop durs ou d'un entourage misérable », venant renforcer les fantasmes.

Ainsi, dans la théorie kleinienne, « (...) c'est parce que le criminel se sent persécuté qu'il détruit les autres. »²⁶ et elle ajoute : « (...) il ne faut pas oublier que pour un sujet constamment exposé à la persécution, la seule préoccupation est la sécurité de son propre moi. »²⁷

Dans cette configuration, le criminel se trouve à haïr son objet d'amour et donc, à le persécuter. Cette situation est insupportable et pour y échapper, le criminel est amené à supprimer tout souvenir et toute conscience d'un amour, pour quelque objet que ce soit. Il n'existe alors que des ennemis et le sentiment de haine et l'envie de détruire sont justifiés. L'absence d'amour, si caractéristique du tableau clinique des criminels, n'est donc qu'apparent.

Ainsi, ces théories fondatrices de la psychanalyse ont considéré l'acte criminel comme la projection d'une autre scène, celle de l'inconscient. Reik (1958) notera une compulsion à avouer chez les criminels, ce qui dévoilerait que l'acte vient faire fonction d'aveu là où le langage est incapable d'exprimer la vie inconsciente.

M. Klein a bien évoqué l'importance de l'environnement dans le développement de la tendance criminelle mais elle a développé son propos autour des caractéristiques intrapsychiques du sujet criminel.

D'autres courants théoriques vont pour leur part explorer le rôle de l'environnement dans le développement des actes antisociaux chez les jeunes. C'est le cas du courant de la psychopédagogie, dont l'auteur le plus marquant sur le sujet qui nous concerne est A. Aichhorn.

²⁵ Op cité

²⁶ Op cité

²⁷ Op cité

1.1.2. La psychopédagogie

Aichhorn est éducateur de formation et ses travaux vont s'inscrire dans le mouvement de la pédagogie psychanalytique. Ses travaux, et tout le mouvement de la psychopédagogie, ne trouvera que peu d'écho en France (son ouvrage de 1925, publié pour la 1^e fois en France en 1973). Ce n'est que récemment que ses travaux vont être remis sur le devant de la scène, au travers notamment des ouvrages de F. Marty et F. Houssier (2007, 2021), pour leurs apports dans les prises en charge des adolescents, délinquants ou non.

Aichhorn constate que la société ne se préoccupe de la jeunesse qu'à partir du moment où elle représente un potentiel danger pour elle (Houssier, Marty, 2007). De fait, jusqu'au XIX^e siècle, la répression est la seule réponse que la société va lui apporter. Or, Aichhorn va se décaler et assumer une position radicalement différente : « À vouloir seulement se protéger, la société ne peut considérer la délinquance comme une maladie psychique nécessitant des soins, chemin qu'A. Aichhorn est le premier à emprunter dans une perspective psychanalytique à partir de sa pratique psychopédagogique en institution. »²⁸. Renversant les croyances de son époque, selon lesquelles les actes délinquants sont à punir avec force, il va considérer les conduites asociales comme le symptôme de troubles affectifs liés à l'histoire du délinquant.

En 1918, Aichhorn se voit confier la direction de l'institut de rééducation à Oberhollabrunn, en Autriche. Éducateur expérimenté, il recherche une théorie pour comprendre les processus psychiques qui conduisent ces jeunes à enfreindre les lois et surtout, pour concevoir des méthodes de prise en charge : « C'est en continuant de chercher que j'ai rencontré la psychanalyse, non pour devenir psychanalyste (...) mais pour trouver de l'aide dans la lutte contre la délinquance »²⁹. En 1925, il publie « Jeunesse à l'abandon », son livre principal qui ne sera traduit en France qu'en 1973. Cet ouvrage se présente comme un commentaire psychanalytique de son travail éducatif à l'institut d'Oberhollabrunn, mêlant l'élaboration théorique à l'application clinique des méthodes qui en sont issues.

Dans sa compréhension des actes délinquants, Aichhorn décrit, selon la terminologie freudienne, un premier type de délinquants névrotiques qui commettent des délits car ils ne comprennent pas les normes de la société et ne peuvent donc s'y conformer en raison d'une régression dans leur développement. Ces délinquants ne sont, d'après lui, pas amenés à devenir des criminels. Ce sont les

²⁸ Houssier, F. et Marty F., 2007, p. 39

²⁹ A. Aichhorn, *Lettre au pasteur Pfister*, citée par J. Moll, 1989, p. 107

délinquants qu'il nomme « caractériels » qui présentent ce risque, les délinquants caractériels ne pouvant comprendre les règles de la société en raison d'un arrêt de leur développement. La délinquance trouverait ses origines dans des carences affectives précoces, entravant le développement du sujet et menant à une personnalité qu'Aichhorn décrira comme « narcissique ». L'évolution du Moi vers une acceptation du principe de réalité est bloquée. Le sujet est maintenu dans une position infantile dominée par le principe de plaisir et aliéné par ses pulsions. Le besoin de tendresse reste insatisfait. Le sujet ne peut faire l'expérience d'une aire intermédiaire entre fantasme et réalité, empêchant par là même, l'accès à la symbolisation. Dans cette configuration, la violence exprimée par le sujet envers son environnement serait la manifestation ultime de sa détresse.

À l'origine de ces carences de développement, Aichhorn décrit trois types de constellations familiales ;

La délinquance par excès d'amour se définit par un lien d'attachement entre le fils et la mère de type narcissique, c'est – à – dire répondant surtout aux besoins et aux désirs de la mère. L'enfant réalise qu'il bénéficie d'une place privilégiée, tout en se sentant utilisé. Il apprend alors à se servir lui aussi de la mère, l'utilisant parfois comme un objet. La relation affective mère – fils est caractérisée par les gains narcissiques que chacun peut en retirer. Le père est effacé, voire absent. L'enfant n'est ainsi pas préparé à faire face aux exigences de la réalité et réagit par impulsivité et par rage. Les actes asociaux s'inscrivent dans cette inadéquation à la réalité sociale et dans une recherche de la position de supériorité vécue antérieurement au sein de la relation à la mère. Le sujet se montre incapable de créer des liens.

A l'inverse, la délinquance par excès de sévérité se décrit par des liens empreints de violence au sein de la famille. L'enfant ressent une frustration grandissante et nourrit alors une rage impuissante. Dans l'incapacité de se révolter contre les membres de sa famille, il portera sa révolte au – dehors. Il est alors enragé contre toute forme d'autorité qu'il vit comme injuste. Il reste fixé à un niveau de développement où seule la satisfaction de ses désirs narcissiques lui importe.

Enfin, la délinquance par excès d'amour et de sévérité se définit par une combinaison des deux précédentes catégories. Aimé par la mère d'un amour narcissique, l'enfant se tournera vers le père, qui le traite par un excès de sévérité, entravant son développement.

Malgré la dénomination trompeuse « excès d'amour », nous pouvons dire que chacune de ces constellations représentent une forme de maltraitance. De fait, Aichhorn remarque à propos des jeunes accueillis : « Tous avaient été élevés sans affection et étaient soumis à des sévérités ou à des brutalités

sans limite. Chez aucun de ces enfants, le besoin d'attention et d'affection n'avait été satisfait »³⁰. On retrouve ici, de manière plus appuyée que chez Klein, l'idée de l'importance du rôle de l'environnement dans le développement du sujet délinquant.

Aichhorn affirme ainsi le rôle et l'implication des figures parentales dans le développement des comportements délictueux. On trouve dans ses écrits l'idée fondatrice que l'attachement aux figures parentales joue un rôle primordial dans le développement du sujet.

Les travaux ultérieurs en psychologie de l'enfant vont permettre de poursuivre, développer et affiner la compréhension des comportements délinquants en regard de la relation précoce du sujet à son environnement.

1.1.3. La psychanalyse de l'enfant

Winnicott était pédiatre et psychanalyste d'enfants. Alors qu'à cette époque, les théories psychanalytiques étaient centrées sur le complexe d'Œdipe, sa formation de pédiatre va l'amener à s'intéresser au développement précoce de l'enfant. Il va élaborer une théorisation des relations entre le bébé et son environnement, en étudiant plus particulièrement les conséquences psychiques, du normal au pathologique, des carences primitives.

La délinquance constitue une évolution possible de la tendance antisociale et en constitue la manifestation dans la réalité sociale (Winnicott, 1956b). La tendance antisociale s'enracine dans l'histoire infantile du sujet, puisqu'il établit « une relation entre la tendance antisociale chez les individus et la déprivation affective à la fin de la première année et au cours de la deuxième année. »³¹

Lors de la petite enfance, l'enfant vit dans un état de subjectivité pure. La mère se trouve, elle dans un état de vigilance exceptionnelle, d'hypersensibilité, que Winnicott propose de nommer « la préoccupation maternelle primaire » (1956a). Cet état, que Winnicott rapproche d'un état de « maladie normale », va permettre à la mère de s'identifier aux états internes de son bébé et de s'ajuster, « de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité »³². Elle offre un cadre qui va permettre à l'enfant de se développer et de « vivre en propre des sensations particulières

³⁰ A. Aichhorn, 1925, p. 157

³¹ Winnicott D.W. 1956b, p. 296

³² Winnicott D.W, 1956a, p. 288

à cette période primitive de la vie »³³.

Très tôt, l'enfant est amené à vivre des moments de désintégration déclenchant des angoisses d'effondrement, d'annihilation que Winnicott va nommer les agonies primitives (Winnicott, 1974). Dans ces moments, la mère va contenir les angoisses du nourrisson, en prenant l'enfant dans ses bras, l'enveloppant ainsi de la chaleur de son corps et de sa voix, concourant ainsi à la constitution du sentiment de continuité d'exister.

Peu à peu, sortant de la préoccupation maternelle primaire, la mère introduit un écart entre ses réponses et les besoins de l'enfant qui fait alors l'expérience de la désillusion. Cet écart est nécessaire mais Winnicott souligne combien ce processus est délicat : « Certes, il faut que la mère ne réussisse pas à satisfaire les exigences instinctuelles, mais elle peut réussir totalement à ne « pas laisser tomber l'enfant » ; à pourvoir à ses besoins du moi, jusqu'au moment où l'enfant aura été capable d'introjecter une mère qui soutient le moi, où il sera assez âgé pour maintenir cette introjection malgré les carences de cet ordre dans le milieu présent »³⁴. Trouver cet équilibre est sensible et c'est dans cet ajustement, dans le rythme auquel il va se mettre en place que va venir se loger la question de la déprivation.

Si la désillusion s'accomplit au rythme accordé de l'enfant, alors la désillusion mène au sevrage.

Mais si l'introduction de cet écart ne se fait pas au rythme de l'enfant, si la désillusion est trop rapide, elle va dépasser les capacités de l'enfant. L'image de la mère que l'enfant a créée en lui va s'effacer, disparaître, laissant l'enfant en proie aux angoisses archaïques. Le caractère brutal de la désillusion vient faire rupture dans le sentiment de continuité d'être de l'enfant. Ainsi, la tendance antisociale s'origine dans « une bonne expérience primitive qui a été perdue »³⁵.

Le fait de percevoir que la cause de la déprivation est externe entraîne « la distorsion de la personnalité et le besoin de rechercher un remède dans les dispositions nouvelles que l'environnement peut lui offrir »³⁶. C'est en ce sens que Winnicott considère que la tendance antisociale constitue un espoir : elle est un appel à cet environnement premier qui a répondu par le passé. Il va rechercher cette réponse dans un cadre toujours plus vaste, dont le premier exemple, nous rappelle Winnicott, est celui des bras de la mère : « le corps de la mère, les bras de la mère, la relation parentale, la maison, la famille y compris les cousins et les proches, l'école, la localité avec ses postes de police, le pays avec ses lois. »³⁷. Cette énumération n'est pas sans nous rappeler la manière dont nos patients ont pu retracer

³³ Op cité, p. 289

³⁴ Winnicott D.W., 1956a, p. 298

³⁵ Winnicott D.W., 1956b, p. 300

³⁶ Op cité, p. 301

³⁷ Op cité, p. 297

l'évolution de leur délinquance, des bêtises de l'enfant, aux infractions au règlement scolaire, aux actes délinquants.

Les manifestations antisociales sont donc des appels à l'aide qui ne peuvent se formuler autrement que par les actes.

Nous retrouvons dans ses théories princeps, les bases de notre fil directeur. Initié par M. Klein, affirmé par A. Aichhorn, Winnicott vient développer l'importance de l'environnement dans l'apparition de la tendance antisociale, et donc potentiellement de son évolution vers la délinquance. Par ses actes antisociaux, « le patient oblige quelqu'un, par des pulsions inconscientes, à le prendre en main »³⁸.

Les travaux ultérieurs sont développés sur les bases posées par Winnicott, notamment autour de la construction et de l'organisation de la subjectivité. Or, il est admis aujourd'hui que « les différents facteurs qui concourent à donner sa forme particulière à l'évolution de la subjectivité sont tous médiatisés par la place et le sens qu'ils prennent au sein de la relation intersubjective de base à partir de laquelle la subjectivité prend forme. »³⁹

Nous proposons donc maintenant d'interroger la dynamique à l'origine des actes antisociaux en regard de la dialectique subjectivité / intersubjectivité.

1.2. Compréhension de la délinquance au regard des théories nouvelles autour de la subjectivité : l'intersubjectivité

Le concept de l'intersubjectivité renvoie à différents courants théoriques, au sein de la psychanalyse ou en dehors de la psychanalyse.

Nous nous référons dans ce travail aux échanges entre B. Golse et R. Roussillon (2010) présentés en discussion dans l'ouvrage « la naissance de l'objet ». Ces auteurs proposent d'utiliser le concept d'intersubjectivité pour « penser la question de la rencontre d'un sujet, animé de pulsions et d'une vie psychique inconsciente, avec un objet, qui est aussi un autre – sujet, et qui lui aussi est animé par une vie pulsionnelle dont une partie est inconsciente. »⁴⁰. Dans cette perspective, rappelle B. Golse, l'accès

³⁸ Op cité, p. 295

³⁹ R. Roussillon et A. Ciccone, 2007, p. 48

⁴⁰ B. Golse et R. Roussillon, 2010, p. 94

à l'intersubjectivité se veut dynamique et interactive. Il rappelle que dans la relation primaire entre le sujet et l'objet, l'objet est aussi un « autre sujet » (A. Green, 2007) et que « ce sont les réponses de l'objet aux messages interpersonnels du bébé qui permettront à celui – ci de se constituer en sujet, et de s'approprier, c'est – à- dire de subjectiver, sa dynamique intersubjective en l'intrapsychisant, en quelque sorte, dans un second temps »⁴¹.

Dans cette dynamique, la question de l'adéquation entre les désirs et les attentes de l'environnement et le rythme et le développement spécifique du bébé est ici essentielle. Dans l'organisation de la subjectivité, chacune des étapes nécessite que l'environnement fournisse les éléments dont le bébé a besoin pour les organiser. Ces éléments, le bébé les préconçoit, les attend en quelque sorte, de la part de l'environnement. Si le bébé trouve ce qu'il attend, ou si ce qu'il trouve ne s'en écarte pas au – delà de ce qu'il peut supporter, alors il sera en mesure de les intégrer et de s'approprier ses potentiels. Si le bébé ne trouve pas ce qu'il attend, ou si ce qu'il trouve se présente avec un écart trop important avec ce qu'il attend, alors, le bébé devra s'adapter dans une telle mesure que cette adaptation se fera au détriment de son propre développement, ouvrant la voie à une évolution vers une forme de psychopathologie. Reprenons plus en détail les premières étapes de l'organisation de la subjectivité.

1.2.1. Le narcissisme primaire

Les soins maternels

Dans les premiers temps de sa vie, le bébé vit dans un état de dépendance objective : il ne peut subvenir seul à ses besoins, tout comme il ne peut gérer seul ses tensions internes. En conséquence, il vit dans un état de dépendance totale à son environnement, en particulier à l'objet primaire, la mère. Chez la mère se développe en parallèle un état particulier, la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956) qui va lui permettre, par l'état de sensibilité exacerbé qui le caractérise, de s'adapter, au plus près des états internes de son bébé.

Dans ces différents travaux, Winnicott insiste sur la qualité des soins primaires et l'impact psychique de ceux – ci. Les soins corporels sont nécessaires à l'autoconservation du bébé, à sa survie physique, mais ils jouent également un rôle d'importance dans la constitution des premières formes de la subjectivité. La manière dont la mère porte son bébé, le *holding* (Winnicott, 1967) joue une fonction

⁴¹ Op cité, p. 118

de contenance par laquelle le bébé va pouvoir se sentir rassemblé, unifié, lors de cette phase particulière de son développement où ses états internes ne le lui permettent pas. La manière dont la mère va manipuler son bébé lors des soins, le *handling* (Winnicott, 1967), dans leur adéquation aux besoins propres du bébé va assurer une fonction « personnalisante » : le bébé va pouvoir commencer à se sentir comme une personne. Enfin, la mère va peu à peu introduire d'autres objets de son environnement dans son lien au bébé, l'*object presenting*, « de telle sorte que son expérience légitime d'omnipotence ne s'en trouve pas violée pour autant »⁴². Le bébé est alors capable d'utiliser l'objet, avec le sentiment que cet objet est un objet subjectif, c'est – à – dire qu'il a lui – même créé.

Dans cette relation primaire, l'environnement fonctionne donc comme « une espèce de miroir, qui renvoie à l'enfant une image de lui, avec laquelle il va devoir se construire »⁴³.

Si cette relation première se met en place de façon suffisamment bonne, alors le lien se construira sur une modalité d'attachement « sécurisé » (Bowlby, 1969). La clinique confronte à différentes situations, dans lesquelles les bébés ne présentent pas cette modalité d'attachement. Ils présentent au contraire des réactions hostiles, d'évitement ou de rejet de leur mère. Certains se désorganisent complètement. Ces observations illustrent comment la modalité d'attachement se construit en lien avec les conditions de cette relation intersubjective que constitue la relation primaire.

Formes de la relation première

Winnicott (1975) propose le premier que l'environnement joue une fonction miroir quand il nous dit que « le bébé regarde le visage de sa mère et c'est lui qu'il voit »⁴⁴. A. Ciccone étend cette affirmation à tout ce que fait la mère : « non seulement son visage donc, mais aussi, tout son corps et son comportement fonctionnent comme un miroir pour l'enfant »⁴⁵. C'est dans cet élément que l'on retrouve l'essence même du terme « narcissisme » : l'enfant se voit dans l'autre, il se « sent » dans l'objet.

En appui sur les nombreuses recherches en neurosciences, on ne conçoit plus aujourd'hui d'état « anobjectal » dans le développement du bébé, qui correspondrait à une indifférenciation totale entre

⁴² D.W. Winnicott, 1967, p. 204

⁴³ A. Ciccone, 2007, p. 61

⁴⁴ D.W. Winnicott, 1975, p. 205

⁴⁵ Op cité, p. 74

le bébé et sa mère.

On sait que le bébé n'entre pas en relation de la même manière avec les objets inanimés ou les objets animés. De même, il est capable de reconnaître sa mère, et donc de la différencier des autres humains, très tôt. Le bébé perçoit donc très tôt sa mère comme un objet extérieur, mais la manière dont il la conçoit va évoluer peu à peu, sur la base de préconceptions et en fonction de son état de développement.

Dans cette conception (R. Roussillon, 2004) l'objet est donc vécu à la fois comme un miroir et comme un autre, un autre partiellement différencié, « avec qui la question de la construction d'un lien, d'une rencontre se pose, mais aussi d'un autre dans lequel il va avoir à se connaître, c'est-à-dire, peut-être plus encore que d'un miroir, d'un double de lui – même »⁴⁶.

Si la dépendance première est objective, la manière dont elle va être tolérée, appréhendée, vécue subjectivement par le bébé va dépendre étroitement de la manière dont ce lien primordial va se construire, en particulier la qualité du plaisir vécu et ressenti dans ce lien.

R. Roussillon (2004) formule l'hypothèse que cette relation primaire se construit dans une modalité qu'il nomme « homosexualité en double », selon laquelle « l'autre primordial soit rencontré d'abord comme un semblable, en ce qu'il est semblable mais aussi en ce qu'il se veut semblable, en ce qu'il se fait semblable à soi, en ce qu'il accepte de devenir semblable, qu'il accepte de réfléchir et de partager les mêmes états d'être, les mêmes états d'âme »⁴⁷. En effet, la spécificité du lien primaire se trouve dans le fait que l'objet accepte de jouer cette fonction miroir primaire.

Ce qui se joue dans la relation primaire va constituer le fond de toute relation et rester actif tout au long de la vie. La relation à l'autre semblable, la perception que l'autre est au moins en partie un même que soi, le plaisir de percevoir chez l'autre cette similitude, cette identification primordiale est au fondement du lien social et des relations sociales. Ce processus s'établit à deux niveaux qui bien que différents sont intimement intriqués l'un à l'autre : le partage esthétique et l'accordage affectif.

Le partage esthétique constitue le premier niveau de l'investissement libidinal du corps du bébé. Il se joue dans le ballet de la rencontre, dans l'ajustement mimo – gesto – postural réciproque entre le bébé et sa mère. Dans cette chorégraphie corporelle, se communique et se transmet un ensemble de sensations, partagées et régulées. L'investissement du corps et de ces sensations corporelles passe par

⁴⁶ Op cité, p. 75

⁴⁷ R. Roussillon, 2004, p. 425

l'investissement du reflet que l'objet lui en communique en retour, par l'intermédiaire de son ajustement même. Cet ajustement se fait inconsciemment, de manière amodale et réciproque : chacun s'ajuste à l'autre mais la mère et le bébé ne disposant pas des mêmes capacités psychiques, il ne pourra se faire de manière symétrique et se fera plutôt par correspondance modale. Ainsi, l'autre se constitue comme un miroir mais un miroir qui s'ajuste. Les termes utilisés et repris sciemment ici de « ballet » et de « chorégraphie » témoignent de l'harmonie, du plaisir partagé dans cet échange.

Ainsi, l'investissement du corps propre et de son fonctionnement se fait par l'intermédiaire de l'investissement de l'objet, il se construit en fonction de l'ajustement du miroir que l'objet lui propose. L'échec de cette chorégraphie corporelle première constitue les failles narcissiques à partir desquelles les pathologies psychosomatiques, psychotiques ou narcissiques s'établiront.

Le partage affectif constitue le deuxième niveau de ce processus.

Le partage esthétique constitue le fond sur lequel va pouvoir s'établir l'accordage émotionnel (D. Stern, 1985). L'investissement des perceptions issues du corps propre va produire des sensations et des états affectifs premiers, qui préfigurent les futurs états émotionnels du bébé. L'émotion va se composer selon un continuum de la sensation à l'émotion. Le partage émotionnel va se mettre en place dans la relation du bébé à l'objet primaire, avec une correspondance en double mais avec une possibilité d'écart dans les modalités de réponse de l'objet, permettant d'éviter la confusion entre les deux partenaires de cette relation, accordée. La chorégraphie émotionnelle ne prend donc pas la forme d'une fusion, mais plutôt celle d'un mouvement fait de rapprochements, de rencontres et d'éloignements possibles

De plus, D. Stern observe avec une certaine fréquence, des interactions au sein desquelles la mère va moduler l'intensité émotionnelle de sa réponse, si elle trouve la réaction du bébé disproportionnée à la situation. Cette forme d'ajustement revient à commencer à transmettre au bébé la différence n'être un affect passionnel, intense, adaptée à certaines conditions bien particulières et un affect signal qui représente l'affect. Ainsi commence à se transmettre la différence entre la chose en soi et sa représentation.

L'accordage esthétique se prolonge donc en accordage émotionnel. La relation en double va continuer de s'établir, jusqu'à ce que l'objet puisse être conçu comme différent de sa représentation interne.

Le premier lien est donc un lien avec un double, un autre soi – même, une forme de lien narcissique. Le bébé va, en conséquence, « interpréter subjectivement ce qui se passe comme si tout provenait de

lui »⁴⁸. Cette étape est nommée « narcissisme primaire ». C'est sur ce fond que devient possible le « trouvé créé ».

Le trouvé créé

Sur la base de ce lien, face aux états de tension internes qui l'assaillent, le bébé dispose d'une part de préconceptions de ce dont il a besoin, mais aussi d'enregistrement d'expériences de satisfaction, d'apaisement, passées. En cas de poussée de tensions internes, le bébé va investir ses traces mnésiques, ainsi que les préconceptions, engageant un processus de type hallucinatoire (Freud, 1895). Le bébé va « halluciner » l'objet de satisfaction, il va le « créer » d'une certaine façon. Si la mère est suffisamment ajustée, elle va lui apporter une réponse adaptée. L'enfant trouve dans l'environnement ce qu'il crée dans son monde interne dans une coïncidence entre l'hallucination interne et la perception externe qui va lui permettre de vivre l'illusion de l'auto-satisfaction. Cette formation mixte entre la perception et l'hallucination est nommée « trouvé – créé » par Winnicott (1975). Cette expérience est facilitatrice de l'appropriation subjective de l'expérience.

Winnicott souligne qu'à cette étape de son développement, le bébé est dans une forme d'investissement qu'il nomme « impitoyable » car il se trouve sans préoccupation pour l'objet, il fait confiance à son environnement pour s'adapter à ses besoins, pour lui apporter la satisfaction qu'il exige. L'objet va alors estomper son propre narcissisme, pour étayer les besoins du bébé correspondant à son développement psychoaffectif.

Le « trouvé-créé » est un préalable aux processus de différenciation. En effet, l'enjeu de cette période est paradoxal : le bébé doit construire un lien avec la mère, investir ce lien nécessaire à sa survie et dans le même temps, commencer à accepter et représenter progressivement la différenciation avec elle. Il va devoir « s'attacher à la mère mais sans se confondre avec elle »⁴⁹. On peut penser ici à D. Anzieu (1974), et l'importance de la formation de la « peau commune » dont la qualité conditionne les décollements futurs et évite que la séparation ne produise des vécus d'arrachement. La clinique de Dorian témoigne de la vivacité de ces vécus liés à la création, ou non, de cette peau – commune et des modalités de décollements possibles ;

⁴⁸ A. Ciccone, 2007, p. 58

⁴⁹ R. Roussillon et A. Ciccone, 2007, p. 53

Dorian est un jeune détenu du centre de détention. Il est né en République Démocratique du Congo, au début des années 90. Sa mère est d'abord venue en France, laissant ses enfants en Afrique, aux soins d'une « tante ». Ce n'est que 5 ans plus tard que la maman, régularisée en France, fera venir ses enfants. Je l'interroge sur la manière dont cette séparation a pu être parlée, mais Dorian affirme : « il n'y a rien à dire. Elle a fait comme elle a pu. En vrai, elle m'a sauvé la vie, elle m'a sorti de là-bas. Je peux rien lui reprocher ». À l'adolescence pourtant, apparaît la colère et avec elle, la délinquance, avec des actes d'une grande violence, qui l'amèneront en détention. Dorian participe au groupe « dessin », de prise en charge des auteurs de violence. Chaque fin de séance est difficile pour Dorian, qui s'agite psychiquement et physiquement. Un jour, l'agitation est telle qu'il faut le faire sortir et je le raccompagne en cellule. Au cours de ces quelques minutes, Dorian pourra dire : « toute fin est une séparation et toute séparation est un déchirement ».

Mais, si le bébé a l'impression d'être à l'origine de ses expériences de satisfaction, il est juste de penser qu'il a également l'impression d'être à l'origine de ses expériences d'insatisfaction, de déplaisir : c'est l'« illusion négative » dont nous parle R. Roussillon (2009). Elle sollicite les processus issus de la destructivité, les mouvements évacuateurs, ceux qui engendrent évitement et rejet et que Freud classe dans la pulsion de mort. Si l'illusion négative dure trop longtemps, elle va dégénérer en expériences agonistiques, lutte ultime pour la survie psychique. Les expériences agonistiques peuvent affecter tous les secteurs de la vie psychique mais se manifestent surtout à travers les sensations : vécu de chute, engloutissement, dissolution, liquéfaction, fragmentation...

L'évolution du narcissisme primaire dépend précisément de ces expériences d'illusion positive et négative. Si le bébé fait plus souvent l'expérience d'illusions positives, le principe de plaisir va s'instaurer et les processus intégrateurs vont se renforcer. Le processus de maturation va se poursuivre. L'espoir prime chez le sujet.

Si, au contraire, les expériences d'illusion négative sont plus nombreuses, alors le principe de plaisir ne pourra que difficilement s'instaurer. La contrainte de répétition va dominer la vie psychique. L'intégration des expériences subjectives ne sera pas aisée. C'est alors le désespoir qui prime chez le sujet, et avec lui « les logiques du désespoir » (A. Green, 1990).

Le narcissisme primaire représente une première forme de subjectivité, une forme paradoxale dans laquelle le sujet est un sujet « potentiel », en devenir. Le sujet ne pourra être reconnu comme tel, et se reconnaître comme tel, que s'il se rassemble, et s'il est reconnu comme tel par l'objet, l'autre « double » de soi. Cela nécessite de quitter progressivement le narcissisme primaire.

1.2.2. *La destructivité et la survivance de l'objet*

Dans le narcissisme primaire, l'objet est perçu mais il n'est pas conçu, représenté et vécu comme un autre sujet. Pour cela, il faut que le sujet traverse les expériences qui lui permettront de rencontrer l'objet comme tel et sorte du narcissisme primaire.

La première étape de cette sortie du narcissisme primaire a été décrite par Winnicott, à travers la notion de destructivité (Winnicott, 1969) et prolongé par R. Roussillon à travers la question de la survivance de l'objet (R. Roussillon, 2018). Elle va déconstruire l'illusion narcissique première et rendre possible une première conception de l'objet.

Peu à peu, la mère va sortir de l'état de préoccupation maternelle primaire et amorcer un processus de désadaptation progressive. Cela implique qu'elle va introduire des écarts dans ses réponses, avec un temps de réponse plus long, ou un ajustement moins « sur mesure ». Le bébé va réagir à ces écarts adaptatifs : « Il réagit à ce qu'il perçoit, à travers eux, de l'évolution subjective de sa mère, avec des affects de rage d'impuissance en particulier, dans lesquels il a l'impression d'avoir détruit sa capacité à obtenir satisfaction. »⁵⁰ Pour le dire autrement : l'altérité de la mère se manifeste de manière plus appuyée. La désillusion vécue par le bébé entraîne l'impression d'avoir « perdu – détruit » sa capacité à la satisfaction et déclenche la destructivité du bébé.

Ce qui importe alors, c'est la réponse de la mère à la rage du bébé et à ses affects destructeurs. Ces réactions sont déterminées par la manière dont la mère va vivre, interpréter, la rage de son bébé et ses manifestations destructrices, que ce soit consciemment ou non. L'objet est détruit, il doit survivre. Winnicott donne peu d'indications sur ce qu'il entend par « survivre », si ce n'est en définissant ce que ce n'est pas : survivre, c'est ne pas appliquer de rétorsion, ce n'est pas non plus se retirer du lien. R. Roussillon va développer ses notions de survivance et de non – survivance de l'objet (R. Roussillon, 2018).

Si la mère a la capacité de renouer le lien avec son bébé alors, le bébé retrouve l'objet antérieur. L'objet a survécu. L'objet, détruit dans la subjectivité, est retrouvé dans la perception. La réponse de la mère doit être suffisamment semblable mais elle ne doit pas être identique, sans quoi, elle nierait le vécu subjectif de la destruction. L'objet doit se montrer atteint par la destructivité, attestant de la réalité

⁵⁰ Op cité, p. 110

psychique de celle – ci. L'objet est alors découvert comme indépendant du bébé, comme sujet – autre, avec ses propres désirs et hors de l'omnipotence du bébé.

Le bébé sort du narcissisme primaire, dans lequel il est la source et l'agent de sa satisfaction. Il peut commencer à établir une différence entre l'objet et le fantasme, celui qu'il a eu l'illusion de détruire, qu'il a détruit dans son fantasme et celui de la réalité externe. La topique psychique commence à s'organiser, à différencier la réalité interne, celle dans laquelle la destruction omnipotente de l'objet peut avoir lieu et la réalité externe, celle dans laquelle il n'est pas détruit et « survit ».

Jusqu'alors, le bébé s'attribue la satisfaction mais la découverte de l'objet le conduit à modifier cette attribution : elle apparaît désormais comme apportée par l'objet. L'objet est donc idéalisé comme source de tout bien mais aussi, haï car source de dépendance.

Le sentiment de dépendance ressenti vis – à – vis de l'objet s'oppose au sentiment d'omnipotence du bébé. Cette étape nécessaire comporte de la violence : celle des fantasmes (celui d'attaquer l'objet qui manque par exemple) et celle du ressenti. Ce ressenti, d'être soumis à l'objet, d'être passivé, provoque le retournement en son contraire : celui d'agir la violence dont le sujet se sent victime à l'intérieur. Cette violence sera le modèle de toute violence⁵¹.

L'identification au pare – excitation de la mère et à sa capacité de rêverie constitue une des modalités primitives de transformation de la destructivité du bébé.

Mais, si dans la réponse de la mère, le bébé ne retrouve pas l'objet antérieur, alors c'est que ce dernier a été détruit. Il fait l'expérience que c'est sa destructivité qui a détruit l'objet. Le sujet est alors plongé dans un état de « dépression narcissique primaire » (Roussillon, 2018). L'affect ressenti est celui d'une souffrance psychique intense, celle de ce qui a eu lieu, la destruction avérée, mais surtout celle de ce qui n'a pas eu lieu. La destruction de l'objet crée une impasse subjective, sans issue acceptable : le sujet doit soit renoncer à l'objet, soit renoncer à sa destructivité pour survivre. L'intégration subjective est en échec. Mais si l'objet ne survit pas, le sujet non plus : « il n'est pas produit ou approfondi par l'expérience en cours d'éprouvé »⁵². Il se retire alors de la scène, il est « hors de lui », de son expérience subjective qui reste alors une expérience « subjective » sans sujet, une expérience du ça, une expérience de confusion psychique.

À partir de ce noyau, se déclinent plusieurs manifestations cliniques, en fonction de la manière dont l'objet n'a pas survécu à la destructivité du sujet ;

⁵¹ F. Houssier, 2009, p. 16

⁵² R. Roussillon, 2018, p. 226

Lorsque la réponse de l'objet prend la forme d'une « rétalation » (J-P Pinel, 2016), d'une violence extrême, la destructivité ne trouve pas de butée, et elle fait - amplifiée par la réponse de l'objet - retour sur le sujet. Il y a alors confusion sur l'origine de cette destructivité, produisant un affect de terreur duquel découle soit un état de sidération chez le sujet, soit une violence aveugle (R. Roussillon, 2019). *Nassim* : « *ma violence, c'est l'arme nucléaire. Elle détruit tout : tout ce qu'il y a autour de moi et moi* ».

Si au contraire, l'objet se retire de la scène, s'il est indisponible, inatteignable, le sujet vit l'expérience de la mort de l'objet, ou du moins celle de sa disparition. Ce « lâchage » (J-P Pinel, 2016) peut prendre différentes formes, comme celle de la « mère morte » (A. Green, 1993). La destructivité est dépotentialisée et devient la source d'une culpabilité primaire (R. Roussillon, 2019). Le sujet peut alors développer un refus ou une attaque des liens.

Kévin : « *je veux voir personne, je veux pas d'être humain autour de moi* ».

R. Roussillon ajoute comme réponse possible de l'environnement, celle d'une réponse sans créativité. Le risque est celui d'une perte de sens. L'expérience subjective est dépersonnalisée, désubjectivée et donc inintégréable pour la psyché. Le sujet est envahi par un désespoir radical.

Jean – Marc : « *y a rien à faire, à l'intérieur de moi, c'est tout mort* ».

J-P Pinel (2016), ajoute pour sa part, une réponse sous forme « d'incestualité ». Les réponses de l'environnement se font avec une alternance entre des réponses d'extrême violence et des réponses incestuelles. La pénétration intrusive de l'objet entrave alors toute possibilité de différenciation subjective.

On perçoit facilement dans ses déclinaisons de la non – survivance de l'objet l'importance qu'une telle expérience dans le rapport que le sujet va entretenir avec sa violence ou son agressivité. Si cette violence est vécue comme n'étant pas trop menaçante, le sujet va pouvoir la ressentir, la vivre, sans crainte de conséquences irréparables. La violence est alors mise au service de l'affirmation de soi, et pourra être utilisée pour approfondir la différence entre soi et l'autre. Mais si, au contraire, la violence est vécue menaçant le lien à l'objet, alors elle sera vécue comme destructrice, négative et son expression sera inhibée, ou retournée contre le sujet. Elle affecte l'organisation narcissique du sujet.

Toutes ces formes de la non – survivance de l'objet sont traumatiques et d'une certaine manière source de désorganisation de la psyché. Le sujet se retrouve alors confronté à la contrainte de répétition (Freud, 1920), l'expérience se répétant au plus près de sa forme originelle, avec un minimum de transformation. Elle fait sans cesse retour, visant l'intégration alors même que la désorganisation qu'elle opère vient complexifier les possibilités de cette intégration.

Dès lors, le sujet s'organise contre l'espoir car tout espoir lui fait courir de nouveau le risque de la dépression narcissique primaire et des vécus agonistiques qui l'accompagne. Nous exposerons dans la partie clinique comment la rencontre avec les patients violents incarcérés nous a directement confronté à cette question de l'espoir et du désespoir.

Il peut être important ici de rappeler les spécificités des expériences primitives. Elles sont vécues à un âge précoce, auquel la subjectivité du bébé n'est pas constituée. Le bébé traverse donc les différentes expériences primitives, sans lien les unes avec les autres, non par effet de clivage mais bien par l'absence d'intégration.

Les expériences primitives sont liées au corps, aux sensations et aux mouvements qui les accompagnent. Elles sont soumises au principe de plaisir. Elles sont également vécues hors du temps, ou en tout cas, hors chronologie. Elles sont vécues comme sans commencement et sans fin, particulièrement lorsqu'elles sont chargées de déplaisir.

Elles ne peuvent donc pas se constituer en souvenirs déclaratifs, elles ne peuvent pas être remémorées par le sujet. C'est un élément fondamental de notre clinique, au regard duquel nous avons mis en place des groupes à médiation « conte » comme nous le verrons par la suite ;

Dans ses écrits J. McDougall (1989, 1992) s'appuie sur sa riche expérience analytique pour proposer une compréhension de l'économie psychique à l'œuvre dans les symptômes de l'agir, parmi lesquels elle classe les symptômes psychosomatiques et les symptômes addictifs. Elle décrit chez ses patients, une économie psychique qu'elle nomme « désaffectée ». Elle choisit ce terme pour sa polysémie : « désaffecté » comme l'affection qui est retirée mais aussi et surtout « désaffecté » pour le lieu qui a perdu son utilité première, qui dégage une part d'étrangeté bien que conservant une part de cette utilité antérieure. Elle décrit donc un discours dans lequel « les mots n'ont plus leur destination première, leur fonction de liaison pulsionnelle (...) un discours totalement dépourvu d'affect »⁵³. Si le terme renvoie à un discours, il renvoie à l'économie psychique tout entière lorsqu'il devient le mode privilégié de fonctionnement.

Dans cette économie particulière, l'angoisse mais aussi toute la gamme affective ne sert plus de signal : elle ne permet plus au sujet de communiquer avec lui – même. L'auteur utilise ici une métaphore qui nous semble particulièrement parlante au regard de notre clinique : celle d'une prison lugubre au sein de laquelle le sujet est certes enfermé mais qui lui permet de survivre. Le fait de n'éprouver aucun affect devient la condition de la survie psychique du sujet.

⁵³ J. McDougall, 1989, p. 122

Pour J. McDougall, ces patients ont fait l'expérience « d'émotions intenses qui menaçaient leur sentiment d'intégrité et d'identité »⁵⁴ et cette expérience a nécessité la mise en place d'un système défensif extrêmement puissant afin d'empêcher le retour de ce vécu traumatique qui menace le sujet d'anéantissement. Elle reprend la théorie freudienne sur les destins de l'affect et ajoute, outre la conversion, le déplacement et la transformation, un quatrième destin : l'affect est éjecté hors de la psyché, la laissant en état de privation. L'affect peut être dispersé immédiatement, sous forme d'action, cette dernière devenant une défense contre la douleur mentale. McDougall nous rappelle que l'affect est purement psychosomatique : il n'est ni purement psychique, ni purement physique. Dès lors, le fait d'éjecter la partie psychique d'un affect permet à la partie physique, physiologique, de s'exprimer pleinement comme lors de la prime enfance, ce qui conduit à sa resomatisation : « le signal de la psyché se réduit à un message d'action non verbal »⁵⁵.

En recherche sur l'origine de cette construction, l'auteur relève plusieurs éléments dans le discours de ses patients. Dans leurs remémorations, apparaît un discours parental qui prône l'absence d'émotion. Nous relevons ici que nous retrouvons cet élément chez nombre de patients, qui nous répéteront des propos – le plus souvent paternels mais parfois aussi maternels – tels que : « ça ne sert à rien de pleurer » ou la réponse : « c'est rien » face à leurs manifestations émotionnelles.

Au-delà de ces éléments, l'auteur reconnaît qu'elle ne peut que formuler des hypothèses sur ce qui a pu se jouer dans la relation précoce de ses patients, alors bébés, et de leurs mères. J. McDougall revient sur la constitution du corps physique comme un corps psychologique, c'est – à – dire un corps nommable, unifié et érogène.

Dès l'origine, il y a des messages entre la psyché et le soma ; le soma impose à la psyché de réceptionner les messages concernant les états du corps, les besoins (la faim, l'inconfort, le froid...) et d'en demander satisfaction. La psyché, pour sa part, adresse au corps les messages issus de conflits pour lesquels elle n'a pas trouvé de solution. C'est alors au soma de répondre à ce message affectif. Les besoins physiques et les besoins psychiques ne sont pas encore dissociés. L'auteur recourt ici aux propositions de P. Aulagnier (1975) dans son ouvrage : « la violence de l'interprétation », qui ajoute que dans ces échanges entre psyché et soma, qui se déroulent en circuit fermé lors de la prime enfance, apparaît peu à peu un destinataire potentiel. Ce destinataire est la mère dans ses fonctions primaires et notamment celles d'apaiser – ou non – la souffrance psychique et physique de son nourrisson. C'est ici que J. McDougall loge l'origine de la désaffectation. Elle esquisse les contours d'une relation paradoxale, la mère étant alors vécue comme incapable d'interpréter les signaux émotionnels de son

⁵⁴ Op cité, p. 122

⁵⁵ J. McDougall, 1989, p. 122

bébé. L'éprouvé psychique et l'éprouvé somatique peuvent alors demeurer confondus toute la vie.

Pour J. McDougall, ces symptômes psychosomatiques ont donc vocation à communiquer à l'environnement et suppose la présence d'un autre, apte à capter le message, à le décoder : « Ainsi pouvons – nous dire que les symptômes psychosomatiques sont donc une forme primitive de communication, une langue archaïque, décodée en premier lieu par la mère de la petite enfance »⁵⁶. D'une manière plus générale, les solutions par l'agir renvoient donc pour l'auteure à une faille dans la symbolisation, à la place de laquelle on retrouvera des « actes symptômes ». J. McDougall liste alors les addictions, la sexualité compulsive et nous ajouterions volontiers les actes de violence de nos patients. J. McDougall utilise l'expression : « le corps devient un champ de bataille », décrivant ainsi les troubles psychosomatiques qui le prennent d'assaut. Cette expression nous renvoie pour notre part, dans notre clinique à l'expression de Nassim décrivant les multiples agressions très violentes dont il est l'auteur : « des coups de pieds, de tête, de poings...mes armes, c'est mon corps et mon corps, c'est un couteau – suisse ». Dans ces pathologies, le corps est le lieu d'expression de ce chaos, de « cette souffrance sous sa forme la plus anarchique » (McDougall, 1992).

Ainsi, les expériences primitives sont-elles communiquées à un destinataire, la mère dans ses fonctions primaires. L'objet de cette communication primitive rassemble les besoins physiques et psychiques du bébé.

M. Dornes est un psychanalyste, psychologue praticien et enseignant spécialiste de l'enfant. Dans son ouvrage « Psychanalyse et psychologie du premier âge », il remet en discussion les fondements épistémologiques en psychologie de l'enfant.

En premier lieu, il reprend cet état de détresse du nourrisson. Si le postulat, partagé à l'époque, que le nourrisson arrive au monde sans secours, ce qui le rend dépendant d'un soutien durable pour sa survie. En appui sur de nombreuses recherches en psychologie du développement, il affirme, au contraire, que le nourrisson est un être compétent, dans le sens où « il déploie des capacités sur la base d'une relation à des personnes de référence primaires »⁵⁷.

Il interroge la communication précoce, en partie innée, un « dialogue de base ». Dans l'introduction de son ouvrage, J. Laplanche souligne l'intérêt de cette optique, amenant à préférer au concept de « se représenter », qui apparaît alors comme purement réflexif, le concept de « ce qui est représenté à l'autre ou pour l'autre, au sein d'une communication »⁵⁸.

⁵⁶ J. McDougall, 1992, p. 74

⁵⁷ M. Dornes, 2002, p. 44

⁵⁸ Op cité p. 9

M. Dornes développe une théorie en trois stades de l'édification du monde psychique interne. Les premières formes sont celles de schémas sensori – moteurs affectifs qui, vers l'âge d'un an, sont transformées par la pensée en images. Ces images, d'abord statiques, deviennent peu à peu plus flexibles et librement évocables. Elles peuvent alors se combiner en séquences d'images et c'est à ce moment que commence l'activité du fantasme. Enfin, l'encodage linguistique apparaît avec le langage, permettant la pensée conceptuelle. Ainsi, il décrit une évolution de la sensation au mot, en passant par l'image.

Notre intérêt se porte particulièrement sur la suite de sa théorie. Sur ces bases que nous venons d'exposer, M. Dornes esquisse une théorie de l'intersubjectivité, en appui sur les travaux de D. Stern sur le « soi intersubjectif » (Stern, 1985).

L'homme est pour lui le seul être vivant qui, au – delà de la satisfaction de ses besoins, aspire à leur reconnaissance. L'enjeu de cette reconnaissance vient se loger dans la communication entre le bébé et sa mère. M. Dornes fournit deux exemples de communication : celui des vocalises et celui du repas. Dans l'exemple des vocalises entre la mère et son bébé, Dornes affirme qu'outre la notion de jeu, le nourrisson « veut que sa mère voie son plaisir et qu'elle connaisse et reconnaisse cet état/affect »⁵⁹. Dans l'exemple du repas, emprunté à J. Hoffman (1993), au – delà de la satisfaction du besoin primaire – la faim – Dornes perçoit dans l'échange le besoin du nourrisson que la mère reconnaisse comme légitime son besoin et la façon dont il l'exprime. À travers ces exemples, ce que M. Dornes cherche à mettre en évidence, c'est, de surcroît à la satisfaction des besoins pulsionnels, l'existence d'un besoin de « reconnaissance de la personne ». Il rapproche ce besoin des notions d' « amour primaire » (Balint, 1968), de « soi grandiose » (Kohut, 1971) et qu'il met en lien avec la notion de faux – self (Winnicott, 1960).

Ce besoin de reconnaissance, qui apparaît dès l'âge de 9 mois, évolue peu à peu vers un besoin de partage des états émotionnels et cognitifs. Le refus de cette reconnaissance, s'il était chronique, pourrait avoir des effets aussi graves sur le développement psychique que la non – satisfaction des besoins pulsionnels. Il existerait donc un besoin de reconnaissance des besoins et surtout, un besoin de partage des états mentaux.

C. Parat a développé cette notion de partage de l'affect dans son livre du même titre (C. Parat, 1995). Elle vise à montrer l'importance de l'affect, en tant que « trame vivante où se tissent les liens qui édifient la vie psychique »⁶⁰.

⁵⁹ Op cité, p. 130

⁶⁰ C. Parat, 1995, p. 349

Elle expose principalement sa pratique d'analyse auprès de certains patients, qu'elle décrit comme caractériels. Elle relève dans ses analyses, la mobilisation d'affects qui diffèrent de ceux habituellement en jeu dans la relation transféro – contro – transférentielle et qu'elle décrit comme : « beaucoup plus difficiles à caractériser sur le mode verbal, ténus et violents, transmis en identification, à l'insu du conscient de l'un et de l'autre ».⁶¹ Elle axe alors l'analyse sur un accompagnement narcissique, qui permet une identification profonde au patient, tout en maintenant la neutralité du cadre. Alors, peut se mettre en place « (...) une relation interhumaine qui s'établit directement et régressivement sur un mode préverbal, antéverbal, où l'affect de l'un entre en résonance avec l'affect de l'autre »⁶². Ce partage d'affect constitue pour C. Parat une voie, peut – être la seule possible, vers la mobilisation des éléments du refoulé primaire. Elle ne préconise pas la proposition d'interprétation, mais plutôt, des interventions, venant attester de la présence de l'analyste, de son écoute, de sa réceptivité : « l'essentiel du vécu se situant au niveau du vécu partagé d'affects, qui n'ont souvent pas trouvé jusqu'alors d'autres possibilités d'expressions »⁶³. Ce vécu vient se loger dans les moindres modifications de la communication verbale : le rythme, le timbre, la chaleur de la voix, les silences chez chacun des interlocuteurs. Le dispositif en face à face trouve tout son intérêt dans la perception qu'elle offre au patient des mouvements de l'analyste, de ses expressions et mimiques... Si une partie de la compréhension des éléments apportés par le patient peut se faire dans un second temps, quand l'ensemble de l'appareil psychique reprend son fonctionnement, une partie de ces processus peut rester « en deçà de la compréhension et n'entraîner chez l'analyste qu'une réponse elle – même infraverbale qui passe par la tonalité de la voix, un mouvement minimal, le rythme respiratoire » qui constituent alors les signes de l'accompagnement mis en place et dont C. Parat suppose qu'ils sont perçus comme tels par le patient.

Je me rappelle ici les remarques de Nassim, qui après plusieurs mois de suivi hebdomadaire, interagissait en fonction de mes expressions ou de mes positions en entretien : « vous me regardez encore comme si j'avais vécu un truc traumatisant ; vous êtes là, avec la tête penchée sur le côté et votre voix douce... ».

C'est l'affect qui sert de véhicule entre les deux inconscients et qui permet d'aborder les représentations de choses et le refoulé primaire.

Par l'intermédiaire de cette identification régressive peuvent alors être mis à jour certains investissements parentaux inconscients, tout ce qui, pour le patient « n'avait jamais été su, ni refoulé,

⁶¹ C. Parat, 1995, p. 349

⁶² Op Cité, p. 350

⁶³ Op cité, p. 354

mais seulement éprouvé, engrangé sous formes de traces mnésiques »⁶⁴

En mettant en lien les expériences de non – survivance de l’objet avec ses théories sur les expériences primitives, il devient alors possible de penser les actes plus tardifs de l’antisocialité comme la répétition de ces expériences archaïques, qui cherchent à se communiquer (J. McDougall), se faire reconnaître (M. Dornes) et donc partager (C. Parat).

Ainsi, les actes ne sont plus considérés comme de simples évacuations, mais bien comme étant porteurs d’un sens potentiel et, en tant que tels, ouvrant vers un possible travail de symbolisation de l’expérience subjective. Il est alors possible de dégager un langage de l’acte (Roussillon, 1983, 1991, 1995).

1.2.3. Le langage de l’acte

R. Roussillon (2006) nous rappelle que l’on peut trouver les racines de cette notion dans les écrits de Freud. Dès 1913, Freud indiquait dans les « Notes de l’exil à Londres » que « par langage, on ne doit pas comprendre simplement l’expression des pensées en mots, mais aussi le langage des gestes et de toute forme d’expression de la vie psychique ». Ainsi, il va étudier lui – même cette forme de langage, tout d’abord dans les pathologies névrotiques, puis dans les pathologies psychotiques. Dans l’hystérie, le corps « dit » ce que le sujet ne peut dire, mais le langage du corps garde ici une structure narrative comparable à celle du langage verbal et à sa symbolisation (R. Roussillon, 2006). Dans la psychose, les symptômes racontent l’histoire d’un événement vécu avant l’apparition du langage, et maintenu dans l’état en raison de la faiblesse de synthèse du Moi de l’époque. Ils apparaissent comme message adressé à un « spectateur indifférent » (Freud, 1938).

À ces propositions, R. Roussillon (2006) ajoute que ces vécus que racontent les symptômes psychotiques, sont issus d’expériences traumatiques et qu’à ce titre, elles ont mobilisé des défenses primaires particulièrement drastiques. Elles sont soustraites, ainsi qu’une grande partie de la subjectivité, à l’évolution ultérieure.

Cette évolution ultérieure consiste, quand la maturité est suffisante, en une reprise des expériences vécues dans l’appareil de langage. Elle peut se faire sous trois formes différentes. La reprise peut se faire par liaison avec les représentations de mots lors de leur acquisition : l’expérience subjective est nommée après – coup et les sensations et affects qui l’accompagnent sont identifiés et nommés. La

⁶⁴ Op cité, p. 352

reprise peut également se faire par les aspects non verbaux du langage, dans la prosodie par exemple. Enfin, la reprise peut se faire par le transfert dans le style même de l'énoncé : par l'agencement des mots, les mots choisis... Cette modalité de traitement n'apparaît cependant qu'après l'adolescence. Ces trois modalités, qui se combinent et se complètent, permettent la reprise intégrative des vécus subjectifs précoces et par là, leur symbolisation secondaire.

Pour R. Roussillon (2006), ce sont précisément ces vécus subjectifs, non intégrés, non symbolisés, qui vont se manifester dans les formes de langage non verbal. Ainsi, les sujets en proie à des souffrance de formes narcissiques identitaires, vont utiliser les différents registres d'expressivité (affect, soma, corps, motricité) pour tenter de communiquer et de faire reconnaître ceux – ci.

Si le langage du corps et de l'acte se révèle donc porteur de sens, ce sens reste potentiel : il est dépendant du sens que l'objet à qui il s'adresse va lui conférer. « C'est un langage, plus que tout autre, à interpréter ». Il n'est qu'une potentialité, messagère, de sens et Roussillon précise : « en quête de répondant ».

Le concept de « répondant » est introduit par R. Kaës (2009). Il ne consiste pas seulement en une réponse qui pourrait être apportée au sujet. R. Kaës définit bien le répondant comme : « une présence humaine à une adresse, à une demande » mais il ajoute que cette présence humaine vient signifier que l'objet accepte d'être le destinataire de cette adresse, qu' « il ne se dérobe pas, il accepte le risque de la rencontre »⁶⁵. À ce titre, toute absence de répondant se définit comme « une destruction de la subjectivité ».

Winnicott (1975) parle de « défaut du regard de la mère », qui peut être compris, comme le suggère R. Roussillon comme un défaut de la mère dans sa fonction subjectivante. Ainsi, les expériences vécues avant l'apparition du langage sont tout autant « des expériences de rencontre et de non – rencontre avec l'objet »⁶⁶.

Par l'absence de répondant, l'expérience ne peut être intégrée. Elle génère un « blanc », un « vide », qui demeurera comme seule trace de l'expérience vécue qui n'a pas pu être éprouvée (Pinel, 2016). Cette absence de réponse de la part de l'environnement premier est à considérer comme une forme de non - survivance à la destructivité première. Cette non – réponse, cette absence de répondant (Kaës, 2009) constitue le trauma.

⁶⁵ R. Kaës, 2009, p. 257

⁶⁶ R. Roussillon, 2008, p. 34

1.2.4. *La négativité*

Nous pointons ici qu'au fil de notre cheminement théorique, notre pensée vient buter sur les expressions utilisées par les auteurs et que nous avons citées : « là où il aurait dû se produire quelque chose, rien ne s'est produit » (Winnicott, 1975), « une non – rencontre avec l'objet » (R. Roussillon, 2009), « l'absence de répondant » (R. Kaës, 2009 ; JP Pinel, 2016).

Toute comme dans notre clinique, nous nous trouvons confrontée à un vide, un blanc, un trou dans la psyché qu'il est difficile de penser, de conceptualiser, d'articuler avec les autres théories. Nous avons tenté de le mettre en travail avec nos patients, en leur proposant des formulations paradoxales, telles que : « qu'est – ce que vous ne nous dites pas dans ce que vous nous dites ? », « qu'est – ce que vous nous dites dans ce que vous ne dites pas ? », qui seules nous ont permis de relancer la parole quand nous nous approchions trop de ce vide.

Dans l'après – coup que représente ce travail, nous avons pu mettre cet élément en pensée, par l'intermédiaire du concept de « négatif », théorisé par R. Kaës (2014), puisque : « Avec la catégorie du négatif, le lien et l'alliance pouvaient être pensables dans la dimension de ce qui fait défaut, de ce qui manque ou de ce qui est perdu, de ce qui défie la mort, de ce qui marque le lien du sceau de l'impossible. »⁶⁷

R. Kaës distingue trois catégories du négatif, qui sont chacune l'objet d'alliances inconscientes, de pactes ou de contrats dans le lien entre les sujets.

La négativité d'obligation renvoie aux modalités défensives qui réduisent voire suppriment des représentations ou perceptions qui viendraient menacer l'intégrité de l'appareil psychique individuel, ou celle des liens entre plusieurs sujets. Elle préserve un intérêt majeur de l'organisation psychique, par refoulement, dénégation, déni et désaveu, rejet et forclusion. Elles sont donc à l'origine d'organisations inconscientes extra – topiques, tels que les dépôts et les cryptes.

La négativité relative constitue une autre expérience psychique. Le négatif touche ici à tout ce qui n'a pas eu lieu, ce qui est resté « en souffrance dans la formation des contenants et des contenus psychiques ». Elle reste ouverte sur la possibilité d'une réalisation. « L'objet et l'expérience de l'objet ont été constitués, mais leur disparition, leur insuffisance, leur défaut laisse ouverts une attente, un désir ». La négativité relative soutient un espace potentiel de la réalité psychique : « ce qui n'a pas été mais pourrait être ». Elle soutient en ce sens l'investissement narcissique et objectal.

⁶⁷ R. Kaës, 2014, p. 104

Enfin, la négativité radicale renvoie à ce qui ne peut pas être, ce qui ne peut pas se réaliser. Elle constitue le contact entre la psyché et ce qu'elle ne peut penser et qu'on retrouve donc dans les expériences extrêmes : sidération, anéantissement, terreur mais aussi extase, absolu... Pour R. Kaës, il s'agit ici de « l'expérience de la non-expérience ». Elle se refuse à toute liaison. À l'inverse des autres modalités du négatif, qui relèvent du « dé lié », on retrouve ici un non - lié. Elle demeure la plus difficile à concevoir puisqu'elle confronte justement à l'impossible, à l'irréductible, à la mort. Une manière de l'approcher serait par les figures du vide et du blanc. On la retrouve dans les expériences primitives de dérégulation et d'agonies (Winnicott, 1952, R. Roussillon, 1999). Derrière cette irréprésentabilité de la négativité radicale, R. Kaës place « la séparation et la détresse originaire lorsqu'elle n'est pas traitable ni par le refoulement, ni par le déni ». La négativité radicale peut trouver une issue, nous dit R. Kaës, dans la « destruction de la pensée pour en supprimer l'intolérable », une possibilité d'élaboration se trouvant alors dans les figures de l'absurde, telles qu'on peut les trouver dans les formulations que nous avons proposées.

Cette catégorie du négatif ouvre de nouvelles voies pour penser le traumatisme. C. Janin définit deux temps dans le traumatisme psychique : un premier temps, qualifié de « noyau froid » (C. Janin, 1999), qu'il distingue d'un deuxième temps, « le noyau chaud ».

Le traumatisme froid se révèle dans l'expression du négatif : un défaut de présence, d'attention ou de disponibilité de l'objet, « un non – respect [des] besoins en tant qu'enfants »⁶⁸ qui génère une atteinte narcissique. À ce premier temps, s'ajoute le deuxième temps, de sexualisation du premier, le traumatisme « chaud ». Il renvoie à une conception plus classique du traumatisme, celle d'une expérience d'effraction, de séduction ou de violence directe, qui va mobiliser un afflux d'excitation débordant les capacités du pare – excitation. Ces deux noyaux se manifestent de la même manière : un débordement d'excitation associé à une détresse extrême (J-P Pinel, 2016).

J-P Pinel ajoute ici que l'expérience de l'absence de répondant ne se rencontre pas une seule fois. Au contraire, elle va se répéter, en alternance toutefois avec les expériences de réponse de l'objet satisfaisante, créant un climat d'imprévisibilité et de discontinuité. Ses expériences répétées viennent créer des « empiètements par excès et par défaut ». Cette modalité relationnelle amène le sujet à se détourner de l'objet insécurisant, dans un désespoir qui va l'amener à ériger des défenses puissantes amenant à la constitution des « pathologies du contact » (Pinel, 2016). Les défenses consistent en un clivage massif et en une évacuation des charges psychiques incontenables dans le corps ou

⁶⁸ C. Janin, 1999, p. 57

l'environnement. Elles altèrent le travail psychique de représentation et de symbolisation des expériences subjectives. Il en résulte une panne des processus identificatoires et des capacités introjectives, une confusion entre perception, hallucination et représentation. Les sujets présentent un défaut dans l'intériorisation des limites et des différenciations fondamentales : dedans/dehors, moi/non Moi, sexuelles et générationnelles. La configuration de lien incorporée est ainsi soudée à une organisation défensive singulière. Ce sont tous ces mouvements violents qui sont mobilisés et rejoués dans le lien et le contact avec l'autre et les autres.

Dans ces cas d'absence de répondant, le langage du corps va produire des formes dégénérées c'est – à – dire un langage du corps dans « une forme dans laquelle le répondant n'ayant pas été trouvé ou n'ayant pas fourni la réponse subjectivante adéquate, le sens potentiel a perdu son pouvoir génératif »⁶⁹. Sans réponse de l'environnement, l'acte n'est pas entendu, pas compris.

Ces formes non reconnues et non partagées s'expriment dans les « pathologies où le corps s'épuise à dire l'inexprimable »⁷⁰, parmi lesquelles, les pathologies narcissiques identitaires à forme d'expression corporelle.

Cet échec de la communication par les actes entraîne une déception, qui vient accentuer le désespoir du sujet. La violence, le passage à l'acte se présentent alors comme seul moyen pour maintenir la continuité d'être. Le langage de l'acte ne tend plus vers l'autre, il devient rage narcissique, sans limite (J-Y Chagnon et F. Houssier, 2019). Le passage à l'acte se caractérise par sa violence mais aussi par sa transgressivité. Il s'inscrit dans une démarche d'externalisation, impliquant la loi et le social (Chouvier, 2008) : le sujet va rejouer le traumatisme précoce, sur la scène sociale, pour trouver une réponse. La société va apporter une forme de réponse, par l'intermédiaire des différentes institutions qui vont constater l'acte, le dater, le localiser et si nécessaire, le punir. On peut alors nourrir l'espoir que cette réponse pourra amener à une appropriation de l'acte, des enjeux fantasmatiques auxquels il est lié, dans le cadre d'une rencontre thérapeutique.

Ses réflexions nous amènent à interroger la notion de violence et ses manifestations dans le lien. « Devant l'irréductibilité de la violence et la complexité de ses sources, devant l'angoisse qu'elle suscite et qu'elle provoque, chacun se trouve désemparé lorsqu'il s'agit d'en penser les ressorts et les effets »⁷¹. Nous proposons donc pour cela de poursuivre notre réflexion en suivant la pensée de R. Kaës.

⁶⁹ Roussillon, 2006, p. 187

⁷⁰ Chouvier B., 2008, p. 8

⁷¹ R. Kaës, 2012, p. 235

1.3.La violence et ses manifestations à travers l'acte

1.3.1 *Les différentes formes de violence*

Dans son ouvrage « le Malêtre » (Kaës, 2012), R. Kaës vient interroger la notion de violence dans son articulation entre les espaces psychiques individuels et les espaces intersubjectifs et collectifs. En reprenant des concepts - clés de la psychanalyse, il différencie trois formes de violences.

Les deux premières formes sont des formes structurantes de violence, dans le sens où elles sont inhérentes à la vie. R. Kaës nous rappelle ici que la violence est nécessaire à la vie, à sa croissance et à sa protection. Ces formes de violence sont régulées par le travail de la culture.

R. Kaës évoque en premier la violence originaire, ou violence anticipatrice (Aulagnier, 1975). Elle trouve son origine dans l'anticipation de l'arrivée de l'enfant, en premier lieu par la mère et par la famille, mais aussi de manière élargie par la société, qui va assigner une place à l'enfant à venir dans l'ordre humain. Elle ouvre ainsi à la vie psychique. Le sujet advient là où il était attendu. Cette violence est donc « vitale, nécessaire et structurante »⁷². L'enfant aura, par la suite, à prendre cette place, assignée par d'autre, tout en affirmant ses propres exigences, entrant ainsi en relation conflictuelle avec ceux qui lui ont permis de se constituer comme sujet. Cette violence est un terme du contrat narcissique, et peut évoluer en pactes narcissiques pathologiques, si le sujet s'aliène à la place qui lui a été assignée.

La deuxième forme de violence est constituée par la violence fondamentale (Bergeret, 1984). Il s'agit d'une réorganisation de la violence originaire dans le conflit œdipien. Il s'agit d'une violence narcissique, pur instinct de vie, défense contre le non – soi. Bergeret insiste sur le fait qu'elle est présente chez tout humain et constitue une attitude défensive sans connotation haineuse, sans coloration libidinale (Bergeret, 1994).

Une issue favorable à la violence fondamentale est de trouver une solution dans l'imaginaire, et non dans le comportement. C'est au cours du développement, par l'intégration d'un objet contenant, que l'intégration de la violence fondamentale au sein du préconscient devient possible et ouvre la voie de la symbolisation et de la créativité. Si cette intégration de la violence dans le courant libidinal ne peut se faire, alors l'instinct violent va évoluer vers un état pathologique.

Ces deux composantes structurantes de la violence sont à l'origine de la structure du lien intersubjectif.

⁷² R. Kaës, 2012, p. 236

À la différence des formes décrites précédemment, la violence destructrice (Kaës, 2021) prend sa source dans la pulsion de mort. Elle tend à ramener sous forme anorganique les objets externes comme les objets internes. Il en distingue deux composantes ; celle dont le but n'est autre que la « destruction et l'anéantissement de l'autre, des symboles, des règles et des cadres symboliques qui organisent la vie en commun »⁷³ et celle qui a pour fonction de délier ce qui est trop compact, trop aggloméré, se mettant ainsi au service de la vie.

R. Kaës formule l'hypothèse que cette violence destructrice serait due à un défaut de symbolisation de la violence originaire ou primaire, une source de cette violence étant constituée par « le retour des restes non élaborés et non transformables des violences originaire et primaire ». Violence de l'innomé et de la non – reconnaissance de la violence, elle constitue une réponse à l'absence de parole qui donnerait sens à l'expérience d'être sans secours et sans recours. On retrouve ici les éprouvés primaires évoqués précédemment.

R. Kaës souligne ici que ces formes de violence ne sont pas purement intrapsychiques. Elles se fondent dans la rencontre du sujet à l'environnement et donc en premier lieu, à l'objet primaire. Face à elles, des dispositifs de pare – excitation et de contenance vont pouvoir s'édifier, dans la relation précoce à la mère dans ses fonctions primaires. Cependant, les transformations possibles de la violence ne sont jamais complètes, elles laissent des traces inélabores. Ce sont précisément ces traces qui sont remobilisées dans chaque rencontre intersubjective.

Si la relation précoce à la mère n'a pas permis l'édification des dispositifs de contenance et de pare – excitation de la violence, alors, la violence va s'installer et se traduire par des crises de rage et des mouvements auto – destructeurs. La défaillance du pare – excitation mobilise la pulsion de mort, et « suscite la menace de mort psychique et les angoisses primitives dont parlent D-W Winnicott et R. Roussillon »⁷⁴.

1.3.2. La question du passage à l'acte

Le concept de passage à l'acte a été étudié à travers de nombreux travaux. Dans la continuité de notre fil théorique, nous présenterons ici trois conceptions théoriques du passage à l'acte, qui apparaissent complémentaires ;

⁷³ R. Kaës, 2012, p. 237

⁷⁴ Op cité, p. 240

La première conception est la plus connue, et consiste en une vision économique du passage à l'acte. Il permet la décharge d'une tension interne insupportable, ou de pulsions destructrices, non tolérée par un psychisme défaillant. Le passage à l'acte court – circuit ici la mentalisation (Millaud, 1998).

La deuxième conception concerne les apports de C. Balier, incontournables lorsque l'on aborde la question de la violence en milieu carcéral. Le passage à l'acte est ici conçu comme une défense identitaire face aux angoisses narcissiques – identitaires, lorsque les aménagements habituels se sont montrés inopérants. C. Balier différencie le passage à l'acte et le recours à l'acte (C. Balier, 2005). Le passage à l'acte contient pour lui une forme, même si elle est carencée ou diminuée, de mentalisation. Elle transparaît dans la tentative de liaison par la répétition.

Dans le recours à l'acte, c'est l'irreprésentable qui domine. La rencontre avec l'objet externe est vécue comme menaçante pour le sujet car susceptible de réveiller le traumatisme irreprésentable et le sentiment de détresse qui l'accompagne. Le sujet est alors envahi par les motions pulsionnelles et face à cette menace de néantisation, il doit ressentir un affect correcteur, la toute – puissance. Le recours à l'acte prend alors la forme d'un acte qui surgit, comme un besoin d'écraser l'autre en le faisant disparaître. En dehors de l'acte, le sujet est protégé par le clivage et le déni de réalité.

La violence peut alors être comprise comme une tentative de traduire ce qui est énigmatique pour le sujet.

Enfin, la troisième conception, en continuité directe de notre propos, considère l'acte délinquant ou criminel, proche de l'hallucination, comme une tentative de liaison signifiante de l'histoire traumatique du sujet (Roussillon, 1997, 2007, 2009, 2010). Ici, l'autre est appelé à prendre en charge la part non subjectivée du moi.

Dans cette perspective, de nombreux travaux portent sur les passages à l'acte violents, à différents âges de la vie.

M. Berger s'est particulièrement intéressé à la question de la violence pathologique chez les enfants. À son poste de chef de service en psychiatrie de l'enfant au CHU de Saint Etienne, il a créé une unité à temps complet pour les enfants de 2 à 12 ans et a consacré deux ouvrages à ce travail (M. Berger, 2012, 2013).

Il s'intéresse à la violence extrême chez ses jeunes patients et identifie deux versants d'expression ; le plus visible, celui de la violence, « le non-contrôle du sujet sur sa force pulsionnelle et son intention

destructrice »⁷⁵, et le versant en creux, en négatif, de « la confrontation à la solitude au moment où l'enfant est débordé par l'angoisse »⁷⁶.

L'originalité de l'apport de M. Berger, qui nous a permis de nous décaler dans notre approche des sujets violents est l'inversion qu'il propose de la notion de toute – puissance. Dans les moments de violence, il observe les enfants et note le changement qui s'opère en eux : changement de voix, de regard, intensité de la force, qu'il comprend comme le surgissement en eux d'une image parentale violente, intériorisée très précocement. Il décrit alors ses enfants comme « tout impuissants » : ils n'ont aucune liberté interne, ils n'ont pas le choix de ne pas agir. Ses moments de violence se produisent sous forme de sensations, d'images, de sentiments à l'état brut. Ils ont été éprouvés par le passé, dans des circonstances où le sujet était impuissant, terrifié et dans une solitude la plus totale car sans adulte avec qui partager ce qu'il ressent. Pour M. Berger, ces crises de violence constituent donc des « véritables moments hallucinatoires » pendant lesquels l'enfant est hors réalité et donc, insensible à l'intervention d'autrui.

Il décrit en outre les symptômes d'indifférenciation entre soi et autrui, un rapport à la temporalité immature (temporalité réversible par ex.), incapacité à jouer, la perturbation du schéma corporel et un retard de développement avec possibilité de déficience intellectuelle.

M. Berger instaure un parallèle entre la violence extrême et les comportements de fugue. Il décrit des fugues « sans but » chez les préadolescents et émet l'hypothèse que ces fugues trouvent leur origine dans le vécu infantile. Face aux scènes angoissantes, l'enjeu a alors été d'être en dehors du lieu où elles se produisaient. Ce qui a été vital pour ces enfants, c'était de pouvoir s'enfuir : la survie n'était possible qu'à l'extérieur. Il précise alors que lorsque les enfants sont trop petits pour fuguer, la fuite peut être intrapsychique : « la solution utilisée par certains enfants petits consiste à se mettre « psychiquement » hors de soi »⁷⁷. Le sujet désinvestit alors toute perception, toute sensation et toute pensée d'origine interne. Si cela n'est pas suffisant, il va auto-fragmenter son Moi, afin d'éviter qu'il ne se constitue et devienne ainsi une cible. L'atteinte se situe donc au niveau de la constitution de l'identité même.

Ainsi, le travail thérapeutique doit souvent commencer par l'immobilisation de cette partie « fugueuse » de ces enfants. Non traitée, cette particularité prédispose à devenir SDF.

F. Houssier a présenté un modèle de compréhension des actes délinquants chez les adolescents, à partir de sa pratique de thérapie auprès de mineurs judiciairisés. Il remarque que ces jeunes posent des

⁷⁵ M. Berger, 2013, p. 27

⁷⁶ Op cité, p. 28

⁷⁷ Op cité, p. 41

actes de délinquance, qui ne constituent ni des actes de violence, ni des « passages à l'acte » dans le modèle classique de tension – décharge. Dans l'article qu'il rédige avec J-Y Chagnon (2019), il se situe dans lignée directe de Winnicott et propose d'en chercher l'origine dans les liens de l'adolescent avec son environnement. Plus spécifiquement, « la tolérance et la transformation de la destructivité par l'environnement sont au cœur des attentes inconscientes, déçues dans les liens précoces des adolescents délinquants »⁷⁸. Si l'environnement se montre alors tout autant défaillant à décoder les angoisses de l'enfant devenu adolescent, la déception va accentuer le désespoir et la dépersonnalisation. L'adolescent va alors se mettre en quête d'un environnement qui pourrait supporter les attaques destructrices, à l'origine de la survie de l'objet. La violence paraît alors inéluctable puisqu'elle constitue le seul moyen de maintenir la continuité du moi.

Deux issues sont alors possibles : l'auteur distingue recours à l'acte et passage à l'acte. Le recours à l'acte utilise l'environnement comme instance de désillusion, alors que le passage à l'acte correspondrait à une expression de la destructivité, expulsée lors d'un moment de décharge des tensions.

Le recours à l'acte s'inscrit dans la conception du langage de l'acte, propre aux régressions narcissico-objectales de l'adolescence, et comporte une portée élaborative, en après – coup.

Les adolescents transposent sur le monde extérieur leurs productions fantasmatiques propres à la rêverie. Les manifestations symptomatiques visent l'élargissement des limites du Moi, jusqu'à leurs disparitions. Il y a donc perturbations des limites somato-psychiques et des limites intrapsychiques.

Les mécanismes qui établissent la distinction entre perception et représentation sont affaiblis. Le corps, passivé, ne joue plus son rôle d'interface entre espace interne et espace externe. La pensée est envahie par l'activité fantasmatique. Elle perd ses capacités élaboratives.

L'acte représente alors une nécessité, pour permettre le réinvestissement de l'épreuve de réalité. L'environnement est utilisé comme instance de désillusion : par le délit, c'est la reprise de l'expérience fondatrice du principe de réalité qui est convoquée. De par sa réponse attendue, la confrontation avec l'environnement, la réalité va permettre à l'adolescent de retrouver le contact avec sa vie intérieure et un sentiment de continuité.

La limite que l'environnement va poser, sa résistance donc, passe par un éprouvé punitif, vécu comme une déception mais aussi un soulagement, car l'environnement permet ainsi, par sa réponse, que le monde externe retrouve sa crédibilité. Il a ici une possibilité d'accès à la dépressivité, car il engage le sujet à reconnaître sa défaite par rapport à la recherche du triomphe narcissique. En ce sens, il ouvre à

⁷⁸ J-Y. Chagnon et F. Houssier, 2019, p. 922

la névrotisation du conflit. Le recours à l'acte contient une forme d'espoir, puisque par ses actes l'adolescent cherche la résistance de l'environnement, pour se rassurer sur la survie de l'objet. Le délit est donc un appel au tiers pour contenir les limites du moi.

Mais, « lorsque cet appel réitéré n'est pas entendu, le passage à l'acte prend le relais »⁷⁹. Si la destructivité de l'adolescent ne trouve pas un interlocuteur suffisamment bon, la déception va venir accentuer le désespoir et la dépersonnalisation. L'espoir de maintenir un lien sécurisé face à la destructivité s'efface. Le sujet passe alors d'une dépressivité élaborable à une « mélancolisation du lien à l'adolescence »⁸⁰. F. Houssier explique alors l'aspect parfois maniaque des passages à l'acte par la lutte contre la dépression primaire. La continuité du Moi est alors assurée par la violence du passage à l'acte. Lorsque le langage de l'acte échoue dans sa fonction de communication, alors les actes ne tendent plus vers le lien à l'objet mais deviennent source d'une rage narcissique sans limite « qui masque mal l'intensité de la détresse agonistique »⁸¹. L'adolescent est plongé dans un état de détresse, d'abandon, qui est à rapprocher de l'état de désaide. Ce que l'adolescent a alors perdu, c'est « la capacité à aimer et l'espoir d'être aimé en retour ». En l'absence de réponse satisfaisante, la violence devient la seule réaction possible face à un environnement vécu comme persécuteur interne sur un versant paranoïde.

Dans le passage à l'acte, on retrouve une tentative de représenter les éléments archaïques des traumatismes.

Encore et toujours, c'est la réponse de l'environnement aux actes de l'adolescent qui va déterminer son évolution. Il y a toujours un espoir dans l'agir destructeur (Winnicott, 1956, Roussillon, 2007b, 2009). En fonction de l'absence de réponse ou de réponse inadéquate, l'adolescent peut se structurer dans la psychopathie mais si l'environnement éprouvé survit à la destructivité, alors la structuration pourra suivre une autre voie.

Le terme de « pathologies narcissiques – identitaires » (R. Roussillon, 1999) permet d'explorer comment un sujet lutte pour s'éprouver lui – même comme agent de sa propre subjectivité. Ce concept transnosographique, permet de penser ce type de souffrance que nous avons tenté de circonscrire, en termes de processus. Il regroupe donc différentes pathologies dans une configuration particulière dont le point commun est « une atteinte du narcissisme et de la continuité identitaire »⁸² Elles s'expriment

⁷⁹ F. Houssier, 2019, p. 320

⁸⁰ Op cité, p. 320

⁸¹ Op cité, p. 320

⁸² J. Jung, p. 31

majoritairement sur les registres de la sensori-motricité, de l'agir et du comportement.

Cette configuration, dans laquelle peuvent être classées les manifestations antisociales, réfèrent plus largement aux situations limites et extrêmes de la subjectivité.

Il paraît nécessaire d'aller plus en profondeur dans l'exploration des théories sur les situations limites et extrêmes pour en dégager un modèle d'approche, de rencontre, voire de prise en charge thérapeutique.

2. Les situations limites et extrêmes de la subjectivité

Depuis de nombreuses années maintenant, les cliniciens sont de plus en plus souvent confrontés à « des situations de détresse dans lesquelles le clinicien se confronte aux difficultés de la rencontre avec un sujet, ou un groupe de sujet, qui manifestement souffre sur le plan psychique, physique et/ou social, sans exprimer directement de demande. »⁸³ Ces nouvelles situations continuent d'interroger les référentiels théoriques pour les penser et les dispositifs cliniciens pour les prendre en charge. Elles sont regroupées sous le terme de situations limites et extrêmes de la subjectivité.

Dans les écrits psychanalytiques, le terme « extrême » apparaît pour la première fois chez B. Bettelheim (B. Bettelheim, 1977), tout d'abord dans les écrits en lien avec la vie dans les camps de concentration, et qu'il étend plus tard à la psychologie individuelle, dans les pathologies de l'autisme. B. Bettelheim décrit la vie concentrationnaire, ses lois et règlements, et décrit dans l'organisation nazie une attaque de tout ce qui demeure humain dans l'homme, une attaque des assises du narcissisme et du lien social, que M. Bertrand résume sous l'expression de « meurtre psychique »⁸⁴. Cette expression se trouve à l'origine de la conception des situations extrêmes de la subjectivité.

Dans son exploration du concept de « situation extrême », M. Bertrand insiste sur un point important : ce ne sont pas les conditions matérielles de la situation rencontrée par le sujet qui en font une expérience extrême, bien qu'elles entrent bien évidemment en jeu, mais bien la manière dont le sujet dont le sujet éprouve cette situation. Ce qui va lui donner sa dimension « extrême », c'est qu'elle « n'implique pas seulement pour un sujet le danger de perdre sa vie, mais celui d'une destruction au niveau du psychisme, destruction d'une partie de ce qui avait été acquis au cours du développement psychique »⁸⁵.

⁸³ A.E. Aubert et R. Scelles, 2007, p. 7

⁸⁴ M. Bertrand, 2007, p. 29

⁸⁵ Op cité, p. 28

L'ouvrage présente différentes situations cliniques, dont le point commun est qu'elles génèrent des souffrances qui « se manifestent directement ou indirectement sur la scène sociale »⁸⁶. Ainsi, le concept de « situation extrême » vient questionner le rapport du sujet à son environnement, et plus précisément celui d'un sujet souffrant et d'un environnement qui se montre inadéquat « que cet environnement soit conçu comme l'environnement premier – la mère -, qu'il désigne les parents ou le socius »⁸⁷.

Chacune des situations présentées par les auteurs vient questionner les aménagements de cette relation du sujet à son environnement, notamment sous l'angle du processus de différenciation. Mais A.E. Aubert et R. Scelles rappellent, en citant R. Cahn, que derrière ce questionnement, se profilent les enjeux du processus de subjectivation, qu'elles formulent comme « la capacité à devenir agent de ce à quoi nous avons été assujettis »⁸⁸. Dans le « meurtre psychique » tel qu'on le rencontre en situation extrême, l'enjeu ne se situe plus dans la différenciation entre soi et l'autre mais bien dans la différenciation entre être vivant où être mort.

Les situations limites et extrêmes de la subjectivité peuvent donc être définies comme « les situations dans lesquelles la possibilité de se sentir sujet, de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable. »⁸⁹

Ainsi, les situations extrêmes sont difficilement pensables, représentables, symbolisables et requièrent un effort particulier pour les penser. Le cadre théorique qui permet d'appréhender les situations limites et extrêmes est celui des besoins du Moi et plus particulièrement, du besoin de sécurité.

2.1. Les besoins du Moi et le besoin de sécurité

La notion de « besoins du Moi » est introduit par Winnicott et, bien qu'il n'en propose pas lui – même de définition précise, ses écrits permettent de les comprendre comme désignant « tout ce qui est nécessaire au moi, à un moment donné, dans une conjoncture et un contexte donné, pour qu'il puisse faire son travail de métabolisation de ses expériences subjectives »⁹⁰.

Cette définition proposée par R. Roussillon s'appuie sur l'hypothèse freudienne que le moi – sujet

⁸⁶ Aubert et Scelles, 2007, p. 8

⁸⁷ Op cité, p. 8

⁸⁸ Op cité, p. 9

⁸⁹ R. Roussillon, 2005, p. 221

⁹⁰ R. Roussillon, 2008, p. 52

est fait de représentation (Freud, 1923) et qu'à ce titre, il doit tout transformer en représentation afin que le travail d'intégration puisse se faire à partir d'elles : selon la célèbre formule « wo es war, soll Ich werden » (là où était le ça, le sujet doit advenir). Les éléments, qu'ils soient source de plaisir ou de déplaisir, qu'ils soient traumatiques ou non, doivent « devenir sujet », autrement dit, doivent s'intégrer dans la subjectivité.

Ce travail de mise en représentation nécessite certaines conditions et ces conditions sont variables. Les besoins varient en fonction de l'état de développement du sujet, de sa disponibilité psychique et de la situation à intégrer. On pourra prendre pour exemple qu'une situation potentiellement traumatique ne requiert pas les mêmes besoins pour son intégration qu'une situation du quotidien, ou encore que cette même situation traumatique n'implique pas les mêmes besoins en fonction de l'âge et du développement du sujet.

Il est cependant possible d'identifier plusieurs facteurs en jeu dans ce travail d'intégration, ces factions constituent les besoins du Moi. La quantité d'excitation mobilisée doit pouvoir être régulée, par un système de pare – excitation, car plus une situation mobilise d'énergie et plus elle sera difficile à intégrer. Les facultés du Moi à intégrer doivent être régulièrement stimulées par l'environnement, sans quoi elles risquent de s'amenuiser, s'atrophier, phénomène que l'on observe justement dans les situations extrêmes. Enfin, l'environnement doit présenter certaines qualités permettant la construction de repères pour le sujet. C'est en explorant ces différentes qualités de l'environnement qui vont faciliter l'intégration que R. Roussillon identifie et conceptualise le besoin de sécurité (R. Roussillon, 2008).

R. Roussillon détaille trois qualités de l'environnement qui vont faciliter l'intégration ;

Le besoin de sécurité s'exprime tout d'abord dans le besoin de stabilité. Elle s'éprouve précocement à travers le « holding » et toutes les modalités du portage dans la relation primitive. L'angoisse associée est celle de la chute, d'être lâché, d'être laissé tomber. R. Roussillon souligne comment le fait d'être tenu, porté, contenu vient offrir « un lieu, une niche, une place, un 'cadre' qui situe et étaye l'émergence du sentiment identitaire »⁹¹. Il relève ici une notion qui sera centrale dans notre réflexion, celle de *Zwanglösigkeit* (Freud, 1927-1929), complémentaire de celle plus connue d'*Hilflösigkeit*, définie comme l'état de celui qui est sans détermination, sans place, sans assignation (R. Kaës, 2009) et donc sans appartenance (R. Roussillon, 2007). Ainsi, toute menace d'être tenu « au dehors », d'être exclu, du groupe et par extension de la société, va venir affecter le sentiment de sécurité de base.

Notre expérience clinique auprès des personnes incarcérées est riche de situations illustrant, à notre

⁹¹ Roussillon, R. 2008, p. 54

sens, cette angoisse de « non appartenance », d'être « sans assignation ». L'histoire de Belkacem en est un exemple ;

Belkacem décrit son adolescence et son entrée dans la délinquance. Il relate son quotidien, imprévisible : « des fois, je sortais acheter le pain, et mes copains appelaient. Je partais des fois pendant plusieurs jours, où plusieurs semaines. Quand je rentrais chez moi, ma mère elle était tellement en colère, elle me jetait dehors. »

Force est de constater que cette errance se reproduit malgré l'enfermement dans les premières années de la détention pour ces jeunes.

La multiplication des incidents disciplinaires, particulièrement des actes de violence, entraîne souvent des transferts dits « disciplinaires », qui se caractérisent par la rapidité de la décision de la part de l'administration pénitentiaire (le plus rapide observé : 2 heures) et l'impréparation de la personne détenue (qui en est informée au dernier moment, pour des raisons de sécurité). Ainsi, Nassim dont nous détaillerons la situation dans la partie clinique, cumule 13 transferts, dont 11 transferts disciplinaires en 3 ans d'incarcération.

Le besoin de sécurité s'exprime également dans le besoin de constance de l'environnement, plus spécifiquement des éléments qui vont permettre de rendre prévisibles les situations de contacts et les rencontres. Très rapidement, le nourrisson va percevoir dans son environnement les éléments réguliers par exemple autour du repas, ou autour de la toilette, et va pouvoir les anticiper. La question des rythmes, notamment dans la relation primitive, est ici primordiale. Cette constance permet de dégager les régularités d'une situation, d'une relation et par là, prépare les repères à l'origine du dégagement des lois, de la Loi.

Tout ce qui est imprévisible génère de l'insécurité, contre laquelle le sujet va développer des défenses : mesures parachutes (Prat), adhésivité (Bick), cramponnement (Hermann), processus de pare – désinvestissement (Aulagnier) et qui visent à protéger du vécu de chute, de lâchage par l'objet.

De manière complémentaire, la sécurité de base est assurée par la continuité offerte par l'environnement. La vie du bébé est rythmée par une succession de moments. À certains moments, l'attention du bébé est toute entière tournée vers les états internes (faim, sommeil), à d'autres, le bébé est disponible pour l'interaction avec la mère, sur une modalité mimo-gesto-postural. Il y a une discontinuité des états internes, ce qui a conduit à la notion d'un état de « nébuleuse subjective » (M.

David, 1997) ou d'une subjectivité faite de « noyaux agglutinés » (J. Bléger, 1967). Le sentiment d'identité repose sur les capacités de rassemblement de ces états subjectifs épars et les expériences qui soit facilitent ce mécanisme, soit l'entravent. Les expériences qui vont dans le sens de la continuité le facilitent et les expériences qui apportent des variations le compliquent.

Dans un premier temps, c'est donc dans la relation première, et son langage principalement corporel, que se régule le besoin de sécurité et l'angoisse qui l'accompagne. Si l'objet se montre suffisamment ajusté lorsqu'il est présent psychiquement, l'enjeu du besoin de sécurité se situera dans le fait d'amener l'objet à être disponible pour le bébé. Si, au contraire, l'objet ne s'ajuste pas, alors l'enjeu du besoin de sécurité sera dans la nécessité d'éviter le contact avec l'objet. Les travaux de C. Bollas (C. Bollas, 1979) nous apprennent que le bébé construit très tôt cette représentation d'un objet ajustable et avec elle, celle de la possibilité de l'ajuster. Il le nomme l'« objet transformationnel ». Dès que cette capacité de transformer l'objet est acquise, cette possibilité d'avoir une prise sur son environnement va venir nourrir le besoin de sécurité. Toute situation qui viendra confronter le bébé à l'impossibilité d'avoir cette prise sur l'environnement, de l'ajuster, va alors venir menacer le besoin de sécurité.

Cette relation première constitue le prototype des relations futures. La disponibilité de l'objet, son attention, sa sensibilité et ses capacités d'ajustement aux besoins du bébé rendent possible les expériences subjectives et intersubjectives, et par là, contribuent à structurer une représentation de soi, et une représentation de soi avec un objet investi, significatif. On trouve donc ici les fondements du narcissisme.

2.2. Le traumatisme primaire

La question des situations limites et extrêmes de la subjectivité est intimement liée à la question du traumatisme psychique. La clinique actuelle confronte de plus en plus les cliniciens à des formes de traumatismes psychiques qui ne sont pas en lien avec la problématique œdipienne, mais plutôt avec la question du narcissisme et de sa structure même.

Ces formes de traumatismes viennent affecter l'organisation des processus primaires et la symbolisation elle-même. R. Roussillon les nomme « traumatismes primaires », afin de les distinguer du modèle du traumatisme nommé alors « secondaire », qui affecte pour sa part l'intégration de l'expérience dans la secondarité.

Ce nouveau modèle du traumatisme psychique trouve ses racines dans les écrits de Freud sur les névroses de guerre (Freud, 1920) et de Ferenczi sur le traumatisme (Ferenczi, 1932).

Freud décrit (Freud, 1920) un modèle du traumatisme basé sur l'effraction du pare – excitation par un débordement d'excitation. A ce modèle, Winnicott ajoute l'idée d'une situation se déroulant en trois temps (X, Y et Z) au cours de laquelle le traumatisme ne devient que progressivement traumatique, en fonction des réponses de l'environnement.

C'est sur ces bases que se construit le modèle du traumatisme primaire, que nous allons détailler maintenant.

Dans le premier temps, le temps X, l'appareil psychique reçoit une grande quantité d'excitation. Il est menacé de débordement, en raison de l'intensité de l'excitation et/ou de sa propre immaturité. Il va mobiliser contre cette menace, toutes les ressources internes disponibles : tentatives de liaison ou de décharge de l'excitation, par la satisfaction hallucinatoire, les auto – érotismes... Mais ces défenses s'épuisent et sont mises en échec.

Dans le temps X+Y, l'échec des défenses internes a généré un état de tension et de déplaisir intense : l'état de détresse.

Si le sujet garde des traces mnésiques d'expériences antérieures de satisfaction en relation avec l'objet, alors cet état va se transformer en état de manque de cet objet qui représente un objet de recours. Il y a donc espoir de trouver une issue à l'état de détresse.

Si l'objet de recours apporte une satisfaction, qui vient apaiser l'état de détresse, alors cette réponse va fournir la base d'un « contrat narcissique » (P. Aulagnier, 1975) avec l'objet. Ce contrat assure la base du processus de socialisation et est génératif de relation d'objet. Pour l'établissement de ce contrat narcissique, l'objet peut aliéner le sujet, créant des alliances pathologiques qui peuvent venir menacer la tenue même du contrat narcissique.

Si l'objet n'est pas présent, s'il n'apporte pas de réponse satisfaisante, ou si ses exigences dépassent les capacités du sujet, alors « l'état de manque dégénère sous l'effet de la rage impuissante qu'il mobilise »⁹². On bascule alors dans le temps X+Y+Z.

C'est lorsque l'état de détresse dure trop longtemps, lorsqu'il dégénère que le traumatisme primaire est constitué. La souffrance psychique produit un état d'agonie (Winnicott), ou un état de « terreur sans nom » (Bion). Un état de désespoir absolu s'installe, lié à la rupture du contrat narcissique. Le sujet se vit « hors – humanité, hors de l'ordre symbolique qui l'organise et le fonde »⁹³

⁹² R. Roussillon, 1999, p. 18

⁹³ R. Roussillon, 2012, p. 291

et entre dans un état de déréliction.

Ce modèle du traumatisme primaire peut s'appliquer aux sujets ayant vécu des traumatismes précoces mais également aux sujets ayant vécu ce même type de débordement à des âges plus tardifs. On les retrouve chez les personnes ayant vécu des situations extrêmes comme les guerres, les génocides. Ces situations extrêmes « ont détruit les acquis des processus secondaires, et la confiance en soi (le narcissisme suffisamment bon) en particulier par les déstructurations qu'elles amènent »⁹⁴.

2.3.Caractéristiques principales des situations extrêmes

Ainsi, cette modélisation du traumatisme primaire va permettre de décrire un tableau commun aux situations extrêmes de la subjectivité, malgré la diversité des situations rencontrées.

La première caractéristique est l'intensité de la souffrance psychique. Elles sont ici d'une telle intensité que le sujet est soumis à une menace de désorganisation contre laquelle il se sent en état d'impuissance radicale et d'extrême détresse.

Les situations extrêmes se présentent également comme « hors du temps » et donc semblent ne jamais prendre fin.

Enfin, les situations extrêmes sont vécues comme sans issue possible. Quelles que soient les tentatives d'aménagement du sujet, rien ne semble pouvoir mettre fin à la souffrance.

Ces états traumatiques sont donc marqués par le désespoir radical, et c'est en cela qu'on parle de « mort psychique ».

L'état de détresse et d'impuissance sont au fondement de la vie psychique, ils en constituent les composants essentiels. Pour autant, dans les situations extrêmes, se sont à des formes dégénérées de ses angoisses que les sujets sont confrontés. Elles sont intenses, sans limite, sans fin, ce qui amène R. Roussillon à les qualifier d'« agonistiques ».

Elles sont également irréprésentables, sans sens. Elles confrontent le sujet à une forme de douleur psychique, voire de douleur physique parfois, plutôt qu'à la souffrance psychique. Or, c'est bien la possibilité de mise en représentation qui permet de faire face à la douleur psychique, car « pensable, la douleur se transforme en souffrance psychique, supportable à vivre »⁹⁵. Les situations extrêmes et

⁹⁴ M. Bertrand, 2007, p. 27

⁹⁵ J-Y. Chagnon et F. Marty, 2012, p. 18

limites se présentent alors comme telles, irreprésentables, insignifiants et donc sans écart entre la chose et sa représentation psychique.

Ces états traumatiques primaires rencontrent donc une « impasse subjective », une honte d'être qui va venir menacer l'existence même de la subjectivité et donc, de l'organisation psychique. Le sujet se sent coupable de n'avoir pas pu faire face à la situation à laquelle il était confronté. La subjectivité est confrontée à une « situation extrême ».

Nous pouvons alors nous demander sous quelle(s) forme(s) va alors pouvoir s'exprimer cette douleur psychique ?

La capacité à éprouver la souffrance est au cœur de la subjectivité. Avant l'expression d'une demande, se trouve l'expression d'une plainte, et avant l'expression d'une plainte, se trouve le cri (Jacobi B., 1998). L'expression de la plainte marque un écart entre le sujet et l'expérience source de souffrance. Dans le cri, le sujet est souffrance.

Je repense ici aux patients que j'ai pu rencontrer en phase de crise et pour lesquels je me suis surprise à dire : « Nassim n'est pas en colère, il *est* la colère », marquant ici cette absence d'écart entre le vécu subjectif et l'expérience. Dans l'expression de cette colère, dans cette violence, venait se loger l'expression d'une détresse extrême.

La violence peut être comprise comme un « ratage » de l'appel à l'autre : « la violence est aussi celle d'une parole ou d'un cri qui n'est adressé ou n'est pas adressé à la personne idoine, ou encore pas entendu. »⁹⁶

Les situations limites confrontent donc le sujet au risque de mort, qu'elle soit physique ou psychique. Sans issue face à la situation limite, le sujet doit trouver des voies de survie psychique.

2.4. Les stratégies de survie

Il n'est pas inutile de rappeler que les sujets meurent prématurément dans les situations extrêmes et, quand ils ne meurent pas, le risque est celui de la mort psychique. Ainsi, « on ne gagne pas contre une situation extrême, mais on peut « survivre psychologiquement », mettre en œuvre des stratégies pour « survivre », ce qui n'est plus vivre, mais n'est pas non plus mourir »⁹⁷. Cette remarque trouve une

⁹⁶ Houssier, F. 2009, p. 18

⁹⁷ R. Roussillon, 2005, p. 226

résonance forte dans les propos maintes fois entendus en détention : « ici, on ne vit pas, on survit ».

Il paraîtrait naturel, face à une situation extrême, de prendre la fuite. Cela serait le moins couteux pour la psyché menacée de désorganisation. Mais c'est justement la marque des situations extrêmes : la fuite, réelle, motrice, n'est pas possible. Dès lors, le sujet va s'organiser pour traverser la situation extrême.

La modalité principale est la « défense paradoxale » (R. Roussillon, 1991) face à la situation extrême. Winnicott dégageait quelques modalités de cette défense (Winnicott, 1974) notamment autour de la crainte de la mort. Il comprend le comportement suicidaire de l'adulte comme une construction défensive visant à « envoyer le corps à une mort qui s'est déjà emparée de la psyché »⁹⁸. R. Roussillon décline cette défense face à la crainte de la mort psychique, qu'il formule ainsi : « la défense consistera à se tuer pour ne pas être anéanti »⁹⁹. Dans ces différentes modalités de la défense paradoxale, le sujet retourne l'expérience subie passivement pour l'organiser, structurant ainsi l'état de mort interne.

Pour survivre en effet, le sujet doit se retirer, se couper de sa subjectivité : « c'est de soi dont le sujet tente de se couper »¹⁰⁰. Le sujet ne sent plus alors l'état traumatique, il ne se sent plus tout court et c'est en se coupant de sa vie psychique subjective que le sujet peut espérer survivre psychiquement. Pour cela, le Moi se clive de cette expérience qui est en même temps éprouvée et non constituée psychiquement. À la différence donc du clivage décrit par Freud (Freud, 1937), le clivage du Moi ne porte pas ici sur des chaînes représentatives mais bien la subjectivité elle-même, déchirée entre une partie représentée et une partie non représentable.

Plus précisément, le sujet va se couper de ce qui, de près ou de loin, touche à la zone de douleur et de terreur insupportable. Ainsi, la rencontre avec la réalité n'entraîne pas le renoncement au principe de plaisir pour le principe de réalité, mais amène le sujet à renoncer radicalement au principe de plaisir au profit du principe de survie.

Cette défense n'est cependant pas suffisante car le fait de se couper de l'expérience traumatique ne la fait pas disparaître de la subjectivité inconsciente. Les traces de l'expérience traumatique vont, elles, au contraire, être soumises à la contrainte de répétition. Elles vont faire retour, être régulièrement réinvesties et vont ainsi menacer la subjectivité du retour de l'expérience traumatique. Les traces du traumatisme primaires sont des traces perceptives, non représentées. Elles vont donc tendre à se répéter

⁹⁸ D.W. Winnicott, 1974, p. 212

⁹⁹ R. Roussillon, 1991, p. 71

¹⁰⁰ R. Roussillon, 2012, p. 293

au plus près de l'expérience, c'est donc en acte qu'elles vont se manifester, risquant « de reproduire l'état traumatique lui – même. »

Une première modalité de défense est un retour à l'état X + Y. C'est bien face à la menace de la mort psychique, que le sujet va finalement accepter le contrat narcissique, malgré des conditions aliénantes. Le sujet va donc se couper d'une partie de lui – même, qui va rester en souffrance, « en errance dans la psyché » nous dit R. Roussillon. Une certaine forme de secondarisation peut alors se mettre en place, la partie proche du traumatisme restant quant à elle figée, menacée par le retour de l'agonie dès qu'une séparation avec l'objet se profile.

Une seconde modalité possible est celle d'une symbolisation secondaire des agonies primitives. Il demeure possible que l'expérience traumatique primaire vienne, dans un second temps, infiltrer de « boursoflures hallucinatoires » les expériences postérieures auxquelles elle se mêle, et ainsi, trouver une forme de symbolisation. Ce travail de reprise après – coup n'est cependant pas toujours possible.

Seule la fuite psychique peut encore constituer une issue possible. Le sujet se retire au fond de lui – même, « détruit toutes les voies d'atteinte, pratique une politique de 'désertification interne', de la 'terre brûlée' intrapsychique, une politique du 'soi blanc', blanchit par retrait, par destruction d'un pan de la subjectivité »¹⁰¹. Le sujet, mort psychiquement, reste alors comme en « errance d'assignation subjective » (M. Edrosa, 2005), dont les formes d'errance et de vagabondage sont alors auto-représentatives de cette errance psychique. Le sujet va ainsi se placer « dans une position d'errance, sans manque, sans assignation, sans appartenance, s'organiser contre toute appartenance ou toute assignation »¹⁰².

Cette modalité défensive de fuite psychique se retrouve dans le lien thérapeutique et a été décrit par A. Green sous le nom de « position phobique centrale » (A. Green, 2000). Elle constitue une phobie de la pensée, chez les patients limites, et plus précisément de la pensée associative. C'est précisément la mise en relation des pensées qui représente un danger car elle amplifie leur charge traumatique. Elle est la marque des processus négativants dans le fonctionnement psychique.

Ses différentes modalités défensives que nous venons d'exposer permettent au sujet de traverser la situation extrême. Qu'advient – il de ses défenses lorsque la situation extrême prend fin, dans la réalité externe ?

¹⁰¹ R. Roussillon, 2012, p. 293

¹⁰² R. Roussillon, 1997, p. 85

Lorsque la situation limite et extrême prend fin, le sujet continue de vivre mais avec les traces qu'elle a gravées en lui. Les défenses primaires mises en place marquent également durablement l'organisation psychique. A. Ferrant le rappelle : « On peut passer des logiques de vie aux logiques de survie, on peut s'adapter aux pires conditions environnementales, l'inverse n'est pas vrai. On ne retransverse pas, ou pas complètement dans l'autre sens »¹⁰³. Caractérisée par la contrainte de répétition, l'expérience de la situation extrême n'aura de cesse de se présenter de nouveau, les formes non représentées, non intégrées étant continuellement réactivées et réactualisées sous forme hallucinatoire. Le sujet doit désormais se défendre contre le retour de la situation extrême, de l'intérieur : « Quand la situation extrême a cessé au – dehors, elle « revient » de l'intérieur, elle hante le sujet, elle est compulsivement réactivée de manière hallucinatoire par la contrainte de répétition, par un automatisme de réinvestissement des traces » soit « le trauma revient de l'intérieur et le sujet doit mettre en œuvre des solutions pour tenter de juguler le retour interne de ce dont il s'est clivé et qui tend compulsivement à faire retour. »¹⁰⁴

Tout d'abord, la première défense contre le retour des traces traumatiques est une « tentative de neutralisation de leur impact, par désinvestissement ou contre-investissement »¹⁰⁵. Le sujet va mettre en place des stratégies d'évitement de tout ce qui rappelle la situation extrême, qui n'est pas sans rappeler la phobie. Pourtant, l'impact de la situation traumatique est tel qu'il ne peut rester localisé. Des stratégies de neutralisation énergétique et affective doivent donc venir suppléer aux stratégies d'évitement. Il en existe plusieurs formes : le gel affectif, la pétrification mais aussi la lyophilisation et la déshydratation. Quelle que soit la forme prise, la vie affective est restreinte au minimum et toute relation, qui peut réveiller la zone traumatique primaire et le manque dégénératif qui l'accompagne, est évitée.

Un système de pare – excitation, mais aussi de pare – contact, est interposé entre le sujet et le monde extérieur, une membrane qui « se dépouille des qualités du vivant » (Freud, 1920). Le sujet se désengage de toute vie relationnelle, impliquant la perte d'empathie pour l'autre et de compassion pour soi. Les affects sont neutralisés et avec eux, le partage d'affect. Le registre de l'acte et de l'action sur l'autre qui prend le relais de la communication. Le sujet communique par des actes ce qu'il ne peut communiquer par expression des affects gelés, en faisant vivre à l'autre ce qu'il ne peut se laisser vivre ou revivre.

¹⁰³ A. Ferrant, 1997 cité par O. Jan, 2007, p. 63

¹⁰⁴ Op cité, p. 293

¹⁰⁵ Op cité, p. 295

Ma rencontre avec Saïd, mais surtout les derniers entretiens, m'ont marqué par l'intensité du désespoir qui le conduira, sans alternative possible, à mettre fin au suivi.

Saïd a 25 ans quand je le rencontre pour la première fois. Il demande un suivi psychologique, qui se met en place régulièrement, tous les quinze jours. Peu à peu, il construit des projets en détention, puis sur l'extérieur. Il s'ouvre peu à peu et pourra questionner son entrée dans la délinquance au regard de son parcours de vie. Après plusieurs mois de suivi très régulier, Saïd s'évade de permission de sortir et commet de nouveaux faits, très graves, qui entraînent une nouvelle condamnation. Je le reçois à son retour à l'établissement. Il m'explique qu'il « arrête tout » car plus rien n'est possible. Je lui propose l'idée du suicide social, ce qu'il ne nie pas. Je remarque qu'il s'est pourtant présenté en entretien mais il me coupe : « c'est notre dernier entretien ». Alors que j'essaie de le raccrocher, d'insuffler une forme d'espoir, Saïd me coupe de nouveau : « vous ne comprenez rien. Je commence à ressentir des trucs et avec la vie que je mène, c'est pas possible. Depuis des mois, ici, c'est le seul endroit où je me suis senti écouté, c'est la seule chose qui me fait aller mieux et aller mieux, c'est pas possible. » Alors que j'essaie encore de résister, je perçois dans son regard, fixe, froid, qu'il dira tout ce qu'il faut pour que j'accepte de lâcher. De fait, il dira avoir appris des choses personnelles à mon sujet « et si vous saviez comment je l'ai appris, vous auriez peur ». Je sais que Saïd ne dit ça justement, « que » pour me faire peur et ce n'est pas cela qui provoque de l'effroi en moi, c'est la détermination que je ressens dans sa volonté de réduire à néant tout lien qui nous unit. Je sens qu'il est prêt à se mettre en difficulté (à proférer des menaces contre moi par exemple, à m'insulter peut-être). Je finis par accepter de mettre fin au suivi, afin de préserver le peu de lien qu'il est possible de préserver et tout en lui assurant que je reste disponible. Il conclut : « c'est fini, je n'ai plus rien à dire à personne ».

La neutralisation des affects comporte, pour une certaine part, également un impact sur la temporalité. Il s'agit d'arrêter le temps, ou du moins de le suspendre. Tout comme les traces traumatiques sont « hors temps », le sujet va tenter de s'extraire de la temporalité, ou d'en faire « un temps mort » (A. Green).

Je pense ici aux nombreux patients, condamnés à des peines très longues et qui me parlaient de ces années passées en remarquant, étonnés : « toutes ces années, j'ai rien fait. Ça me paraissait long mais, au final, je me suis même pas rendu compte qu'elles passaient... »

M. Edrosa définit dans ses travaux sur les criminels en série, une modalité de défense paradoxale organisée sur le sacrifice du moi. Le sujet, confronté à l'impasse existentielle dans laquelle il est

impossible de maintenir le lien à l'objet et le lien à soi – même. Mais, si le lien à l'objet est intenable, en même temps, l'état d'immaturation du sujet vont pousser le sujet à tout tenter pour maintenir ce lien. Le sujet procède alors à un déchirement interne, un sacrifice qui va lui permettre « un attachement désespéré à l'objet » (M. Edrosa, 2005) tout en rétablissant une aire intermédiaire entre le sujet et l'objet effractant. Cette forme d'attachement se fait alors aux conditions de l'objet et au détriment de la subjectivité du sujet. M. Edrosa caractérise le sacrifice du Moi par le renoncement à l'expérimentation des processus en « trouvé créé » et « détruit – trouvé » et leur retournement sur le sujet même.

Une autre possibilité pour le sujet est de s'organiser, se structurer autour de la situation extrême. Il va alors se placer lui – même dans une situation extrême. Cette situation va venir rappeler la situation extrême, à la différence que cette fois, c'est le sujet qui l'a décidé. Il pourra ainsi développer, affiner ses techniques de survie, maîtrisant par-là, ou tentant de maîtriser, la situation extrême. C'est cette même défense, nous précise R. Roussillon, qui va amener ces sujets, au sein même des thérapies engagées, à les porter à leur extrême.

Je pense ici à ce jeune patient de 23 ans, récemment condamné et qui entame sa 3^e incarcération. Il demande à rencontrer un psychologue et lors du premier entretien, il présente une demande de soin sous cette forme : « j'aimerais comprendre pourquoi je me sens mieux en prison que dehors ». Au cours du suivi hebdomadaire qui se mettra en place, Ahmed exposera les éléments traumatiques de son histoire infantile, entre autres une extrême violence intrafamiliale. Nous aborderons longuement sa vie quotidienne en détention, émaillée d'actes d'une grande violence, dont son corps porte les traces. Il pourra formuler qu'à l'entrée dans l'âge adulte, et avec la possibilité de s'écarter de ce contexte familial, la prison lui offre un environnement certes extrêmement violent, mais face auquel il a « les armes » pour survivre. Ahmed est régulièrement impliqué dans des actes d'une telle violence qu'il sera placé à l'isolement, pour protéger les autres détenus.

De même, un autre patient, arrivé au centre pénitentiaire après de nombreux actes de violence, arrivera à canaliser son comportement et construire des projets en détention. Un jour pourtant, surgit de nouveau un acte d'une grande violence. Alors que je le rencontre au quartier disciplinaire, il dira : « c'est comme ça. Ça allait bien, je connais pas, ça, quand ça va bien. Moi, je connais que quand ça va pas. »

En maillant ainsi les éléments théoriques et des vignettes cliniques issues de notre pratique, il nous semble que nous avons participé à illustrer le fait que bien que cette clinique des situations

extrêmes, qui trouve ses racines dans l'histoire des victimes (d'actes délictueux ou criminels, de crimes de guerre...), relève tout autant de la clinique des auteurs, les auteurs se trouvant tout autant confrontés à une menace identitaire extrême et nous pouvons ici citer les travaux d'A. Ciavaldini (2006, 2008, 2009) et C. Balier (1988, 1989, 1998, 2005) sur la clinique des auteurs de violences, sexuelles ou non, de M. Ravit (2008, 2010, 2022) sur les criminelles et de M. Edrosa (2005) sur les criminels en série.

La vie carcérale est décrite dans tous ses aspects dans les ouvrages de D. Lhuillier, particulièrement « Le choc carcéral », dont le sous – titre - « survivre à la prison » - vient directement s'inscrire dans notre propos. L'organisation de la vie carcérale va immédiatement confronter la personne détenue à une perte des repères identitaires, à l'absence d'intimité, à l'uniformisation. A. Brun le rappelle : « c'est précisément ce processus de désubjectivation qui va être réactivé par la vie carcérale »¹⁰⁶. Ces conditions vont mobiliser des défenses très archaïques afin d'éviter la pensée, les souvenirs et ainsi, neutraliser les affects pour échapper à la mort psychique. C'est souvent ce qui est insupportable pour les personnes sanctionnées au quartier disciplinaire : elles sont confrontées sans issue possible à la pensée, aux souvenirs, aux affects. Nassim nous dira « avoir revu toute [sa] vie au quartier disciplinaire. Chaque minute. ». Ainsi, la situation d'incarcération constitue en elle – même une situation extrême.

L'écriture de cette partie théorique nous a été particulièrement difficile. Nous nous sommes souvent sentis perdus, dans une tentative de remettre chaque élément à sa place, de faire le tri, de mettre de l'ordre, entre ce qui tenait de l'histoire subjective des patients rencontrés, ce qui pouvait être reconstruit à partir des données cliniques de leurs histoires précoces, et les éléments qui pouvaient prendre sens dans leur situation actuelle de l'incarcération. Nous avons souvent eu l'impression d'errer, de ne pas réussir à cerner, comprendre, décrire, circonscrire cette souffrance extrême à laquelle nos patients étaient en proie.

Mais, est – il nécessaire de faire cette discrimination ? Est – ce même possible ? L'actuel de leur situation en prison n'est – il pas accompagné de réactivations continues de leurs vécus archaïques ? Comment s'orienter alors, dans cette clinique ? Quel(s) dispositif(s), quel(s) outil(s) cliniques vont nous servir de boussole ? D. Derivois compare l'accompagnement à une traversée, dans son ouvrage sur l'accompagnement des adolescents victimes/délinquants : « Dans l'accompagnement, on est comme sur un pont. On traverse contre vents et marées. À tout moment, le pont peut s'effondrer. Il est déjà menacé d'effondrement. L'accompagnement est ainsi une prise de risque. Risque de

¹⁰⁶ A. Brun, 2008, p. 31

l'effondrement mais aussi risque de l'imprévisible de la rencontre »¹⁰⁷.

L'enjeu dans les souffrances psychiques telles que nous venons de les décrire serait de « déjouer la *destructivité* au cœur des situations, de manière à ce que le soignant se rende accessible au patient afin d'engager soit une relation d'aide, soit une relation de soins, soit une rencontre thérapeutique¹⁰⁸. »

Après avoir déposé ses repères théoriques qui ont délimité, marqué notre cheminement clinique dans notre plongée dans le monde carcéral, nous vous proposons, après l'exposé de notre problématique et de nos hypothèses, de suivre les étapes de construction de dispositifs cliniciens en milieu carcéral.

¹⁰⁷ D. Derivois, 2010, p.109

¹⁰⁸ Aubert, Scelles, 2007, p. 8

Partie 3 : Problématique et Hypothèses

1. Problématique

Comment dans cet environnement contraint qu'est la prison, le sujet extrême peut – il intégrer un dispositif permettant de relancer les processus de subjectivation ?

Le plus souvent, les patients violents rencontrés en Centre de Détention ne formulent pas une demande de soin psychique, au sens classique du terme. Pour autant, ils présentent une souffrance psychique manifeste. En tant que clinicien, comment aller à la rencontre de ces patients ? Quelles pourraient être les modalités d'une rencontre clinique ?

Leur souffrance psychique se manifeste par le langage de l'acte, par une violence, qui les a menés en détention et perdure en milieu carcéral. Quels dispositifs peuvent rendre cette forme de souffrance exprimable, entendable, représentable ?

Face aux récits de violence, dans lesquels ils tiennent une position d'auteurs, est – il possible de développer une écoute empathique ?

L'application des théorisations sur les cliniques de l'extrême à la pratique en milieu carcéral permet – elle la définition d'un dispositif de soin à ces patients ?

2. Hypothèses

– Hypothèse 1

La spécificité de la clinique des agirs violents, en regard des conditions d'incarcération, serait fortement marquée par une forte sensibilité à l'intentionnalité portée par le dispositif de soins. Aussi, la position thérapeutique serait intimement marquée par l'acte clinique d'« aller vers » le patient. Dans ce prolongement, le clinicien se situe dans un premier temps comme un « témoin externe impuissant », ce qui potentiellement rend par la suite possible sa place de « double en miroir » du patient.

– Hypothèse 2

La clinique des agirs violents, marquée par une souffrance subjective liée aux vécus agonistiques, implique des modalités de transfert par retournement qui plongeraient le

clinicien dans un vécu d'impuissance thérapeutique. L'acceptation de cette impuissance prendrait la forme d'une position sacrificielle (marquée par le deuil d'un idéal de la pratique) comme levier de la rencontre et du lien avec le sujet.

– Hypothèse 3

La médiation thérapeutique par le conte permettrait de relancer la dynamique psychique à partir d'une saisie et d'une reprise de vécus archaïques et/ou traumatiques. Ces vécus subjectifs non historicisés pourraient alors prendre forme, et seraient mis en jeu, dans la dynamique groupale. L'associativité focale opérée par le groupe à médiation Contes serait propice à créer/ construire une histoire en étayage sur le groupe. En appui sur la structure du récit, les patients tissent une première trame narrative leur permettant de se situer de manière réflexive vis-à-vis de leur vécu subjectif.

3. Éthique et déontologie

La question éthique et déontologique est importante dans toute recherche. Au vu de notre lieu d'exercice, cette importance a pris une acuité particulière : la question de ce qui est vu, entendu, écrit, reporté étant particulièrement sensible pour nos patients dans une institution panoptique où l'intimité n'existe plus.

Le psychologue clinicien se pose souvent alors comme le garant de cette intimité. La question du secret professionnel et de ses limites étant souvent un enjeu avant la mise en place d'un suivi.

Dès lors, présenter un travail de recherche et demander à un patient un accord pour « utiliser » les données cliniques recueillies va presque à l'encontre de cette position.

Concernant notre recherche, cette question – ou plutôt ces questionnements – se sont posés de manière différente.

Dans le cadre des suivis individuels, notre projet de recherche est né de notre pratique, s'est construit progressivement et le choix des patients s'est souvent opéré après notre rencontre, le suivi étant établi depuis plusieurs mois voire années.

Nous avons fait le choix d'évoquer notre travail de recherche en fin de suivi, alors que la séparation était actée. Ainsi, il n'impactait pas – ou dans une moindre mesure – le travail psychothérapique en cours. Il était évidemment mis en avant l'anonymisation des données, des noms et prénoms bien sûr mais également de tous les éléments pouvant concourir à leur identification.

Plus que sur l'utilisation de « leurs » données, les interrogations des patients portaient le plus souvent sur l'intérêt que pourrait susciter le travail mené, qu'ils avaient mené, dans ce lieu spécifique. Qui pourrait s'intéresser à la prison et à eux ?

Dans le cadre du groupe thérapeutique « conte », le projet même du groupe est né de cette recherche. Lors de l'entretien d'accueil, le projet du groupe était présenté ainsi, né d'une recherche en cours. L'accord des patients a été recueilli lors de l'entretien de fin de groupe, avec la remise de l'attestation de participation au groupe.

Ce n'est qu'au moment de la rédaction de ce travail que nous avons remarqué que les accords de nos patients n'avaient été recueillis que de manière orale. Devons – nous y voir la marque d'une pratique clandestine ? Ou la marque de l'interpénétration agie de notre clinique sur notre pratique ?

En détention, les expressions référant à l'écrit prennent le plus souvent une valence négative et peuvent même constituer une menace dans la bouche des surveillants : « attention, si tu continues, je vais écrire ! ». Les écrits représentant le plus souvent les rapports disciplinaires, ou les rapports au juge. A l'inverse, la parole prend une valeur positive. À mon arrivée au poste de psychologue P.E.P, cet élément a constitué une des premières mises en garde de la direction du centre pénitentiaire : « ici, on fait ce qu'on dit. Faites bien attention à ce que vous dites, la parole, c'est tout ce qui leur reste ». Les expressions « tu as ma parole ; je te donne ma parole » prennent une importance presque démesurée. Dès lors, l'engagement oral lie bien plus que les écrits, dans une inversion de l'expression bien connue : « les paroles s'envolent, les écrits restent ».

Partie 4. Méthodologie

Notre recueil de données est entièrement basé sur notre pratique de psychologue clinicienne en milieu carcéral. Elle se décline en plusieurs dispositifs ;

Notre pratique comportait majoritairement des suivis individuels que ce soit dans le cadre de notre poste au sein de l'administration pénitentiaire et dans le cadre de notre poste à l'unité sanitaire. Dans ces dispositifs de prise en charge individuelle, se dégageait une impression d'aridité, de sécheresse de la vie psychique. Nous avons souvent eu recours à des médiations, des outils, pour apporter de la souplesse, de la matière à notre clinique : jeux de cartes, feuilles et crayons, livres mais aussi parfois, musique...

Nous avons donc rapidement ajouté à notre pratique, une pratique groupale, à médiation thérapeutique. Dans le cadre du PEP, nous avons mis en place un groupe « peinture et dessin » à destination des auteurs de violence. Puis, dans le cadre de l'unité sanitaire, un groupe « conte merveilleux ». Le dispositif du groupe « conte » a été testé lors de trois sessions, au cours desquelles le dispositif a été ajusté pour répondre au mieux aux problématiques de nos patients ; nous présenterons ici la troisième session du groupe « conte ».

1. Dispositifs de prise en charge individuelle

1. Les dispositifs de soin

Pour toutes les raisons évoquées précédemment, le fait qu'il s'agisse de mon premier poste, qu'il s'agisse d'une création de poste sur un établissement récent et certainement bien d'autres, mon dispositif de travail s'est créé peu à peu, modelé et adapté au gré de l'expérience clinique auprès des patients rencontrés et des apports théoriques qui sont venus enrichir ma formation universitaire. Deux axes principaux ont nourri ma réflexion : d'une part, la pratique en milieu carcéral auprès de sujets violents, en appui sur les écrits de C. Balier (1988, 1998, 2005) et d'autre part, la confrontation au milieu extrême que constitue la prison m'a amenée à approfondir les théorisations autour des dispositifs dans ces situations limites et extrêmes.

Comme le souligne M. Ravit (2022), l'évolution de la compréhension des mécanismes psychiques à l'œuvre dans la clinique des actes délinquants et violents a interrogé les notions d'expression de la souffrance et de formulation de demande de soin. Par-là, elles ont activement

participé à l'évolution des modèles de rencontre clinique et de dispositifs praticiens.

Dans la continuité de ces travaux, les recherches autour des situations limites et extrêmes de la subjectivité, parmi lesquelles se classent les manifestations antisociales, viennent interroger l'espoir et le désespoir chez le sujet et viennent réorganiser la définition des dispositifs cliniciens autour de la notion de répondant.

1.1. Psychologue clinicien en détention : modèle Balier

Claude Balier (1988, 1998, 2005) a travaillé de longues années en détention, auprès de grands criminels, souvent considérés comme hors champs pour la psychanalyse. Pourtant, il décrit les pistes pour la mise en place de thérapies de références psychanalytiques, dans le milieu particulier qu'est le milieu carcéral.

Dans son article « rencontre en prison » (C. Balier, 1998), il précise en préambule les conditions qu'il estime nécessaire à un investissement positif de ses rencontres. Tout d'abord, une bonne connaissance des pathologies présentées par les personnes détenues, nous ne reviendrons pas sur cet élément développé précédemment (cf. partie théorique), et un positionnement en articulation avec les institutions judiciaire et pénitentiaire.

C. Balier (1998) rappelle que la rencontre du soignant avec le patient incarcéré se fait en référence à trois cadres distincts :

- Le cadre judiciaire

Les patients rencontrés purgent une peine de prison et sont parfois amenés à purger des sanctions disciplinaires, conséquences des transgressions répétées à la loi et aux règlements, et signes des lacunes dans la structuration psychique.

La peine constitue une sanction mais elle ouvre aussi à la réintégration au groupe social. C'est dans ce dernier aspect que Balier voit la possibilité pour les patients d'être réhabilités en tant que sujets. Pour cela, il importe que l'équipe soignante ait le même respect de la loi, sans quoi elle risque de se trouver dans une situation d'alliance contre le prononcé de la loi. Se référer au cadre de la loi permet la reconnaissance mutuelle de la nécessité de cette loi, principalement en raison de l'échec de son intériorisation chez le sujet.

- Le cadre pénitentiaire

Les textes de loi établissent clairement les rapports entre l'institution de soin et l'institution carcérale, spécifiant que l'organisation de la vie carcérale passe au premier plan. L'institution de soin n'intervient pas dans le parcours pénitentiaire des patients.

Le cadre pénitentiaire constitue bien, pour nos patients, le cadre de vie. On peut observer dans les rapports interpersonnels qu'entretiennent les patients avec les différents intervenants de ce cadre de vie, et bien qu'il ne s'agisse pas de soignants, tout « ce qui se joue de colère, de difficultés dans l'expression des affects, voire des vécus régressifs et infantiles »¹⁰⁹ dans leurs liens intersubjectifs. Ainsi, un regard peut être porté sur les liens que les patients tissent en détention, auprès des autres professionnels.

- Le cadre thérapeutique

Il est évidemment le cadre de référence du soignant, et pour Balier et son équipe, le référentiel est celui de la psychanalyse freudienne. Pour autant, les pathologies décrites des patients traités par Balier étant réputées comme non – accessibles à la cure, il s'est appuyé sur son intuition clinique pour proposer des pistes de traitement que nous présenterons par la suite ;

C. Balier (1988) pense le soin psychothérapeutique en appui sur un contexte plus large où chaque acteur social tient sa place structurante dans le cheminement possible du sujet. Le soin ne peut donc s'opérer qu'en articulation avec les différentes institutions intervenant autour des patients, le référentiel psychanalytique instaurant tout de même un décalage nécessaire ;

Il importe en premier lieu de se décaler de la demande institutionnelle. Face à ces patients aux comportements violents, la pression institutionnelle peut être, et l'est très souvent, que la thérapie mène à une baisse, voire à un arrêt, des comportements violents en détention et à la prévention de la récidive. En tant que psychanalyste, C. Balier se concentre plutôt sur « l'évolution du patient » qui permettrait « d'adopter un mode de vie qui se rapprocherait davantage d'un choix en fonction de plusieurs paramètres »¹¹⁰. L'absence de récidive, tout comme la guérison, ne survenant que « de surcroît ». Le décalage se formule alors ainsi : ce n'est pas la récidive qui intéresse le psychanalyste mais la répétition. On comprend alors que la répétition des actes violents, et le déploiement de la pulsion de mort qui l'accompagne, ne peut qu'interpeller le clinicien.

Si l'on reprend la théorisation de C. Balier (1988) sur l'organisation pulsionnelle des patients

¹⁰⁹ Gravier B., 2015, p.35

¹¹⁰ Balier C., 1988, p. 218

violents, en découle naturellement la nécessité de restaurer en premier lieu la fonction de pare - excitation qui fait défaut chez ses patients, « afin de faire face aux grandes quantités d'énergie qui devront se transformer en petites quantités pour permettre l'instauration de la pensée »¹¹¹. Pour ce faire, le thérapeute ne peut travailler seul, il doit pouvoir s'appuyer sur un cadre institutionnel solide, que l'institution carcérale peut offrir. Les patients eux – même peuvent exprimer une forme de soulagement ressenti à l'incarcération. Malgré la souffrance liée à l'enfermement, qui ne peut être niée, l'institution carcérale « arrête » les débordements pulsionnels qui s'expriment dans les comportements délinquants.

Salah : « elle porte bien son nom, la maison d'arrêt. Sans ça, je me serais jamais arrêté, je serai mort aujourd'hui ».

En effet, l'institution carcérale « tient bon » : lorsque les patients font face à de trop grandes quantités d'excitation, et que celles – ci se manifestent par des passages à l'acte, le cadre pénitentiaire répond par des sanctions disciplinaires, avec une gradation dans la sanction et la coercition appliquée. Mais le cadre n'est pas en soi une fonction pare – excitatrice. Il le devient lorsqu'une partie du Moi s'identifie à lui, se structure par rapport à lui (J. Bléger, 1979).

En effet, on observe régulièrement que, passés les premiers mois d'incarcération, chaque personne incarcérée, par alliance avec la loi du groupe, trouve une place dans la hiérarchie des groupes surveillants – détenus et détenus entre eux.¹¹² Cette identification constitue bien une première forme de pare – excitation qui, si elle n'est pas thérapeutique, va permettre la mise en place du soin. Elle absorbe les plus grandes quantités d'énergie, permettant au travail thérapeutique de se mettre en place.

À la suite des travaux de Balier, A. Ciavaldini théoriserait sur la question des soins aux patients pédophiles, la notion d'« environnement thérapeutique » reposant sur « un système d'intercontenance des cadres : judiciaire, social et thérapeutique ». Cette intercontenance des cadres permet de faire émerger la fonction tiercéisante qui fait défaut (A. Ciavaldini, 2006) et peut donc être pertinente auprès d'autres publics en milieu carcéral. Dans cet environnement spécifique, chaque professionnel occupe une place parmi d'autres professionnels : « il ne peut déployer sa propre écoute que parce que d'autres professionnels existent aussi dans cet espace ».

Le soin peut alors intervenir et, tout en visant l'arrêt des comportements violents, il va apporter une réponse bien sûr différente de celle de l'institution carcérale : celle de lui substituer une autre forme

¹¹¹ Op cité, p. 219

¹¹² Op cité, p. 221

d'expression. Les soignants cherchent à comprendre ce qu'il se passe au niveau intrapsychique pour le patient, en regard de son histoire personnelle, et c'est par identification avec ses soignants que le patient peut réinvestir sa vie psychique et retrouver le plaisir de penser. Dans les rencontres avec les soignants, la recherche de sens, les liaisons établies entre les différents matériaux (matériel des rêves, vécus quotidiens, les faits, histoire personnelle...) fournissent un étayage pour le développement du préconscient. Cela se traduit par l'apparition de rêves, le plus souvent cauchemars et rêves d'angoisse dans un premier temps.

C. Balier insiste dans ses travaux (1988, 1998, 2005) sur la nécessité pour les soignants de s'appuyer sur une équipe. En effet, l'organisation défensive de ces patients, pour lesquels l'utilisation d'un objet externe est nécessaire au fonctionnement du moi, conduit inmanquablement les soignants à un engagement relationnel particulier : celui de rester un objet externe tout en étant le support pour les projections des processus internes du patient.

Au sein du service de soin, les patients viennent majoritairement chercher une écoute et une aide pour les problèmes qu'ils rencontrent au quotidien. De cette relation va naître un investissement de surface, permettant une baisse des symptômes et donc une amélioration de l'état du patient. Bien que préalable nécessaire à l'établissement d'une relation de soin, il ne faut pas perdre de vue l'objectif initial d'une évolution à plus long terme.

C. Balier (1998) invite à repérer, et ce dès le premier entretien, les mouvements internes exprimant le désir d'une plus grande cohérence du Moi. Il y a nécessité d'écoute et de traduction de ce qui est entendu, des attitudes perçues, des mimiques, des postures pour amener une compréhension à un autre niveau que le niveau verbal. Elle confronte au négatif, à une autre réalité que celle dont le patient parle.

Dans son ouvrage « Psychanalyse des comportements violents », C. Balier (1988) détaille les éléments des prises en charge des patients violents ;

Les soignants sont confrontés à deux difficultés majeures : celle d'une trop grande réceptivité des projections du patient, qui peut menacer le projet de soin voire amener au passage à l'acte et celle de l'isolement du soignant avec qui le patient a créé un lien privilégié, ne permettant pas d'accéder aux processus internes. La rencontre n'est donc pas sans risque. Face à ce risque, le travail en équipe, le partage d'information au sein de cette équipe, est nécessaire. Elle offre aux patients un ensemble permettant transferts, inter-transferts et interrelations au sein desquelles peuvent se transmettre ce dont on ne parle pas et qui se manifeste dans l'éprouvé et le corporel. Dans l'imprécision de ces

transmissions peut naître un espace de jeu laissant libre court aux fantasmes des soignants. Cette aire transitionnelle permet la création de liaison entre la réalité interne et la réalité externe et ainsi, l'accès à la vie psychique.

Les soignants doivent donc pouvoir s'appuyer sur une équipe, structurée autour d'un leader. Les places de chacun doivent être identifiées et différenciées, ce qui offre aux patients des possibilités diverses d'investissement, représentant des imagos différenciées qui, à leur tour, va permettre les identifications secondaires. C'est bien par cette dispersion des investissements sur les soignants, supports externes pour les processus internes que l'équipe peut jouer un rôle de pare – excitation.

La restauration de la fonction de pare – excitation est un préalable à la mise en place du travail thérapeutique.

Deux facteurs spécifiques, dus à la pathologie des patients, sont à prendre en compte dans ce travail thérapeutique : la confusion dedans – dehors et le clivage du moi.

Le clivage du moi va nécessiter une position active du thérapeute, inhabituelle en psychanalyse. Le thérapeute doit en effet solliciter directement ce qui couvert par le déni de réalité, et donc produire un effort pour comprendre le patient malgré la confrontation à la violence extrême. Pour C. Balier (1998), cet « engagement original du thérapeute le confronte au mélange de ses affects avec ceux du patient »¹¹³ et c'est exactement à ce niveau qu'il faut aller, celui d'un mélange transféro – contro – transférentiel où l'identification, de nature primaire, constitue une première forme de représentation. Le lien entre le thérapeute et le patient n'est pas de tout repos. Le soignant va vivre des situations conflictuelles, des successions de rapprochements et de ruptures, des mouvements dépressifs suivis de raccrochage aux éprouvés de toute – puissance et c'est dans le désengagement du thérapeute de cette chimère (M'Uzan) que va pouvoir naître la capacité de représentation chez le patient.

Les questions du thérapeute autour du crime ou du délit sont mal vécues par les patients mais ces questions poursuivent un but précis : celui de mettre à jour les processus qui ont mené au passage à l'acte. C'est par la perception de cette volonté de comprendre, de le comprendre, que le patient peut se risquer à affronter le vide. C. Balier rappelle que ce vide n'est autre que le signe de la perte de l'objet primaire, par défaut ou par excès d'excitation. Dès lors, le patient va s'inscrire dans une identification massive à ce thérapeute qui a réveillé la trace de l'objet primaire. Il s'agit alors d'organiser l'expérience en un partage d'affects.

Le recours à l'acte diminue, ne sert plus de défense pour abaisser les tensions internes. C'est à ce stade de la prise en charge qu'apparaissent des cauchemars, des terreurs et des peurs insurmontables.

¹¹³ C. Balier, 1998, p. 52

Dans le fonctionnement psychique de ces patients, la faille narcissique, vécue précocement, a empêché la mise en place d'un processus régulier de construction. Le travail thérapeutique va donc chercher le maintien de la continuité narcissique à travers le changement impulsé par le soin. Il s'agit d'organiser les conditions permettant le fonctionnement sous tension faible mais constante, là où les sujets s'organisaient par la décharge brutale ramenant la tension à néant. Cette organisation va permettre le sentiment d'exister dans une permanence prenant la forme d'une histoire personnelle. Pour les soignants, cela implique de supporter des entretiens pauvres en matériel clinique pendant de longues périodes, tout en rappelant régulièrement au patient qu'il est dans un lieu de soin. Des passages à l'acte sont alors fréquents, témoins des bouleversements intérieurs à l'œuvre chez le patient. Les imagos archaïques créent une tension dont l'apaisement ne peut être trouvé que dans le passage à l'acte. Le travail délicat de l'accompagnement nécessite de ne pas sédater le symptôme tout en se préservant du risque d'être débordé soi-même par l'angoisse, ce qui reviendrait à être détruit. Le soignant peut en effet, pour se préserver, être amené à parer au plus pressé, avec une abolition de la pensée, par un système de contre-réactions. La perte de la relation objectale entraînerait alors une rupture narcissique. C. Balier souligne que ces bouleversements sont à comprendre comme des signes de réduction du clivage, menant le soignant à évoluer dans un monde où les frontières dedans-dehors ne sont plus bien définies. Dans cet espace transitionnel, le travail de différenciation entre les imagos archaïques projetées sur le soignant et ce qu'il peut représenter en tant qu'imgo différenciée. Le soignant oscille entre un personnage d'illusion et rester lui-même, notamment dans les gestes du quotidien et parfois même dans des oppositions au patient, qui permettront de lever l'angoisse qui pèse sur la relation. Le travail en équipe et l'explication psychanalytique de ce qui se joue dans la relation peut permettre la continuité de la pensée et donc l'intégrité du narcissisme des soignants. Le patient perçoit alors un autre qui l'écoute, qui donne sens à ce qu'il vit, le laisse libre de ses fantasmes sans en vivre les conséquences négatives. Une identification, dont Balier ne précise pas si elle est primaire ou secondaire, se perpétue avec une imago maternelle qui permet que se poursuive le travail intérieur, garant de la continuité narcissique. C'est avec lui que va pouvoir se construire le préconscient.

Ce travail thérapeutique présenté par C. Balier rend compte d'une évolution d'une pathologie comportementale pour arriver à un travail psychologique. Il ne décrit pour autant pas d'évolution type, soulignant au contraire, que chaque patient a les capacités de changement qui lui sont propres. Ce parcours est émaillé d'incidents, témoins du travail psychique à l'œuvre. C. Balier cite toutefois deux manifestations, preuve incontestable du travail à l'œuvre : la capacité à pleurer et la découverte de la peur.

Ces pistes ont souvent été qualifiées de « pré-thérapeutiques », les étapes étant nombreuses avant l'accès à la symbolisation et à l'élaboration, avant l'appropriation subjective de l'histoire personnelle.

Les écrits de C. Balier ont constitué un socle, à partir duquel j'ai pu construire mes dispositifs de psychologue clinicienne sur chacun des postes que j'ai occupés.

En premier lieu, le fait de se confronter au travail psychique possible auprès des auteurs de violences et le concept de recours à l'acte, qui introduit l'idée que tout acte n'est pas synonyme de court – circuit de la pensée, m'a permis d'aborder les personnes détenues, puis plus spécifiquement mes patients, avec moins d'appréhension et, j'espère, de me décaler de la sidération que peuvent entraîner les récits d'actes violents.

Si j'ai très tôt pressenti, notamment dès les premières rencontres avec les personnes détenues, que la répétition des actes en détention, comme l'expression d'une souffrance psychique, le fait de pouvoir m'appuyer sur une théorisation connue et reconnue m'a assuré pour défendre cette compréhension auprès de ma hiérarchie et amener des changements dans mon dispositif.

Malgré les moments de doute, de colère, d'incompréhension – qui ont été nombreux au fil des années – j'ai toujours veillé à travailler en articulation avec les services de l'administration pénitentiaire. Toute jeune diplômée, j'ai gardé en mémoire de manière permanente la nécessité de s'entourer d'une équipe dans la prise en charge de ce public.

Cependant, les postes que j'ai occupés présentaient des différences notables avec le cadre de travail présenté par C. Balier ;

En premier lieu, le terrain de pratique est différent. C. Balier a exercé en tant que chef de service au sein d'un CMPR, centre médico – psychologique régional, ce qui implique que la population rencontrée est composée « de prévenus ou de détenus ayant des perturbations psychologiques suffisamment importantes pour nécessiter des soins en milieu carcéral et après la sortie, mais reconnus responsables de leurs actes. »¹¹⁴ L'affectation en CMPR se fait sur orientation du médecin, avec accord des personnes détenues. Or, les deux postes que j'ai occupés successivement se trouvent dans un milieu carcéral « ordinaire », les personnes détenues ne présentant donc pas spécifiquement de troubles psychologiques ou psychiatriques. Si une forme minimum de « demande » est préalable à l'instauration d'un suivi psychologique, dans le cadre du P.E.P comme à l'USN1, cette demande peut prendre de multiples formes : demande « portée par la justice » dans le cadre des obligations de soin

¹¹⁴ Balier C. *Psychanalyse des comportements violents*, p. 13

par exemple, demande de soutien psychologique, d'accompagnement... Bien qu'il me soit tout de même arrivé de rencontrer des personnes détenues formulant et m'adressant une demande de soin psychique.

Ensuite, dans le cadre du dispositif du P.E.P, le psychologue clinicien est défini comme « ni thérapeute, ni expert ». La mission d'accompagnement psychologique n'est donc pas considérée comme appartenant au domaine du soin. Dans le cadre de l'USN1, le travail du psychologue est bien défini dans le domaine du soin mais il s'inscrit dans une dynamique d'équipe alliant le soin somatique et le soin psychiatrique. Nous ajouterons ici que le chef de service de l'USN1 est le médecin chef de service de l'hôpital général, du soin somatique, donc.

Les psychologues de l'USN1 sont placés sous les ordres du chef de pôle de l'hôpital psychiatrique. Ainsi, les aménagements souhaités au dispositif de soin psychologique devaient passer par différents prismes : acceptés en équipe des psychologues, validés par le chef de pôle, présentés et validés par le chef de service de l'USN1. Cependant, tous les aménagements proposés n'étant pas révolutionnaires, un grand nombre d'entre eux n'ont pas eu à recueillir toutes ses validations ou en ont passé un certain nombre de manière officieuse. Si ce travail a pu se réaliser, c'est bien grâce au travail collaboratif avec chacun et chacune de mes collègues, aux échanges nourris et inspirants avec plusieurs d'entre eux.

1.2. Les dispositifs de soin en situation extrême

Dans notre exploration du concept de « situation extrême », nous avons retenu la définition de la situation extrême comme le rapport entre un sujet souffrant et son environnement inadéquat¹¹⁵. On voit bien dans cette définition, la première difficulté à laquelle va se heurter le clinicien : lorsqu'il va à la rencontre du sujet, il fait partie de cet environnement inadéquat. Winnicott soulignait déjà « ces cas innombrables qu'on ne rencontre jamais, parce que le symptôme du patient exclut toute possibilité d'utiliser l'analyste »¹¹⁶. Aubert et Scelles détaillent les raisons de cette impossibilité : « soit du fait que le patient ne peut faire usage d'un thérapeute, soit du fait que le thérapeute n'a pas trouvé à se rendre accessible par le patient, soit du fait que les conditions pour user d'un thérapeute ou faire usage thérapeutique de la vie ne sont pas réunies. »¹¹⁷. Ainsi, il nous est paru évident que pour permettre la rencontre clinique, il fallait se rendre accessible pour les sujets en souffrance. Cette intention, c'est le dispositif qui la porte en premier lieu. Comment, alors, se rendre accessible pour les sujets en situation extrême ?

¹¹⁵ A.E. Aubert et R. Scelles, 2007, p. 8

¹¹⁶ D.W. Winnicott, 1968, p. 248

¹¹⁷ Op cité, p. 9

Nous l'avons évoqué en partie théorique, le sujet va mettre en place différentes stratégies pour survivre à la situation extrême. Ainsi, comme nous le rappelle R. Roussillon, une des premières questions que le clinicien doit se poser, est celle de savoir si ce qu'il propose est « mieux » que ce que la stratégie de survie permet. Formulée ainsi, cette question vient blesser notre idéal soignant, qui voudrait que nous répondions par l'affirmative. Force est de constater que ce n'est pas toujours le cas.

En milieu carcéral, la violence est parfois nécessaire. Les personnes incarcérées l'exposent très clairement : à leur arrivée dans un établissement pénitentiaire, il est inévitable de se battre pour « prouver qui on est », pour se situer sur l'échelle sociale. Elle est parfois nécessaire tout au long de la peine. Plusieurs de nos patients l'ont exprimé, démunis, face aux violences subies de la part des codétenus : quelle autre solution que de répondre aux coups par les coups ?

Aussi longtemps que les stratégies de survie fonctionnent, les sujets ne rencontrent pas les cliniciens. Ce n'est que lorsqu'elles ne sont plus suffisamment efficaces, quand l'angoisse et la souffrance débordent le sujet et se présentent de manière manifeste, que la question de la rencontre avec le clinicien se pose, même en l'absence de demande.

L'attention portée aux stratégies de survie est toujours importante, puisqu'elle renseigne alors sur la manière dont le sujet s'est protégé jusqu'ici, sur sa théorie du soin. Le thérapeute peut alors tenter de sentir le mouvement d'espoir existant dans la mise en place de ces stratégies.

J'ai été surprise de la manière transparente dont certains patients se réfèrent à leur parcours disciplinaire comme moyen de faire face à l'impasse ressentie dans la situation d'incarcération. J'ai ainsi pris l'habitude de les questionner sur l'efficacité de cette défense. Un certain nombre s'accordait sur le fait qu'elle était plutôt efficace. Mais souvent, le coût à payer était de l'aveu même de la personne détenue, trop élevé : les conditions de vie au quartier disciplinaire, les refus de travail pénitentiaire, les refus de permissions de sortir ou d'aménagement de peine et l'état de tension permanent dans les relations quotidiennes au personnel de surveillance. L'état d'épuisement psychique dans lequel ils se dévoilent révèle à quel point ils peuvent se sentir menacé dans l'économie même de survie. Il y a alors indication d'intervention pour le clinicien. Lorsque le sujet veut trouver une aide, il trouve toujours le moyen de le communiquer.

C'est en se mettant « à l'écoute », au sens clinique, c'est-à-dire en se montrant attentif à tous les signes, au sein du langage verbal et du langage du corps, comme autant de messages que le thérapeute pourra dégager les modalités du soin qui pourront être mise en œuvre auprès de ce sujet.

Une des caractéristiques spécifiques des dispositifs en situation limite et extrême repose sur leur adaptabilité à chaque patient, à leur caractère « sur mesure ». C'est dans cette adaptation fine que le processus de dépersonnalisation et de désubjectivation à l'œuvre va pouvoir être peu à peu déconstruit.

Dans ces « rencontres impossibles », les cliniciens ont le plus souvent « bricolé », au sens de Levi – Strauss, un dispositif de rencontre. C'est dans l'après – coup qu'une théorisation est possible et rend possible la définition de dispositifs thérapeutiques. On remarquera que ces cliniciens sont sortis des chemins balisés, des modes d'intervention validés, dans ce que l'on nommerait aujourd'hui une pratique indisciplinaire. La demande, le symptôme et donc le cadre, n'apparaissent pas d'emblée comme tels. Le dispositif de soin se construit dans la rencontre clinique. Le dispositif peut alors « non pas utiliser le cadre mais le construire »¹¹⁸.

Pour autant, il est possible de dégager les lignes communes de ces dispositifs.

Dans ces cliniques, il est difficile pour les sujets de faire une démarche vers les lieux de soin, qui plus est les lieux de soin psychique. Ces lieux ne procurent pas la sécurité de base pour ces sujets en « grande précarité identitaire » (R. Roussillon, 2012) et s'avèrent donc menaçants. En détention, l'unité sanitaire représente l'hôpital et la rencontre avec les psychologues – et encore plus des psychiatres – confrontent les personnes incarcérées à la question de la folie de manière plus aigüe qu'en milieu extérieur. Il s'agit alors pour le clinicien d'aller à leur rencontre, sur leur terrain, pour « apprivoiser leur terreur de l'autre et du lien » selon la belle expression de Roussillon¹¹⁹. L'établissement du lien prend du temps et se construit par petites touches. Ce n'est que progressivement, par ce partage, certes restreint et atténué, du lieu et de ces conditions de vie que le clinicien peut s'appuyer sur un vécu commun pour tenter de partager l'expérience du sujet. Bien que ces dispositifs se développent de plus en plus, les cliniciens sont encore peu habitués à sortir de leurs bureaux et nous reviendront plus en détail sur les réticences pour le personnel soignant de sortir de leur service, dans la 3^e partie de ce travail. Se faisant, le clinicien partage également quelque chose d'une forme d'insécurité à quitter le lieu habituel de sa pratique. Il se risque, lui aussi, à la rencontre.

Le travail clinique ne se conçoit pas ici en excluant totalement les temps en face – à – face, il s'agit plutôt de penser des modalités d'amorce du lien, dans le premier temps de la rencontre clinique. Dans la pratique auprès des SDF ou des jeunes de banlieue, R. Roussillon présente la pratique en côte – à –

¹¹⁸ R. Roussillon, 1991, p. 19

¹¹⁹ Roussillon R., 2005, p. 119

côte, en adossement psychique, qui peut permettre de rendre cette rencontre supportable. Dans cette démarche, l'attention est conjointe, ce qui ne présente pas les mêmes menaces d'intrusion que le face – à – face. En partageant sur le même lieu, la même tâche, on partage un peu la même difficulté, voire la même détresse ou le même désespoir.

J'ai rencontré Mustapha lors de sa 9^e année d'incarcération, il est régulièrement auteur de violences en détention, avec un comportement instable et imprévisible. Nous nous rencontrons ponctuellement, Mustapha ne s'investissant pas dans le suivi de manière continue. Lors d'une journée particulièrement difficile professionnellement pour moi, Mustapha vient en entretien et déverse toute sa violence dans une logorrhée ponctuée d'insultes, qui, bien qu'elles ne me soient pas adressées, m'atteignent de plein fouet. Je suis soufflée par sa violence et ne trouve rien à répondre, ce qui met Mustapha hors de lui : il sort en claquant la porte du bureau. Je suis submergée par les émotions et je m'effondre en pleurs. Alors que je tente de retrouver un peu de contenance, Mustapha fait irruption dans le bureau. En voyant mes larmes, il s'arrête net. Il se rassoit au bureau, me tend un mouchoir et, après s'être excusé, me parle pour la première fois de sa douleur d'être incarcéré depuis si longtemps. Il se met à pleurer doucement et, pendant quelques minutes, nous pleurons ensemble, sans échanger un mot.

Après ces premières modalités de lien intersubjectif, lorsque le lien commence à se tisser, se mettent en place des comportements d'exploration de l'intentionnalité du clinicien.

Dans le premier temps de l'amorce du lien, on observe alors des formes d'attaque du lien, qui ont pris, dans notre pratique, les formes de révélations de détention d'objets interdits (téléphone portable ou cannabis) ou d'expression de la colère sous différentes formes de violence (par ex. insultes sur les personnels, gesticulations, cris). Le patient se montre alors attentif à notre réponse : vais-je reprendre les propos insultants ? Les révélations dans mon bureau vont – elles être suivies de fouilles de cellule « inopinées » ? Toutes ces formes d'attaque du lien cherchent à déceler l'intention du clinicien dans sa recherche du lien.

Dès notre 2^e semaine de pratique, lors d'un entretien et alors que je lui manifeste une forme d'inquiétude après les propos menaçants qu'il tenait envers les surveillants, Ahmet se met en colère, hurle et jette mon agenda à travers le bureau. Il sort du bureau en continuant de hurler. Lors de l'entretien suivant, il remarquera : « vous êtes revenue, hein ? ». Il questionnera ensuite mes ressentis : « vous avez eu peur ? » et le fait que je n'ai pas déclenché le dispositif d'alarme. Nous pourrons ensuite reprendre sur la question de sa violence et de ses manifestations éventuelles.

Une fois le lien établi, mais aussi de manière concomitante à l'établissement de ce lien, se pose la question des formes que peut prendre l'expression de la souffrance psychique des sujets. Nous reprendrons ici les notions de plainte et de cri, qui nous paraissent pertinentes dans notre pratique. Dans la difficulté, voire l'incapacité, de nos patients à adresser formuler une demande, à formuler une plainte, nous nous retrouvons confrontée à toutes les manifestations du cri en tant que signe de cette souffrance inexprimable. Nous comprenons le « cri » comme toute manifestation de souffrance, non adressée à un autre, dans un but d'externalisation de la souffrance. Nous pensons ici à tout ce qui va s'exprimer par le langage du corps et que l'on peut recueillir dans les entretiens, mais également par le biais d'autres professionnels au contact du sujet.

Très souvent, nos patients nous étaient adressés par d'autres professionnels, du service sanitaire (manifestations psychosomatiques), d'autres services partenaires (Éducation Nationale, formation professionnelle, Mission Locale Jeunes, Pôle Emploi...) ou de l'administration pénitentiaire. Les éléments sur lesquels se basaient ces signalements pouvaient bien sûr être des manifestations de violence, mais aussi des absences inhabituelles, des non – réponses aux courriers valant pour ruptures de communication, des expressions de tristesse... tout ce qui pouvait, en tant qu'expression d'une forme de mal – être, venir toucher les professionnels au contact des personnes détenues. Ces éléments se révélaient riches et pouvaient être mis en lien avec les éléments relevés en entretiens cliniques, à travers les postures, les silences, les mimiques... et qui se trouvaient souvent difficilement définissables pour les professionnels : « je ne sais pas, je ne le sens pas », « il y a quelque chose de différent ».

Ces faits ne peuvent devenir des signes que s'ils sont relevés par le clinicien et entendus comme messages. Chacun de ces signes représentent une première tentative pour le patient, de raconter et partager quelque chose de l'expérience extrême, quelque chose d'inénarrable et qui ne peut se faire que par le langage de l'acte. Cette démarche nécessite une modalité d'écoute particulière, que R. Roussillon nomme de polyphonique puisqu'elle implique un travail de liaison entre différentes chaînes, modalités de communication (acte, parole, mimiques...) et une forme de traduction de ce matériel. Ce travail de mise en sens, de traduction, passe par une contextualisation nécessaire des signes relevés. Chaque signe prend sens dans une scène originaires qu'il s'agit de retrouver et par là, d'engager un travail de re-présentation de ce qui a été traumatique, de tentative d'inscription dans une chaîne narrative.

C'est le travail du clinicien que d'organiser sous forme de scènes les différents signes qui peuvent s'associer. Ainsi, en rendant possible l'historicisation des signes, le sujet va pouvoir peu à peu se réinscrire dans l'histoire.

Nassim est un patient qui déclenche régulièrement des feux de cellule. Il banalise ces gestes, répétant qu'ils sont communs en détention et qu'il s'agit d'un moyen comme un autre de perturber le personnel pénitentiaire. Je remarque pourtant la répétition de plus en plus fréquente des incendies, ainsi que leur aggravation, jusqu'à mettre sa vie en péril. C'est lors d'un entretien au quartier disciplinaire, dans un mouvement de rage, que Nassim pourra me faire part d'un incendie qu'il a déclenché, alors qu'il était un jeune enfant et qui a entraîné le décès de sa plus jeune sœur.

Cette écoute des signes, c'est – à – dire, leur repérage, leur mise en sens, ne peut se faire qu'au prix d'aménagements du cadre. Ces aménagements peuvent être réalisés par les patients eux – même : dans la durée des entretiens, dans la posture, dans le mode d'expression et ils sont parfois instaurés par le clinicien en réponse à ce qu'il perçoit du patient.

Nous avons rencontré Michaël lors de notre pratique de psychologue PEP. Croisé de nombreuses reprises, Michaël a peu à peu engagé plusieurs échanges et finalement, demande un entretien. Le cadre du bureau est difficilement supportable pour lui, il transpire à grosses gouttes et bégaié pendant plusieurs minutes, son inconfort prenant le devant de la scène, l'entretien ne peut se poursuivre. Michaël maintient sa demande d'accompagnement et nous proposons l'aménagement du cadre suivant : dans un premier temps, Michaël est reçu porte et fenêtres ouvertes, ce qui limite la confidentialité mais permet que l'entretien se tienne. Peu à peu, la porte est fermée, puis la fenêtre.

Face à ces éléments, la position du clinicien est rarement de proposer des interprétations, des mises en sens. À travers des reformulations, mais aussi parfois des actes partagés, il s'agit plutôt d'organiser un partage d'affect. Rappelons que la situation extrême se caractérise par le vécu de solitude radicale dans laquelle elle est vécue et qui lui confère la qualité d'« agonistique ». Dès lors, l'accompagnement La situation extrême est vécue dans une solitude radicale, ce qui lui caractérise l'éprouvé d'agonie psychique. Dans de telles situations, le clinicien peut alors proposer d'accompagner le sujet dans son éprouvé, de partager l'impuissance vécue, de partager la douleur, ce qui peut suffire à relancer les processus gelés. Le partage, limité et atténué, agit là où le sujet a été bouté hors de l'humaine condition. Le clinicien se propose comme témoin de son état interne, vient qualifier ce qui se produit, mettre des mots sur ce que le sujet ressent. La fonction témoin fait partie de la fonction tierce, à partir de laquelle

la situation traumatique peut commencer à être représentée. Le témoin est aussi potentiellement un double du sujet.

Le partage d'affect permet de briser la solitude mais aussi, permet le travail de mise en mots, de mise en récit, c'est le premier temps de resubjectivation, voir de resymbolisation de l'expérience extrême.

Il faut ajouter un élément important dans le lien qui peut se créer entre le clinicien et son patient. Le travail s'engage mais l'alliance thérapeutique peut être très longue à se mettre en place. Il se fait « malgré eux », ou tout du moins, sans une partie d'eux, celle qui résiste à retrouver cette souffrance agonistique. Dans cette configuration, le clinicien représente également celui qui réveille la souffrance dans l'actuel. De fait, la relation clinique va être attaquée, menacée et va mettre le clinicien à l'épreuve. Afin de survivre, il faut comprendre ces attaques comme un moyen de s'assurer de la force du lien, comme un moyen de faire partager ce qu'ils ont enduré.

Il nous est fréquemment arrivé de vivre, après des entretiens particulièrement riches avec les patients, des absences aux rendez – vous ou l'apparition de menaces, mises à exécution ou non, de mettre fin au suivi psychologique. Hormis quelques situations particulières, nous avons répondu par l'assurance de la tenue du rendez – vous suivant, de ma présence et du choix à faire, pour le patient, sur le fait de se présenter ou non à ce rendez – vous. Le dispositif en cas d'absence est rappelé.

Sous différentes déclinaisons, nous avons également rencontré la question de l'indestructibilité du lien et celle de la disponibilité inconditionnelle. Nous avons porté une attention particulière à la gestion des absences de nos patients. Nous avons régulièrement explicité que lors d'une absence à un rendez – vous, nous prenions le temps de penser au patient, de réfléchir à sa situation, de lui adresser un courrier c'est – à- dire que ce temps lui restait entièrement dédié, et ne permettait pas, comme certains me l'affirmaient, de finir plus tôt ma journée de travail ! Surtout, nous avons toujours répondu à une demande d'entretien par la proposition d'un nouveau rendez – vous, nous avons toujours accepté de recevoir les patients, même si nous n'avions que quelques minutes à leur consacrer et que nous devons ensuite différer la réponse ou la proposition d'un réel temps d'entretien, toujours dans l'idée d'un accueil inconditionnel. Ces différentes dispositions seront pleinement illustrées dans les cas cliniques exposés plus largement dans les parties suivantes de ce travail.

Le processus de création du dispositif est fondamental dans la rencontre clinique puisqu'il permet l'établissement d'un cadre. C'est un processus de mise en place de l'encadrement par la rencontre intersubjective, des retours et réactualisations de la zone traumatique et de ses effets.

De manière générale, le dispositif se définit comme un « non processus » (J. Bléger, 1967) qui rend le processus psychique observable. Il consiste à immobiliser certaines variables pour que l'attention soit portée sur l'ensemble des modalités de l'associativité psychique. Il peut donc varier selon les situations cliniques et dans certaines circonstances, selon les moments de la rencontre.

Ici, en allant à la rencontre des sujets (les éducateurs parlent d'« aller vers »), dans cette démarche d'apprivoisement du contact, on ne peut mettre en place de cadre fixe. Nous l'avons vu, le cadre est sans cesse modifié, tordu, adapté par les conditions mêmes de la rencontre. Ce n'est que progressivement, quand certaines formes d'attachement commencent à rendre un lien et donc, un transfert, organisable et tolérable, qu'une ébauche de dispositif stable devient possible. C'est la stabilité du lien qui rend possible l'organisation d'un dispositif stable. L'essentiel du processus clinique est donc de permettre à un dispositif d'être instauré.

À l'inverse de Bléger, Roussillon propose qu'ici, c'est le processus de la rencontre clinique qui rend possible le dispositif comme « non processus » progressivement acquis.

Nous proposons maintenant de présenter comment nous avons défini nos dispositifs, en appui sur les deux grands courants que nous venons d'exposer.

2. Du psychologue P.E.P au psychologue USN : construction d'une posture clinique

Il existe une multitude de postes de psychologues cliniciens exerçant en milieu pénitentiaire.

L'histoire de la psychiatrie est intimement liée à l'histoire de la prison. Jusqu'au XIXe siècle, les délinquants étaient mêlés aux fous dans les maisons de force, les hôpitaux généraux et les dépôts de mendicité. Elles vont peu à peu se distinguer ; le code pénal de 1810 instaure l'irresponsabilité pénale pour état de démence (art. 64 de l'ancien code pénal), puis au cours du XIXe siècle, des établissements pénitentiaires spécialisés pour accueillir les aliénés (Maison Centrale de Gaillon, Quartier de Sureté à l'hôpital de Villejuif...).

La réforme de P. Amor en 1945 préconise la mise en place d'un service social et médicopsychologique dans chaque établissement pénitentiaire. En 1958, le Code de Procédure Pénale officialise l'existence de consultation d'hygiène mentale dans les maisons d'arrêt (art D. 395) et de services psychiatriques (art D 397). En 1967, création des CMPR (Centres Médicopsychologiques Régionaux), services psychiatriques pour lesquels le texte législatif prévoit pour la première fois un

travail thérapeutique. Cependant, le personnel médical est placé sous l'autorité du chef de l'établissement pénitentiaire.

Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a été créé en 1986 (décret 86-802 du 14 Mars 1986, décret du 10 Mai 1995 pour leur forme actuelle) et placé sous la tutelle du ministère de la Santé.

Les équipes de soignants de ces services médico-pénitentiaires régionaux (SMPR), en charge de répondre aux besoins en santé mentale des personnes incarcérées, sont placées sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier. Ainsi, le décret vient placer les soins psychiatriques en milieu carcéral sous la tutelle du ministère de la Santé. Auparavant, les soins psychiatriques, sous la forme de consultations en hygiène mentale (1958)

En 2005, puis en 2012, une circulaire interministérielle publie un guide méthodologique sur la prise en charge des personnes incarcérées. Le dispositif de soins psychiatriques en milieu carcéral est organisé en trois niveaux : le niveau 1 (consultations et activités de groupe en ambulatoire), le niveau 2 (activités d'hospitalisation de jour) et le niveau 3 (hospitalisations à temps complet, avec ou sans consentement).

L'administration pénitentiaire recourt aux psychologues cliniciens depuis le début des années 1990. C'est dans le contexte traumatique d'une suite d'événements graves - dont des assassinats de personnels pénitentiaires dans le cadre de leur fonction - que des demandes spécifiques de prise en charge psychologiques, en soutien aux personnels pénitentiaires, sont apparues. Dans notre région, c'est en 1992, après une mutinerie avec prise d'otages, que des psychologues cliniciens ont été sollicités, tout d'abord sous la forme de prise en charge post - traumatiques, puis de manière plus pérenne¹²⁰. Quelques années plus tard, les postes de psychologues « PEP » (pour Parcours d'Exécution de Peine, originellement Projet d'Exécution de Peine) dont les missions consistent, entre autres, à accompagner les personnes détenues au cours de leur peine. Au cours des dernières années, les postes de psychologue clinicien au sein de l'administration pénitentiaire se sont multipliés, auprès des personnes incarcérées (psychologues PEP, psychologues dans le cadre du plan de lutte antiterroriste...) et auprès des personnels exerçant en milieu carcéral (psychologue SPIP, psychologue soutien des personnels). Tous ces psychologues cliniciens participent à la mission du « maintien de la pensée clinique dans un tel milieu où parfois, la mort et souvent une très grande violence envahit les rouages institutionnels »¹²¹.

¹²⁰ E. Leclerc, intervention « psychologue clinicien au sein de l'AP : équilibrisme d'une clinique nomade », notes personnelles

¹²¹ Op cité

Notre identité de psychologue en milieu carcéral s'est construite au cours de 10 ans de pratique sur deux postes successifs. Ma rencontre avec le monde carcéral s'est faite brutalement, au poste de psychologue au sein du dispositif « parcours d'exécution de peine », que j'ai occupé à temps plein pendant presque 5 ans. Cette première expérience a intensément nourri ma pratique de psychologue à mon poste suivant, à l'unité sanitaire de niveau 1 (anciennement UCSA) du centre pénitentiaire. Nous proposons ici de suivre ce cheminement chronologiquement, en exposant les questionnements et réflexions qui ont concouru à la définition de nos dispositifs cliniciens.

2.1 Le psychologue de l'Administration Pénitentiaire

S'il existe de nombreux postes de psychologue au sein de l'administration pénitentiaire, ils restent relativement méconnus. Cela pourrait en partie être expliqué par l'apparent paradoxe de la présence d'un psychologue clinicien dans l'administration pénitentiaire, ce que les patients eux – même pouvaient faire remarquer de façon abrupte : « mais... Vous travaillez *pour* eux ? ».

Les missions de l'administration pénitentiaire sont déclinées en deux objectifs¹²² : « (...) garantir la sécurité publique en assurant la surveillance des personnes détenues » et « favoriser l'individualisation des peines et la réinsertion sociale dans un but de prévention de la récidive »

L'administration pénitentiaire est donc un service public dont l'usager est la société et non les personnes dont elle a la charge au quotidien : les personnes détenues. Cette prise de conscience a rapidement découlé d'infimes mais multiples incompréhensions et malentendus avec mes collègues et supérieurs hiérarchiques. Cette institution n'a pas pour mission de « prendre soin » de ceux qui étaient mes patients, ce qui peut expliquer en partie une forme de violence institutionnelle, plus particulièrement au sein des procédures dites de sécurité.

La pratique du psychologue clinicien au sein de l'administration pénitentiaire nous place donc à une position inconfortable d'être en tension permanente avec l'institution qui nous emploie.

Cette tension pouvant être particulièrement palpable lors de nos échanges avec les personnels de surveillance, les défenses nécessaires à l'exécution de leur tâche venant heurter nos conceptions de psychologue. Je pense ici à cette remarque que m'avait fait un surveillant en fin de carrière. Voyant ma sidération devant certains comportements de ses collègues, il s'excusa presque : « *tu sais, si on se dit que c'est des hommes, on ne peut pas fermer les portes* ».

¹²² <https://www.vie-publique.fr/fiches/268772-administration-penitentiaire-justice-enap>

2.1.1. Historique et cadre légal du « parcours d'exécution de peines »

Malgré cette tension ce qui, à mon sens, rend cette place supportable c'est son enracinement dans un dispositif particulier de l'administration pénitentiaire : celui du « parcours d'exécution de peine » (originellement « projet d'exécution de peine »).

Le dispositif du PEP est un dispositif complexe qui modèle l'organisation globale d'un établissement pénitentiaire. Expliciter ce dispositif dans toutes ses complexités et inférences institutionnelles n'est pas l'objet de notre travail. Nous exposerons ici le cadre général et les éléments sur lesquels nous sommes appuyés pour « construire notre place » au sein de cette institution.

Instauré en 1996 au sein de 10 établissements pilotes, le PEP est généralisé dans tous les établissements pour peines (centres de détention et maisons centrales) par la circulaire ministérielle du 21/07/2000¹²³. Il est né d'une réflexion sur la prise en charge des longues peines et poursuit l'objectif de donner du sens à la peine privative de liberté. Il vise à permettre aux personnes détenues de devenir « acteurs de leur parcours » selon les termes de l'administration pénitentiaire ou de les amener à redevenir « sujet » dans leur détention selon mes mots de psychologue. Ainsi, le PEP permet de replacer la personne détenue au centre du dispositif.

Concrètement, le PEP consiste pour les personnes détenues à définir un ou plusieurs projets sur le temps de leur détention, en termes de scolarisation, de formation, d'emploi mais aussi d'activités ou de soin. Il peut également consister en un projet de sortie lorsque la personne détenue est en fin de peine ou en droit de demander un aménagement de peine.

Le PEP se décline sur l'établissement par la tenue de réunions pluridisciplinaires, regroupant les personnels de l'administration pénitentiaire (personnel de surveillance, SPIP, psychologue PEP) mais aussi les services partenaires (service médical, éducation nationale, service Emploi Formation...), statuant sur les décisions concernant les personnes détenues (accès au travail, aux formations professionnelles, affectation en bâtiment de détention...). Il implique la centralisation des informations sur les personnes détenues dans un livret (observations quotidiennes des surveillants, décisions des réunions pluridisciplinaires...).

La circulaire ministérielle reconnaît explicitement donner un cadre méthodologique mais laisser à chaque établissement, par l'intermédiaire de son chef d'établissement, la possibilité de construire son

¹²³ Parue au Bulletin Officiel du ministère de la Justice, n°83, 01 Juillet – 30 Septembre 2001

dispositif propre, en insistant sur la possibilité « d’explorer des possibilités nouvelles de prise en charge pour les détenus présentant des problématiques spécifiques »¹²⁴.

Cette circulaire n’aborde pas les missions du psychologue. Celles – ci sont détaillées plus spécifiquement dans un « référentiel métier » de l’administration pénitentiaire¹²⁵. Sa mission générale est de participer « à la mise en place, au maintien et au développement du dispositif PEP, par ses connaissances en psychologie, notamment en psychopathologie et en méthodologie de la prise en charge des publics en difficulté, il aide au travail pluridisciplinaire, en collaborant à un élargissement de la connaissance [des personnes détenues] » Cette mission générale se décline en fonctions, parmi lesquelles : accompagner et prendre en charge les personnes détenues (étude du dossier, entretiens cliniques individuels...), participer aux commissions pluridisciplinaires uniques, étudier le passage à l’acte, procéder à l’évaluation et au bilan psychologique des personnes détenues, échanger avec les personnels... Il insiste cependant sur un point, le psychologue PEP n’est « ni expert, ni thérapeute »¹²⁶. Le référentiel assure au psychologue le libre choix de ses outils et fait référence à son code de déontologie.

Le cadre légal est donc relativement large, ce qui laisse une certaine liberté à chaque psychologue de définir son dispositif, en fonction de sa formation et de sa personnalité d’une part et de l’établissement sur lequel il travaille, avec ses personnels et son histoire d’autre part. Embauchée sur une création de poste dans un établissement pénitentiaire qui venait d’ouvrir ses portes, mon implication professionnelle, ma réflexion ont d’autant plus été mobilisées dans la définition de ce dispositif.

Portée dans la définition de mon dispositif par une équipe de psychologues cliniciens (l’équipe des psychologues de l’administration pénitentiaire, région Rhône-Alpes Auvergne et sa coordinatrice), je me suis attachée à préserver l’essence clinique de ma pratique, à un poste où l’administration pénitentiaire embauche parfois des psychologues du travail. S’accrocher à l’aspect clinique peut paraître d’une grande banalité pour un psychologue, cet élément relève du combat quotidien au sein de l’administration pénitentiaire, que l’on pourrait formuler, en appui sur les questions qui animent ce travail : de la survie de son identité professionnelle de psychologue clinicienne.

¹²⁴ Op cité

¹²⁵ « Le psychologue chargé du PEP », référentiel métier de l’administration pénitentiaire

¹²⁶ Op cité

2.1.2. Appropriation du dispositif de PEP

Si les premières semaines d'exercice ont été marquées par la découverte du milieu carcéral et la confrontation à la violence de et dans l'institution, les semaines suivantes de mise en place du dispositif P.E.P au sein de l'établissement m'ont mené à la rencontre des personnels de l'établissement. Les temps d'échanges, au cours de réunions ou lors de temps informels, m'ont amené à identifier au sein de chaque service des professionnels, tous corps confondus (SPIP, éducation nationale, personnel médical mais aussi personnel de surveillance et encadrement) qui contournaient, ou plutôt distordaient, modulaient le cadre contraignant de l'institution carcérale pour maintenir autant d'humanité que possible au sein de leurs pratiques, au service des personnes détenues. C'est en travaillant en lien étroit avec ces professionnels que mon travail de psychologue clinicienne a pu trouver son sens dans le dispositif du P.E.P tel qu'il a été mis en place dans cet établissement. Témoin et partie prenante de cette dynamique, le directeur de la détention nous surnommait, avec un agacement amusé, « les malfaisants ».

Nous allons donc présenter le dispositif tel que nous l'avons construit, à l'épreuve de notre pratique.

La détention

Au sein de l'établissement pénitentiaire, le bâtiment administratif est à l'écart de la détention, où se trouve les bâtiments d'hébergement des personnes détenues. Dans le jargon, on « descend » en détention, après s'être équipé d'alarmes individuelles portatives, comme si l'on se rendait dans les profondeurs dangereuses, comme un retour à l'archaïque.

Si je disposais d'un bureau au bâtiment administratif, pour recevoir mes patients, je devais me rendre en bureau d'audience dans les bâtiments d'hébergement. Ainsi, mes journées se déroulaient presque exclusivement en détention. Cet élément a été déterminant dans la construction de mon dispositif ; s'il a pu se présenter comme une contrainte (ce qu'il a certainement été à de nombreuses reprises), il a constitué le socle de ma pratique. Il a permis un vécu quotidien dans un rapprochement des personnes détenues, de par ce que j'ai pu partager ou de ce dont j'ai pu être témoin, dans une forme de proximité (P. Jemouille, 2008). Au – delà de la proximité physique, dans le travail en proximité, il s'agit de « s'impliquer activement dans la relation, de travailler avec et au plus près de l'utilisateur, de se rapprocher de ses préoccupations et du regard qu'il porte sur le monde »¹²⁷. Cette modalité de relation, « pensée

¹²⁷ P. Jemouille 2008, p. 87

comme le mode de contact possible avec les personnes vulnérables et éloignées des institutions, qui se sentent déshonorées par les demandes d'aide ». La relation en proximité ne vise pas à forcer une rencontre, mais bien à la rendre possible.

J'ai ainsi été imprégnée de la détention : ses bruits, ses odeurs mais aussi sa rythmicité (tours de promenade, séances de sport...). J'ai été amené à partager, dans une moindre mesure, les mêmes contraintes (confiscation du temps par l'attente derrière les portes, dépendance au personnel de surveillance pour l'ouverture des bureaux...) et les mêmes règles (nombreuses interdictions, plus ou moins sensées concernant le matériel à disposition), allant parfois jusqu'à une atteinte de l'intimité (dépendance au personnel de surveillance pour l'accès aux toilettes).

La détention possède également une temporalité propre. Les échanges se nouent au gré des rencontres, au détour d'un couloir, d'un escalier, s'interrompent aussi brutalement par l'heure de la promenade, du repas ou par une alarme. Un entretien psychologique peut être interrompu pour diverses raisons et reprendre, ou pas, au bon vouloir du personnel de surveillance ou de la personne détenue. La journée en détention se vit dans l'immédiateté. Ce vécu atemporel peut être expliqué en partie par l'organisation pénitentiaire, mais l'on peut également déceler l'impact de la population sur l'institution (Bléger).

L'usage en détention est de ne pas appeler les personnels de surveillance par leur nom mais par leur fonction : « surveillant », « officier », pour des raisons de sécurité. En miroir, on retrouve dans la population pénale l'utilisation massive des surnoms (« marseillais, barjot, cafard... »), pour des raisons de discrétion, ou bien sûr de dissimulation d'activités illicites. On relève aussi l'utilisation massive des pronoms indéfinis : « ça va en promenade ? ; ça s'est battu ». On assiste ainsi en détention à une dépersonnalisation aussi bien du personnel que des personnes détenues, à laquelle échappe le psychologue PEP (ainsi que d'autres personnels : SPIP, éducation nationale...) qui se fait appeler par son nom et qui, en retour, appelle les patients par leurs noms.

Le langage de la détention est également marqué par sa construction syntaxique. Les phrases se composent de subordonnées juxtaposées sans coordination, sans mot de liaison, qui enlève ainsi les relations de causalité, de temporalité.

Le langage s'enrichit pourtant de figures de style, principalement des périphrases : « il est monté au château » (le quartier disciplinaire est situé au 2^e étage), « ils m'ont descendu au zéro » (le secteur disciplinaire est situé au rez - de - chaussée) rendant le propos incompréhensible pour celui qui ne connaît pas le monde de la détention.

Ainsi, on pourrait dire que lorsque l'on se rend en détention, ce monde avec ses spécificités nous assaille (saturation des sens souvent décrite dans la littérature) mais tout autant se défait (le sens nous échappe par son langage particulier).

Dispositif de psychologue P.E.P

Au cœur de cette détention, dans chaque bâtiment d'hébergement, se trouvent deux bureaux d'audience, où ont lieu les entretiens psychologiques dans le cadre du P.E.P. Il a fallu adapter mon écoute, mon dispositif pour créer au sein de ce cadre particulier un espace qui accueille la subjectivité des personnes détenues.

Les bureaux d'audience sont des bureaux relativement petits, équipés avec le mobilier minimum : une table étroite, deux chaises en plastique. Les murs sont blancs et nus, avec une fenêtre à barreaux. Ainsi, pendant les entretiens, l'attention est centrée sur l'autre, elle ne peut pas (ou peu) s'accrocher à d'autres éléments. Ses postures, ses mimiques, le rythme même de sa respiration sont au - devant de la scène.

Les portes en détention ne ferment pas (il n'y a ni poignée, ni clenche) et pour des raisons sécuritaires, le pêne est sorti, de telle façon que la porte reste entrouverte. Cette même porte comporte une ouverture vitrée, permettant une surveillance régulière. Les équipements de sécurité se composent d'une alarme « coup de poing » (bouton poussoir au mur) et d'une alarme silencieuse sous le bureau. La multiplicité des alarmes à disposition, ainsi que les nombreuses consignes de sécurité que je ne détaillerai pas ici, distille tout autant un sentiment de sécurité que d'insécurité. Le fait de les avoir à disposition rassure sur la possibilité d'être secourue, mais la nécessité de leur présence implique, de fait, que l'on puisse se retrouver dans une situation de danger. Ainsi, exercer en tant que psychologue en milieu carcéral nous amène à apporter de l'aide à des personnes qui pourraient potentiellement menacer notre sécurité. Plusieurs aménagements défensifs rendent possible, supportable cette place, à travers la mise en place de pactes dénégatifs. R. Kaës nous rappelle que « les sujets établissent aussi leurs liens sur la base de ce qu'ils nient ou dénie »¹²⁸.

Ici, nous pourrions formuler le pacte dénégatif comme suit : « les personnes détenues que l'on rencontre sont violentes mais cette violence ne s'exercera pas sur moi ». En témoigne de nombreux comportements professionnels, dont j'ai été témoin et parfois actrice, tels que : se rendre en cellule pour rencontrer un patient qui refuse l'entretien (accompagnée d'un surveillant toutefois !), poursuivre

¹²⁸ R. Kaës, 2014, p. 115

un échange alors que la tension s'exprime chez l'interlocuteur par des actes (gesticulations, parfois coups dans les murs) amenant l'attention voire l'intervention des surveillants ou des autres personnes détenues. J'ajoute à ces exemples cliniques les remarques de nos patients, après des expressions de leur violence : « vous savez que je ne vous ferai jamais de mal ; vous, je ne vous toucherai jamais ». Nous n'avons par ailleurs jamais été agressée. Les rares situations qui ont engendré un sentiment d'insécurité génèrent des réactions de la part de nos collègues (sollicitude accrue, à travers des attentions, des sucreries, des câlins...) qui peuvent sembler démesurées mais qui prennent sens si on les perçoit comme des réactions à une rupture du pacte dénégatif.

La détention n'est pas loin, elle reste présente tout au long des entretiens, ne serait – ce que par le sonore ou l'odorat. Le corps occupe une place prépondérante en détention, au sein des entretiens psychologiques se déroulant dans ces petits bureaux de détention, il me semblait naturel de laisser une place au corps et se mettre à l'écoute du langage de ce corps : lors des entretiens, les patients se mettent debout, arpentent la pièce, se mettent à la fenêtre, gesticulent...

Ces bureaux sont utilisés de manière indifférenciée par les différents personnels : éducation nationale, SPIP, service du travail pénitentiaire et parfois même, par les personnels de surveillance pour effectuer des fouilles... Ce qui en fait « le bureau de la psychologue », c'est la présence même de la psychologue. On pourrait dire qu'il n'est le « bureau de la psychologue » que lors de mes heures de présence.

On retrouve ces bureaux d'audience dans tous les secteurs spécifiques de la détention ; Le quartier « arrivant » où sont affectées les personnes détenues à leur arrivée au centre pénitentiaire pour une durée de deux à sept jours. Le quartier d'isolement où les personnes détenues peuvent être affectées pour des durées variables, n'excédant pas trois ans. Le quartier disciplinaire où l'équipement est adapté : les bureaux sont plus exigus, la table est vissée au sol et il n'y a pas d'ouverture vers l'extérieur.

C'est dans les limites de ce cadre et en appui sur lui que nous avons construit notre dispositif.

Puisant dans la circulaire présentée précédemment, nous avons construit notre dispositif comme un accompagnement psychologique des personnes en situation d'incarcération. Il se décline par un entretien « arrivant » systématique, proposé à l'arrivée des personnes détenues au centre de détention. Pour les personnes qui en font la demande, un accompagnement se met en place, sous la forme d'entretiens cliniques réguliers.

Nous avons formulé la demande auprès du directeur de la détention que les entretiens psychologiques, « arrivant » ou de suivi, puissent être maintenus aux dates programmées, quel que soit le changement d'affectation de la personne suivie, ou la sanction disciplinaire en cours (les sanctions de confinement se déroulent en détention « classique »). Cette demande a été acceptée et soutenue auprès des différentes équipes de l'établissement.

Le fait de recevoir les patients dans les bureaux d'audience m'a donc amené à « suivre » mes patients au fil des différentes étapes de leur détention : quartier arrivant puis centre de détention avec parfois des étapes au quartier disciplinaire ou au quartier d'isolement, dans une pratique inspirée du côté – à – côté (R. Roussillon, 2012).

Revenons plus en détail sur l'entretien « arrivant », proposé systématiquement à l'arrivée des personnes sur le centre de détention. Il est défini comme une présentation du dispositif du PEP et plus précisément de l'accompagnement proposé lors des différentes étapes de la détention : réflexion sur le sens de la peine, investissement du temps en détention et préparation à la sortie. Rapidement, j'ai proposé aux personnes détenues de se présenter en retour, si elles le souhaitent. Cette formulation était reprise telle quelle en entretien. Dans cette phase d'arrivée sur un établissement pénitentiaire, les personnes détenues rencontrent de nombreux personnels, qui les questionnent chacun sur leur parcours, les faits pour lesquels ils ont été condamnés et leurs projets. Il me paraissait donc juste de leur laisser la possibilité de refuser de parler d'eux, ou de leur laisser le plus de liberté possible dans leurs présentations. Si le psychologue est garant de l'intimité de ces patients, par le secret professionnel, il me semblait important de reconnaître cette intimité, de lui redonner une place et de me décaler de cette contrainte à se dévoiler. La formulation « se présenter » est pensée comme étant suffisamment vague pour que la personne s'en saisisse et lui donne le sens qu'elle souhaite. Certains se présentant par leur état civil, d'autres par leur histoire, leur situation familiale, la majorité par leur parcours judiciaire et carcéral. Il faut reconnaître que cette formulation pouvait également déstabiliser les personnes détenues, m'amenant alors à poser des questions, dans un modèle semi – directif, afin de ne pas les laisser « seuls » et « perdus » dans la situation d'entretien. La suite des questions était construite selon le modèle de l'institution : date d'incarcération, date de fin de peine, les établissements fréquentés, les démarches engagées et les projets sur l'établissement à venir. Le dialogue engagé à partir de ces questions, qui redonnaient un cadre connu, permettaient parfois de développer les thématiques sur un plan plus personnel. Ainsi, demander si la personne a un soutien financier ou des parloirs peut amener sur la question des relations familiales et ouvrir l'échange sur la dynamique familiale actuelle.

L'entretien d'accueil se termine par l'énoncé des modalités de contact : ma présence quotidienne en détention et les courriers dont le caractère confidentiel est garanti.

En présentant ainsi le travail du psychologue PEP, la situation particulière de la situation d'incarcération est placée au centre de la rencontre. L'accompagnement psychologique de cette situation ouvrant à la question du vécu de la personne détenue de cette situation particulière. À mon sens, par ce dispositif dont la composante « soin » est exclue, le travail de psychologue devenait tolérable, supportable, spécifiquement pour les personnes s'exprimant préférentiellement par le passage à l'acte et souvent terrifiées par le fonctionnement mental.

Si l'entretien « arrivant » est systématique, le suivi psychologique dans le cadre du P.E.P ne peut s'inaugurer qu'à la demande de la personne détenue. Face aux nombreuses injonctions de l'institution, j'ai mis en place un entretien de présentation, semblable à l'entretien d'accueil, aux personnes qui m'étaient « signalées ». L'origine et les motifs du signalement pouvant ouvrir un échange, mais le suivi n'étant engagé que si la personne détenue formule une demande.

La présence quotidienne en détention, qui aurait pu être vécue comme une contrainte, a pour ma part constituée l'essence même du dispositif par son caractère en « aller vers », le suivi psychologique se proposant silencieusement à chacun. Elle a permis parfois un réel apprivoisement des potentiels patients.

Adil est auxiliaire au centre de détention, il nettoie les locaux et, de ce fait, je le croise tous les matins. Peu à peu, à nos rituels « bonjour », ce sont ajoutés des « ça va ? » et au fil des mois, les réponses d'Adil, toujours dans l'encadrement de la porte, se sont faites plus longues, jusqu'au jour où il est venu s'asseoir au bureau et a demandé un rendez – vous.

En grande majorité, les demandes de suivi psychologique se faisaient par courrier interne. Si à mon arrivée, les courriers étaient lus et enregistrés par le bureau de gestion de la détention, j'ai rapidement obtenu de la direction la confidentialité de mes courriers. Une réponse était rapidement retournée, avec l'inscription sur la liste d'attente. Puis, par la proposition d'un rendez – vous, instaurant le suivi régulier. Les fréquences des entretiens variaient d'hebdomadaire à mensuelle. Le délai d'attente était très variable, il a pu être de plusieurs mois. Face à l'insistance de certains patients, ou sur signalement des autres services, un entretien était proposé dans les deux semaines suivant la demande, afin

d'évaluer cette demande et de réfléchir ensemble à un délai qui était à la fois supportable pour le patient et réalisable dans mon emploi du temps. Il n'excédait pas un mois.

J'ai rapidement été confrontée à de nombreuses absences aux rendez – vous. J'ai également perçu la difficulté de connaître les « raisons » de ces absences, le plus souvent dues aux patients eux -même, mais parfois aux aléas de la détention. Percevant l'importance d'instaurer une continuité dans les suivis, pour ces patients très précarisés, j'ai instauré le dispositif suivant, explicité au premier entretien de suivi : à chaque absence, un courrier est envoyé avec la date du rendez – vous suivant, à la fréquence établie ensemble. En cas de deux absences consécutives, sans courrier de leur part, j'envoie un courrier signifiant l'interruption du suivi, restant à disposition pour une reprise. Les courriers pouvant être remplacé par un échange de vive voix lors de ma présence en détention, dans une prise en compte de la population pénale et de ses difficultés (analphabétisme, illettrisme...).

Le psychologue P.E.P est cadre de l'administration pénitentiaire. À ce titre, il participe pleinement à la vie institutionnelle : aux rapports de détention, aux commissions pluridisciplinaires et a accès aux procédures disciplinaires. Il est ainsi impliqué dans le suivi du quotidien de la personne détenue, dans l'actuel.

Informé de l'offre d'activités, d'école, de formation, il accompagne les personnes détenues dans la définition de projets sur le temps de détention. L'un des écueils possibles du PEP, souligné par S. Mercier (2003), serait de coller à un modèle idéalisé de parcours, calqué sur une norme sociale et qui pourrait être : scolarisation – formation professionnelle – travail puis préparation de l'aménagement de peine. Cet écueil, s'est rapidement présenté et l'exemple de Kévin en est une parfaite illustration.

Kévin est âgé de 20 ans, il est incarcéré depuis 2 ans. Sans diplôme, ni qualification, Kévin occupe sa détention avec le sport, la musculation, les promenades. Les multiples incidents disciplinaires ne lui ont pas permis d'accéder au travail pénitentiaire. Lorsqu'il sollicite l'accompagnement dans le cadre du PEP, Kévin est rapidement amené à définir un projet sur son temps de détention. Sur proposition du directeur, il s'inscrit au service scolaire, où il prépare le certificat de formation générale. L'équipe pluridisciplinaire l'encourage et le pousse à penser à sa sortie. Il demande des permissions de sortir et essuiera plusieurs refus. Il est pressé de formuler une demande d'aménagement de peine. Finalement, après plusieurs incidents disciplinaires importants (agressions sur personnel), il pourra formuler auprès de la psychologue que les efforts demandés sont trop importants pour lui. Le projet est redéfini : aller en fin de peine et bénéficier des accompagnements SPIP et psychologique, dont il reconnaît désormais avoir besoin et qu'il ne mettrait pas en place hors du cadre pénitentiaire.

Dans certains établissements, ce ne fut pas mon cas, le psychologue PEP participe également aux commissions d'application des peines présidées par le Juge d'Application des Peines.

Cette implication au sein du fonctionnement de la détention, la connaissance des multiples procédures pénitentiaires et / ou judiciaires participe à cette proximité avec la population pénale. Le travail en lien étroit avec le service d'insertion et de probation contribue à avoir une représentation assez claire du fonctionnement de l'aménagement des peines : octroi des remises de peines supplémentaires, des permissions de sortir, de la libération conditionnelle et des aménagements de peine, et de la jurisprudence du Juge d'Application des Peines.

Par son accompagnement au cours de la détention, le psychologue P.E.P participe à une temporalisation de la peine.

Dans mon expérience, le travail du psychologue P.E.P trouve tout son intérêt pendant le temps de l'investissement de la peine. Redevenir acteur de ce temps, construire un parcours en détention par étapes, permet de sortir de l'impression de temps cyclique et ramène un déroulé dans le temps.

L'entrée dans les délais pour les différentes mesures d'application de la peine – permission de sortir, aménagement de peine, libération conditionnelle - est également une période importante dans le déroulement de la peine. Il existe un temps de latence, entre le moment où la personne détenue est en droit de demander ces mesures et le moment où elle y accède réellement. L'examen de ces demandes se fait sur la base du comportement en détention, des démarches de réinsertion réalisées et du projet de sortie. C'est un temps qui peut confronter à des refus de la part de l'institution judiciaire (et/ou pénitentiaire). Les demandes d'aménagement de la peine ou de libération conditionnelle comporte un élément supplémentaire et non des moindres : l'étude du rapport aux faits commis. En fonction de leur gravité, du dossier pénal, l'examen par la JAP du rapport aux faits peut être plus ou moins approfondi. Il se fait directement lors de l'audience, par l'intermédiaire des réponses de la personne détenue aux questions de la JAP, auxquelles s'ajoutent parfois une expertise psychiatrique. Lors d'une audience en aménagement de peine, confrontation aux faits commis et au parcours en détention dont les incidents disciplinaires. En complément du travail du SPIP autour de la préparation à ces audiences, le travail du psy P.E.P peut être de préparer la personne à ce qu'elle va affronter, de l'accompagner dans l'élaboration d'une position réflexive par rapport à son parcours. Cette confrontation aux faits ne vise pas les mêmes objectifs que lors du procès, elle vise ici l'évaluation de l'évolution de la position subjective du patient au cours de la peine, en d'autres termes : à savoir si la peine a fait effet. Si l'aménagement de peine est souvent pensé comme une « récompense » pour bon comportement – ce

qu'il peut être – en raison principalement des critères d'octroi (projet défini, bon comportement...), il peut être également un temps de transition entre le milieu pénitentiaire et le milieu libre, permettant à la personne détenue de mettre à l'épreuve ce qu'il a construit au cours de sa peine tout en étant encadré et soutenu, voire parfois de permettre un retour en milieu extérieur de manière contrôlée par l'intermédiaire des interdictions et obligations qui s'appliquent (à la différence d'une sortie « sèche »). Un aménagement de peine dans ce cadre sera souvent contraignant (semi – liberté ou bracelet électronique avec des horaires restreints). Ainsi, la définition d'un aménagement de peine est l'objet d'un ajustement entre ce que la justice va accepter et ce que la personne détenue va « supporter » (le but n'étant pas de mettre en échec le patient).

Il peut arriver qu'une personne détenue ne demande ni aménagement de peine, ni libération conditionnelle, qu'elle ne se sente pas prête à affronter de potentiels refus, ou ne se sente pas prête à affronter cette image d'elle – même que va lui renvoyer la justice.

R. Hadjadj (2005) évoque le dispositif du PEP dans son chapitre : « articulation soin – justice », dans le paragraphe "soins en prison". Elle ne fait pas mention du psychologue et n'indique pas les éléments qui permettraient la qualification de « soin » au dispositif PEP. Pour autant, les éléments que nous avons développés ici, nous semblent éclairer l'aspect clinique, si ce n'est thérapeutique, du travail du psychologue PEP.

Par cette présence quotidienne en détention, par cette proximité vécue avec la population pénale dans son ensemble, le dispositif agissait comme attracteur pour certains patients. Principalement les patients présentant une économie psychique régie par le passage à l'acte, réfractaires aux lieux de soin psychiques.

2.2. Le psychologue à l'USN1

2.2.1 *Historique et cadre légal des unités sanitaires*

Depuis la loi du 18 Janvier 1994, la prise en charge des soins en milieu carcéral, auparavant sous la tutelle du ministère de la Justice, est confiée au ministère de la Santé. Le but affiché étant que les personnes incarcérées puissent bénéficier de soins de qualité équivalente à celle de la population générale, objectif réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 Novembre 2009.

Les deux ministères, de la Justice et des solidarités et de la santé, soulignent l'équilibre recherché entre la nécessaire prise en compte de la situation sanitaire des personnes incarcérées et les contraintes

incontournables du milieu carcéral. Ils invitent les différents acteurs à « travailler ensemble, dans le respect de leurs missions spécifiques mais en recherchant un objectif commun : l'amélioration de la santé de la personne détenue »¹²⁹.

La prise en charge psychiatrique repose sur deux types de structures : les SMPR, qui assurent les prises en charge psychiatriques et les UCSA (désormais dénommées USN1 : unité sanitaire de niveau 1) qui assurent les soins somatiques. Le guide méthodologique « prises en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice »¹³⁰ précise que dans les établissements pénitentiaires non dotés de SMPR, les soins psychiatriques courants sont assurés par les services de psychiatrie générale, « dans les locaux des UCSA pour les consultations. Pour les activités thérapeutiques, d'autres locaux peuvent être mis à leur disposition par l'administration pénitentiaire ».¹³¹

2.2.2. *Appropriation du dispositif de soin*

Le centre pénitentiaire n'est pas doté de SMPR, ainsi les professionnels de soin psychiatrique, embauchés par l'hôpital psychiatrique de secteur, travaillent au sein de l'équipe de l'USN1. Cette organisation spécifique, entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique est évidemment source de questionnements et de remises en question récurrents qui ne feront pas l'objet de ce travail.

L'équipe de l'USN1 est conséquente : elle est composée d'une trentaine de personnes. Certaines dont la présence est quotidienne (médecins généralistes, infirmiers, dentistes, manipulateurs d'électroradiologie, kinésithérapeute, pharmacienne, secrétaires...) et d'autres dont la présence est plus ponctuelle (podologue, ophtalmologiste, prothésiste...). Au sein de cette équipe, interviennent les médecins psychiatres, psychologues et infirmier de l'hôpital psychiatrique. Il est préconisé que ces personnels doivent « se coordonner pour assurer une prise en charge globale du patient »¹³² dans le cadre de soins dispensés en ambulatoire.

L'équipe de psychologues était composée de plusieurs psychologues pour un équivalent temps – plein de 2,5. À cette équipe des psychologues, s'ajoutent des permanences assurées par une psychologue d'un service en addictologie et qui travaille indépendamment. Les suivis psychologiques

¹²⁹ Op cité, p. 8

¹³⁰ Guide méthodologique « prises en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice », 2019

¹³¹ Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, p. 47

¹³² Op cité, p. 54

individuels constituait l'activité clinique principale de l'équipe, elle s'est ensuite étoffée par la création d'un poste de psychologue dédié aux activités à médiations thérapeutiques. À la différence du psychologue P.E.P qui intervient exclusivement sur les établissements pour peine – et donc sur le centre de détention au sein de cet établissement pénitentiaire – les psychologues de l'USN1 prennent en charge les personnes incarcérées qu'elles soient affectées en maison d'arrêt ou au centre de détention.

Mon travail à l'USN1 s'inscrivait donc dans une équipe de soin. Je me suis sentie entourée et moins seule face aux pressions de l'institution. La possibilité d'échanger, quotidiennement, avec des collègues du soin psychique, a été également une grande ressource et un étayage important dans ma pratique.

Le service sanitaire et les bureaux de consultation

On entre dans le service par une lourde porte automatique. Elle s'ouvre sur un couloir qui débouche sur la coursive du service : les différents bureaux de consultation sont distribués tout au long de ce long et large couloir.

J'ai été frappée par le silence qui règne dans ce service, à l'opposé de la détention, toujours très bruyante. Les odeurs qui règnent dans le service sont celles d'un service hospitalier, et non de la détention.

Sur la droite, se trouvent les cabines d'attente où les patients sont enfermés pour attendre leur rendez-vous. Ils peuvent être à plusieurs dans ces petites cabines de 2m², disposant d'un banc. Les ouvertures des portes ne disposent pas de vitre : les patients peuvent, en se plaçant très près de cette ouverture, parler aux professionnels qui passent dans le couloir. En face, on trouve le cabinet dentaire et les bureaux des psychologues.

En cas de retard dans nos consultations, nous avons une vision très claire, et parfois auditive, des patients suivants qui attendent en cabine. Cette configuration amène à une certaine rigueur dans le respect des horaires, pour ne pas faire attendre nos patients trop longtemps dans ces cabines exigües.

Sur la gauche, tout de suite le bureau des surveillants pénitentiaires où les patients se présentent et justifient de leur identité, avant de patienter en cabine. Puis, les bureaux de consultations : médecins psychiatres, médecins généralistes, salle de groupe (servant aussi de salle kiné), salle de radiologie... Tout au fond du service, se trouvent le secrétariat et la salle de pause.

Le bureau de consultation est une pièce de 9m2. La porte du bureau est munie d'une poignée contrairement aux portes de détention, et de l'ouverture vitrée réglementaire, permettant la surveillance. Au fond du bureau, une fenêtre, avec barreaux, donne sur les bâtiments du centre de détention. Il est à noter que les barreaux des fenêtres du service sont « sondés » (tous les jours, à heure fixe, le surveillant passe une barre de métal sur les barreaux, afin de vérifier, au bruit, s'ils sont intacts), au même titre que les barreaux des fenêtres des cellules de nos patients.

Comme tous les bureaux de l'USN1, il est équipé d'un petit évier à l'entrée du bureau, avec savon et serviettes en papier. Les patients apprécient cet équipement et il n'est pas rare qu'ils s'en servent en entrant dans le bureau de consultation.

Le bureau est aménagé selon les critères de sécurité : le patient est placé dos à la porte, permettant au personnel de surveillance d'intervenir rapidement si nécessaire. Un bouton d'alarme est disposé sous le bureau, du côté du professionnel.

Une armoire permet de ranger quelques affaires, au fond du bureau.

Avec l'accord du chef de service, j'ai encore modifié l'aménagement de ce bureau pour l'adapter à ma pratique.

J'ai déplacé le bureau, pour le placer contre le mur et non plus entre le patient et moi. Le bureau étant relativement massif, il instaurait trop de distance avec le patient alors que j'étais en recherche d'une nouvelle forme de proximité. J'ai ensuite disposé deux chaises pour les patients, leur laissant ainsi un choix, ce qui est un luxe en détention. Une chaise est placée devant le bureau, près du mur ; les patients peuvent s'accouder au bureau, ou s'adosser au mur. Cette configuration offre un angle de rencontre, et non un face à face. Une autre chaise est disposée à côté de la première, plus éloignée du mur, permettant le classique face à face.

Sur le bureau, plusieurs objets sont à disposition des patients : une petite plante verte (dont certains aiment à prendre soin : arroser, placer au soleil...), une boîte de mouchoirs, une balle anti – stress, des stylos et des feuilles. Dans l'armoire, j'ai de nombreux livres que je peux prêter à mes patients.

Sur le mur face au bureau, j'ai affiché une carte du monde. Elle offre une accroche au regard des patients, sert parfois de support aux échanges (pour montrer son pays d'origine, imaginer des voyages...). À l'entrée du bureau, j'ai affiché au mur une reproduction de Van Gogh : « La nuit étoilée ».

Ainsi, le bureau de consultation est largement plus confortable que les bureaux d'audience en bâtiment. Surtout, j'ai pu apporter des objets de médiation et adapter sa disposition à ma pratique.

À l'USN1, les patients viennent au service, je me déplace donc beaucoup moins, même si j'ai tenté d'intégrer au maximum l'esprit du côté – à – côté dans cette nouvelle pratique.

Circuit du soin psychologique au Centre Pénitentiaire

À leur arrivée au centre pénitentiaire, les personnes détenues se voient systématiquement proposer un entretien avec un infirmier de l'USN1. Cet entretien est conçu comme un recueil d'information sur la santé de la personne (antécédents médicaux) mais aussi et surtout comme évaluation dans la prévention du risque suicidaire et du choc carcéral. Au cours de cet entretien, l'infirmier questionne sur les éventuels suivis psychologiques et/ou psychiatriques passés et sur le souhait de poursuivre ou d'initier de tels suivis sur l'établissement. Les modalités de prises en charge et de contact sont alors explicitées.

Le dispositif de prise en charge psychologique est pensé et questionné régulièrement en réunions des psychologues, afin de proposer un dispositif commun. Ce dispositif est ensuite validé par le chef de pôle de l'équipe psychiatrique et présenté à l'équipe de l'USN1.

Dans la majorité des cas, la demande se fait par courrier, qui transite par le courrier interne au centre pénitentiaire (et donc, par les surveillants). Les courriers ne comportent généralement que la demande d'un entretien avec un psychologue et n'expose que rarement les motifs de cette demande.

À mon arrivée dans le service, la liste d'attente pour un suivi psychologique pouvait être très longue, entre 3 et 9 mois, et suscitait inévitablement de la frustration et de l'incompréhension chez les personnes détenues, le courrier-type attestant de la bonne réception de la demande et de l'inscription en liste d'attente se révélant insuffisant. Nous avons donc décidé, en appui sur mon expérience des « entretiens arrivants » dans le P.E.P et des dispositifs existants dans d'autres services psychiatriques pénitentiaires (notamment à la maison d'arrêt de Lyon – Corbas), de proposer des entretiens d'accueil. Le terme « entretien d'accueil » reflète notre souhait d'« accueillir la souffrance » de chacun, là où le délai de plusieurs mois pouvait renvoyer aux patients un silence et une non – réponse insupportable. Cet entretien d'accueil est systématiquement proposé à chaque personne qui fait une demande de suivi psychologique, dans les 15 jours suivant la réception de son courrier. Il permet de présenter le service et les différentes prises en charge possibles (suivis psychothérapeutiques, thérapies de soutien, prises en charge groupale, addictologie, prises en charge psychiatriques...) et d'évaluer la demande de la personne. Cet entretien peut être l'occasion d'une orientation vers un autre professionnel, d'une

inscription en liste d'attente pour un suivi psychologique, voire parfois ne pas avoir de suite. Ce dispositif nous a ainsi permis de réduire considérablement la liste d'attente.

Le psychologue qui assure l'entretien d'accueil, prendra en charge le suivi. Chaque psychologue disposant ainsi d'une liste d'attente, qu'il peut gérer selon sa sensibilité clinique. L'évaluation de la situation des patients relève de chaque praticien, les situations plus complexes pouvant être discutées en réunion des psychologues si nécessaire.

Parfois, la personne détenue est orientée par un tiers.

Elle peut être « signalée » par les surveillants (plus précisément par l'encadrement du personnel de surveillance : brigadiers, officiers, chef de détention), dans des cas de situations d'urgence (actes de destruction massif, délires, hallucinations...), ce sont alors les psychiatres qui prennent en charge le patient. Ces signalements sont également pris en compte par les psychologues, si le patient est en liste d'attente pour un suivi par exemple, ou si le médecin psychiatre réoriente le patient vers eux.

Elle peut également être « signalés » par le SPIP (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation) directement à l'équipe des psychologues. L'accord de la personne détenue est toujours requis par les psychologues dans cette démarche, ainsi nous demandons que la personne détenue puisse rédiger elle – même un courrier de demande, même aidée par le SPIP, afin de s'assurer qu'elle porte, a minima, cette demande. Mais il arrive que ce ne soit pas possible, en raison de la trop grande souffrance psychique, de la difficulté de formuler une demande à un autre... Un entretien d'accueil peut alors être proposé.

Nous avons gardé de notre poste précédent, la certitude du sens clinique de ces comportements « signalés » par l'administration pénitentiaire. Si les actes violents en détention, hétéro ou auto – agressifs, de destructions, sont compris comme des signes d'une souffrance psychique, le psychologue ne peut pas rester insensible, pour reprendre les termes de Balier. Refuser cette potentielle rencontre, parce qu'elle a lieu « en urgence » ou parce qu'elle émane de l'administration pénitentiaire nous semble constituer une nouvelle fin de non-recevoir à ces patients et à leur souffrance, qu'ils ne sont en capacité d'exprimer autrement et encore moins d'organiser sous forme de demande à l'adresse des lieux de soin psychique.

Se pose alors la question de la réponse du psychologue à cette forme manifeste de souffrance psychique, sans demande. Se pose également la question d'entendre la demande de l'institution pénitentiaire tout en nous en décalant pour apporter une réponse de soignant. Nous avons tenté de proposer un espace d'accueil de cette forme de souffrance mais qui ne soit pas trop contraignant, pas trop engageant.

Ainsi, nous avons défini le protocole suivant ; après un signalement, nous envoyons un courrier très rapidement -pour répondre à l'urgence- de proposition de rendez – vous d'accueil dans un délai d'une semaine. Le patient retrouve ici le parcours classique des demandes de suivi psychologique.

L'entretien d'accueil

La conduite de l'entretien d'accueil, sa construction, est laissée à la sensibilité de chaque psychologue. Pour ma part, il prend le plus souvent la forme d'un entretien semi – directif.

Il commence toujours par une présentation générale du service, de l'équipe psychiatrique et des différentes prises en charge possibles. Il me paraît intéressant de prendre la parole en premier pour « briser la glace », mettre les patients à l'aise. Cela leur offre un temps d'observation et propose déjà des « portes d'entrée » (addiction, psychiatrie...) à l'échange qui s'ensuit.

La parole est ensuite laissée au patient, pour une brève présentation et l'expression de sa demande.

Il est assez fréquent que cette partie de l'entretien requière un soutien dans la parole, des relances de la part du psychologue. On peut y voir la marque des institutions judiciaire et pénitentiaire qui ne laisse que très peu la parole libre, privilégiant des échanges sous forme de questions et réponses. L'appréhension de la rencontre avec un psychologue peut renforcer cet effet.

Afin de faciliter cet échange, j'utilise une suite de questions basée sur le quotidien carcéral. L'apparence très opératoire de ces questions sur leur quotidien lui confère un aspect familier et donc rassurant. Mise à part les patients primo-incarcérés, les patients sont également bien plus à l'aise sur ses sujets que nous et peuvent se montrer « en maîtrise » de leur sujet. Je questionne ainsi sur la date d'entrée en détention, les établissements fréquentés et la date de fin de peine. Puis, sur les activités quotidiennes : travail pénitentiaire, formation professionnelle et sport. Les questions plus sociales sont finalement abordées : les parloirs, le soutien financier extérieur et le projet de sortie. Le positionnement du patient sur chacune de ses questions, les informations qu'il livre, les éventuellement réactions émotionnelles aiguillent les échanges sur sa problématique. Le patient peut se contenter de répondre brièvement à chaque question ou développer sa réponse autant qu'il le souhaite.

Ses questions peuvent amener de nombreuses thématiques à se déployer ; les questions sur l'incarcération et le parcours pénitentiaire peuvent servir d'introduction sur les faits qui ont amené la condamnation et/ou sur le comportement en détention et les éventuels incidents disciplinaires. Les questions sur les activités sont révélatrices de ses projets à court, moyen et long terme et de son investissement dans sa situation actuelle. Enfin, les questions ayant trait au lien social viennent bien

souvent interroger les liens familiaux et conjugaux. Cette énumération n'est bien sûr pas exhaustive et pourrait être complétée.

Cette suite de question était utilisée, si nécessaire, comme support à l'échange et ne comportait pas la nécessité de réponse à chacune des questions. Sinon, l'entretien d'accueil était mené de manière non directive.

Il arrive bien sûr très régulièrement que la personne détenue mette en avant « la demande de la juge », ou la pression de l'administration pénitentiaire. Ce fait peut générer de la frustration, de l'agacement, avec l'impression d'être instrumentalisé dans la relation entre le patient et la justice, et cela peut-être le cas. Cependant, au cours de ma pratique, il m'a semblé particulièrement rare que derrière cette demande, si l'on prend suffisamment le temps d'écouter le patient, une autre demande, plus personnelle ne se dévoile pas. J'entends le terme « écouter » au sens clinique, tel que l'a développé Roussillon (Roussillon, 2012) : « être attentif à tous les signes, tous les messages verbaux et non – verbaux », à s'attacher à entendre et comprendre les manifestations du sujet, ses comportements, ses actes comme messages riches d'informations sur les modalités du soin qui peuvent être mises en œuvre ». ¹³³

L'orientation par la justice, ou l'administration pénitentiaire, n'est pour nous que cela : une occasion pour la personne de se présenter devant nous. Elle ne nous lie pas sur la demande ou le suivi de la personne par la suite. C'est pourquoi il nous paraîtrait absurde, comme notre institution sanitaire nous pousse parfois à le faire, à refuser ces demandes simplement parce que « [le patient] ne le fait que pour les remises de peine ».

Il est cependant nécessaire de bien connaître le cadre de l'obligation de soin et de l'injonction de soin, et de leurs répercussions qui peuvent être importantes sur la réalité matérielle des patients (en termes de remises de peine, d'accès aux permissions de sortir et aménagement de peine), ainsi que du secret professionnel et de ses limites. Nous pouvons ainsi les présenter aux patients, les discuter, afin qu'ils puissent faire un choix « éclairé » quant à leur demande de suivi psychologique.

L'entretien d'accueil se conclut sur une formulation, si ce n'est d'une demande, tout au moins des attentes du patient envers le suivi psychologique. Il est ensuite inscrit en liste d'attente. L'intensité de la souffrance psychique exprimée et le repérage d'une pauvreté ou d'une absence de ressources

¹³³ Roussillon R. 2012, p. 116

internes ou externes peuvent amener à proposer le début de suivi psychologique avec un délai d'attente écourté voire sans délai d'attente.

Les suivis psychologiques

Lors de la mise en place du suivi thérapeutique, la fréquence des entretiens est décidée en concertation avec le patient. La fréquence se situait le plus souvent à un entretien toutes les deux semaines. Si l'état clinique du patient le nécessite, la fréquence des entretiens peut être hebdomadaire. Dans le cas d'accompagnement psychologique, elle pouvait être portée à un entretien toutes les trois semaines ou tous les mois.

Dans ce qui s'apparente assez fort au souhait de se démarquer de l'administration pénitentiaire, j'ai porté une attention particulière au choix du créneau horaire avec les patients. Afin de ne pas confisquer leur temps, de ne pas les considérer « à disposition », j'ai essayé au mieux de mes possibilités, de respecter le rythme personnel de chacun : pas trop tôt le matin, en dehors des horaires de promenade ou de travail...

Les absences au rendez – vous, qui sont relativement fréquentes sont également interdépendantes de l'organisation carcérale. Il est impossible de savoir si le patient n'a pas été appelé par son surveillant d'étage, s'il a refusé le rendez – vous... Afin de se décaler de cette problématique, et d'assurer une forme de continuité aux suivis thérapeutiques, j'ai adopté le protocole suivant. En cas d'absence, je renvoie automatiquement par courrier la date du rendez – vous suivant, à la fréquence établie avec le patient. En cas de deux absences consécutives, j'envoie un courrier signifiant la fin du suivi et stipulant que le patient peut réécrire s'il souhaite le reprendre. Bien sûr, si le patient réécrit après une absence, un rendez – vous peut lui être proposé plus rapidement.

Le patient est également informé qu'en cas « d'événement marquant », il peut solliciter un entretien, quelle que soit la fréquence du suivi. Cette formulation « événement marquant » a été choisie spécifiquement : elle laisse une latitude pour que chaque patient interprète de manière subjective ce qui représente un événement marquant.

La temporalité propre à la détention, avec son caractère infini, impacte les suivis thérapeutiques. Les suivis thérapeutiques se terminent le plus souvent au départ du patient du centre pénitentiaire, que ce soit dans le cadre d'une sortie de prison ou d'un transfert vers un autre établissement. Il peut arriver qu'un patient cesse de se présenter aux entretiens, mettant fin de fait au suivi sans poser de mots sur cette fin de suivi. La possibilité qu'il écrive pour reprendre le suivi est toujours présente jusqu'à son départ du centre pénitentiaire.

Il est arrivé quelques fois qu'un patient mette fin au suivi de sa propre initiative, après un suivi thérapeutique riche. La pression judiciaire et pénitentiaire se faisant néanmoins sentir, il n'est pas rare que même dans ce cas, le suivi se poursuive, avec une fréquence bien moindre (tous les deux mois), afin de ne pas impacter négativement le parcours judiciaire du patient.

Ainsi, la durée du suivi thérapeutique est souvent collée à la temporalité pénitentiaire, dépossédant ainsi le patient (et le thérapeute), alors même que l'insight et l'appropriation subjective du travail psychique à l'œuvre est l'objectif même du travail thérapeutique ! On retrouve ici le paradoxe qui imprègne tous les aspects de la vie en milieu carcéral.

Intervenir au quartier disciplinaire

Comme je l'ai décrit plus haut, le psychologue de l'USN1 ne se déplace pas en détention, ce sont les personnes détenues qui se déplacent à l'unité sanitaire pour leurs rendez – vous.

Lorsque les patients sont placés au quartier disciplinaire, il est théoriquement prévu qu'ils puissent se déplacer à l'unité sanitaire en cas de rendez – vous. Cependant, cela n'arrive presque jamais. Pour des raisons pratiques en priorité, le déplacement des personnes détenues affectées au quartier disciplinaire relevant d'un protocole sécuritaire fastidieux (accompagnement par les surveillants du quartier disciplinaire, blocage de tous les mouvements du centre pénitentiaire sur la durée des déplacements du patient), rendant quasiment impossible le maintien des rendez - vous à l'heure prévue. Ainsi, s'ils souhaitent maintenir le rendez – vous, à une heure établie, les psychologues sont amenés à se déplacer au quartier disciplinaire, pour rencontrer les patients dans les mêmes bureaux d'audience que ceux fréquentés lors de ma pratique de psychologue P.E.P. Même si ce dispositif facilite la tenue des entretiens, il ne le garantit pas. En effet, le nombre des bureaux d'audience est restreint et ces bureaux sont utilisés par tous les personnels se rendant au quartier disciplinaire pour audience (SPIP, éducation nationale, psychologue P.E.P mais aussi avocats etc....). Encore faut – il donc qu'un bureau soit disponible à l'heure convenue. Aussi, ai – je pris l'habitude d'appeler systématiquement les surveillants avant de me rendre au quartier disciplinaire pour un rendez – vous. Il est certain que ma pratique antérieure m'a facilité cette démarche.

À mon arrivée à l'USN1, la pratique des entretiens au quartier disciplinaire n'était pas systématique pour les psychologues de l'équipe. Dans la majorité des cas, les entretiens n'étaient pas maintenus lors du placement du patient au quartier disciplinaire, avec l'idée que le temps de sanction n'était pas un temps favorable à l'élaboration psychique. Cependant, au vu de la situation clinique du patient, le ou la psychologue pouvait proposer un entretien sur le temps de la sanction disciplinaire.

Dans la continuité de ma pratique de psychologue P.E.P, avec la certitude de leur intérêt clinique, il m'était inconcevable de ne pas maintenir mes entretiens lors des sanctions disciplinaires, d'autant plus en appartenant désormais à une équipe soignante.

Ainsi, dans mon dispositif de suivi psychologique à l'unité sanitaire, le maintien des entretiens, à la fréquence établie avec le patient, était systématique, quelle que soit l'affectation de mes patients.

Si les rendez – vous doivent être programmés à l'avance à l'unité sanitaire, ce n'est pas le cas au quartier disciplinaire. Les audiences étant systématiquement consignées dans un registre spécifique, elles peuvent être réalisées sans programmation. Ainsi, après appel auprès de l'équipe des surveillants, les entretiens pouvaient être proposés au patient, sans avoir à les programmer.

L'équipe sanitaire, au sens large, est très présente au quartier disciplinaire. Les infirmiers passent, comme en détention classique, tous les matins pour la distribution des médicaments. Les médecins généralistes effectuent « un tour » médical deux fois par semaine : accompagnés des surveillants, ils passent dans chaque cellule pour échanger avec le patient et évaluer sa situation si nécessaire.

Ainsi, l'équipe sanitaire prodigue un suivi rapproché des patients en sanction disciplinaire. Ces moments peuvent également permettre aux psychologues de communiquer une date de rendez -vous, faire passer un courrier si nécessaire, par l'intermédiaire des collègues infirmiers ou médecins, avec un délai plus spontané que le courrier transitant par l'administration pénitentiaire.

Nous proposons maintenant d'aborder la méthodologie dans la pratique des groupes à médiation thérapeutique par le « conte merveilleux ».

3. La Médiation thérapeutique par les contes

Les contes sont des récits courts, qui s'appuient sur la réalité de la vie quotidienne. Ils nous emmènent dans un imaginaire à la portée de tous. On peut retrouver dans l'univers des contes une transcription de chaque épisode significatif de la vie. Les contes sont une mise en récit de l'expérience commune.

Les contes sont la pratique culturelle la plus partagée au monde. Jusqu'au XIXe siècle, leur partage et leur transmission se fait sur le mode de l'oralité. Chaque conteur recrée le récit, lui redonne vie par l'incarnation de sa voix et par les modifications qu'il apporte.

Ils ont par la suite été collectés et rassemblés par écrit, entre autres par les frères Grimm (contes européens) et A. Afanassiev (contes russes). Les linguistes Arne et Thompson ont repéré dans ces collectes de contes, des « contes – type », contes dont on retrouve des versions différentes dans chaque pays et parfois même, dans chaque région.

Construits au fil du temps, les contes qui nous parviennent aujourd'hui sont certainement ceux qui touchent aux thématiques les plus universelles de l'humanité.

L'étude approfondie des contes permet d'entrevoir leur portée thérapeutique et ouvre à la possibilité d'une utilisation sous la forme d'une médiation thérapeutique groupale.

Plusieurs aspects sont à prendre en considération : une structure spécifique, des contenus thématiques riches et la narrativité même du récit.

3.1.La forme

3.1.1 *Une double – structure*

Le conte ne se présente pas comme un récit ordinaire. B. Chouvier (2015) identifie une double structure dont le premier niveau correspond à la structure essentielle commune à tous les contes : la structure dominante (V. Propp, 1928) et le second niveau à la structure propre à chaque conte : la structure thématique.

En 1928, V. Propp étudie les récits des contes, à travers les contes russes réunis par l'ethnologue Afanassiev, et dégage une structure constante dont il fait l'hypothèse qu'elle s'applique aux contes merveilleux du monde entier.

Il décompose le conte en éléments invariants : des fonctions des personnages et des actions immuables qui fondent l'armature du récit.

Pour V. Propp, le conte merveilleux est un « développement partant d'un méfait ou d'un manque, et passant par les fonctions intermédiaires, pour aboutir au mariage ou à d'autres fonctions utilisées comme dénouement. »¹³⁴. Ce développement est nommé « séquence ».

¹³⁴ V. Propp., 1928, p.112

Chaque fonction découle de celle qui la précède, selon ce que Lafforgue a nommé la « force contraignante du déroulement du conte »¹³⁵ et qu'il illustre par cette citation : « lance le conte, il se déroulera tout seul ».

Le récit s'ouvre sur un *déséquilibre initial* dans la vie du héros, un événement traumatique tel que la perte d'un être cher ou le déclenchement d'une guerre.

Greimas et son école de Paris (Greimas, cité par P. Lafforgue, 1995) ont dégagé la notion de *quête du héros* et la définissent comme « le déplacement du sujet vers l'objet dans un mouvement spatial partant d'une séparation pour aboutir à une réunion entre sujet et objet »¹³⁶. Dans le cours de la quête, le héros rencontre des épreuves. Il en existe trois sortes : l'épreuve qualifiante (acquisition d'une compétence), l'épreuve décisive (performance) et l'épreuve glorifiante (reconnaissance du héros et liquidation du manque). Les épreuves auxquelles sont soumises le héros lui permettent d'exercer sa force, sa ruse et sa détermination.

Lors de la quête, le héros bénéficie de l'aide de personnages ou d'objets aux pouvoirs magiques et d'animaux secourables, autant de repères identificatoires pour celui qui reçoit le conte.

Le *dénouement* est constitué par la réparation du manque ou du méfait. Le voyage initiatique accompli, le héros rentre chez lui, porteur d'une solution réparatrice qui va permettre le retour durable de l'équilibre dans la vie du héros. Le gain narcissique est assuré pour le héros, puisqu'il est le sauveur. Le deuil est accompli et la perte est dépassée.

V. Propp précise que dans le récit, peuvent survenir d'autres méfaits ou un nouveau manque, qui entraîneront une nouvelle séquence. Ainsi, un conte peut être composé de plusieurs séquences, agencées selon différents procédés tels que le parallélisme, la répétition...

La structure du conte n'est donc pas linéaire mais cyclique, même s'il est important de remarquer que la situation finale ne peut se superposer à la situation initiale. Entre les deux, s'opère en effet un changement radical chez le héros : seul et sans repère au début du conte, il devient peu à peu mature et autonome.

Pour B. Bettelheim (1976), « le fait d'aller à la découverte du monde signifie la fin de la première enfance. L'enfant doit alors entreprendre le voyage long et difficile qui fera de lui un adulte. »¹³⁷. Cette compréhension est communément admise, la forêt représentant le plus souvent le lieu de l'initiation et de la mise à l'épreuve.

¹³⁵ P. Lafforgue, 1995, p.11

¹³⁶ Op cité, p. 12

¹³⁷ B. Bettelheim, 1976, p. 318

Pour B. Chouvier (2020), si cette trame narrative représente bien un processus psychique identitaire, il peut aussi correspondre au processus psychique mis à l'œuvre dans l'échange entre le conteur et celui qui l'écoute. Le conte comporte une fonction réparatrice : il représente « le processus psychique de réparation de soi et de l'objet dans la mesure où il offre à celui qui le lit ou l'écoute un modèle résolutoire des conflits psychiques ».

Le second niveau structurel est la structure thématique : il concerne le contenu du conte. Chaque conte se caractérise par une problématique propre qui renvoie à des contenus fantasmatiques déterminés.

L'analyse de ces contenus met en évidence que les événements déclencheurs ou les épreuves rencontrées par le héros au cours de sa quête contiennent de nombreux éléments à valeur traumatique qui peuvent trouver des échos en chacun (B. Chouvier, 2020).

Cette construction en double structure permet au conte d'agir sur la vie psychique au niveau conscient et inconscient : on est porté par le déroulement linéaire du récit, le message du conte atteint l'inconscient.

Cette structure constitue une matrice contenante, « une authentique fonction alpha qui tamise la violence. (...) Le conte transforme les éléments destructeurs bêta en traces organisatrices alpha et fonctionne comme un appareil à penser les pensées. »¹³⁸ ou une enveloppe psychique, au sens d'Anzieu (D. Anzieu, 1993).

3.1.2. Rythme du récit du conte

Le récit est scandé par la répétition de formules spécifiques, créant un bercement dans l'histoire et lui conférant une certaine musicalité qui viennent rendre entendables les horreurs exposées. Cette musicalité, qui peut rappeler les comptines enfantines, joue un rôle conjuratoire de l'angoisse et créer un climat favorable à l'ancrage affectif des représentatifs véhiculés dans le conte.

Par moments, le récit opère des pauses, le héros rencontre un obstacle. Il doit s'y reprendre à plusieurs fois pour le dépasser. Cet arrêt a une signification psychique particulière, référé à un phénomène psychique d'intégration. Pour être entendu par le conscient et l'inconscient, il faut que s'opère un dépassement et un emboîtement des situations antérieures.

¹³⁸ W. R. Bion cité par P. Lafforgue, 1995, p. 24

3.1.3. Décollement dans l'imaginaire et enchantement

Le conte fonctionne avec des formules magiques, des rituels et des répétitions, qui anesthésient le sens critique de celui qui l'écoute. La célèbre formule « il était une fois, dans un pays lointain » signe l'entrée dans un monde merveilleux, marqué par le paradoxe.

L'espace du conte est un non – espace. On retrouve dans l'espace du conte : l'espace civilisé du village opposé à l'espace sauvage de la forêt. Ainsi, l'espace du conte est une projection de l'espace interne sur l'espace réel.

Le temps est hors – temps : il ne suit pas la linéarité habituelle de la temporalité mais peut s'inverser, se condenser ou se dilater. Il n'a ni contrainte, ni limite.

L'identité est également marquée par cette logique paradoxale. Les animaux parlent, le mendiant devient roi... L'identité est source d'incertitude et de déstabilisation.

La formule « il était une fois » transporte dans une autre scène psychique. Son matériel fantasmatique peut être traité comme le contenu manifeste d'un rêve car on y trouve les mêmes mécanismes d'élaboration : condensation, figuration, déplacement, élaboration secondaire.

Mais le conte est plus élaboré d'un point de vue narratif que le rêve. Il est construit pour être mémorisé. Il évoque plutôt la capacité de rêverie maternelle (Bion), en permettant à l'enfant d'accéder à la pensée.

Ainsi, le conte brouille subtilement les repères de celui qui l'écoute. Il suspend la réalité le temps du récit : « la morosité de la vie ordinaire s'estompe dès que la magie du conte opère »¹³⁹.

L'écouter s'abandonne à la voix du conteur, dans un état que B. Chouvier (2015) décrit comme une « soumission bienheureuse ». Il y a circulation entre l'histoire contée et le vécu de celui qui écoute.

Ce processus enchanteur ouvre à la richesse des contenus symboliques du conte.

3.2. Les contenus symboliques

On peut distinguer deux niveaux de symbolisation du conte (B. Chouvier, 2015).

Le premier niveau est explicite. C'est celui de l'histoire, de ses personnages et des événements dramatiques qu'ils traversent. Ils ouvrent à des mouvements identificatoires et émotionnels tout au long du récit.

¹³⁹ B. Chouvier, 2020, p. 289

Le second niveau est implicite. À travers l'enchantement décrit précédemment, le conte fait revivre des ambiances, des atmosphères qui réveillent et entrent en résonance avec les angoisses les plus archaïques, qu'il est en mesure de contenir. En appui sur les écrits de B. Chouvier, nous exposerons comment le conte tente de figurer l'indicible et l'innommable.

Premier niveau de symbolisation

R. Kaës (2012) : le conte merveilleux est structuré comme le rêve : la logique qu'il déploie est étrangère à une narration linéaire. Chaque séquence, chaque personnage, chaque situation présente une dimension symbolique particulière, dont chacun peut se saisir en fonction de sa propre histoire.

La thématique de la famille est une thématique récurrente des contes. Ils en déclinent toutes les formes possibles, avec un schéma constant : les relations sont douloureuses, complexes en début de récit et le dénouement apporte apaisement et harmonie. On remarque que plus la situation de départ est terrible et plus le dénouement génère une puissance réparatrice et régénératrice. Les épreuves rencontrées au cours de la quête sont surmontées par le héros, grâce à son courage et à sa ruse d'une part et à la magie et à l'intervention d'êtres secourables d'autres parts. Les différents personnages du récit, qu'ils soient maléfiques ou magiques, sont des figures symbolisées servant l'identification ou la contre – identification. Ceux qui ont fauté sont punis de manière souvent exemplaire. Le retour à l'harmonie ne peut se faire qu'au prix du renoncement et de la frustration.

On remarque que dans l'univers des contes, le bonheur ne peut exister que dans le passé, sous la forme du bonheur perdu, soit dans le futur, où il est ramassé dans une formule conclusive dont l'exemple le plus connu demeure : « et ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants ».

Revenons plus en détail sur les figures familiales présentes dans les contes ;

Dans les récits des contes, on retrouve généralement la figure d'un mauvais père : du père défaillant au père clairement maltraitant. L'autorité paternelle est souvent représentée dans des figures de pouvoir - le roi ou le tsar – dont la domination agit sur leur famille et sur leur peuple. On retrouve les enjeux narcissiques de la transmission familiale : le père est fier de ses fils dont il encourage la force tout en craignant la menace qu'elle représente pour son propre pouvoir. Le schéma le plus classique étant alors l'élimination des fils les plus cupides au profit du fils le plus jeune, le plus candide.

Un père bon et aimant peut, à l'occasion de l'événement traumatique déclencheur du conte, s'effondrer et laisser son enfant seul et sans protection. L'enfant peut alors soit se parentaliser, soit partir au – devant du danger, ouvrant ainsi la quête. Dans cette adversité, le héros peut laisser émerger sa force intérieure, s'appuyer sur les forces bénéfiques et/ou s'affronter directement au danger. La référence paternelle est alors dépassée au travers d'une intégration psychique maturante. Le père réapparaît alors à la fin du récit, dans une posture bienveillante, afin d'effacer les défaillances inaugurales. L'ordre familial est rétabli.

Dans les contes, les figures sont diffractées. Ainsi, la figure du père se dédouble : le bon père (le bûcheron, le vieux sage...) et le mauvais père (l'ogre sanguinaire...), toute forme mâle exerçant un pouvoir sur le héros constitue une figuration du père.

De très nombreux contes se construisent autour de la thématique de la relation mère / fille et de la transmission générationnelle. Les enjeux transgénérationnels sont différents pour les garçons. Au sein du groupe familial, plus le père valorise les enfants mâles et plus la mère protège ses filles. Dans la transmission, plus le père donne de prérogatives narcissiques au garçon et plus il va être sujet aux attaques de la mère, dans une emprise castratrice.

La cruauté maternelle est une constante narrative des contes. Les tendances infanticides et matricides se répondent tout au long des récits afin que les relations conscientes réelles se vivent sur un mode apaisé. Le conte réactive les pulsions pour mieux les exorciser.

Tout comme pour l'image paternelle, l'image maternelle est diffractée. Chaque personnage présenté (la marâtre, la fée, la servante...) sont toutes des images déformées et déplacées de l'image maternelle. Ainsi, le conte présente toutes les émotions que chacun éprouve envers sa propre mère au cours des épreuves de la vie. Chacun peut puiser dans ces différentes figures, au gré du moment et des circonstances.

Les contes mettent en scène la haine fratricide. Pour les enfants, l'arrivée successive des puînés représentent toujours une intrusion. Elle pose également la question de la transmission et de l'héritage de manière conflictuelle.

On retrouve très fréquemment l'acharnement de la fratrie sur le plus vulnérable du groupe. Il s'agit le plus souvent du cadet ou de la cadette car c'est celui qui active le plus le complexe d'intrusion de l'aîné. La violence est atténuée par l'élément de la recomposition familiale : ce sont les demi-frères et/ou demi-sœurs qui agissent avec la complicité de la marâtre. Plus la violence est explicite, plus elle peut être exorcisée. À la fin du conte, le plus vulnérable trouve le bonheur, le conte prenant toujours

le parti du plus faible. Il peut alors soit pardonner à la fratrie dans un élan de générosité ou au contraire, la punir sévèrement. Le plus souvent, c'est la peine capitale pour celui ou ceux qui ont exercé la violence au sein du cercle familial. Mais le héros est disculpé de la violence : c'est le destin qui agit. L'oubli, par l'acte de pardon, est souvent présenté comme une vertu salvatrice. Le sujet peut alors dépasser son trauma à la condition de surmonter les bénéfices secondaires de sa souffrance.

Deuxième niveau de symbolisation

Le deuxième niveau de symbolisation concerne les éléments les plus diffus dans le récit du conte. Il s'agit des atmosphères et des ambiances mises en scène, qui suscitent des émotions parfois très fortes, en résonances avec les angoisses archaïques.

Dans l'espace du conte, on retrouve l'opposition entre l'espace de la civilisation (le village) et l'espace de la sauvagerie (forêt, espace souterrain, espace aquatique...). C'est ce dernier qui va susciter le plus d'angoisse. On y retrouve des êtres en perdition, des bêtes sauvages, dévoratrices d'homme. C'est un lieu de magie où ne s'appliquent pas les mêmes lois que dans l'espace de la réalité. C'est un espace vaste, sans repère, véritable « labyrinthe archaïque » (B. Chouvier, 2015) : les sens ne sont plus opérants et le héros peut se perdre.

La forêt est donc à même de réveiller les angoisses archaïques par les menaces permanentes et indéfinies qu'elle représente. Plus le héros s'enfonce dans la forêt et plus l'angoisse est forte. C'est pourtant au prix de cette confrontation à l'angoisse et au désespoir que le héros va pouvoir retrouver l'espoir. Car la vertu du conte est d'apprendre à celui qui l'écoute à se défendre de ces vécus archaïques. Il fournit des codes : les rituels et formules répétées, indispensables pour conjurer les pièges.

L'informe se précise alors et l'innommable est reconnaissable sous la forme d'une sorcière, d'un dragon ou d'un ogre... Le héros peut alors les combattre et surtout, les vaincre, faisant disparaître la peur. Par leur localisation et leur figuration, le conte permet la neutralisation des émotions associées aux angoisses suscitées.

Parmi les angoisses archaïques les plus spécifiquement représentées dans les contes traditionnels, nous retrouvons les angoisses de dévoration, de morcellement et de métamorphose.

L'angoisse de dévoration est l'une des plus présente dans les récits des contes. Si elle possède une origine psychique : celle de l'oralité comme mode de relation au monde privilégié au cours de la première année de la vie, il ne faut pas négliger une origine historique bien réelle : celle des grandes

famines en Europe, au cours desquelles les enfants ont été exposé au risque d'être mangé. Cette double origine lui donne une place centrale dans les angoisses archaïques.

On la retrouve dans les différentes figures des monstres dévorateurs (le loup, l'ours...) et dans les figures monstrueuses (l'ogre, la sorcière...), le passage de la bête sauvage au monstre se faisant en passant par différentes formes : le loup – garou... Ce sont des figures uniclivées, au sens où elles conservent, bien qu'unifiées, des traces du clivage bon/mauvais. L'ogre par exemple, est monstrueux tout en ayant figure humaine. Son avidité orale destructrice est souvent annoncée par la menace : « ça sent la chair fraîche ». La victime est réduite à l'état de viande crue. On retrouve ici les images les plus sauvages et les plus sanglantes. Il représente la bestialité, la pulsionnalité sous sa forme la plus archaïque.

À côté de l'angoisse d'être dévoré, on retrouve l'angoisse d'être empoisonné. L'empoisonnement peut être total ou partiel. Cette crainte ancienne n'est pas totalement disparue aujourd'hui et on la retrouve de manière très forte en détention : angoisse d'être empoisonné par l'administration par le biais de la nourriture distribuée (afin d'obtenir la paix sociale) ou angoisse d'être empoisonné par ses codétenus (afin d'alimenter les réseaux de drogues).

Ces peurs archaïques se focalisent sur la zone orale et l'alimentation.

L'angoisse de morcellement renvoie aux premiers temps de la vie psychique, celle où le nourrisson se vit comme un agrégat d'impressions sensorielles. Le conte merveilleux en présente différentes représentations ;

Les atteintes du corps peuvent affecter les différents organes du corps : le cœur, les yeux ou les bras... mais le conte présente très souvent des images de décapitation. Elles constituent des formes démétaphorisées des expressions populaires « perdre la tête », « avoir la tête ailleurs » ... Ces images violentes sont contenues et élaborées grâce aux caractéristiques merveilleuses du conte, détaillées précédemment : la mort est réversible, le héros est donc assuré de retrouver l'unité de son corps après une série d'épreuves. Un être identifié concentre les pouvoirs maléfiques, ce qui permet de contenir les éprouvés d'horreur, d'autant qu'il est combattu et vaincu par les forces bénéfiques. Le dénouement heureux permet aux écoutants de se laisser aller sans crainte aux fantasmes d'éclatement, de morcellement, suscités par le récit, d'autant plus que ces images sont organisées dans une narrativité qui leur donne un sens.

L'angoisse de métamorphose trouve également sa place dans les récits merveilleux. Sous le coup d'un sortilège ou après la conclusion d'un pacte, le héros est métamorphosé, le plus souvent sous la forme animale. Le corps de l'animal devient une prison dont le héros doit se libérer. Le héros doit alors

supporter une image dévalorisante de lui – même, les moqueries, avant de pouvoir recouvrer, après de nombreuses épreuves, son apparence humaine.

Cette terreur de la transformation, clairement énoncée par le conte, peut figurer l'angoisse du changement que l'on rencontre chez les enfants, l'angoisse du changement qui pourrait être entraîné par le soin, voire pour nos patient, la transformation ressentie dans la sensation d'être agi par leur propre violence.

À travers la question de la métamorphose, c'est la question de l'identité qui est explorée. Le héros restant le même au travers des métamorphoses successives, autant d'étapes au cheminement interne du héros lui permettant d'atteindre une identité positive et mature.

Comme nous l'avons exposé, les contes sont susceptibles de réveiller toutes les angoisses constitutives de la vie psychique. Il nous semble intéressant d'ajouter ici, la notion de *Zwanglösigkeit*, traduite comme l'angoisse de « celui qui est sans lieu, sans place » (R. Kaës, 2009), « sans appartenance » (R. Roussillon, 2007). On retrouve dans de nombreux récits, la menace d'être exclu de la transmission familiale et pour cela, éloigné de l'espace civilisé du village vers l'espace sauvage. On retrouve également, comme dans l'Oiseau de feu, la punition par le bannissement de la communauté.

3.3.La narrativité des contes

Les éléments que nous venons de présenter – la structure spécifique du récit du conte et la symbolique puissante évoquée – confèrent au conte une narrativité particulière. Les trois temps, situation initiale, quête et dénouement sont clairement identifiables et des éléments de liaison articulent les fonctions des personnages et les actions, assurant la cohérence du récit (P. Lafforgue, 1995).

C'est à partir de cette fonction organisatrice que J. Hochman (1984) avance l'idée que les contes pourraient fournir un contenant pour les pensées inimaginables, qui trouvent ainsi « à s'ordonner selon un temps, un espace et une causalité qui sont ceux du récit ».

La narrativité est le travail de liaison par lequel le sujet va pouvoir se saisir de son histoire, la raconter et surtout, se la raconter à lui – même, ce qui constitue le fondement même des assises narcissiques.

Freud a introduit la notion de narrativité dans la psychanalyse par l'intermédiaire de la méthode des associations libres. Le patient est amené à faire part de ses remémorations, de ses rêves...qui vont peu à peu s'organiser dans une trame narrative « décousue, aux mailles trouées, faites de tissus

hétéroclites »¹⁴⁰ auquel se mêlent les interventions et interprétation de l'analyste. Le contenu d'une séance est donc un « emboîtement de différentes organisations narratives »¹⁴¹ qui s'interpénètrent pour créer un ensemble porteur de sens et donc, d'efficacité thérapeutique.

Dans ce processus, on repère deux pôles paradoxaux : l'un qui vise l'organisation des différents éléments en un récit cohérent (processus secondaires) et l'autre qui tend à la désorganisation du discours et à la régression (processus primaires). La complexité de la mise en mots se dévoile, entre la chose et son évocation. Des ajustements du dispositif, forme d'agir symbolisant, peuvent s'avérer nécessaires pour faire face à ces trouées dans la trame narrative : « parole narratrice de l'analyste, appui sur le vécu corporel du patient, recours au jeu...qui permettent de soutenir, ou de se substituer à la trame narrative défaillante »¹⁴².

Dans certaines cliniques, et particulièrement dans les cliniques des pathologies narcissiques – identitaires, ce processus est défaillant. Le cadre des entretiens individuels met à jour la difficulté pour ces patients à faire part de leur expérience subjective, à raconter, à se raconter. Nous proposons de voir dans ces difficultés la marque d'une défaillance de la constitution des enveloppes psychiques (D. Anzieu et coll., 1987), plus particulièrement des enveloppes pré-narratives (D. Stern, 1993).

L'activité narrative est ancrée très tôt dans le psychisme. Les enveloppes pré-narratives sont des contenants expérientiels précoces, des « schémas ou unités d'événement ressenti », à partir desquels va émerger la narration et qui constituent la matrice de la fonction autonarrative (D. Stern, 1993). Les expériences sensorielles vécues au cours de la journée s'organisent et se relient par le travail de narrativité, ce qui sous – tend le vécu identitaire de l'enfant (D. Stern, 1992). En tant qu'expérience subjective, qui se déroule dans le temps, elle a une structure temporelle qui lui confère sa cohérence et sa signification. Elles sont appelées « prénarratives » car elles se constituent avant l'accès au langage.

B. Golse (2017) insiste sur le caractère interactif de ces enveloppes. De la période prénarrative à la narrativité à proprement parler, l'enfant va s'appuyer sur un adulte narrateur, dont le plaisir métaphorisant constitue une fonction de processus de liaison que l'enfant va pouvoir s'approprier progressivement. Dans les interactions entre le bébé et l'adulte, chacun raconte à l'autre des éléments de sa propre histoire, selon des modalités narratives différentes. De ces deux histoires, en naît une troisième, qui se coécrit à mesure qu'elle se fait : « Pour être structurante, elle doit faire le lien entre

¹⁴⁰ A. Bolin, Contes à rebours, p. 801

¹⁴¹ Op cité, p. 801

¹⁴² Op cité, p. 802

les deux histoires qui lui préexistent tout en laissant une place pour du non – advenu, du nouveau¹⁴³. » Dans ce processus de constitution des enveloppes prénarrative, D. Stern (1993) évoque déjà le rôle structurant des comptines et des contes, en tant qu'organiseurs psychiques. Pour B. De Bérail (2022), « la qualité de l'enveloppe narrative dans ses fonctions à la fois de conteur et de contenant dépendra en partie de son terreau : la relation interpersonnelle, les capacités narratives de ceux qui entourent, l'accordage affectif et la qualité de l'attachement qui pourra y croître »¹⁴⁴.

Le bébé peut alors construire peu à peu son identité narrative. P. Ricoeur (1990), dans le courant de philosophie phénoménologique, définit l'identité narrative comme le « résultat d'un ensemble de récits de soi et des autres »¹⁴⁵.

La narrativité, en tant que travail de liaison, va permettre au sujet de pouvoir raconter son histoire et surtout, de pouvoir se la raconter à lui – même. Elle se situe à cet égard à l'origine de la subjectivité.

Ainsi, le partage des contes merveilleux comporte un impact important sur la vie psychique. Au niveau conscient, l'imaginaire trouve du plaisir à l'écoute d'une histoire plaisante. La quête du héros, ses épreuves constitutives et la résolution des conflits viennent nourrir les instances idéales et morales.

Au niveau inconscient, l'expression des angoisses archaïques et la satisfaction indirecte des désirs les plus bruts trouvent leurs places dans les atmosphères merveilleuses, les personnages maléfiques et les punitions exemplaires.

Ces éléments permettent de dessiner les contours de l'intérêt thérapeutique que les contes peuvent assurer dans le cadre d'un atelier à médiation.

¹⁴³ B. Golse, 2017, p.184

¹⁴⁴ B. De Bérail, 2022, p.88

¹⁴⁵ Op cité, p. 88

4. Le groupe thérapeutique « conte »

4.1. Le dispositif du groupe à médiation thérapeutique « conte »

Dans la définition d'un dispositif thérapeutique et afin que les contenus symboliques du conte soient efficaces, il importe d'être attentif aux contenants spatio – temporels (B. Chouvier, 2015).

L'établissement au sein duquel naît le groupe « conte » constitue la première enveloppe contenante. Le groupe est défini, énoncé, porté par une équipe ce qui l'intègre pleinement dans le cadre institutionnel. Il faut ensuite lui trouver une place dans l'espace réel, une pièce qui, bien que non dédiée à cette activité, permette la mise en place d'aménagements spécifiques.

Afin d'accompagner l'entrée des patients dans le monde merveilleux du conte, la pièce doit être fermée, suffisamment séparée du monde extérieur. L'éclairage ne doit être ni trop cru ni trop faible afin de favoriser l'écoute du conte mais de ne pas induire l'endormissement.

L'espace de la pièce peut être aménagé en résonance avec la symbolisation spatiale du cheminement psychique des patients. La séance se déroulant en trois temps distincts, l'aménagement de la pièce peut s'organiser en trois espaces distincts, en correspondance directe avec la processualisation psychique ;

Lors du temps de contage, le dispositif doit symboliser la contenance. Les chaises sont disposées le plus souvent en arc de cercle face au conteur, afin de capter l'attention groupale tout en neutralisant la motricité. Le conteur est placé au centre du dispositif : il porte le groupe. L'oralité du conte permet au conteur de rester en contact visuel avec les patients et permet un partage émotionnel plus fort. Ce contact visuel facilite l'établissement du « pacte narratif », lien entre le conteur et les patients, « contrat tacite entre celui qui a envie de conter et celui qui a envie d'écouter »¹⁴⁶. L'acte de lecture offre également une « enveloppe sonore » et par son rythme, une mise en latence des pensées excitantes (Bosom, 2001, cité par Picard C. 2002). Le conte, dans sa forme oralisée, permet d'instaurer une continuité, par l'intermédiaire de la voix du conteur (J-P. Goux, 1999)

Le temps de la reprise vise l'appropriation en groupe des contenus symboliques du conte. Elle consiste d'abord à identifier les personnages mis en scène dans le récit ainsi que les étapes essentielles de l'histoire. À partir de cette intégration groupale, chacun peut se saisir subjectivement des données

¹⁴⁶ Picard C., 2002, p. 20

signifiantes du conte, c'est – à – dire celles qui correspondent à sa problématique actuelle et de son niveau de développement.

Plusieurs modalités de reprise sont ensuite possibles : les jeux de rôle, le dessin ou la transformation de l'histoire. Dans le jeu de rôle, une ou plusieurs scènes peuvent être mises en scène. L'expression graphique, individuelle ou groupale, engage par la mobilisation motrice des patients le traitement interne des scènes et représentations du conte. La transformation permet d'intervenir à l'intérieur même du récit, par l'ajout d'une épreuve ou modification de l'histoire, en lien avec l'imaginaire des patients.

Enfin, la mise en mot permet à chacun de partager ses ressentis au sein du groupe. En appui sur les thérapeutes, chacun peut se centrer sur son propre vécu dans le groupe et permet l'ancrage du travail de liaison au niveau des processus secondaires. Cette étape opère le retour à la réalité après le temps du conte.

4.2. Les fonctions du groupe « conte »

Chouvier (B. Chouvier, 2015) dégage les fonctions principales du conte dans son utilisation à visée thérapeutique :

La fonction climatique correspond à l'entrée dans la transe narrative, en tant qu' « état modifié de conscience »¹⁴⁷, signe l'intentionnalité des patients : elle marque leur adhésion au dispositif proposé et leur disposition à l'écoute du conte. Cet état particulier signe l'état de réceptivité maximal de l'appareil psychique et facilite la transformation possible des liaisons interinstancielles.

La fonction contenantante est assurée par de multiples éléments du groupe thérapeutique « conte ». Tout d'abord, elle est assurée par le cadre institutionnel et le lieu où se déroule le groupe. Ensuite, elle est assurée par la présence même des thérapeutes en séance. Cette présence consiste précisément à mettre totalement à l'écoute de l'autre, de garder un appareil psychique libre et ouvert aux enjeux individuels et groupaux. Par cela, elle signe l'intentionnalité des thérapeutes. « Le pacte narratif est un admirable outil pour la fonction contenantante du soignant »¹⁴⁸.

¹⁴⁷ B. Chouvier, 2015, p. 186

¹⁴⁸ P. Lafforgue, 1995, p. 24

Dans le cadre du groupe thérapeutique, le groupe va jouer un effet contenant : « le conte va fonctionner comme une sorte de récit d'un rêve commun : chacun va en développer certaines lignes associatives, et le groupe va y trouver un premier récit unificateur »¹⁴⁹.

Enfin, par les qualités contenantantes de l'objet médiateur lui – même et que nous avons exposé plus haut : par sa structure, le conte constitue une matrice contenantante, transformant les éléments alpha en éléments bêta, au sens de Bion, une enveloppe psychique au sens d'Anzieu.

La fonction historicisante se retrouve dans l'organisation du récit comme une succession d'événements et d'épreuves, tout comme le temps des séances se déroule dans une régularité logique et chronologique. La scansion du temps : avant / pendant / après permet la mise en perspective des moments de cette histoire avec les temps de sa propre histoire. Les patients se projettent dans les vécus du héros autrement que dans la toute-puissance narcissique.

La fonction créative correspond au développement des capacités de projection dans l'imaginaire et au décollement de la réalité, sans perte de cohérence logique.

Enfin, le groupe « conte » assure une fonction signifiante, en ce qu'il permet de développer la cohérence entre les différents niveaux de symbolisation mobilisée par les représentations et les images du récit. Le passage de la symbolisation originaires à la symbolisation primaire par associations et liaisons qui se déploient au cours du temps après contage. La verbalisation permet enfin l'accès à la symbolisation secondaire.

Ainsi, un des premiers effets du conte est d'agir sur le préconscient. Il va permettre de maîtriser une activité fantasmatique, d'abord hors de lui, avant de pouvoir l'intérioriser. Cette activité « sera fondatrice d'un lieu où les mots et les choses vont pouvoir se relier »¹⁵⁰. Le conte éveille également l'activité de figuration conduisant comme le remarquent C. et S. Botella (1983), « le vécu inorganisé, difficilement représentable pour lui dans une relation avec ses objets réels, vers l'univers merveilleux de la représentation. »¹⁵¹

Le conte va ainsi faciliter la reprise de plaisir à imaginer, à penser, se penser et penser le monde.

¹⁴⁹ J. Hochman, 1997, p. 254

¹⁵⁰ J. Hochman cité par R. Kaës, 1999, p. 3

¹⁵¹ C. et S. Botella, 1983, p. 765

5. Méthodologie du groupe « conte » à l'unité sanitaire

Notre travail quotidien de prises en charge individuelles, que ce soit au poste de psychologue PEP ou au poste de psychologue à l'USN1, nous a confrontées à la rencontre de patients présentant une demande de soin sous sa forme la plus primitive et à la difficulté « d'accrocher » ses patients. La relation duelle est difficilement supportable car réveille trop d'affects, ou des affects insupportables. Si la rencontre clinique a pu être rendue possible, notamment par les torsions imposées à notre dispositif tel que nous l'avons explicité précédemment, le déploiement d'un dispositif de soin n'a pas toujours été possible ; suivis interrompus, séances tournant en rond, opposition des patients... Les entretiens individuels, plus spécifiquement au quartier disciplinaire, dévoilaient nos patients en proie à des angoisses agonistiques, à des terreurs sans nom, qu'ils étaient dans l'impossibilité de nommer, de figurer, de partager, confrontant les patients à des vécus terrifiants et confrontant le psychologue à des vécus d'impuissance, d'incapacité à aider.

Nous avons donc souhaité proposer à ces patients un dispositif de soin leur permettant de se confronter à leurs angoisses dans un espace de soin sécurisant et supportable pour eux.

D'un premier abord, c'est cet aspect universel qui nous a paru intéressant dans l'utilisation des contes en milieu carcéral. Nous avons détaillé dans la première partie de ce travail comment nos patients nous semblaient particulièrement habités par une angoisse d'être « sans assignation » (R. Kaës, 2009), « sans place dans l'humaine condition » (R. Roussillon, 2017). Leur transmettre, leur partager des récits dont les thématiques abordées possèdent une qualité universelle nous paraissait intéressant pour retisser un lien, retramer nos patients dans une communauté, dans une universalité.

Le conte apparaissant dans cette clinique asséchée, collée à la réalité du quotidien, hachée, d'instaurer par la musicalité du récit, par la richesse de ses contenus symboliques, par son universalité, une continuité, une liaison pouvant servir de trame à de premières formes de narrativité.

5.1. Intérêt de la prise en charge groupale en milieu carcéral

Au sein du milieu carcéral, la vie quotidienne s'organise au travers du groupe. Tout mouvement est structuré en un espace et un temps appréciable et ostensible : repérables architecturalement (M. Foucault, 1975). L'espace – temps en détention est par exemple structuré par les « mouvements » (déplacements des groupes de personnes détenues), tels que le mouvement sport, le mouvement promenade... Cette organisation institutionnelle entraîne une perte des repères individuels et une

dilution des frontières Moi – non Moi (M. Ravit, 2005) au profit de la dimension groupale. Ainsi, la continuité d'existence du sujet devient dépendante du groupe et de la capacité du sujet à se vivre en groupe. Le milieu carcéral mobilise donc une « pseudo – identité » constituée d'identifications archaïques et défensives, que l'on peut rapprocher de l'identité de groupe (Bégoïn Guignard, 1991, cité par M. Ravit, 2005). Cette identité de groupe, « relevant de la non – pensée, forme le tissu du Moi, aussi longtemps que l'organisation des processus psychiques ne pourra remobiliser la conflictualité intrapsychique. »¹⁵²

Dans ce type d'organisation, le sujet met en place des stratégies de survie, au sein desquelles tout ce qui relève de l'expérience subjective est évité car trop dangereux et trop douloureux. Il s'agit de recourir à l'acte (C. Balier, 1988), soit quand la représentation est impossible et quand le sujet se trouve confronté à la menace de disparaître, soit à ce que Winnicott désigne comme les agonies primitives, c'est-à-dire, des états de catastrophes psychiques primitives, qui conduisent le sujet, à se retirer de sa propre subjectivité.

Dans cette configuration, les modalités de soin psychiques proposés aux patients incarcérés peuvent être repensés, en appui sur la dimension groupale. La médiation visera alors la figuration des pensées et/ou des affects peu accessibles par le sujet et qui se manifestent le plus souvent par des mises en acte de tensions insupportables et infigurables.

En effet, en se référant aux apports théoriques de notre première partie, nous rappelons que les sujets sur lesquels portent notre étude présentent une organisation de type narcissique – identitaire. Ils ont rencontré dans leur histoire des difficultés dans la construction de leur subjectivité. La situation d'incarcération va venir réactiver ce processus de désubjectivation en confrontant les sujets incarcérés à la perte de ses repères, de son identité, à l'uniformisation, à l'absence d'intimité, aux conditions de vie extrême qui vont mener à un désinvestissement du monde extérieur et à une forme de dépersonnalisation (D. Lhuillier, 2000). Des vécus douloureux, non symbolisés, restés inscrits dans le corps et s'exprimant par le langage de l'acte sont réveillés.

Si pour un certain nombre d'entre eux, il a été possible de se saisir des possibilités de soin psychique, de la rencontre clinique en individuel, comme nous venons de l'exposer, pour nombre d'entre eux, la rencontre duelle reste trop menaçante, trop douloureuse.

¹⁵² Ravit M. 2008, p. 64

L'enjeu du soin serait alors de penser d'autres modalités de soin et de les adapter aussi bien à la problématique des patients rencontrés qu'au milieu spécifique d'exercice qu'est le milieu carcéral. Plusieurs auteurs ont présenté l'intérêt des groupes à médiations thérapeutiques en milieu carcéral, par le photolangage (M. Ravit, 2006), l'écriture (A. Brun, 2008) ou la médiation olfactive (H. Leca, 2012).

La médiation thérapeutique peut permettre la relance de l'activité psychique.

Les modalités du soin peuvent se redéfinir dans une prise en charge groupale, à médiation thérapeutique, qui pourra permettre de remobiliser les investissements pulsionnels, à travers le médiateur et à travers les relations transférentielles au sein du groupe.

Le groupe, par ses fonctions de contenant et de conteneur (R. Kaës, 1993), permet au sujet de s'affronter à ces vécus subjectifs dans un cadre suffisamment sécurisé.

Ce type de groupe, thérapeutique, porté par l'unité sanitaire, peut alors s'offrir comme un espace intermédiaire, alliant des éléments de l'institution pénitentiaire et des éléments de l'expression subjective des patients.

5.2 Dispositif du groupe « conte »

Le groupe « conte » a été pensé en lien direct avec cette recherche.

Trois sessions ont pu être organisées et nous ont permis d'éprouver notre dispositif et de le réajuster en fonction de nos observations. La 3^e session constitue le matériel clinique de notre recherche.

5.2.1. *Structure du groupe*

C'est dans le cadre de notre pratique de psychologue clinicienne à l'unité sanitaire que nous avons pu proposer la médiation thérapeutique par le « conte ». Il nous paraît important de souligner la place singulière de ce groupe au sein du service de soin.

Le service sanitaire propose régulièrement des groupes à médiations thérapeutiques, animés par une psychologue et une infirmière du service. Elles rencontrent régulièrement les patients du service orientés par les différents professionnels (médecins généralistes, médecins psychiatres, infirmiers et psychologues) et proposent en fonction des patients rencontrés et de leurs symptomatologies, des prises en charge groupales, à médiations thérapeutiques ou non.

Si une psychologue est spécifiquement identifiée sur cette pratique, toutes les psychologues du service peuvent animer des groupes à médiation thérapeutique si elles le souhaitent. Nous nous sommes saisies de cette opportunité pour proposer notre projet de groupe.

L'enracinement de ce projet de groupe dans notre recherche, ainsi que son fondement sur une clinique profondément marquée par une démarche en « aller – vers » ne correspondant pas à la méthodologie habituelle du service, nous avons proposé d'animer le groupe avec une étudiante stagiaire, en 2^e année de Master, ce qui a été validé par le chef de service. Comme nous le détaillerons par la suite, le groupe « conte » s'est développé avec des liens importants avec l'administration pénitentiaire. Comme le souligne M. Ravit (2008), « face à ces pathologies et, en particulier, dans la pratique clinique en milieu carcéral, il est nécessaire que le dispositif de soin puisse être compatible avec l'institution pénitentiaire, pour que puisse se redéployer une relation privilégiée avec le thérapeute et/ou une équipe soignante, autrement que dans le clivage des rôles et des fonctions de chacun »¹⁵³.

Ainsi, le groupe « conte » est né, avec une place à part dans l'unité sanitaire.

Ce groupe ayant été pensé à destination des patients présentant des difficultés à formuler une demande de soin, nous avons donc décidé de travailler sur orientations des professionnels.

Pour la première session du groupe, nous avons travaillé sur des orientations au sein du service médical. Nous avons très vite rencontré les limites de cette démarche ; malgré une présentation en réunion d'équipe, nous n'avons eu que très peu d'orientations. Elles venaient principalement des médecins généralistes, qui ne sont informés ni des motifs de condamnation, ni du parcours disciplinaires (critère « auteur de violence »), ni du régime de détention (critère « peine longue – centre de détention »). Cela nous a demandé un important travail de tri, pour ne finalement retenir que très peu d'orientations.

Nous avons donc réajusté notre dispositif et travaillé à partir d'orientations faites par le Service d'Insertion et de Probation (SPIP) et la psychologue P.E.P pour les sessions suivantes.

Nous avons sollicité les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation travaillant au centre de détention. Nous les avons informés de la mise en place d'un groupe thérapeutique de prise en charge des auteurs de violence et leur avons laissé la possibilité de nous faire des orientations sur la base des critères suivants : les condamnations, le parcours disciplinaire et l'affectation en détention.

Les CPIP nous ont indiqué les patients condamnés pour des faits de violence. Nous avons écarté les faits de violence ayant entraîné la mort (meurtre, assassinat, violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner) et les condamnations pour mœurs (viols sous la menace d'une arme).

¹⁵³ Ravit M., 2008, p. 63

Les CPIP ont également orienté des personnes détenues dont le parcours en détention est émaillé d'incidents disciplinaires pour des faits de violence. Ce parcours entraîne le plus souvent des affectations en secteur dit « d'observation » (régime « portes fermées ») du centre de détention.

La psychologue P.E.P nous a également orienté des personnes détenues accompagnées dans le cadre du parcours d'exécution de peine, pour lesquels une réflexion sur les faits commis est amorcée.

Nous avons ensuite croisé ces informations avec les informations médicales.

Nous avons écarté les patients présentant des pathologies psychotiques décompensées et les patients n'ayant formulé aucune demande de soin psychique. Nous avons principalement retenu les patients ayant formulé des demandes de soin psychiques (suivis thérapeutiques individuels, groupes à médiation thérapeutique, suivis psychiatriques, suivis en addictologie) mais dont la demande n'a pas « abouti » en suivis réguliers (absences, interruptions...). Nous avons retenu deux patients en suivis thérapeutiques individuels réguliers, afin de faciliter l'alliance thérapeutique avec le groupe.

Ces critères nous ont permis d'identifier les patients condamnés pour des faits de violence à des peines moyennes à longues (supérieures à deux ans) et présentant une économie régie par le passage à l'acte. Tous ont, a minima, formulé une demande de soin psychique.

Au vu de la problématique de nos patients, et afin de proposer un cadre suffisamment contenant, nous avons choisi de travailler en petits groupes de 5 patients maximum.

5.2.2. *Cadre spatio - temporel*

Concernant le cadre spatio – temporel, il a fallu négocier entre ce qui nous semblait avoir du sens cliniquement parlant (clinique de l'aller – vers) et ce qu'il était matériellement possible de faire (contraintes sécuritaires et pénitentiaires).

Chaque session du groupe « conte » comporte 10 séances, à une fréquence hebdomadaire.

La vie en détention est organisée selon des cycles institutionnels contraignants (M. Ravit, 2008) (parloirs, promenade, sport) qui marquent fortement la temporalité pour le personnel comme pour les personnes détenues. La logique de survie implique donc pour le sujet d'intérioriser cette contrainte pour être en symbiose avec la structure carcérale (E. Goffman, 1968 cité par M. Ravit, 2008). Nous avons également fait l'expérience que pour assurer la survie de notre groupe, il fallait qu'il intériorise également cette contrainte, le situant comme un espace transitionnel.

Pour la définition du jour de groupe, nous avons pris en compte les parloirs famille, le sport et la promenade. Ainsi, notre groupe se déroulait le mardi (jour sans parloir), après – midi (hors des

créneaux de sport) de 13h45 à 15h15 (le 2^e tour de promenade commence à 15h30). La durée des séances est fixée à 1h30, durée habituelle des activités en détention. Il s'intégrait ainsi parfaitement à l'organisation de la vie carcérale.

Le groupe « conte » a été pensé spécifiquement pour les sujets extrêmes. La clinique auprès de ces sujets met en évidence la difficulté d'adresser une demande auprès des services de soin, d'autant plus de soin psychique. Il nous paraissait donc pertinent de pouvoir proposer notre groupe en dehors de l'infirmierie, et plus particulièrement d'aller au plus près de nos patients, là où ils se trouvent.

Cet élément, le plus emblématique de notre pratique en « aller vers », a rencontré le plus de réticences de la part de l'équipe de l'unité sanitaire. Le groupe, en raison de sa nature soignante, devait se dérouler à l'unité sanitaire, comme si les murs représentaient le cadre de notre pratique. Il nous semble que la possibilité de tenir un groupe soignant en détention allait à l'encontre d'un clivage pénitentiaire / soin.

La 1^e session s'est donc déroulée à l'unité sanitaire - dans la salle utilisée pour les groupes à médiation et par le kinésithérapeute - concession acceptée dans le but de pouvoir commencer le groupe et avec l'objectif de pouvoir le modifier dans un second temps.

Notre groupe de patients s'est montré très bruyant, dès son arrivée et pendant la durée des séances, amenant de nombreux rappels à l'ordre, du surveillant pénitentiaire, des collègues infirmiers et de nous - même. La profusion du matériel à disposition pendant les séances (matériel de kinésithérapie, matériel des autres groupes) dispersait l'attention de nos patients. L'excitation du groupe devenait explosive. Dans ces conditions, le service n'était pas « accueillant » pour nos patients, dans le sens qu'il ne présentait pas de capacités suffisamment contenant pour la problématique de nos patients. Peut-être la réalisation de cette 1^e session a apaisé les angoisses de l'équipe en termes d'appartenance du groupe au soin, sûrement les désagréments de la tenue du groupe dans le service ont été trop importants, toujours est-il que pour les sessions suivantes, le service a bien « supporté » que le groupe se déroule en détention.

Dans cette perspective, nous avons balisé notre dispositif au niveau sécuritaire. Le lien avec l'encadrement du personnel de surveillance a été fait pour une explication des règles de sécurité en détention : équipement matériel et conduites à tenir en cas d'alarme.

La 2^e session s'est organisée en salle de culte, à mi - chemin entre le service sanitaire et les bâtiments d'hébergement. C'est une salle spacieuse et communément utilisée pour les activités culturelles mais aussi toute activité regroupant un grand nombre de personnes détenues, venant de bâtiment d'hébergement différents. Cependant, pour se rendre à la salle de culte, nos patients devaient se

soumettre à de nombreux points de contrôle par l'administration pénitentiaire (nous en avons dénombré 5), ce qui était source de tension pour nos patients. De plus, le protocole prévoit que la salle de culte soit fermée à clé tout au long de l'activité, sans possibilité d'entrée/sortie des participants (sauf incident bien sûr), ce qui a également été un point de tension pour les patients mais également pour les animatrices. Cette session a été marquée par beaucoup d'absentéisme.

Pour la 3^e session du groupe, nous avons finalement décidé de réaliser le groupe dans les bâtiments d'hébergement, dans le secteur socio – éducatif. Les patients n'ayant pas à sortir de leur bâtiment d'hébergement, ils n'ont pas à passer les multiples points de contrôle. Nous sommes également au plus près de la détention et donc, nous avons pu avoir des informations précises en cas d'absence des personnes détenues (refus ou absence justifiée).

Pour nous rendre en détention, nous devons nous équiper d'alarmes portatives auprès du surveillant de l'unité sanitaire. Nous sortons ensuite du service, traversons l'atrium et entrons dans « la rue », lieu de passage donnant accès aux différents bâtiments d'hébergement, au terrain de sport, aux ateliers de production, aux cuisines et à la buanderie, au service scolaire... C'est donc un lieu d'allers – retours incessants des personnes détenues et des personnels, sous l'œil des surveillants du PCC (Poste Central de Contrôle). Nous entrons ensuite au centre de détention, en nous présentant au surveillant du PCI (Poste de Contrôle et d'Information). Dans chaque bâtiment d'hébergement, se trouve un secteur socio – éducatif regroupant des salles de cours, une bibliothèque et une salle de musculation. Le groupe se déroule en salle de cours, au sein de ce secteur.

Au cours de ce cheminement, nous partageons les contraintes de la détention : être bloquées derrière une porte pendant de longues minutes, nous voir refuser un accès... Les personnes détenues guettent alors discrètement nos réactions : agacement, colère ou acceptation. Nous avons déjà travaillé dans ce cadre, en contact direct avec la détention, mais après plusieurs années d'exercice à l'unité sanitaire, nous avons pu prendre la mesure des efforts que les personnes détenues mettent en œuvre pour se présenter au service sanitaire : effort vestimentaire, effort de langage, effort d'attitude... En détention, nous croisons de nombreux détenus en « tenue décontractée » : short, claquettes, débardeur par exemple. Leur attitude est plus brusque, plus distante : regards noirs/interrogateurs, visages fermés, gestes saccadés. Nous nous rendons compte qu'ils utilisent beaucoup plus d'argot, y compris en s'adressant à nous. Entre eux, hors du bureau, nous prenons la mesure de ce décalage : s'ils le souhaitent, nous ne comprenons rien à leurs échanges, nous trouvant exclues des conversations. Nous rendre de nouveau en détention a provoqué un sentiment contrasté : de la crainte, de la méfiance malgré notre expérience passée, certainement par perte d'habitude, mais aussi le contentement de

retrouver un sentiment de plus grande proximité.

La salle d'activité, utilisée par le service scolaire, est meublée de nombreuses chaises et tables. Il y a une armoire, dont les portes ne ferment plus. Les fenêtres donnent sur le jardin arboré du centre de détention. La salle est de taille moyenne : elle permet à chacun de circuler librement mais garde un volume « contenant ». Elle est chauffée et nous avons pu demander à la faire nettoyer avant de commencer la session. La porte n'est pas fermée à clé, l'enfermement se fait moins ressentir. Elle est située au rez – de – chaussée, près du bureau de l'officier, et de visu pour le PCI, ce qui est sécurisant pour nous.

Nous avons divisé l'espace de la salle en deux ;

La salle est en longueur, avec la porte à une extrémité. Cinq chaises sont disposées en arc de cercle, au fond de la salle (espace éloigné de la porte), côté fenêtres. C'est là que sont situés les radiateurs et l'armoire, ce qui en fait un espace un peu réduit, que l'on pense ainsi plus contenant. En face, les deux chaises des co – animatrices. C'est l'espace de la lecture du conte et du temps de la reprise. Plus près de la porte, les tables sont rassemblées en une grande table. Plusieurs chaises sont disposées tout autour. C'est l'espace du dessin.

Nous ressentons dans cette salle un sentiment de confort, nous nous sentons à l'aise.

Notre groupe se propose comme une « prise en charge des auteurs de violence », ce qui reste assez flou et généraliste d'un point de vue thérapeutique.

Si l'institution pénitentiaire en attendait des résultats en terme comportementaux (une baisse des incidents disciplinaires pour faits de violence), nous ne nous sommes jamais formalisé d'objectifs en ces termes. Nous ne nous sommes pas non plus formulé d'objectif en termes psychothérapeutiques de changements, nous pressentions que « nous n'en étions pas là ».

Je formulerais l'objectif du groupe comme étant d'ouvrir un espace de pensée et de parole pour nos patients autour de leur propre violence. Les patients que nous rencontrons ne formulaient pas de demande de soin car ils vivaient leur violence comme une fatalité, comme ne relevant pas du soin et n'imaginaient donc pas d'autres alternatives.

Nous avons pensé notre groupe à destination des patients réfractaires au lieu de soin psychique. Nous avons donc également en « objectifs » de permettre une rencontre de ces patients avec des soignants et de les « raccrocher » au soin psychique.

Je me suis attachée à définir le dispositif du groupe à médiation « conte » comme un dispositif en « aller vers », par le fait qu'il se déroule en détention, mais aussi, par la définition des critères

d'indication (la violence comprise comme un appel à un répondant), par le partage en proximité des conditions de vie de nos patients (dans une certaine mesure) et par son inscription dans l'espace – temps propre à la détention.

5.2.3. *Les étapes d'une rencontre*

Notre démarche singulière, d'aller à la rencontre de patients qui ne nous avaient pas adressé de demande de soin, et parfois en rupture de soin à l'unité sanitaire, nous a amené à décomposer les étapes de la rencontre, avec l'idée d'« apprivoiser leur terreur du lien » (Roussillon, 2005).

Nous avons pensé le premier contact par l'intermédiaire d'un courrier nous présentant et exposant le projet du groupe « conte » en tant que prise en charge des auteurs de violence. Le courrier se termine par la proposition d'un temps de rencontre, fixant une date et une heure, en détention. Prenant en compte le fait que nos patients vivent dans l'immédiateté, nous avons envoyé ces courriers pour qu'ils arrivent le jour même de l'entretien : le courrier est distribué à l'ouverture de cellule à 13h, les rendez – vous ont lieu l'après – midi.

Les entretiens ont été organisés sur une demi – journée. Nous nous sommes rendues dans les salles d'audience, en détention.

Nous souhaitons nous présenter en tant que psychologues, pour ancrer l'objectif thérapeutique de prise en charge de la violence et présenter la médiation par les contes.

Au vu des profils de nos patients, souvent impliqués dans des violences interpersonnelles, nous leur avons demandé s'il y avait des personnes qu'ils ne souhaitaient pas croiser dans le groupe. La formulation a été réfléchie afin de poser la question en ne les présentant ni comme victime ni comme agresseur. Cette question nous semblait primordiale pour assurer la sécurité du groupe : celle de nos patients et la nôtre.

Nous avons clairement énoncé la problématique de la violence, puisqu'il constituait l'objet de ce groupe thérapeutique. Il s'agit d'un élément particulier de rencontre. Ce n'est pas malgré la violence que la rencontre a lieu mais bien grâce à elle. Parler directement de la violence nous permet également de délimiter notre champ d'intervention, d'énoncer la ligne directrice de notre travail. Nous n'évoquons volontairement pas la question de la souffrance psychique, des « difficultés » rencontrées mais nous les interrogeons là où ils sont experts. Nous travaillons à partir de ce qu'ils nous donnent à voir.

C'est bien grâce à ce dispositif en « aller – vers » que cette rencontre a pu avoir lieu, comme si le fait d'aller au – devant de ces patients permettait d'annuler la potentielle violence.

Pour la 3^e session, nous avons ajouté un temps d'« information collective » et cela pour plusieurs raisons.

Les temps d'entretiens individuels ont toujours été très courts (10 minutes maximum), du fait des personnes détenues. Nous avons l'impression, pour chacun, qu'ils étaient pressés de sortir de l'entretien : par les réponses courtes, l'absence de questions et parfois, le langage corporel (corps tourné vers la porte). Un temps d'information collective permettrait de proposer un second temps, en « après coup » pour qu'ils puissent poser leurs éventuelles questions apparues après les entretiens individuels.

Ce temps collectif permet aussi pour chacun de se trouver en présence des autres participants au groupe. D'un point de vue sécuritaire, l'information collective nous permettait de nous assurer que les participants pouvaient être ensemble sans altercation. Affectés au même bâtiment d'hébergement, ils se connaissent tous, mais cela nous permettait également d'avoir une première impression de l'ambiance du groupe. Elle assure ainsi une fonction de sécurité « pénitentiaire » et de sécurité « psychique » pour le groupe.

Tout comme pour les entretiens individuels, les courriers rappelant l'information collective (annoncée en entretien individuel) sont envoyés la veille.

L'information collective se déroule dans la salle de cours du secteur socio – éducatif, où se déroulera le groupe. Elle a lieu sur le créneau horaire du groupe. Elle permet ainsi pour nos patients de repérer l'espace – temps dévolu au groupe. Nous leur remettons individuellement un calendrier des séances du groupe.

Les séances du groupe « conte » commencent une semaine après l'information collective.

5.2.4. *Déroulement d'une séance*

Le dispositif du groupe « conte » tel qu'il a été utilisé a été pensé en appui sur les écrits de B. Chouvier (2015, 2017, 2020) et étayé pour ses adaptations au cadre carcéral lors d'une formation sur la médiation thérapeutique par les contes¹⁵⁴.

En préambule à chaque séance, nous avons porté une attention particulière à notre accueil. Nos

¹⁵⁴ Formation IREIS, animée par B. Chouvier, 2018

patients se présentant parfois comme peu « accueillables », il paraît important de réfléchir aux conditions de notre accueil. Nous nous montrons très prévenantes : propreté de la salle, chauffage allumé, matériel suffisant... En réaction à la détention, que nous ressentons comme abrupte, brute, nous avons créé une ambiance qui se voulait confortable et douce. Nous adoptons une attitude dans la sollicitude. À leur entrée dans la salle, nous essayons d'avoir un mot pour chacun et nous commençons toujours la séance par leur demander comment ils vont.

Chaque séance est construite en trois temps distincts : le contage et la reprise orale, le dessin et la reprise, qui se déroulent dans des espaces distincts, en correspondance directe avec ce que constitue une processualisation psychique (B. Chouvier, 2015).

La première partie de la séance consistait en la lecture du conte par une animatrice. Les patients sont en position d'écoute passive (ils n'ont pas de support écrit).

Je signifie le début de la séance par une question : « vous êtes prêts ? » permettant de recueillir l'engagement verbal des patients. La co-animatrice fait ensuite tinter une clochette, seul aménagement permis par l'administration pénitentiaire, élément sensoriel qui vient marquer l'entrée dans le conte, renforce l'attention des patients et les invite à se laisser aller à l'écoute du récit.

Le dispositif dans le temps de « contage » a pour fonction première de symboliser la contenance afin de favoriser l'écoute. Les patients sont placés en demi – cercle, face à la place de la conteuse. Ils sont assis sur des chaises, dans le but de parvenir à neutraliser la motricité, au profit de la captation maximale de l'attention.

Nous avons démarqué la place des animatrices qui font face au demi – cercle des patients. La conteuse a une place centrale : elle porte le groupe pendant le contage. La co – animatrice est légèrement en retrait, en position d'observatrice.

Afin de renforcer le passage du réel au merveilleux, nous ritualisons l'entrée dans le conte en modifiant chaque conte pour qu'il commence par la formule : « il était une fois, dans un pays lointain... »

Le rôle de conteuse est fixe. Je prépare la lecture la veille, pour avoir la lecture la plus fluide possible. Ayant reçu une instruction musicale, mon attention se porte sur la musicalité du texte, son rythme. Lors des lectures préparatrices, j'ajoute au stylo sur ma feuille des temps de silences, comme sur une partition, pour ménager de courtes pauses aux moments clés du récit. Sans trop le simplifier, je vérifie que le vocabulaire est accessible pour nos patients.

Une fois ce travail adaptatif préparatoire effectué, je relis le conte plusieurs fois la veille et le matin

même de la séance, afin de m'imprégner du conte. La lecture est faite sur un rythme plutôt lent, afin de laisser les patients s'en saisir. La lecture se fait sans trop d'effet de contage, afin d'éviter une trop grande infantilisation des patients d'une part et un accroissement de l'excitation dans le groupe d'autre part.

Les sessions précédentes nous ont démontré l'extrême nécessité de ces ajustements à nos patients illustratifs de l'intentionnalité avec laquelle nous leur apportons le conte : celle de rendre notre dispositif accessible et modelable.

Le second temps du groupe est un temps d'appropriation par le groupe des contenus symboliques du conte.

Pour ce temps, le groupe reste dans l'espace du contage. Nous proposons un temps de reprise orale. Les patients deviennent actifs pour reprendre le fil de l'histoire, ces différentes étapes et les personnages et mettre ainsi en sens les contenus symboliques du conte. Cette intégration groupale permet aux patients de saisir subjectivement et d'élaborer les données signifiantes du conte.

Ce temps de reprise s'articule avec les associations libres des patients à partir des signifiants du conte, des liens qu'ils peuvent établir avec des éléments de leurs vécus, les échanges étant portés et soutenus par les animatrices.

S'ensuit un temps d'appropriation en individuel. Nous avons proposé pour cela un temps de dessin. Pour ce temps, le groupe change d'espace dans la salle du groupe. Il quitte le demi – cercle pour s'installer autour d'une grande table. À la différence du temps de lecture, où les patients sont installés autour d'un vide, pour ce temps de dessin, les patients sont autour de la table, en « plein » qui sert d'attracteur.

L'expression graphique, par la mobilisation motrice, engage les patients au traitement interne des représentations évoquées par le conte et soulevées lors de la reprise groupale.

Chacun est ensuite invité à présenter ce qu'il a dessiné. Le matériel n'est jamais interprété.

Le troisième temps est le temps de reprise. Chacun est invité à prendre la parole sur ce qu'il a pensé de la séance, du conte présenté. Au cours des séances, il a souvent été accolé au temps de présentation des productions. Ce temps a été le plus difficile pour les patients, qui le plus souvent, ne trouvaient rien à dire.

5.2.5. *Choix des contes*

Nous avons choisi principalement des contes traditionnels, retranscrits par les frères Grimm. Leur transmission dans le temps assure la nature universelle de leurs contenus symboliques. Nous avons exclu les contes trop connus, adaptés par Disney par exemple, afin d'éviter un aspect trop ludique. Nous avons ajouté quelques contes d'origine diverses (Russie, Papouasie...), réaffirmant ainsi l'aspect universel des contes. Au vu de la problématique de nos patients, nous avons choisi les contes nous paraissant solliciter plus particulièrement les angoisses de type archaïque : angoisses de dévoration, d'abandon... Nous avons varié les héros présentés dans les contes (homme, femme, enfant, adulte...) afin de proposer un éventail d'identifications possibles. Enfin, parmi la multitude de contes que nous avons pu regrouper, nous avons gardé les contes qui nous plaisaient et que nous prenions plaisir à partager. Nous avons dû retravailler certains contes (« Vassilissa la très belle », « Kirikou et la sorcière »), trop longs, afin de pouvoir les utiliser lors de nos séances.

Conscientes de la difficulté de nos patients à supporter la position passive lors de l'écoute du conte, nous avons commencé la session par des contes plutôt courts, avec une structure simple, linéaire. Au fil de la session, nous avons abordé des contes plus longs, avec des structures plus complexes (emboîtements par exemple).

Les textes oraux sont collectés et conservés selon une typologie particulière, pour les contes, c'est la classification d'Arne et Thompson (Arne et Thompson, 1964) qui fait référence internationale.

La première classification internationale est publiée en 1910 par A. Arne sous forme de répertoire, établi à partir des premières collectes effectuées à la suite des frères Grimm. Dans les années 20, ce répertoire est révisé et augmenté par S. Thompson, dont la seconde révision, publiée en 1964, fait aujourd'hui référence. Elle est reprise et adaptée au domaine français par P. Delarue et M-L. Ténèze dans « le conte populaire français ». Pour chaque conte, une version type est proposée – le « conte type » -, un schéma détaillé des éléments présents pour le conte et un recensement des versions recueillies sont proposées.

Nous présentons ici la liste des contes choisis, accompagnés de leur numéro et le titre du conte – type dans la classification d'Arne et Thompson.

Les contes merveilleux constituent la première et la plus importante catégorie des « contes ordinaires ». Ils sont classés de T300 à T749, les sous – sections facilitant leur repérage, suivant qu'il s'agit en priorité d'adversaires surnaturels, d'époux ou d'épouses enchantés, d'objets magiques...

Nous avons retenu trois contes, qui bien que ne pouvant pas être classés selon la classification internationale, présentaient un intérêt clinique dans notre dispositif : « les trois poils du loup », « Kirikou et la sorcière » et « le monstre de l'étang ». Dans notre recherche de contes, ces contes nous ont paru significatifs, de manière intuitive pour nos patients que ce soit par les thématiques abordées, les images véhiculées et/ou l'ambiance créée.

Séance 1 – « Les trois poils du loup » - conte repris Henri Gougaud, atypique

Séance 2 – « L'homme à la peau d'ours » –AT 361 « L'homme à la peau d'ours »

Séance 3 – « Frérot et sœur » – AT 450 « Petit frère et petite sœur ou La fontaine dont l'eau change en animal »

Séance 4 – « L'ondine de l'étang » – AT 316 « L'ondine de l'étang du moulin »

Séance 5 – « Kirikou et la sorcière » – inspiré d'un conte malien (« Amadou Kékédiourou ») repris par M. Ocelot

Séance 6 – « Vassilissa – la – très – belle » – AT 480B « tâche surnaturelle, les fileuses près de la fontaine »

Séance 7 – Le cœur du troll – AT 302 « le cœur de l'ogre (ou du Diable) dans l'œuf »

Séance 8 – L'oiseau de feu – AT 550 « La quête de l'oiseau d'or »

Séance 9 – Le conte du Genévrier - AT-720 : « ma mère m'a tué, mon père m'a mangé »

Séance 10 – Le monstre de l'étang – conte épars de Papouasie (contes des sages de Papouasie de Henri Gougaud) retravaillé par B. Chouvier¹⁵⁵

¹⁵⁵ B. Chouvier, 2017

5.3 Constitution des grilles d'analyse

5.3.1. Grille d'analyse « patients »

Chaque séance du groupe « conte » était suivie d'un temps de reprise entre animatrices. Pensé comme un temps de rédaction de notes, ce temps s'est révélé être un temps de réconfort pour les animatrices : le plus souvent dans la salle de pause de l'unité sanitaire, autour d'un thé et de gâteaux, il nous a permis de reprendre entre nous les temps forts, marquants de la séance que l'on venait de vivre. Débarrassées de la tension de la détention, nous pouvions revivre certains moments de la séance, partager nos ressentis, accorder notre vécu du groupe.

Le temps de prise de note était donc différé et souvent, séparé. Chacune prenait des notes pendant la semaine, que nous mettions ensuite en commun. Nous avons donc assemblé un matériel clinique conséquent et la difficulté s'est trouvée dans la discrimination des éléments signifiants au regard de notre problématique et de nos hypothèses.

Dans le but d'analyse de cet important matériel clinique, nous proposons une grille, construite sur les éléments suivants :

Pendant le temps de la lecture, nous avons relevé les remarques des patients avant ou après la lecture, les éléments sur lesquels elles se portaient.

Nous avons ensuite noté la place choisie par les patients dans l'arc de cercle. Les places aux extrémités sont les plus près des animatrices (presque côte à côte). La place à l'extrémité gauche permet de porter son regard par la fenêtre, sur le jardin extérieur. Les places centrales sont situées sous les fenêtres, près du radiateur. Elles permettent un appui du dos sur le mur de la pièce.

Les postures des patients et les échanges de regard sont relevés, marqueur de la position du patient en repli sur lui – même ou en ouverture sur le groupe. Leurs mouvements, mimiques sont relevés pendant toute la lecture, principalement par Aurélie, qui est alors en position d'observation.

Pour le temps de la reprise, nous avons distingué deux temps : la reprise du récit du conte, appelée « fil du conte » et les libres associations des patients, regroupées dans le « fil associatif ».

Sur la reprise du fil du conte, nous avons relevé si la reprise se faisait individuellement ou groupalement, quels éléments étaient rapportés, lesquels étaient omis et si ces éléments étaient reliés entre eux par des liens de causalité ou des liens temporels.

Dans le fil associatif, nous avons dégagé dans les thématiques abordées : thématique du conte, thématique générale (la guerre, la violence...), thématique de la vie quotidienne (vie en détention), thématique de la vie passée (tout élément avant l'incarcération) et thématique vie future (après l'incarcération). Nous avons utilisé une catégorie « articulation » qui recouvre la verbalisation par un patient du lien direct entre le récit du conte et leur vécu personnel. Dans ce temps, nous avons relevé les temps de tension et de détention entre les patients du groupe. Nous nous sommes appuyées sur l'expression corporelle des patients. Les moments de tension regroupent les attitudes suivantes : se relever sur sa chaise, se mettre debout, élever la voix, gesticuler et les mimiques de colère. Les moments de détente regroupent les attitudes de détente corporelle, telles que : se renfoncer dans sa chaise, se rasseoir, sourire, rire. Nous avons relevé l'expression émotionnelle à travers trois catégories : expression mimée (mimiques du visage), expression agie (rires, cris, mouvements...) et l'expression verbalisée.

Dans la partie « dessin », nous avons noté si les patients produisaient ou non. Nous avons catégorisé les dessins entre « figuratifs » et « non figuratifs ». Pour les dessins figuratifs, nous avons noté si les dessins se référaient au conte ou non, et si oui, le nombre d'éléments représentés. Nous avons relevé le matériel utilisé, la présence ou non de couleurs. Enfin, nous avons relevé les échanges verbaux pendant le temps de dessin.

5.3.2. Grille d'analyse « contre transfert »

En complément des éléments portant sur les patients du groupe, nous avons relevé les éléments indicateurs quant aux éléments contre – transférentiels.

La lecture du conte se veut « vivante », c'est – à – dire qu'elle transmet le conte et comporte donc des modulations d'intonation (chuchotements, voix forte), un rythme spécifique (accélération, ralentissement, pauses...), qui permettent une mise en relief des éléments du conte et des émotions présentes de manière plus ou moins appuyée. Le regard de la conteuse permet d'aller chercher l'auditoire et de partager le plaisir pris à transmettre le conte. Les éléments de la lecture transmettent donc la manière dont la conteuse se laisse emportée par l'histoire, en fonction aussi des réactions de l'auditoire à la réception du conte.

Cette lecture est cependant impactée par différents éléments : des éléments extérieurs au groupe (irruptions dans le groupe, contexte général), des éléments propres au groupe (remarques des patients, réactions), des éléments propres à la conteuse (état émotionnel, connaissance du conte...).

Pour la partie « reprise » du conte, nous avons également discerné les deux parties : « fil du conte » et « fil associatif ».

Pour le « fil du conte », nous avons noté l'énonciation de la consigne et la fréquence et l'importance des relances. Nous avons les éléments du récit qui ont dû être relus pendant la reprise.

Pour le « fil associatif », nous avons noté la fréquence et l'importance de mes relances, l'intensité des interactions entre les membres du groupe et ma position dans le groupe des patients (inclue ou exclue des échanges).

Pour ces deux parties, j'ai noté mon ressenti émotionnel.

Pour la partie « dessin », nous avons repris les mêmes items que dans la grille d'analyse des patients.

Partie 5 : Présentation de la clinique

1. Clinique des suivis individuels

Notre pratique clinique en milieu carcéral s'est déclinée sur deux postes différents et nous développerons ici ces pratiques de manière successive, selon l'ordre chronologique de notre expérience.

Ces presque dix ans d'expérience ont pris pour décor un centre pénitentiaire récent¹⁵⁶, ayant ouvert en 2010. Il est composé de deux quartiers au régime de détention distincts : la maison d'arrêt et le centre de détention. Le quartier de maison d'arrêt est à destination des personnes en détention provisoire ou les personnes condamnées à des peines inférieures à deux ans. Le quartier du centre de détention est à destination des personnes condamnées à des peines moyennes à longues.

La localisation de cet établissement (à proximité de plusieurs zones criminogènes telles que Lyon et Grenoble), l'âge moyen de la population pénale accueillie (proportion importante de « jeunes majeurs » entre 18 et 21 ans) et son ouverture récente ont concouru à sa spécificité officielle d'accueil des personnes détenues identifiées comme violentes. Éloignés d'une violence extrême des grands criminels, nos patients présentent plutôt une violence qui s'inscrit dans leur quotidien, dans une forme de banalisation non moins inquiétante.

De fait, la question de la violence a organisé toute ma pensée sur la pratique en milieu carcéral et ce dès le premier jour.

Lors de l'entretien d'embauche, je me suis vu poser cette question : « appréhendez – vous la violence ? ». J'appris par la suite que j'avais été une des seules candidatures à répondre par l'affirmative et que cet élément avait été décisif dans le processus de recrutement.

J'ai abordé le monde carcéral par la pratique de psychologue clinicienne au sein même de l'administration pénitentiaire. Les premiers jours ont révélé, avec les missions qui m'étaient confiées, tout ce qui m'étais interdit, déconseillé, impossible. Je propose d'exposer ici comment je me suis saisie du cadre proposé pour construire, en appui sur les contraintes même de ce cadre, un dispositif clinique permettant d'aller à la rencontre des personnes spécifiquement accueillies dans cet établissement, à

¹⁵⁶ Programme de construction issu de la loi d'orientation et de programmation de la justice du 09/09/02

savoir, les auteurs de violences. Ce travail a questionné mon propre rapport à la contrainte, à la limite, largement inspiré de cette citation d'Heidegger : « la limite ce n'est pas là où quelque chose cesse mais bien là où quelque chose commence à être ».

Par la suite, cette pratique singulière a entièrement imprégné ma pratique de psychologue clinicienne dans le cadre plus académique d'un service psychiatrique, au sein de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire. Ce que j'avais pu percevoir après plusieurs années de pratique aux côtés des personnes détenues identifiées comme auteurs de violence, ce que j'avais pu comprendre de leurs souffrances, de ces modes d'expression, m'ont amené à interroger le cadre des prises en charge thérapeutiques proposées et d'apporter les aménagements qui m'ont paru nécessaires à l'accueil de la souffrance de ces patients, à son expression et, dans une certaine mesure, son soulagement.

1.1. Clinique des patients rencontrés dans le PEP

1.1.1. Clinique générale

La prison est l'institution qui intervient quand toutes les autres institutions ont échoué. Institution de dernier recours, elle n'abandonne pas, ne renonce pas, quelques soient les comportements des personnes qui lui sont confiées.

Si le travail en institution hospitalière confronte le psychologue à des dossiers patients incomplets, le travail en institution pénitentiaire m'a confrontée, à l'inverse, à une quantité infinie d'informations, d'observations sur les personnes que j'étais amenée à rencontrer. Parmi cet amoncellement d'informations, il a fallu identifier les informations qui pouvaient être significatives pour mon travail de « psychologue PEP ».

Les dossiers de mes patients se démarquaient par le constat en négatif du recueil d'informations : pas de diplôme, pas de formation ou de qualification. Ils n'ont pas d'adresse connue, pas ou peu de soutien familial par l'intermédiaire de parloirs ou de mandats. En conséquence, ils n'ont le plus souvent pas de projet de sortie. Ils se présentent dans un dénuement total que nous rapprocherons de la notion freudienne de *Zwanglosigkeit*, définie comme « l'état de celui qui est (...) sans place » (R. Kaës, 1976) « sans appartenance » (R. Roussillon, 2007).

Leur dossier ne se constituant alors que de nombreuses condamnations pour des motifs variés et de non moins nombreux incidents disciplinaires en détention. Ce parcours judiciaire et pénal témoignant d'une fuite en avant, d'une délinquance polymorphe, que l'incarcération n'arrête pas, ouvrant à la compréhension de leur délinquance comme l'expression sur la scène sociale d'une souffrance psychique (R. Roussillon, 2008).

Mon travail consistant à accompagner la définition de projets en détention, j'ai rapidement observé que ces personnes détenues multipliaient les demandes de manière anarchique envers tous les services de l'établissement (travail, école, SPIP, infirmerie). D'abord interprétée comme une recherche d'étayage sur l'équipe pluridisciplinaire, il me semble aujourd'hui plus juste de voir dans ces demandes la recherche d'un répondant (R. Roussillon, 2012) face à leur dénuement.

Les demandes de suivi psychologique dans le cadre du P.E.P n'échappaient pas à ce mécanisme. Le délai d'attente, pour ces personnes vivant dans l'immédiateté, s'avérant incompréhensible, j'ai été amenée à adapter mon dispositif, proposant un premier entretien pour recevoir cette demande, signifier qu'elle avait été prise en compte, et négociant sur un délai d'attente qui était supportable pour mon agenda et entendable pour le patient (toujours en dessous d'un mois).

Ainsi, Thomas m'indique à la fin de l'entretien « arrivant » qu'il voudrait bien d'un suivi « mais pas tout de suite ». Pendant plusieurs mois, à chaque fois que je croise Thomas en détention, il me salue et ajoute, sans sollicitation de ma part : « pas encore ». Un jour pourtant, c'est « maintenant ». Il aurait alors été difficile de répondre avec un délai d'attente. Il est reçu la semaine suivante.

Outre le délai d'attente, ces torsions du dispositif pouvaient se porter sur d'autres éléments du suivi. Elles paraissent indispensables pour que les patients se risquent au lien.

Mohamed profite de ma présence en détention pour venir m'interpeller et, alors que le patient que j'attends ne vient pas, il reste discuter un long moment. À la fin de cet entretien « sauvage », il conclue : « je veux bien un suivi avec vous, mais vous ne me dites jamais quel jour ou à quelle heure vous venez. De mon côté, je vous assure que je viendrais à chaque fois que vous me ferez appeler ». Le suivi de Mohamed a duré un an et demi, sans aucune absence.

Le parcours était en parallèle émaillé d'incidents disciplinaires, plus ou moins graves. Au niveau des procédures de l'administration pénitentiaire, toute faute disciplinaire fait l'objet d'un « compte – rendu d'incident », couramment appelé par leur acronyme : C.R.I. Rapidement dans cette pratique, j'ai pu

entendre les incidents disciplinaires comme l'expression d'une souffrance psychique non élaborée, chaque C.R.I entendu comme un cri.

Nassim : pendant les 6 premiers mois du suivi, chaque entretien commence par le décompte des incidents disciplinaires de la semaine.

Kévin : au début du suivi, Kévin fait l'objet de 8 interventions par semaine en moyenne. Pourtant, dans les entretiens : « tout va bien ». Ce n'est qu'au bout de 6 mois que Kévin me demandera de lui lire à haute voix l'intégralité des incidents disciplinaires de son dossier. À partir de cet entretien, nous pourrons travailler sur sa violence.

La procédure disciplinaire se présente comme seule narration possible des actes violents, les patients étant le plus souvent dans l'incapacité de mettre des mots. Si la lecture des C.R.I était utilisée dans les entretiens, elle permettrait la relance du côté du sujet, pour l'amener à verbaliser non seulement ce qui avait eu lieu, et donc les actes posés, mais aussi et surtout leur vécu subjectif de la scène.

Ce partage de la situation extrême, R. Roussillon le définit comme « partager ensemble la même tâche, la même difficulté, voir la même détresse ou le même désespoir »¹⁵⁷ et le conceptualise sous le terme du « côte à côte » (R. Roussillon, 2012). La tenue des entretiens psychologiques, à la fréquence définie avec le patient, quel que soit le secteur d'affectation (y compris au quartier disciplinaire) et quel que soit la sanction disciplinaire, m'a permis de me proposer comme témoin de leur expérience. Bien que rarement le lieu et le moment d'élaboration psychique, les entretiens au quartier disciplinaire se situent plus dans le partage d'expérience. Ils imposent pour le psychologue plus de contraintes encore qu'en détention « classique » pour la tenue de l'entretien. Les patients se présentent dans un dénuement cru : ils ont faim, ils ont froid. Les conditions de détention ne leur permettent pas de se raser, de se couper les cheveux, ni de laver leurs vêtements ou de se changer aussi souvent qu'ils le souhaiteraient, amenant parfois les patients à s'excuser en fin d'entretien « pour l'odeur ». Se proposer comme témoin de cette expérience spécifique vient solliciter de façon aigüe la possibilité de « lui rendre une humanité de base » (R. Roussillon, 2012), là où l'animalité paraît particulièrement convoquée.

Les patients sont alors totalement livrés aux angoisses primitives, envahis par les pulsions. Pour les sujets extrêmes que nous rencontrons, ils sont souvent privés de leurs moyens de défense habituels : pratique intense du sport, sollicitations incessantes des codétenus (dilution dans le groupe), consommations diverses et usage du téléphone (si ces pratiques pourtant illicites ne sont pas totalement

¹⁵⁷ R. Roussillon, 2012, p. 119

interrompues, elles sont nettement réduites). En proie à cet état de détresse, dans lequel ils ressentent une « contrainte à penser », les patients ont pu avoir recours au psychologue pour rendre supportable cette activité de penser et les accompagner à poser des mots sur ce qui ne trouvait à s'exprimer que par le corps et par l'acte.

Dorian : « quand je suis arrivé ici, j'étais un animal. Et même pour moi, vous avez trouvé les mots »

Thomas : « vous êtes notre décodeur canal+ ! »

Ce dispositif de psychologue dans le cadre du PEP m'a permis, pour certains, d'entendre la souffrance psychique telle qu'elle s'exprimait, selon ses modalités propres, et d'amener le patient, par une pratique en « côte à côte », à verbaliser cette souffrance et parfois, d'organiser une demande d'aide voire de formuler une demande de soin.

Nous proposons ici de présenter plus en détail le suivi psychologique d'un jeune détenu. J'ai rencontré Nassim quelques mois à peine après ma prise de poste. Le suivi mis en place m'a éprouvé à de nombreuses reprises, m'a bousculé, m'a questionné sans cesse au cours des trois années d'entretiens d'hebdomadaires. Il m'a beaucoup appris et a servi de « modèle » dans les années de pratique qui ont suivi.

1.1.2. Le suivi de Nassim

Nassim est l'un des plus jeunes détenus du centre de détention : il a tout juste 19 ans à son arrivée au centre pénitentiaire. Il est incarcéré depuis ses 16 ans, sa fiche pénale porte mention de plus d'une dizaine de condamnations.

Nassim accepte volontiers l'entretien « arrivant » proposé à son arrivée au centre de détention. C'est un jeune homme grand, plutôt mince. Il porte survêtement et basket. Il semble très à l'aise et parle facilement.

Invité à se présenter, il commence par ses nom et prénom mais rapidement son parcours judiciaire écrase son identité : sa première garde à vue (à 13 ans), la longue liste des institutions fréquentés (CPI, CER, CEF, EPM...), les deux incarcérations précédentes et enfin celle – ci, à l'âge de 16 ans. Avec désinvolture, il expose son lourd dossier disciplinaire, entraînant pas moins de 13 transferts d'établissement, dont une majorité par « mesure d'ordre et de sécurité », dont une double agression sur

personnel pour laquelle il est en attente de jugement. Il raconte brièvement la provocation du surveillant, la bousculade et les coups qu'il a portés. Presque étonné, il remarque : « c'est comme si c'était pas moi. C'est moi mais c'est pas moi. »

Il se présente avec cette image de délinquant multirécidiviste, extrêmement violent, qui pourrait tenir son interlocuteur à distance s'il n'était si avenant, souriant, en lien.

Le dialogue se noue autour de son histoire, une histoire marquée par les ruptures affectives, les maltraitances et la précarité sociale... Il me questionne, recherche mon approbation face à la présentation de sa délinquance comme une fatalité. Il m'interroge, me provoque : « vous en pensez quoi, vous ? On ne naît pas avec les mêmes chances, non ? ». Je m'entends lui répondre que malgré tout, chacun fait des choix. Ramené à sa responsabilité, l'émotion paraît brusquement dans un cri : « vous ne savez pas ce dont elle m'a privé la prison ! ». Je m'attends alors, un peu agacée, à entendre les clichés habituels mais il crie : « Elle m'a privé d'amour ! ». Je reste surprise alors que l'espace de quelques secondes, une expression de souffrance intense traverse son visage. Rapidement la violence l'emporte de nouveau dans un discours revendicatif et provocateur sur la société. Alors que je souligne la colère qui imprègne ses propos, il s'en défend avant d'admettre : « Non ! Enfin, peut-être. Je suis en colère contre les surveillants, contre la justice mais surtout contre moi - même ».

Nous clôturons ce premier entretien avec un rappel des modalités de contact et de demande de suivi psychologique.

Nassim s'est montré sûr de lui, en maîtrise du milieu carcéral mais l'émergence des émotions l'a déstabilisé à plusieurs reprises. La manière dont il m'a interpellé à plusieurs reprises m'a également déstabilisée. Il s'est montré en recherche d'un interlocuteur face à sa souffrance et à sa colère. Au vu de la qualité de l'échange, je suis sûre qu'il m'adressera une demande de suivi psychologique.

Lors de la commission « arrivant », je remarquerai que Nassim s'est montré distant, voir agressif avec chacun des intervenants. Les surveillants relèveront qu'il « a mis le feu dans tous les établissements pénitentiaires de la région ». Auprès du SPIP, il a déclaré être S.D.F et n'avoir personne à faire prévenir. Il a refusé de rencontrer les infirmiers. La synthèse est claire : « jeune immature, qui ne communique que par la violence ».

Il s'écoulera plusieurs semaines sans nouvelle de Nassim. Alors que je n'attends plus son courrier, il écrit un court message : « besoin de parler ». Lors de l'entretien proposé, il formulera une

demande d'accompagnement psychologique de sa détention, qui se mettra en place à la fréquence d'un entretien tous les quinze jours.

Les entretiens des premières semaines sont consacrés à sa situation pénale et son quotidien en détention.

Il purge une dizaine de condamnations différentes, et sa fiche pénale est caractérisée par la multiplicité des faits : violences (aggravées, en réunion, avec ITT...), vols (en réunion, avec violence...), usage et trafic de stupéfiants, évasions... Je relève deux procédures criminelles, pour vols avec armes. Au-delà de la violence très présente dans les faits, je remarque de nombreuses condamnations en lien avec la question de l'identité : usurpation d'identité, infraction à l'état civil, fourniture d'identité imaginaire... Il n'a aucun repère temporel (dates d'accès aux permissions de sortir ou à une libération conditionnelle). Il se dit « perdu dans [sa] peine », la polysémie de ce terme ouvrant à la compréhension de ses actes de délinquance comme l'expression sur la scène sociale d'une souffrance psychique inexprimable.

Il parle de son parcours judiciaire et de son parcours pénal, ponctué d'évasions. Le nombre d'établissements pénitentiaires fréquentés m'interroge. Il me répond que les durées de séjour ont varié entre deux heures et neuf mois. Je lui propose l'image qui s'impose à moi à l'écoute de ce parcours singulier : celle d'une fuite perpétuelle. Il se prend la tête dans la main : « la prison m'a perdu, je ne sais plus qui je suis ».

Il multiplie les demandes (de travail, d'école, de formation) tout en refusant de formuler un projet : « si c'est encore pour me montrer que je vais échouer, c'est pas la peine ». Toutes ses demandes sont rejetées, sauf à l'école. Ayant arrêté l'école en CM2, il prépare le diplôme du Certificat de Formation Générale.

Il pratique la musculation quotidiennement et se rend au sport plusieurs fois par semaine.

Il parle peu de sa famille et il n'a pas de parloir. Il a vu sa mère pour son dernier anniversaire, au parloir. Il explique les parloirs avec son père, incarcéré sur une longue peine, toute son enfance. Même l'évocation des éléments personnels, telle que la famille, ne peut se faire que par le prisme de l'incarcération.

En raison des multiples changements d'établissement, il a aussi perdu contact avec sa petite amie, avec qui il entretenait une relation depuis deux ans. Il n'a aucun soutien financier. Il dira simplement : « il ne me reste plus rien ».

Il ne vit que dans l'actuel de sa situation, enfermé.

En raison de son dossier pénitentiaire, Nassim est placé en secteur strict de détention et les relations avec le personnel de surveillance sont conflictuelles : il se montre souvent insolent, agressif parfois insultant et menaçant. Les surveillants, informés des faits d'agression sur personnel, lui appliquent des mesures de rétorsion. Les incidents disciplinaires se multiplient. Tout dans son attitude tient les interlocuteurs à distance : il est en état de tension permanent, visage fermé et mâchoires serrées... Il répète à qui veut l'entendre : « moi, faut pas me toucher ».

Son comportement s'émaille d'incidents disciplinaires et je note une aggravation de ces incidents au fil des semaines. Nous commençons chaque entretien par la revue de son comportement. Nassim s'agace : « mais vous savez, mes incidents ». Je dois lui rappeler qu'en tant que psychologue, ce qui m'importe, c'est ce qu'il peut en rapporter, en dire, de son point de vue, me décalant ainsi d'un traitement pénitentiaire de ces mêmes incidents.

Son parcours jalonné de transferts disciplinaires, l'absence d'ancrage personnel et l'instabilité de son comportement font planer la menace d'un départ précipité de l'établissement. J'ai en tête cette citation de F. Gébérovich : « quand la glace est mince, il faut marcher vite ». Après quelques entretiens, la fréquence des entretiens est portée à une fréquence hebdomadaire, ce que Nassim accepte en remarquant que « ça me fait du bien de vous parler ». Je place les entretiens de Nassim en fin de journée, me sentant après chaque entretien avec lui vidée, en morceaux, dans l'impossibilité d'être dans l'écoute pour un autre patient.

Le suivi psychologique confronte Nassim à sa souffrance et à son incapacité à la mettre en mots : « je ne peux pas vous dire ce que ça me fait...y a pas de mots pour ça. ». Sa souffrance s'exprime alors sur la scène corporelle : maux de ventre, de tête, nausées, vertiges qui l'amène à se rendre plusieurs fois par semaine à l'infirmerie. Ces multiples somatisations amèneront les médecins à orienter Nassim vers un psychiatre, ce qu'il refuse catégoriquement. Nassim a été hospitalisé sous contrainte alors qu'il était mineur, et d'après ses souvenirs, contenu sur le lit pendant les 15 jours de son séjour à l'hôpital. Il en garde une forme de terreur des soins psychiques.

Nassim présente des troubles du sommeil, avec retards à l'endormissement et réveils nocturnes. L'endormissement est ritualisé : il se place face à la porte de la cellule, la télévision allumée et la fenêtre, au – dessus de son lit, entrouverte. Le bruit des clés lors des rondes de surveillants le réveille toutes les deux heures.

Il verbalise également des « idées noires », qu'il combat par des coups (de poings, de pieds...) donnés dans les murs, les portes...Il se présente en entretien avec ce corps blessé en permanence : des

contusions qu'il m'expose, des attelles et plâtres...Je supporte difficilement de le voir blessé et cela déclenche chez moi de forts élans maternants. Les images de maternage classiques me viennent en tête : le porter dans mes bras, le bercer, et se traduisent dans la réalité de l'entretien par une douceur dans l'intonation de ma voix, dans mon regard et la sollicitude particulière avec laquelle je le reçois.

Rapidement, il teste les limites du secret professionnel, en confiant sa consommation de cannabis. Je dois définir à plusieurs reprises le secret professionnel, me porter garante de son intimité dans ce lieu où le personnel de surveillance voit tout, entend tout, sait tout...Avec un sourire, il concède : « je vous ai piqué, c'était pour voir si vous parlez ».

Dans un lien anaclitique, Nassim me fait part de toutes ses demandes auprès des autres services. Je porte une attention particulière à expliciter que je n'ai pas toutes les réponses, qu'il me faut solliciter d'autres professionnels, d'autres services, que je lui nomme. Même s'il refuse pour l'instant de les contacter directement, cela me permet de faire exister des « autres » dans ce lien.

En réponse, les autres services me demandent mon avis avant chaque décision. Le rôle institutionnel du psychologue P.E.P me permettra de jouer ce rôle de transmetteur. Il sera aussi un rôle de « décodeur » éléments bêta et alpha (Bion). C'est aussi une manière de partager un peu la charge que représente Nassim pour moi à ce moment – là.

Au bout de plusieurs semaines, la thématique des agressions sur personnel fait irruption dans les entretiens : des images, comme des flashes, non organisées, surgissent et me sidèrent. Je distingue deux scènes différentes :

Sur une coursive, un surveillant le provoque et le pousse. Il pousse en retour. Le surveillant le pousse plus fort, ce qui lui fait perdre l'équilibre : « [il s'] étale ». Il se relève et frappe à plusieurs reprises le surveillant qui tombe, inconscient.

En cellule, au moment de la distribution du repas, Nassim engage un échange tendu avec le surveillant. Il finit par jeter son repas au visage du surveillant, qui tombe au sol. Plusieurs autres surveillants arrivent pour le maîtriser : « Je les ai tués. Alors, ils sont arrivés et ils m'ont tué. Quand je suis dans cet état-là, c'est la seule solution, il faut me casser les dents, me laisser sur le carreau, me tuer. »

Il décrit des reviviscences : « j'y pense tous les jours, à chaque minute ! ». L'angoisse de mort est présente : « j'ai récité ma prière, j'ai vraiment cru que j'allais mourir ». Il insiste sur les conséquences

de ces agressions : la maîtrise physique par les agents pénitentiaires le jour de l'agression et les mesures de rétorsion dans les jours qui ont suivis.

Arrive le jour du jugement pour ces agressions sur personnel. Nassim est extrait de l'établissement pénitentiaire et amené au tribunal. Il s'agit du premier jugement de Nassim en tant que majeur. Il est condamné à trois ans de prison ferme. À son retour du tribunal, Nassim est reçu par l'encadrement de son bâtiment ; il est extrêmement agité et il décrit une tension psychique auquel il ne pourrait mettre fin que par un passage à l'acte auto - agressif. Il demande à me rencontrer immédiatement. Débordé par ces éléments, le gradé m'appelle immédiatement, en présence de Nassim. J'hésite quelques minutes. Je me raccroche à mon cadre : celui de nos entretiens déjà hebdomadaires. Pourtant, sur l'insistance du gradé, je finis par accepter de le recevoir. Nous sommes en fin d'après - midi, j'ai fini mes entretiens du jour, je peux donc me rendre en détention immédiatement, avec l'impression de « sauter sans filet » dans ce suivi, dans ce lien à Nassim.

Lorsque je le reçois, il est agité au niveau moteur : il se lève, tourne en rond dans le bureau, va à la fenêtre...Il m'informe de sa condamnation. Bien qu'il ait emmené avec lui les justificatifs de ces démarches, lors du jugement, il n'a été question que de ses antécédents judiciaires et des incidents disciplinaires : cette image de délinquant violent lui colle à la peau. Les larmes aux yeux, il crie : « je ne sais plus quoi faire ! ». Je suis silencieuse, j'absorbe la nouvelle de la condamnation et les émotions que je ressens violemment dans son discours, sa posture, son expression, ses gestes... Il répète qu'il ne lui reste plus rien et me demande ce que je peux faire. Nous explorons plusieurs idées ensemble. Il peut demander à être placé en cellule avec un codétenu, ce qu'il refuse. La seule solution qu'il envisage, c'est l'auto - mutilation : « comme ça, je saurai où j'ai mal ». La souffrance ne peut être vécue, ressentie, que dans le corps propre. Elle est irréprésentable pour lui, insupportable. Il verbalise le souhait de mettre fin à ses souffrances. Une nouvelle fois, les cas de levée du secret sont répétés mais avec cette précision : « la personne en danger, ça peut être vous ». Nassim n'est plus l'agresseur, dont son interlocuteur a peur, mais une personne en danger dont son interlocuteur prend soin. Nassim sera sensible à cette question du « prendre soin » et son engagement dans le suivi psychologique est reformulé, en appuyant sur sa démarche personnelle pour aller mieux. Il ajoute : « peut-être que quand vous reviendrez, je l'aurai pas fait. » Avant de sortir, il remarque dans un sourire que je suis venue vite. Cet entretien me semble avoir pris une place particulière dans le suivi, le lien se mettant en place de façon massive et exclusive par la suite.

À partir de ce moment, Nassim va me solliciter plusieurs fois par semaine. Dans les moments de tension, il se présente au bureau d'audience et demande à parler quelques instants. J'accepte, sensible à la détresse que je perçois dans ses accès de violence et pressentant un besoin qu'on lui accorde un espace, une place. Il investit ses espaces interstitiels, où il parle mais où il n'agit pas.

Il me fait part de différentes demandes ou questions qu'il se pose (accéder au travail, être affecté en secteur de confiance...), que je note et auxquelles je lui apporte les réponses plus tard, par courrier ou lors d'une autre entrevue. Il paraît impossible pour lui de différer ses demandes ou d'attendre les réponses à ses questions.

Il dépose aussi tout ce qui le déborde : il déverse insultes et menaces sur les surveillants pénitentiaires. Quand il n'a pu se contenir face aux surveillants, il vient raconter la scène, se mettant debout, mimant...La violence qui se manifeste dans ces passages à l'acte le terrorise : « quand je commence, j'arrive plus à m'arrêter ». Il évoque de manière indifférenciée sa crainte de tuer quelqu'un ou de se tuer. Quelque fois, alors que les menaces se feront plus précises, la question du signalement sera abordée : après tout, ne dit-il pas tout cela pour être arrêté ? La verbalisation de la limite que m'impose la loi viendra également faire limite à son discours et l'amènera à différencier ce qu'il peut penser, ce qu'il peut dire, ce qu'il peut faire.

Je remarquerai que lors des entretiens, les interjections qui ponctuent son discours (« la vie de ma mère ») et les insultes qu'il adresse aux surveillants ou aux autres détenus (« sa mère la pute ; nique sa mère »), toujours en référence à l'image maternelle. Bien que relativement classique, ce fait se retrouve sans exception dans le discours de Nassim. Je me suis alors risquée à lui demander, de but en blanc, des nouvelles de sa mère. Après quelques secondes de surprise, il m'apprendra qu'elle est hospitalisée depuis plusieurs mois. Il pourra expliquer le lien à la fois fusionnel et en miroir qui les unit : « elle peut être bien que si je suis là, comme je peux être bien que si elle est là ». Il faudra plusieurs mois de suivi pour que Nassim confie ne pas savoir de quelle maladie souffre sa mère et être sans nouvelle de son père depuis plus de cinq ans. Il remarque : « les épreuves, ça m'a fait grandir plus vite. Mais pour les émotions, c'est comme si j'étais encore un gamin ».

Le plus souvent, Nassim met fin à ses entrevues en sortant précipitamment du bureau, parfois même sans dire « au revoir ».

Ce suivi requière une attention permanente et une grande disponibilité, disponibilité matérielle (lui trouver du temps) et une disponibilité psychique (être à son écoute), qui n'est pas sans rappeler une forme de préoccupation maternelle primaire (Winnicott). Ce cadre spécifique, créé avec lui, a été source de nombreuses interrogations. Il aurait été plus confortable de garder un cadre strict, celui des

entretiens, mais avec la quasi – assurance de perdre le lien. J’ai choisi de me risquer au lien, d’accepter que mon cadre soit transformé dans ma rencontre avec Nassim.

En détention, les sanctions disciplinaires se multiplient après la répétition d’incidents disciplinaires, principalement du confinement en cellule. Cependant, il supporte mal ses sanctions qui entraînent encore plus de restrictions dans ses conditions de vie (moins de promenade, moins de musculation, plus d’accès à la télévision). Les incidents disciplinaires s’enchaînent rapidement avec une aggravation dans les infractions au règlement. Nous entrons dans un contexte de crise.

Je m’applique à maintenir le créneau et l’heure définie pour nos entretiens malgré l’agitation permanente : l’agitation interne de Nassim et l’agitation qu’il génère dans son environnement. Je m’accroche également à ce créneau fixe, comme une bouée dans la tempête, qui me protège dans ce lien, qui pourrait devenir fusionnel et exclusif.

Le comportement de Nassim se fait de plus en plus violent. Pendant les temps d’enfermement en cellule, il frappe violemment à sa porte pendant des heures. À plusieurs reprises, les coups sont si forts qu’ils tordent la penne de la porte, nécessitant l’intervention de la maintenance pour l’ouverture de sa cellule : il faut scier la serrure. Dans ce climat tendu, l’officier refusera de sortir Nassim de cellule pour l’entretien psychologique. Il me faut tenir tête, argumenter et faire appel à la direction, pour qu’il accepte d’amener Nassim en bureau d’audience, escorté par l’équipe entière de surveillants du bâtiment. Dans l’incapacité de se contenir lui – même, l’institution procure à Nassim une contention extérieure face à cette violence qui sidère les personnels.

Pendant toute cette période de crise, chaque entretien commencera de la même manière : Nassim se rend à la fenêtre, qu’il ouvre en grand. Il reste quelques minutes à observer le ciel avant de parler. Un jour, il remarquera : « il va y avoir de l’orage » et on peut entrevoir une logique animiste dans la résonance de cette remarque avec son comportement actuel.

Les images qui composent ces entretiens sont celles de sa délinquance, de sa violence, de ses fugues. La prison semble liée à son histoire, et ce depuis l’enfance, avec ses visites à son père, au parloir. Il se décrit comme un enfant turbulent, farceur, à qui de nombreuses personnes auraient prédit, sur le ton de l’humour : « toi, on t’apportera des oranges en prison ». L’incarcération du père et les hospitalisations de la mère auraient entraîné le placement de la fratrie, alors qu’il est âgé de deux ans. Il relie facilement la prise en charge par l’aide sociale à l’enfance à son entrée dans la délinquance : « ils disaient aider mais ils faisaient que me changer [de famille d’accueil] et c’était de pire en pire ».

Ces placements, administratifs puis judiciaires, alternent avec des retours au domicile maternel. Il trouve refuge dans un groupe de copains, auprès de qui il vit dans une certaine illusion groupale : « on a la même vie, les mêmes galères. On a pas besoin de se parler, on se comprend d'un regard. » Il date sa première garde à vue à l'âge de 13 ans. Il raconte : « au début, on vole pour s'habiller et manger...ensuite pour la drogue et les armes. ». Il se souvient de l'accélération des délits, avec plusieurs gardes à vue par semaine, et leur aggravation. Il parle peu des petits délits, vols de portable, de scooter, qu'il qualifie de « trucs de gamin ». Il revient sur les faits qui lui ont valu deux procédures criminelles, pour vol avec armes. Il me dira, avec fierté, avoir possédé 9 armes à feu. Nassim rapporte de nombreuses conduites à risque : « j'ai risqué ma vie à chaque fois que j'ai pris le volant », et me fait le récit de chaque accident à travers les cicatrices qu'il garde sur son visage. Nassim décrit également une consommation importante de cannabis et d'alcool. À son incarcération, il décrit les symptômes d'un sevrage alcoolique : « je tremblais tellement que j'arrivais pas à écrire ». Il parle des nombreuses fugues des établissements auxquels il est assigné par la justice. Sa famille paraît désemparée face à ces comportements. Il décrit la violence familiale pour tenter de le contenir et finalement, devant l'impossibilité d'avoir une prise sur l'adolescent, le rejet, allant jusqu'à la mise à la porte par sa mère. L'expression « enfermé dehors », du film « la Haine », résonne dans ma tête.

Il indique que comme elles envahissent l'espace des entretiens, ces pensées l'envahissent lorsqu'il est enfermé en cellule. Les éléments rapportés ici, et organisés pour une meilleure lisibilité, sont amenés en entretien de manière anarchique. Nassim ne semble maîtriser aucun élément de son histoire et subir les décisions institutionnelles à son encontre. Nassim me confiera : « je ne fais jamais confiance à personne. Mais la personne en qui j'ai le plus confiance, c'est vous. » Alors qu'en détention, il se présente comme un homme extrêmement violent et dangereux, le cadre des entretiens psychologiques l'autorise à se présenter sous un autre angle, celui d'un enfant perdu, me rappelant cette citation « (...) un sujet 'aussi dangereux' est un enfant terrorisé par des émotions – hallucinations internes »¹⁵⁸. En recherche de solutions face à son mal - être, il est doublé en cellule avec un autre détenu de son âge, ce qui lui apportera un soulagement temporaire. Mais lors des sanctions, il est affecté seul en cellule. Je prendrais position et accepterais de demander à l'encadrement du bâtiment qu'il ait un accès exceptionnel à la bibliothèque, alors qu'elle est fermée depuis plusieurs heures. Cette demande sera acceptée par l'encadrement de son bâtiment.

De même que les entretiens commencent toujours de la même manière, ils se clôturent également de manière similaire : Nassim surveille l'heure tout au long des entretiens et signifie la fin : « je vais vous

¹⁵⁸ M. Berger, 2013, p. 110

laisser ». Je reste avec l'impression que je ne peux rien pour l'aider, que je suis impuissante, incapable, insatisfaisante.

Les entretiens sont très éprouvants, Nassim évoque régulièrement l'idée de séparation : « ce week-end, je pars en transfert et je ne vous reverrais jamais ! ; je vous dis « adieu », ce soir, je meurs », sous la forme d'une séparation brutale, soudaine et sans retour. À ce stade, mes pensées sont envahies par la situation de Nassim. Je commence mes journées en vérifiant sur le logiciel informatique s'il est toujours à l'établissement, s'il est toujours en vie. Les personnels me parlent de lui tous les jours, au détour de chaque réunion, de chaque rencontre. Pour autant, Nassim lui – même ne m'écrit pas, ne me sollicite plus en dehors de nos entretiens hebdomadaires.

Nassim m'explique qu'il ne supportera pas le quartier disciplinaire, qu'il veut l'éviter, alors même que son comportement, la multiplication des incidents semble indiquer une recherche d'une contention suffisante. Cherche – t – il qui résistera à sa destructivité ? Cherche – t – il une sanction, une punition face à une culpabilité inconsciente ?

Face aux idées suicidaires, je solliciterai, avec son accord, l'unité sanitaire. L'équipe lui propose un entretien infirmier. Il refuse de se rendre au premier entretien proposé. Lorsque je le revois, Nassim explique : « j'ai cru que vous vouliez plus me voir. » Je dois expliquer de nouveau l'aide qu'il peut trouver à l'unité sanitaire, l'assurer du maintien de notre suivi et la complémentarité possible des différents accompagnements. Nassim me demande alors de l'accompagner, physiquement, de son bâtiment jusqu'à l'unité sanitaire lors du prochain entretien infirmier. Dans cette période de forte tension, cet accompagnement de quelques minutes se fait sur un ton plus léger. Nous cheminons, côte – à – côte, le long des couloirs de la détention. Nassim me parle de la commission de discipline, devant laquelle il est convoqué le lendemain. Il est persuadé qu'il sera sanctionné par du quartier disciplinaire. Sans me regarder, il me demande timidement si les entretiens auront lieu « là-bas ». Je me rends compte que je ne me suis jamais posé la question, ma pratique ne m'ayant pas encore confronté à cette possibilité. Je comprends à cet instant qu'il m'est indispensable de maintenir l'accompagnement dans ce lieu si particulier.

À notre arrivée à l'unité sanitaire, Nassim est emmené par les infirmiers, on me signifie poliment que je peux repartir, sans aucun échange ou transmission. Nassim se retourne et me jette un dernier regard avant qu'une porte ne se ferme, je ressens comme une rupture dans l'accompagnement.

Après vérification auprès de ma hiérarchie, je suis assurée de pouvoir maintenir mes entretiens au quartier disciplinaire. Et sans surprise, notre prochain entretien se déroule « là-bas ». En me rendant sur place, je partage un peu de ses conditions de vie : au quartier disciplinaire, les bureaux d'entretien n'ont pas de fenêtre, l'air est comme vicié, le mobilier est réduit au minimum et vissé au sol. La tension est palpable. Au cours des semaines suivantes, la plupart de nos entretiens se dérouleront au quartier disciplinaire.

Comme il l'avait pressenti, il ne « supporte » pas le quartier disciplinaire. Il décrit une sensation de mal – être diffus : il n'arrive pas à respirer, il a des vertiges...qui déclenchent chez Nassim une flambée de violence : des insultes et menaces sur personnel, des actes de destruction (il détruira l'intégralité du mobilier de sa cellule). Face à cette escalade de violence, le directeur de détention constatera : « on va devoir le gérer au bouclier », en référence à l'équipement d'intervention du personnel de surveillance. Dans le rapport de force qui s'établit avec l'administration pénitentiaire, il posera des actes auto – agressifs (ingestion de lames de rasoir, feux de cellule) qui entraîneront son hospitalisation aux urgences et le report des sanctions. Il verbalise des idées suicidaires et rencontrera la psychiatre à deux reprises. Son refus des traitements et sa crainte de l'hospitalisation sous contrainte entraîneront la fin de ce suivi. Malgré plusieurs sollicitations de ma part auprès du service sanitaire, aucune autre prise en charge ne sera proposée. Je ressens énormément de solitude dans cette prise en charge.

Les entretiens au quartier disciplinaire ont une teneur particulière. Des silences désorganiseurs s'installent les premières minutes et il faut que je l'interroge, que je lui parle pour qu'il entre en lien. Il parle alors de sa violence : « je ne me contrôle plus, je ne me rappelle plus de ce que je fais et de ce que je dis. ». Je le questionne sur ce qu'il ressent dans ces moments d'explosion de violence, ce qu'il sent, mais cela nous ramène toujours à la même image : « je vois blanc ». Je perds toute notion du temps et j'ai du mal à cadrer les entretiens. J'en sors déboussolée, vidée.

Nassim se montre extrêmement virulent, m'inonde d'images de destruction de ce qu'il a construit ces dernières semaines et me dépeint son avenir dans le grand banditisme. Il parle en de longs monologues et il me faut parfois l'interrompre, parler aussi fort que lui, pour me faire entendre et survivre face à sa destructivité.

En larmes, il me suppliera de l'aider à sortir du quartier disciplinaire, ce qui est bien sûr, hors de mes attributions. Je répondrais à cette demande par l'assurance de ma disponibilité, de ma présence à ses côtés, mon écoute et de mon soutien. Face au désespoir dans lequel il se présente, cette réponse me paraît bien insatisfaisante. Il pleure en silence pendant de longues minutes. Il ajoutera que le quartier disciplinaire lui a « arraché le cœur ». Cet entretien pourra prendre fin autour d'une nouvelle demande

dans le cadre de son suivi psychologique. Nassim demandera à ce que je l'aide à « souffrir moins » et à « plus choisir » ce qui lui arrive.

Tous les personnels – moi y compris – sont surpris de constater que Nassim termine ses sanctions au quartier disciplinaire dans le calme.

Lors de l'entretien suivant, toujours au quartier disciplinaire, Nassim sera plus en lien. Privé de miroir en cellule disciplinaire, il me demande à quoi il ressemble : a – t – il de la barbe ? Ses cheveux sont – ils bien coiffés ? Comment je le vois ? Dans cet échange, chaleureux, au cours duquel il se mire littéralement dans mon regard, se rejoue quelque chose de la relation maternelle, par la manière dont il a pu assurer une fonction miroir « identifiante » de nos états internes » (Roussillon, 2008).

Lors des entretiens suivants, le récit sur les agressions sur personnel est répété à chaque entretien. Au fil de ses répétitions, les scènes se lient peu à peu en récit. Son récit de l'agression sonne comme la répétition d'un discours appris par cœur. Dans son discours, il prend tour à tour, les places, de l'agresseur et de l'agressé. Il répète en boucle : « je lui ai dit 'baisse les yeux' », paroles du surveillant, puis relate la suite des coups qu'il a portés. Il me faudra plusieurs semaines pour comprendre qu'il récite le compte – rendu de l'incident, rédigé par le surveillant et qu'il a pu lire dans la procédure disciplinaire.

Cette agression a entraîné son placement immédiat au quartier disciplinaire. Il décrit le comportement des surveillants à son égard, leurs provocations et les privations, comme autant de punitions informelles qui accroissent son état de tension. Inéluctablement, cet état résulte en une seconde agression sur personnel.

Après une énième privation, vécue comme une injustice, il dit s'être retenu de frapper, mais avoir jeté le plateau - repas qu'il tient à la main au visage du surveillant. Il décrit les quelques secondes de sidération qui ont suivi : « j'étais choqué. Le surveillant aussi était choqué. ». Ils se regardent en silence, sidérés. Dans ses propos, je ressens l'effroi (Crocq, Lebigot), le sien et celui du surveillant agressé. Un surveillant, témoin de la scène, répète en boucle : « il t'a frappé, il t'a frappé », alors que l'alarme retentit. Pendant encore quelques minutes, ils sont seuls : « les autres n'arrivaient pas à ouvrir la grille ». Mais, le surveillant se dirige vers lui : « il s'est avancé vers moi, je ne savais pas ce qu'il allait faire, alors je l'ai frappé ». Il mime la suite des coups sur son propre corps. Il conclue : « ça a basculé ma vie ».

Nassim explique clairement qu'au quartier disciplinaire, il est confronté à ses pensées, les moyens habituels de court – circuitage n'étant pas ou peu disponibles : « ça a réveillé ma vie. Dehors, j'oublie

tout mais au QD, j'ai le temps, j'ai revu toute ma vie ». Face à ses pensées insupportables, il exprime sa peur de devenir fou.

Longuement, il me fait le descriptif des scènes au cours desquelles il a été maîtrisé par les surveillants, après les agressions. Il décrit avec précision ses blessures, le sang, les coups reçus. Interrogé sur ce qu'il ressent, il répond, dubitatif : « je sens mon cœur s'accélérer, des choses dans mon ventre... ». Il ne peut mettre des mots mais ajoute : « ma vie, personne la voudrait. »

Dans cette même suite d'entretiens au quartier disciplinaire, il aborde plusieurs agressions dont il a été l'auteur. D'abord, lors d'incarcérations précédentes : l'agression d'une institutrice, d'une éducatrice puis, lors de son enfance : celle d'un homme au sein d'une famille d'accueil. Enfin, il raconte un accident domestique, au cours duquel il a déclenché un incendie, et qui a causé le décès d'une de ses sœurs. Après cette longue énumération, qui n'est pas sans évoquer la notion de traumatismes cumulatifs, (M. Kahn), il observe silencieusement ma réaction.

Je remarque que ce qui se répète lors de ces semaines, c'est l'exercice de sa propre violence. Elle se répète en actes, de plus en plus fort, comme s'il n'était pas entendu. Il la ramène également en entretien, m'abreuvant de scènes où il est l'agresseur dans des actes violents qui me laissent sidérée et sans voix. Toutes les scènes mènent à cet accident, qu'il a déclenché et qui a entraîné la mort de sa petite sœur. Il me dit « c'était un accident, c'était pas ma faute ». Je sens que c'est une phrase qu'on lui a répétée, qu'il répète à son tour, mais comme inhabitée. Aucun mot ne peut être posé sur son éventuelle culpabilité de cet événement terrifiant.

Alors que nous avons exploré le vécu traumatique résultant des maîtrises physiques par les surveillants dans le contexte des agressions sur personnel, cette énumération d'agressions ainsi que la répétition des actes de violence en détention m'amènent à me questionner sur le vécu traumatique de sa place d'auteur de violence.

À son retour en détention, il obtient son premier diplôme au service scolaire. Après plusieurs semaines sans incident disciplinaire, il accède à un secteur de détention dit « de confiance », moins strict. Son comportement avec les surveillants change, il se montre moins agressif, plus en lien.

Sa demande de formation professionnelle est acceptée. Il faudra plusieurs semaines pour que Nassim adapte son comportement aux exigences de la formation mais, après un entretien de recadrage, son comportement s'améliorera de façon constante.

Le suivi psychologique se poursuit. Nassim est présent à tous les entretiens. Un rituel s'instaure : il frappe à la porte du bureau, entre et ferme la porte derrière lui. C'est toujours Nassim qui signifie la fin de l'entretien par cette phrase : « je ne vais pas vous déranger plus longtemps ».

L'apaisement de la situation en détention entraîne un changement au sein du suivi thérapeutique : le quotidien de la détention est abordé moins souvent, les agressions sur personnel prennent toute la place. Il remarque : « j'en parle toutes les semaines, ça doit vous saouler, mais j'y pense tous les jours, à chaque minute. ». Il remarque aussi que les agressions ont eu lieu il y a plus d'un an. Je lui propose que dans son récit, ces agressions conservent un caractère actuel, ce qu'il confirme : « oui, pour moi, c'est comme si c'était hier. Je vois tout, je me rappelle tout, chaque minute, chaque détail ». Il rapporte des cauchemars réguliers comme celui de vouloir courir et de ne pas arriver à le faire, de vouloir crier et de ne pas arriver à le faire.

Au cours de cette phase qui va durer 9 mois, son discours va peu à peu évoluer.

Pendant plusieurs semaines, Nassim répétera le récit des agressions, presque à l'identique. Il raconte les scènes, comme absent de cette scène, comme s'il s'était retiré de lui – même pendant les faits. De même, il raconte la scène avec le regard dans le vide, sans entendre mes interventions : je ne suis plus présente. Il est pris dans les perceptions : « l'alarme sonnait », « j'ai senti son haleine » puis : « j'ai vu sa tête s'éclater contre la vitre, le sang gicler ». Pendant plusieurs entretiens, il va mimer les coups, de son poing fermé sur son visage. Il est difficile de maintenir le cadre temporel des entretiens, qui débordent. Le récit va peu à peu s'organiser temporellement, s'inscrire dans le récit général de sa détention.

Il se décrit comme un jeune calme, préparant activement sa réinsertion. La première agression se déroule en bâtiment, alors qu'il sort de la douche. Le surveillant l'aurait interpellé, avec une remarque humiliante et autoritaire : « baisse les yeux, gamin ». L'agressivité apparaît dans son discours, le teintant d'affect : « sa sale gueule ; je ne le supportais pas ». Il devient acteur du récit, avec l'apparition du « je » : « je l'ai frappé, j'ai vu sa tête s'éclater sur la vitre et je l'ai de nouveau frappé ». Il répète plusieurs semaines de suite : « j'ai tout fait pour l'éviter. Je sentais que je montais mais lui, il a pas lâché. ».

Cette agression violente entraîne son placement immédiat au quartier disciplinaire, après sa maîtrise par le personnel de surveillance. Lors de l'enquête pénitentiaire, il est décrit par le personnel comme « violent, arrogant et immature ». Nassim ne se reconnaît pas dans cette description, qui le suivra pourtant pour le reste de son incarcération, malgré les multiples changements d'établissements. Ce regard extérieur sur sa personnalité, qui vient mettre en exergue un aspect méconnu de lui, vient faire effraction dans son sentiment d'identité.

Lors de la sanction disciplinaire pour cette agression, les relations avec les personnels sont extrêmement tendues. Un jour, à la distribution du repas, une altercation avec les surveillants dégénère, Nassim jette son plateau sur un surveillant. Il insiste : « le surveillant, il bougeait pas, il voulait arrêter. Mais l'autre, il est venu vers moi avec ses mains en avant et moi, faut pas me toucher ».

Alors que je remarque le changement dans son positionnement, de la place de spectateur impuissant à celle d'acteur, il répond : « après nos entretiens, je gamberge, j'arrête pas. C'est toujours la même question : qu'est-ce que j'aurais pu faire d'autre ? Je ne sais pas pourquoi mais ce jour – là, j'ai pas eu le choix ». Cela le mènera au constat, simple, que la peine vient sanctionner ces coups qu'il a portés. Dans l'entretien, instantanément, l'agitation motrice se calme.

Par jeu des circonstances, le jugement pour l'agression sur l'institutrice arrive. Il appréhende ce jugement, d'être de nouveau confronté à cette image de lui, celle d'un jeune violent. Il se prépare, demande un avocat, rassemble les justificatifs. Lorsque je le croise en détention après l'audience, il est fier de m'expliquer qu'il a su se défendre et qu'il a été entendu par la justice. Le juge des enfants (il était mineur au moment de l'agression) l'a condamné à une sanction « symbolique » : un mois de prison ferme. Sa situation judiciaire est stabilisée, il n'a plus de jugement en attente. Il peut enfin de projeter dans l'avenir.

Il sollicite un suivi régulier par le SPIP, qu'il rencontrera toutes les semaines. Il se renseigne sur les possibilités de libération conditionnelle. Il est orienté vers la Mission Locale Jeunes qui intervient à l'établissement et construit un projet professionnel.

Il contacte sa famille et ils vont venir le voir de façon régulière au parloir pendant plusieurs mois.

Il se relâche physiquement, prend du poids : il s'arrondit. Il apparaît moins menaçant pour le personnel pénitentiaire. Si on relève encore quelques incidents, Nassim explore de nouvelles façons d'être en lien : après des insultes sur personnel, il pourra présenter ses excuses, d'abord par courrier puis de vive voix.

Au fil des mois, je remarque que Nassim ne se présente plus à mon bureau en dehors de nos entretiens hebdomadaires. Les premières semaines, il m'écrit des courriers sur feuille libre. Le contenu est donc accessible à toutes les personnes qui gèrent le courrier interne (dont les surveillants). Peu à peu, il écrit ses courriers dans des plis fermés, marquant l'apparition d'une première forme de contenance/d'intimité (en tant que psychologue, bien qu'appartenant à l'administration pénitentiaire, ma correspondance n'est pas ouverte pour contrôle par l'administration). Enfin, il ne me contacte plus du tout en dehors des entretiens, gardant ses questions et remarques pour notre entretien hebdomadaire.

Ses échanges avec les différents services de l'établissement ne passent plus par moi. La distance relationnelle devient plus juste. Je ressens une forme de soulagement, je peux respirer.

Si Nassim parle encore des agressions sur personnel, c'est plutôt pour en explorer les conséquences. Il semble prendre la mesure de la gravité des faits : « En 5 coups, j'ai mis 3 surveillants par terre. J'aurais pu le mettre dans le coma ». Il s'interroge, « pourquoi je les ai frappés ? » et exprime le souhait que les choses se soient déroulées autrement. Un sentiment de culpabilité commence à s'esquisser : « j'en veux à la justice pour la condamnation, mais je m'en veux à moi aussi ». Alors qu'il raconte les conséquences qu'il a subies, il peut verbaliser un sentiment de peur : « je savais pas, ils peuvent venir à plusieurs et puis, me pendre. Ça s'est vu des meurtres déguisés en suicide. »

En parallèle, Nassim évoque longuement son adolescence et son entrée dans la délinquance. Le discours se construit et les éléments s'organisent sur une ligne temporelle qui ouvre au sens. Si sa mère vient le chercher lors des premières gardes à vue, assez vite, Nassim donnera de fausses identités aux policiers. Il décrit alors le passage par le CPI (Centre de Placement Immédiat), dont il fugue et l'errance qui s'ensuit : « La nouvelle maison de ma mère, j'ai une chambre, mais je me souviens pas. J'ai dû y dormir deux fois. Chez mon père...Je crois que j'ai jamais vu où vivait mon père. ». Cette errance, au cours de laquelle il perd les quelques repères quotidiens construits, l'amènera à poser les actes les plus graves : les vols avec arme.

Il décrit cette quête sans relâche d'argent et alors que je lui demande « pourquoi faire ? », il me répond comme une évidence : « parce que sans argent, t'es que toi et que toi, c'est rien ». Peu à peu, il relie cette délinquance à son histoire infantile, aux ruptures affectives. En secouant la tête, Nassim répète : « j'ai tout niqué, j'ai vraiment tout niqué » et au gré des répétitions, son sourire s'efface. Interrogé sur ce qu'il entend par « tout », il répond en baissant la tête : « ma vie ».

Après 9 mois de cours et de travail, Nassim obtiendra son C.A.P avec de bons résultats.

En entretien psychologique, il pourra revenir sur son arrivée à l'établissement : « j'étais bon qu'à crever...j'avais peur de rien » et les premiers mois de son suivi psychologique : « Vous avez tout supporté, même ma colère. » Il se remémore les incidents disciplinaires et remarquera : « les insultes, c'était pour qu'on m'aide ». Il demande, soudain avec appréhension : « et si ça recommence, les incidents, le quartier disciplinaire, tout ça ? ». Je l'assurerai de la continuité de mon soutien : « alors, on recommencera ». Il sourit, rassuré : « on recommencera tout ? Les entretiens jusqu'à ce que j'en ai marre de parler ? ».

Il souligne le changement dans sa détention au cours de l'année écoulée : « ça y est, tout ce que je fais ici, c'est moi qui l'ai choisi » et me demande, avec une pointe d'anxiété : « qu'est-ce qu'on va faire maintenant ? ». Il faudra plusieurs entretiens pour que Nassim trouve une réponse à cette question. Il axe sa demande autour de sa violence « parce que c'est un peu la cause de tout ». J'ai pu m'étonner dans un premier temps, après tout, qu'avions – nous travaillé d'autres depuis tous ces mois ? Mais Nassim a poursuivi : « avant, j'avais une carapace de violence, elle me faisait autant de mal qu'elle me protégeait. Et dessous, j'ai que de la souffrance, toute la souffrance que j'ai là (il se touche le sternum) ».

Il me semble que cette première année de suivi a permis à Nassim de prendre conscience de sa souffrance, du fait qu'elle s'exprimait dans la violence, dans les actes. Sa capacité à formuler cette demande de soin psychique démontrait de sa capacité désormais à la mettre en mots. Le travail ne faisait que commencer, il s'est poursuivi au rythme hebdomadaire pendant encore deux ans.

1.1.3. Analyse

Le suivi psychologique qui s'est déroulé avec Nassim a été marquant, il a servi de modèle à tous les suivis engagés par la suite dans le cadre du P.E.P.

Il a marqué l'importance que devait prendre l'entretien « arrivant », comme première prise de contact avec la personne détenue. Il est le marqueur de l'intentionnalité de notre accompagnement, celle de se proposer à chacun, qui demeure libre de s'en saisir, ou non. Derrière la forme classique d'un recueil d'informations auquel sont habituées les personnes incarcérées, il permet de saisir, par l'écoute attentive de toutes les formes d'expression, ce que Balier dénomme : « le désir d'une plus grande cohérence interne. » L'écoute n'est cependant pas suffisante, il faut pouvoir en restituer quelque chose au patient, lui retourner ses questionnements, ses paradoxes et parfois, sa souffrance. Il m'est aussi apparu qu'il était important d'être transparent sur ce que l'on pouvait proposer en termes d'accompagnement, que ce soit en termes de moyens (la prison n'est pas une institution de soin) ou en termes de contraintes temporelles (nous travaillons avec le temps que la justice nous donne).

Le dispositif du P.E.P amène à travailler dans une forme de proximité avec les personnes détenues, de par le lieu d'exercice (les bâtiments d'hébergement) mais aussi par les outils à disposition (accès au dossier pénitentiaire, au dossier pénal) et les liens avec les différents services et partenaires. Le quotidien carcéral est le quotidien de nos patients, ce à quoi ils se heurtent en permanence. Une

connaissance de ce à quoi ils s'affrontent revêt une importance particulière puisque dans un premier temps, ils ne sont en possibilité de parler que de leur quotidien.

J'ai noté dans les particularités de ces suivis, la manière dont chaque patient venait interroger les modalités de mon cadre et se montrait attentif à mes réactions avant de s'engager dans le suivi. Nassim en se présentant régulièrement en dehors des entretiens pour être reçu quelques minutes, Mohamed en demandant à ne pas être prévenu des entretiens. Il m'a semblé important d'accepter d'être touchée, affectée par chaque rencontre et qu'en conséquence, cette rencontre impactait légèrement le cadre. Ces torsions du cadre restaient encadrées par l'éthique et la déontologie bien sûr, le règlement de l'établissement et la loi également.

Comme le souligne Roussillon (Roussillon, 2012), il ne s'agit pas juste de permettre la rencontre, il faut poursuivre les soins par après. À l'image du suivi avec Nassim, la rencontre s'est souvent suivie d'un lien d'une intensité très forte, parfois inquiétante. On retrouve la notion de fusion décrite par Balier. Afin de ne pas me sentir enfermée dans ces relations, j'ai toujours veillé à échanger avec mes collègues autour des situations, à ne pas rester seule. La particularité du poste, qui n'était pas dans une équipe de soin, m'a amené à mettre en place un emboîtement de systèmes de supervision : supervision groupale (mise en place par l'administration pénitentiaire pour les psychologues de la région), supervision individuelle, intervision.

Je dirai que la spécificité de ses suivis s'est trouvée dans la capacité de se risquer au lien, d'accepter la rencontre et de s'en montrer affecté, pour que le patient puisse, à son tour se risquer au lien. Ces rencontres sont inquiétantes, de par ce qu'elles amènent en partage : la violence, la colère, la fusion, et brouillent parfois les limites. Nous avons pu observer comment certains collègues (tous corps de métier confondus), réagissent par un accrochage à un cadre rigide, au règlement pour se protéger. Cette inflexibilité renvoyant alors de la violence aux personnes incarcérées, celle d'un objet inatteignable. La rencontre se trouve alors impossible.

Nous avons déjà évoqué comment la répétition des actes de violence en détention nous semblait le signe d'une souffrance psychique innommable. Cette compréhension des actes nous a amenée à utiliser les procédures disciplinaires comme un outil dans le suivi psychologique. Le compte – rendu du personnel se présentant comme un récit des actes permettant parfois, dans le cadre du suivi psychologique, l'accès au vécu subjectif de la personne détenue. La tenue des entretiens au quartier disciplinaire est également apparue comme primordiale dans le suivi des auteurs de violence. De par les conditions de détention particulière, le patient est confronté en ce lieu à ses angoisses les plus primitives, tout en étant restreint dans l'accès à ses mécanismes de défense habituels (muscultation, sport, consommation de stupéfiant, sollicitations multiples des codétenus). À un premier niveau, les entretiens psychologiques s'offrent alors comme soutien pour le patient, mais ils sont surtout

l'occasion d'accéder à cette souffrance innommable verrouillée le reste du temps. Mes ressentis à l'issue de ces entretiens (maux de ventre, désorientation spatio – temporelle, tension musculaire) illustrant le vécu agonistique des patients. Au – delà du maintien des entretiens à la fréquence établie dans le suivi, dans une démarche en côte – à – côte tout au long de la détention, je suis très souvent allée à la rencontre de mes patients au quartier disciplinaire. Dans la très grande majorité des cas, ces entretiens ont été acceptés.

Cette pratique de psychologue au sein de l'administration pénitentiaire a été particulièrement enrichissante dans la prise en charge des patients violents.

Le cadre de travail, et le dispositif qui en découle, en détention, au plus près des personnes détenues, m'a permis d'entrer en contact, d'être témoin de cette part d'eux sur laquelle ils sont tellement en difficulté pour mettre des mots.

Il est arrivé que lors d'un échange avec une personne détenue sur la courserie, devant la véhémence de ses propos, les surveillants se mettent en ligne entre nous. Si je me suis trouvée au contact de cette violence, il est primordial de noter que cela n'a été supportable que parce qu'elle ne m'était pas destinée, adressée. Au – delà de la forme (les cris, les gesticulations) il a fallu entendre le fond, pouvoir y répondre pour qu'un dialogue puisse s'instaurer. Accepter de recevoir cette violence, à travers les cris, les mots, les gestes, les postures, les mimiques... Elle passe par tous les sens. Il m'a été donné de voir des choses, ou surtout d'entendre des choses qu'il ne m'a pas été possible de partager en dehors de mes connaissances travaillant en détention (ni avec l'entourage, ni avec mon mari, ni même avec des amies psychologues).

On n'accepte pas de se frotter à cette violence, d'être le dépositaire de ces éléments violents pour rien. C'est avec la certitude de pouvoir trouver des mots, un sens pour qu'enfin, cette souffrance devienne verbalisable, transmissible, partageable. Quand je n'ai pas trouvé les mots, il m'est arrivé d'emprunter ceux des autres par la littérature (par des citations ou des livres) ou par la musique.

Si j'ai investi le travail de psychologue au sein de l'administration pénitentiaire comme un travail « pré – thérapeutique », c'est logiquement que je me suis par la suite intéressée au travail « thérapeutique » possible avec ces patients en unité de soin.

Après l'entrée en lien, la création d'une alliance thérapeutique, comment continuer l'accompagnement des sujets extrêmes vers plus de symbolisation ?

1.2.Clinique des patients rencontrés à l'Unité Sanitaire

1.2.1. *Le suivi de Salah*

Salah entre dans le « circuit » du suivi psychologique selon le schéma classique : par un courrier demandant à rencontrer un psychologue. Je le rencontre donc en entretien d'accueil, la semaine suivante.

Il se présente à l'heure. Il est de taille moyenne, avec une carrure imposante. Ses cheveux très courts découvrent une importante cicatrice qui court d'un côté à l'autre de son crâne.

L'entretien est relativement succinct. Il écoute ma présentation du service sans m'interrompre, tout en m'observant avec attention. Salah reste silencieux et son expression est fermée. Je m'appuie donc sur ma liste habituelle de questions pour lancer l'échange.

Salah est âgé de 23 ans, il est incarcéré depuis 3 ans et il lui reste 18 mois à purger. C'est sa 3^e incarcération, dont une alors qu'il était mineur (à l'âge de 15 ans). Il a le droit aux permissions de sortir depuis 18 mois mais toutes ses demandes sont rejetées au motif de son comportement en détention. Afin de préparer un aménagement de peine, il avait mis en place un accompagnement avec la Mission Locale Jeunes, interrompu à l'heure actuelle. Il est originaire d'un autre département de la région et se trouve donc éloigné de sa famille. Il a fait plusieurs demandes de transfert auprès de l'administration pénitentiaire pour rapprochement familial, toutes refusées.

Je l'interroge sur ses activités en détention. Il a été inscrit en formation qualifiante mais en raison d'une bagarre, pour laquelle il a été identifié comme agresseur, il a été renvoyé. Il a été sanctionné de trois jours de quartier disciplinaire et jugé pour cela. Il a ensuite travaillé aux ateliers de production mais a rapidement démissionné car le travail à la chaîne ne lui convenait pas.

Salah a arrêté l'école à 13 ans, en classe de 6^e. Il a ensuite commencé plusieurs formations qu'il n'a jamais terminées, en raison de multiples placements en institutions judiciaires (CER, CEF...). Il ne souhaite pas reprendre l'école aujourd'hui.

Sa famille ne vient pas au parloir, « c'est trop loin » précise Salah. Il m'indique qu'« une personne » a fait une demande de permis de visite, il est en attente de la réponse de l'administration pénitentiaire.

Pendant tout cet échange, Salah s'est contenté de répondre à mes questions. Aucun sujet abordé ne l'a amené à développer sa réponse. Il a relaté les faits, sans coloration émotionnelle. Il expose une demande d'accompagnement de sa détention car « ça fait du bien de parler ». Lors de cet entretien, je

ne perçois pas la demande de Salah, je ne ressens rien, je me sens comme face à un mur. Il est inscrit en liste d'attente, sans priorité.

Pourtant, un mois plus tard, je reçois un courrier de sa part, demandant un entretien « plus tôt que prévu ». Il a noté « urgent » en lettres capitales sur son courrier, souligné plusieurs fois. Je lui propose un entretien dès la semaine suivante.

Salah se montre alors beaucoup plus en lien.

Il m'expose son projet de sortie, en aménagement de peine. Il a repris contact avec l'intervenante de la Mission Locale Jeunes qu'il rencontre régulièrement et son projet prend forme. Il a aussi contacté sa conseillère du SPIP qui pense que son projet d'aménagement de peine est « prématuré », ce qu'il ne comprend pas très bien.

Il a aussi reçu une réponse pour sa demande de transfert vers sa ville d'origine, qui est acceptée. Il a aussi bénéficié, enfin, d'une permission de sortir dans sa famille. Il dit que depuis cette permission, il sait qu'il ne pourrait pas sortir « là – bas » : « la vie est trop dure dehors, je vais faire des conneries ». Il parle spontanément de sa famille : « j'ai des problèmes. J'ai perdu des gens et mon frère est malade à cause de moi ». Je suis surprise mais il insiste : « j'ai été beaucoup absent, je lui ai manqué, il fait des dépressions ». Il décrit sa mère « seule » et dit ne pas savoir où se trouve son père dont il est sans nouvelle depuis de nombreuses années.

Il se présente perdu et confus dans ses démarches. Je l'interroge sur le caractère « urgent » de sa demande à me voir, à quoi il répond : « j'ai perdu trop de temps mais maintenant, j'ai compris que la vie, c'est pas la prison ». Il demande un accompagnement de cette démarche de réinsertion, qu'il décrit comme « pas facile », en référence à ces deux dernières sorties de prison, en fin de peine.

Le suivi se met en place à la fréquence d'un entretien tous les 15 jours. Salah se place toujours sur la chaise contre le mur, mais face à moi. Il se place les pieds bien à plat sur le sol, les coudes posés sur les genoux. Il regarde le plus souvent au sol, ses regards francs venant ponctuer son discours. Son expression est le plus souvent fermée, son visage n'affichant que très rarement une émotion.

Salah reprend son parcours judiciaire et carcéral. Il me liste les différentes peines, et estime les durées de chaque peine et de chaque période entre les incarcérations : « depuis mes 15 ans, j'ai passé plus de temps dedans que dehors ». En entretien, il explore une à une les possibilités qui s'offrent à lui : sortir en aménagement de peine (semi – liberté ou bracelet électronique), en libération conditionnelle ou en fin de peine. Il s'imagine chacune des sorties et essaie de se confronter à ce qui pourrait alors l'attendre dehors. Il préférerait sortir en fin de peine et « ne plus rien devoir à personne » mais « je vais sortir

sans travail, sans logement, comme la dernière fois et je vais revenir ». Tout est à la fois possible et impossible. Il reconnaît que tout est « embrouillé » dans sa tête. Je lui propose de « poser les choses » : je prends une feuille et dresse trois colonnes, une pour chaque proposition. Je l'invite ensuite à lister les avantages et les inconvénients pour chacune. Salah rapproche alors sa chaise du bureau et se place à côté de moi, assez près. Je note de manière exhaustive les associations d'idées qui lui viennent. Il évoque sans ciller la possibilité de commettre de nouveaux délits. Quand il me voit noter le mot « dealer » qu'il vient de prononcer, en face de « sortie fin de peine », il sursaute et rit : « non, quand même...le notez pas ».

De même, il détaille cette peine de prison et je note sur la feuille entre nous : la condamnation principale de 5 ans pour « extorsion avec arme » puis les 3 « petites » peines pour vol aggravé, vol avec violence et inexécution d'un travail d'intérêt général. Après me l'avoir demandé, il prend mon stylo et ajoute en face des condamnations les quelques remises de peine auxquelles il a eu le droit et les multiples retraits de grâces en raison des incidents disciplinaires. Il commente : « avant, j'étais con, je comprenais rien ». Il me montre ses cicatrices (celle de son crâne mais les nombreuses qu'il porte aussi sur le visage, les bras...), expliquant qu'il a mené « une vie de fou qui laisse des traces ». Je tente de lui demander leurs origines mais il hausse les épaules : « des bagarres, des accidents ». Il dit que cette peine a été très dure, en raison de plusieurs décès de personnes proches, « de la famille et des amis ».

Puis, subitement, il ne se présente plus aux entretiens. Après deux absences de suite, je lui écris pour lui indiquer que je ne lui propose pas de nouveau rendez - vous mais que je reste à disposition s'il souhaite reprendre le suivi.

Deux semaines plus tard, il réécrit : sans allusion à ses absences, il demande un nouveau rendez - vous.

Il a obtenu une date d'audience devant la juge d'application des peines pour sa demande d'aménagement de peine. La tension apparaît quand il exprime avoir « peur de sortir ». Il explique avoir de nombreuses démarches à faire, pour sa réinsertion sociale, et que cela génère beaucoup d'angoisse. Il s'appuie sur l'accompagnement avec la Mission Locale Jeunes qui lui fournit des repères et des échéances qu'il me détaille. Je prends la mesure de sa désocialisation et de sa précarité à son entrée en détention.

Je lui propose de « préparer » l'audience, c'est - à - dire d'échanger sur les faits, sa détention et son projet de sortie mais il refuse catégoriquement : « c'est comme un jugement, je connais bien ». Il me

confie qu'il refusera de parler des faits pour lesquels il a été condamné, qui appartiennent, pour lui, au passé. Il veut parler d'avenir.

Il se montre très fermé, peu loquace. Pourtant, en fin d'entretien, alors que je me lève, il reste assis et ajoute que l'intervenante de la Mission Locale Jeunes lui a proposé de le voir toutes les semaines avant l'audience. Il précise de manière appuyée qu'il a accepté. Il me faut quelques secondes, pendant lesquelles il reste immobile, tête baissée, pour comprendre. Je lui propose de le voir également toutes les semaines, s'il cela pourrait l'aider. Immédiatement, il lève la tête : « si vous me proposiez 10 rendez – vous, je les prendrais tous ».

Si d'un premier abord, je me questionne sur la création du lien thérapeutique, je ressens dans certaines attitudes de Salah l'étayage qu'il y trouve. Il aspire, attire dans un lien anaclitique très fort.

Pendant ce mois d'entretiens hebdomadaires, Salah va évoquer sa famille. Il dessine les contours d'un contexte familial douloureux et complexe. Il veut sortir pour s'occuper de son petit frère. Comme il l'avait déjà abordé, il explique que son petit frère est malade « à cause de lui ». Il m'apprend qu'il a également deux grandes sœurs, qui ont été émancipées à 16 ans et avec lesquelles il n'a donc pas grandi. Il n'a plus aucun contact avec l'aînée. Il voit encore un peu la cadette. Dans son enfance, il a été placé en foyer, avec son petit frère. Ensuite, il a fait des « conneries » et il a entamé un parcours judiciaire « gardes à vue, CER, CEF... ». C'est à ce moment – là que son frère est tombé « malade » : « il a été hospitalisé, un genre de dépression, avec des troubles du comportement. Je lui ai manqué, c'est ma faute ». Dans ce contexte empreint d'une forte culpabilité, Salah exige que son aménagement de peine soit assorti de permissions de sortir tous les week – end pour se rendre dans sa famille.

Il se montre de plus en plus tendu, ce qui se traduit dans sa posture et ses mimiques. Son visage est constamment fermé et il se tient très raide sur sa chaise.

Deux semaines à peine avant l'audience devant la juge, il insulte et menace une surveillante du centre de détention. Il se présente en entretien en expliquant immédiatement que l'incident réduit toutes ses chances de sortir à néant.

Je lui explique que je ne suis pas informée des incidents et lui demande donc de m'expliquer ce qu'il s'est passé. Il me parle de la surveillante, qui n'est habituellement pas sur son bâtiment. Comme une justification, il précise que tous les détenus du centre de détention rencontrent des problèmes avec cette surveillante et qu'ils vont faire une pétition pour le soutenir. Je lui demande alors de préciser en quoi cette surveillante n'est pas correcte. Il rapporte des gestes du quotidien (l'ouverture de porte, la distribution des repas) réalisés de manière mécanique, sans considération. Il ajoute : « ce jour – là, j'en pouvais plus, ça fait trop longtemps qu'elle fait ça ». À la fermeture, alors qu'elle ne répondait pas à

ses questions, se moquant de lui devant ses collègues surveillants, il a « craqué » : « j'ai dit que j'allais la gifler ». Un autre détenu s'est interposé, sans quoi, Salah reconnaît qu'il serait passé à l'acte. Il enfonce le clou : « elle, il va lui arriver un truc sale ».

Je le ramène à lui, à sa situation, à son passage devant la juge et à cet incident, le premier qu'il ait depuis son arrivée sur l'établissement. Sa réponse confirme mon intuition : « de toute façon, je m'en fous de l'aménagement de peine. Dedans, dehors, c'est pareil ». Je le provoque un peu, en lui disant que je le sens presque soulagé. Piqué, il réplique : « soulagé de ne pas sortir ? Non ! Pour moi, c'est sortir en semi – liberté et me réinsérer ou aller en fin de peine et remettre la cagoule. » Totalement fermé, il me dit que si l'aménagement de peine est refusé, il ira en fin de peine, « sans plus voir personne ».

Je l'interroge sur ce que représente la réinsertion pour lui. En premier lieu, il parle de réinsertion sociale : « faire ses papiers, la sécu, les impôts... ». Mais surtout, il relie la réinsertion à la dynamique familiale : « il y a pas mal de choses à régler, c'est pas rigolo ma famille. » Il associe sur les différents suivis qu'il a sollicité avec les différentes professionnelles : la Mission Locale Jeunes, sa CPIP et moi – même. Je pense que nous sommes toutes des femmes mais Salah enchaîne déjà sur les interruptions qui ont marqué l'accompagnement avec la Mission Locale : « à chaque fois que ça allait pas assez vite, j'arrêtais d'aller aux rendez – vous. Mais à chaque fois, c'était plus fort que moi, j'ai toujours réécrit. » Je pointe qu'il a aussi interrompu le suivi psychologique. Il sourit et répond qu'en fait, il ne savait pas vraiment ce qu'apportait un psychologue. Il a réécrit car « les autres [détenus] m'ont expliqué ». Je lui demande ce qu'il en a compris ou ce qui lui a parlé dans leurs explications : « ils m'ont dit que ça faisait du bien de parler. Pour moi, c'est bien. Je fais le point sur ma situation, de voir où on en est, ce qu'on peut faire ».

Je souligne que depuis plusieurs semaines, il n'y a plus de ruptures dans ces suivis. Il répond, très sérieusement : « en vrai, c'était pas des ruptures. C'était des interruptions mais jamais des ruptures. » Je lui rappelle que quel que soit son choix sur la poursuite de son projet de sortie en aménagement de peine, je serais là, s'il le souhaite. Je lui propose donc un prochain entretien, selon la fréquence établie ensemble. Il prend le post – it portant le rendez – vous et sort sans répondre.

J'apprendrais quelques jours plus tard qu'il a refusé de se rendre à son dernier rendez – vous avec la Mission Locale Jeunes avant l'audience devant la juge. L'intervenante s'est déplacée en bâtiment d'hébergement (les rendez – vous ont habituellement lieu au parloir avocat) où elle a pu le rencontrer. Je remarque l'implication de cette professionnelle, ainsi que celle du SPIP auprès de Salah.

L'audience devant la juge d'application des peines passe. Salah n'en dira presque rien, si ce n'est une description très opératoire.

Cette audience devant la juge a visiblement remobilisé ses pensées autour des faits pour lesquels il a été condamné. Il l'aborde par la question des parties civiles. En effet, Salah indemnise les parties civiles depuis quelques mois seulement. Il parle d'un déclic : « c'est quand j'ai compris que c'était pas l'argent l'important, c'était le geste. Parce que je les ai traumatisé à vie. » Je lui propose le terme « réparer », il acquiesce même s'il précise : « oui, réparer. Même si je pourrais jamais. » Il a été marqué par l'attitude des victimes lors de son procès. Bien que s'étant tenu plusieurs années après les faits, les victimes sont apparues gravement traumatisées.

Salah me dit qu'il ne s'était pas rendu compte de la gravité des faits, « on est allé pour l'argent. Il devait y avoir personne. Mais ils étaient là. Alors, on les a ficelés. Il y avait des armes. » Il parle par phrases courtes mais je sens le poids de chacune se déposer en moi. Je sens l'angoisse monter, me donnant des crampes d'estomac. En baissant la tête, il ajoute : « maintenant, je comprends pourquoi c'est interdit. Je sais pas jusqu'où je serais allé ». Il dit qu'il aurait aimé parler aux victimes, demander pardon mais il n'a pas réussi.

Il associe sur son adolescence et son entrée dans la délinquance : « on nous a appris que l'argent fait tout. » Il secoue la tête, dit qu'il ne veut plus de tout ça, qu'il attend la réponse de la juge, sa sortie pour se reconstruire. Alors, il ne parlera plus à personne, n'écouterà plus personne. Ses paroles sont dures, sur un ton déterminé : « il faut être comme ça, comme un chien, sans race. »

Les entretiens suivants seront très courts, Salah expliquant que dans l'attente de la réponse de la juge, il n'a rien à dire. Pourtant, il se présente toutes les semaines, à l'heure. Il a demandé une permission de sortir, pour aller un week – end dans sa famille, avant sa sortie en aménagement de peine, si elle était acceptée.

Quelques jours plus tard, je croise sa CPIP et l'intervenante Mission Locale Jeunes qui se rendent en détention. Elles m'apprennent que Salah est bien sorti en permission de sortir, mais qu'il a été arrêté et placé en garde à vue, pour conduite sans permis et conduite en état alcoolique. Une audience en comparution immédiate est prévue le jour-même. Elles prévoient de le voir dès son retour sur l'établissement. Je leur demande de transmettre à Salah que je peux également le recevoir, s'il le souhaite, dans l'après – midi. Effectivement, quelques heures plus tard, sa CPIP m'appelle pour me confirmer qu'il souhaite me voir. Elle m'apprend qu'il a été condamné à 4 mois de prison ferme et que son aménagement de peine est, en conséquence, refusé.

Salah arrive à l'unité sanitaire le visage fermé, les mâchoires contractées et une cigarette à la bouche. Je suis surprise que la surveillante de l'USN1 n'intervienne pas (il est interdit de fumer dans l'unité sanitaire). Sans l'éteindre, il pose sa cigarette sur un rebord dans le couloir avant d'entrer dans mon bureau.

Sans préambule, il explique que la permission de sortir a été trop dure. À son arrivée chez lui, il a trouvé un appartement vide. Malgré 4 années d'absence, personne ne l'attendait. Il secoue la tête. Il répète de nouveau qu'il souhaite arrêter « tous les suivis ». Je lui répète à mon tour que le suivi psychologique n'est pas conditionné à sa préparation à la sortie mais il secoue la tête de plus en plus vigoureusement. Il finit par crier : « si vous voulez savoir, je ne veux pas sortir ! Je suis bien ici ! » Il se met à taper du pied par terre, la tête détournée. Il dit qu'il préfère sortir du bureau, se lève sans attendre ma réponse et sort en laissant la porte grande ouverte. Je le suis mais les mots ne viennent pas. Je le vois récupérer sa cigarette et sortir du service. Je croise le regard de la surveillante qui reste également sans mots devant lui.

Le lendemain, il écrit un courrier demandant à être reçu le jour même, en urgence. Je suis absente ce jour – là et ne prends donc connaissance de son courrier que le jour suivant. Je le fais appeler dans l'après - midi.

Il arrive très tendu. Après quelques secondes de silence, il m'explique qu'il veut être seul en cellule, qu'il ne peut supporter personne en ce moment. Il a fait une demande de travail, toujours pour être occupé et « ne pas penser ». J'écarte rapidement les demandes d'intervention sur le placement en cellule et le travail, qui ne sont pas de mon ressort, et l'interroge sur son besoin d'être seul. Il me dit qu'il sent qu'il va « craquer ». Je lui demande de préciser : « je sais pas, sur un surveillant, sur un autre détenu...je vais craquer ». Il associe sur la permission de sortir et me fait le récit de ce qu'il s'est passé. Après être rentré dans sa famille et avoir trouvé l'appartement vide, il est parti pour trouver un ami. Il s'est perdu. Il a tourné en rond dans la ville et c'est là qu'il a croisé une patrouille de police. « J'aurai pu partir en courant, mais je l'ai pas fait ». Il explique que depuis cette permission, il ne dort plus. Il ajoute : « je m'en veux tellement que j'ai envie de détruire tout ce qu'il y a autour de moi ». Il exprime le souhait d'être contenu et cherche une solution dans la réalité. Je lui demande si le secteur « fermé » en détention pourrait l'aider mais il refuse : « pour me punir moi – même ? Je me suis déjà assez puni. » Je lui propose de parler à l'officier de son bâtiment pour le changement de cellule mais il secoue la tête : « j'ai essayé mais il comprend rien. J'aime pas leur parler, à eux ». Il reste immobile, silencieux, la tête baissée. Je réfléchis, cherche une solution comme s'il m'était impossible de ne pas intervenir face à son désarroi. Je lui propose de contacter sa CPIP. Il ferme les yeux : « vous pouvez essayer de faire tout ce que vous pouvez ? ».

Il demande de maintenir le rythme hebdomadaire du suivi psychologique, ce que j'accepte.

J'appelle sa CPIP plus tard dans la journée. Elle est très au fait de sa situation et m'informe qu'elle a déjà envoyé un mail aux personnes concernées pour appuyer sa demande de travail. Elle propose tout de même d'en renvoyer un, en ajoutant qu'elle a été contactée par le service médical pour appuyer aussi la demande. Elle propose de me tenir informée de l'avancée des démarches de Salah. Elle ajoute : « c'est bien qu'il vous voit ». Je ressens que nous sommes toutes deux plutôt soulagées de ne pas être seules à nous (pré)occuper de lui.

Salah va venir très régulièrement aux entretiens pendant plusieurs semaines. Je relève qu'il porte des t-shirts de groupe de rap aux messages très violents et lui en fait la remarque, un jour que son t-shirt affiche : « si tu me parles mal devant, je te pisse dessus ». Sans rien dire, il se retourne et je découvre l'inscription au dos : « si tu me parles mal derrière, je te chie dessus ». Il commente : « c'est pour qu'on me laisse tranquille ». Je lui demande si c'est efficace, ce qui lui arrache un sourire : « plutôt oui ».

Il se détend au fil des semaines. Il est changé de bâtiment et a obtenu un travail, grâce notamment au soutien indéfectible de sa CPIP. Il a finalement accepté d'attendre quelques mois et de déposer une nouvelle demande d'aménagement de peine.

Il me parle de sa compagne, ou ex – compagne, je n'arrive plus à suivre l'évolution de leur relation. Elle devait venir au parloir hier mais il a eu un « fantôme » (signifiant que malgré la réservation du parloir, le visiteur ne s'est pas présenté). Depuis, il n'a aucune nouvelle. Je l'interroge sur ce que cela lui fait et il cherche ses mots pendant de longues secondes : « j'ai été frappé à la tête avec une barre de fer. On m'a planté un couteau dans le dos. Mais c'est ça qui fait le plus mal ». Il m'indique qu'ils se sont disputés il y a quelques jours, au téléphone. Depuis, elle ne répond plus. Il dit que c'est sa seule confidente, la seule qui vient le voir au parloir depuis toutes ses années. Sur un ton suppliant, il me demande si je peux l'appeler pour savoir si elle va bien. De nouveau, je lui rappelle les limites de mon travail et le renvoie vers sa CPIP, qui peut, elle, contacter les proches.

Il ajoute qu'il a appris qu'un ami s'était fait tirer dessus. Il est à l'hôpital, le pronostic vital est engagé. Il ajoute doucement : « il est entre la vie et la mort ».

À cette période de sa détention, Salah ne se rend plus ni au sport, ni à la musculation. Il dit rester en cellule, tout seul, toute la journée. Il ne rend plus aux rendez – vous avec la Mission Locale Jeunes. Il ne se rend pas non plus à un rendez - vous avec sa CPIP.

Je remarque la désolation qui envahit sa vie sociale extérieure et qu'il organise dans sa vie à l'intérieur. Il me confirme qu'il va couper « tous les ponts » avec l'extérieur, seul moyen pour lui de « tenir », se contenir, jusqu'au prochain aménagement de peine.

Après plusieurs semaines, je lui propose d'espacer les entretiens à tous les 15 jours. Il accepte. Pourtant, il est absent au rendez – vous suivant. Il m'envoie alors un courrier pour me demander à repasser au rythme hebdomadaire : « 15 jours, c'est trop long ! ».

Dès que je le revois, ses premières paroles sont : « j'ai eu un CRI pour insultes sur surveillant. » Je ressens instantanément un vague sentiment de culpabilité, comme si l'incident était une réaction à l'espacement des rendez – vous, à un abandon de ma part. Dès que je l'informe d'avoir bien reçu son courrier et accepter de revenir au rythme hebdomadaire, il chasse la question de l'incident très rapidement. « Je ne parlais pas au surveillant, j'irai pas à la commission de discipline, ça me concerne pas. »

Il me dit qu'il ne travaille plus aux ateliers, que le travail ne lui plaisait pas. Il observe ma réaction et ajoute : « mais j'ai démissionné, hein, j'ai pas attendu qu'ils me virent ! ». Il a demandé à changer de poste, ce qui a été accepté. Il a écrit pour augmenter ses versements aux parties civiles. Il a réécrit au SPIP et à la Mission Locale Jeunes. Je suis assez surprise de toutes les démarches qu'il a engagées. Je le questionne sur son projet. Il explique qu'après avoir réfléchi, il ne souhaite plus se rapprocher de sa famille. Il préfère penser à lui et donc, construire son projet ici. Il me dit que l'intervenante Mission Locale Jeunes pourra intervenir au quartier de semi – liberté, qu'ils pourront donc poursuivre l'accompagnement. Il sourit : « depuis le début, elle m'a jamais lâché ». Sa CPIP va également demander à poursuivre l'accompagnement sur le quartier de semi – liberté. Je sens son regard interrogateur peser sur moi. Je lui indique que les personnes incarcérées au quartier de semi – liberté relèvent du droit commun et donc, pour les soins, du Centre Médico – Psychologique de secteur. Il ne répond rien mais j'ai de nouveau l'impression de l'abandonner. Je lui propose que le temps venu, nous contactions ensemble le CMP pour prendre rendez – vous. Il accepte.

Au fil des mois, Salah s'ouvre de plus en plus. Les échanges se font plus fluides et parfois, il parle spontanément.

Il engage peu à peu une pensée réflexive. La préparation du débat contradictoire, cette fois, le confronte à ses choix de vie, ses positionnements et ses attitudes.

Sa CPIP lui a dit qu'il fallait qu'il ait confiance en lui et lui a demandé de trouver 5 qualités et 5 défauts. Cette demande l'a déstabilisé et il m'amène ses réflexions. Il pense se faire confiance, puisque pour lui, il a toujours fait les bons choix. Mais, il se trouve dans l'incapacité de se trouver des qualités. Je l'amène à réfléchir à ce que ses proches disent de lui. Il rit : « C'est facile : con, méchant, égoïste et pathétique ». Il trouve plus facile de réfléchir aux défauts. Il se décrit comme très méfiant et têtu. Pour les qualités, il nous faut chercher longuement, pour qu'il dise, du bout des lèvres : « j'assume les conséquences de mes actes et je compte que sur moi – même ». Sans lever la tête, il ajoute que sa CPIP

lui a dit qu'il fallait qu'il commence à s'aimer. Il me dit qu'il a beaucoup réfléchi à l'amour ces dernières semaines. Je lui demande s'il a déjà été amoureux et, encore une fois, sa réponse me surprend : « si aimer c'est faire souffrir les autres, alors oui, j'ai aimé. J'arrête pas de faire souffrir les gens que j'aime ». Péniblement, il m'explique la difficulté que représente pour lui le fait d'être en lien avec une autre personne, de comprendre ce que l'autre attend ou veut. Je le sens fragile dans ses silences, son regard fuyant et son sourire timide.

Il remarque à voix haute que c'est la première fois qu'il s'ouvre autant à des professionnels, que ce soit la CPIP, la Mission Locale Jeunes ou moi. Il s'interroge si c'est une bonne chose et avant que j'intervienne, il répond que c'est bien parce que c'est le signe qu'il commence à faire confiance aux autres.

Salah obtient son aménagement de peine. Je suis assez perplexe, partagée entre le fait qu'une sortie de prison m'apparaisse toujours comme quelque chose de positif et l'impression de fragilité que j'ai sentie en lui. Le dernier entretien avant sa sortie est très rapide. Nous appelons comme convenu le CMP, Salah refuse de parler, je prends le rendez – vous pour lui. Tout l'entretien, Salah reste très silencieux et évite mon regard. Je suis mal à l'aise, je ne trouve pas les mots, nous nous disons à peine « au revoir », je garde l'impression d'avoir « raté » ce dernier rendez – vous.

Par mes collègues de l'hôpital, j'apprends qu'il s'est rendu au rendez – vous au CMP. Lors de cet entretien d'accueil, Salah a mis en avant son obligation de soin et n'a pas explicité sa demande de suivi. En conséquence, il ne lui a pas été proposé de rencontrer un psychologue.

Je le croise quelques jours plus tard, en fin de journée. En effet, le quartier de semi – liberté est implanté à côté du parking du centre pénitentiaire. Nous nous rencontrons alors qu'il rentre au quartier de semi – liberté et que je me rends à ma voiture, garée sur le parking. Il vient me saluer et m'explique que la sortie est difficile pour lui. Les relations sont conflictuelles avec les surveillants, qui adoptent, d'après lui, une attitude provocatrice. Je lui demande qu'elle attitude il adopte, lui, et il me répond par un sourire. Lors de cet échange, je sens une légère odeur d'alcool. Il reconnaît boire « quelques bières » mais assure faire attention à ne pas s'enivrer. Il m'informe que l'intervenante de la Mission Locale Jeunes a eu un accident et qu'elle a un long arrêt de travail. Il perd son sourire. De lourds silences ponctuent son discours, pendant lesquels il baisse la tête. La contrainte de l'heure de retour au quartier de semi – liberté met fin à notre entrevue. Je le regarde s'éloigner en direction du bâtiment de la semi – liberté où un surveillant l'attend. Sa démarche s'assure, ses poings se ferment.

Je me sens toujours concernée par sa situation, comme s'il n'était pas vraiment sorti de détention, comme s'il était encore un de mes patients. Le lendemain, je contacte sa CPIP pour lui demander comment se déroule la mesure d'aménagement de peine. Sans surprise, elle me répond que c'est très compliqué, avec des rapports négatifs des surveillants. De plus, Salah lui a confié des activités illégales, ce qui la met en grande difficulté dans sa pratique. Il lui a récemment écrit qu'il voulait rentrer en détention, ce à quoi elle s'oppose. Elle a renforcé son accompagnement et le rencontre toutes les semaines.

Quelques jours plus tard, je reçois un courrier de Salah, dans lequel il demande à me voir de manière urgente. Les éléments des dernières semaines, notamment la consommation d'alcool, le fait qu'il n'ait pas de suivi psychologique au CMP, les difficultés qu'il rencontre dans son aménagement de peine m'amènent à présenter et soutenir cette demande auprès de mon chef de service. Après avoir pris contact avec l'administration pénitentiaire, j'obtiens l'autorisation de le rencontrer une fois sur le quartier de semi – liberté, avec l'objectif de l'orienter vers le CMP pour une prise en charge psychologique.

Il commence l'entretien en me demandant des nouvelles de deux personnes incarcérées au centre de détention, qu'il connaît bien et qui ont eu une altercation violente deux jours plus tôt. Je ne peux pas répondre à ses questions et il le sait. Je le ramène sur la question de la violence. Il hoche la tête : « ça arrive, la violence ». Il associe rapidement : « ça m'est arrivé, à moi ». Il me raconte alors une bagarre au cours de laquelle, il a été blessé par arme blanche. Il me montre sa cicatrice, au niveau du thorax : « ça a transpercé le poumon. J'ai failli mourir ». Je pose quelques questions sur cet épisode mais il élude rapidement. Il me dit que son passé le rattrape et que ça l'empêche de dormir. De nouveau, Salah fait des déclarations à demi – mots, m'amenant à tâtonner pour essayer de comprendre. Je lui demande si le passé le rattrape dans ses pensées ou dans la réalité. Il confirme qu'il parle de la réalité. J'avance avec précaution : « nous venons de parler de violences, vous me dites que votre passé vous rattrape. Vous avez croisé des gens, reçu des menaces ? » Il éclate de rire : « vous n'avez aucune raison de vous inquiéter pour moi », ce qui ne me rassure pas du tout. Je sens que malgré son courrier d'appel au secours, il me tient à distance. Il me demande ensuite si sa CPIP m'a parlé, « de ce qu'['il fait] dehors. » Je comprends que la frontière entre ce qu'il peut dire, ne pas dire et à qui, n'est pas claire pour lui. Je lui rappelle les contours de mon secret professionnel mais il reste sur la réserve. Il explique qu'il a rencontré des personnes et qu'il a besoin d'argent. Je suis étonnée, il n'est pas originaire de la région et c'est pour cette raison qu'il avait souhaité sortir dans cette ville. Désabusé, il me répond qu'il ne connaissait personne en sortant mais « pour faire ça, ça va vite ». Après quelques secondes de réflexion, il me dit « c'est pas une question de où tu sors, c'est une question de choix, de ce que tu

veux faire ». Il me dit qu'il regrette d'être venu en semi – liberté, qu'il aurait dû finir sa peine en détention. Il est l'heure de mettre fin à l'entretien, je l'encourage à reprendre contact avec le CMP mais il secoue la tête. Il sort en me demandant de saluer pour lui les deux personnes incarcérées dont il a parlé en début d'entretien. Presque agressivement, il me demande : « c'est pas interdit, ça ? ».

La semaine suivante, il est accusé de vol de voiture et violences sur une personne incarcérée au quartier de semi – liberté. Il est convoqué chez la juge d'application des peines. La CPIP me confirme que la juge va suspendre l'aménagement de peine, qui sera révoqué lors d'une audience dans les jours qui suivent. Salah est réincarcéré au centre pénitentiaire.

Les infirmiers du service rencontrent Salah au quartier arrivant, dès son retour à l'établissement. À ma demande, ils lui transmettent une proposition de rendez – vous le jour même. Les infirmiers reviennent au service et m'informent qu'il accepte l'entretien. Ils sont étonnés de ma démarche, inhabituelle, en expliquant qu'ils l'ont reçu et qu'il va « très bien ».

L'entretien sera court. La situation ne se prête évidemment pas à une pensée réflexive ou à une élaboration de ce qu'il s'est passé. Je l'ai pensé comme signifiant ma présence à ses côtés, révélatrice de l'attention que je porte à sa situation. Salah se présente tendu, agité au niveau moteur. Ses premières paroles concernent principalement les démarches à effectuer pour « s'installer » dans sa détention : récupérer son compte téléphonique pour pouvoir appeler, récupérer ses affaires restées en cellule au quartier de semi – liberté. Je lui laisse quelques minutes, pendant lesquelles il semble rassembler ses idées. Il se montre aussi en maîtrise de cette situation qu'il connaît bien et peut – être, le rassure. Une fois ces questionnements mis de côté, il me regarde enfin : « ils m'ont ramené ici, hein ?! ». Il hoche la tête plusieurs fois. Il parle des faits dont il est accusé, s'en défend. J'apprends qu'il a été dénoncé. Il parle des rapports négatifs des surveillants, des dénonciations des autres détenus du quartier de semi – liberté. Il est décrit comme un caïd, ce qui le met hors de lui : « ils ne savent pas ce que c'est un caïd ». Je lui demande ce que c'est, pour lui, et il me répond en hurlant : « c'est beaucoup de sang et beaucoup de larmes ! ». Il met fin à l'entretien en expliquant que si son aménagement de peine était révoqué, il irait en fin de peine sans plus voir personne. Il sort sans se retourner, sans fixer de nouveau rendez – vous.

Il s'écoule quelques semaines sans nouvelle de Salah. Par l'équipe et par le SPIP, j'apprends que l'aménagement de peine est révoqué. Il sera affecté en maison d'arrêt pour finir sa peine. En raison des révélations qu'il lui a faites, sa CPIP a demandé à ce que son dossier soit réaffecté.

À son arrivée en maison d'arrêt, Salah m'écrit pour demander la reprise du suivi.

Il décrit les premières semaines comme difficiles, mais il s'est habitué : « dedans, dehors, pour moi, c'est pareil. » Pourtant, il mène sa détention de manière bien différente. Au centre de détention, il ne s'était inscrit dans aucun projet, se contenant de se rendre aux activités sportives. Désormais, il mène sa détention de manière très organisée. Il a fait plusieurs demandes de travail, il vise un poste particulier mais connaît les étapes par lesquelles il lui faudra passer (notamment plusieurs semaines d'attente, avant les ateliers de production qu'il exècre, avant, peut – être, d'obtenir son poste) et semble prêt à les affronter. En attendant, il s'est inscrit au service scolaire pour passer son certificat de formation générale. Il va, bien sûr, se rendre en musculation et au sport. Il m'indique qu'il n'aura plus aucun parloir, mais n'évoque ni sa famille, ni sa petite amie. Il ne souhaite pas revenir sur ce qu'il s'est passé en semi – liberté, se contentant de dire qu'il n'aurait jamais dû demander d'aménagement de peine. Il parle brièvement du changement de SPIP : « J'ai cassé ma SPIP ». Il comprend sa demande de réaffectation et ajoute : « je ne pouvais pas lui mentir à elle ». Il a été jugé en comparution immédiate pour les faits et condamné à plusieurs mois de prison ferme. Il remarque : « c'est un truc de fou. C'est pour ça que je fais tout ça, pour pas penser. »

Au fil des mois, Salah obtient son certificat de formation générale. Il accède au travail et après de longs mois, il parvient à obtenir le poste demandé. Il pratique quotidiennement la musculation. Sa carrure est encore plus impressionnante et, quand je lui en fais la remarque, il répond, décontenancé : « je suis tellement musclé que j'arrive plus à me frotter le dos sous la douche ».

Le suivi psychologique s'installe dans la continuité. Il n'y aura plus de rupture ou de menace de fin de suivi. Salah parle plus facilement, une forme de chaleur affective s'installe dans le lien thérapeutique.

Il exprimera à plusieurs reprises son souhait farouche de « s'en sortir », de « faire les choses comme il faut ». Il reconnaît que « c'est trop dur pour [lui] », en raison principalement de son lourd casier judiciaire « je suis un pur produit de la justice ».

Il pourra dire qu'au cours de son aménagement de peine, il a senti le regard de ses interlocuteurs sur lui : « ils avaient peur de moi, au CMP, à la Mission Locale... » et il s'interroge sur ce qui, chez lui, génère cette peur : « ma carrure ? mes cicatrices ? ». Je remarque qu'il sourit assez peu aussi et sa réponse fuse : « ma vie à moi, elle me donne pas envie de sourire ». Il parle de son parcours dans les différentes institutions judiciaires et de sa vie dans la précarité. Il regrettera de ne pas avoir eu « une vie normale » : école, diplôme, travail...

Peu à peu, mes questions trouvent des réponses, et non plus des silences ou des phrases évasives. Il reprendra son parcours, liant cette enfance difficile avec son parcours judiciaire. Il a été présenté pour la première fois devant un juge à l'âge de 12 ans. Je devrais lui poser plusieurs questions pour

comprendre que c'était alors pour une mesure de protection. Il a été placé en foyer mais refuse d'en donner les motifs : « c'est bon, c'est pas grave, j'ai pardonné ». Je répète pensivement le « pas grave » et questionne : « vous faire du mal, c'est pas grave ? ». Il secoue la tête « c'est pas ça. Faut aller de l'avant et pas regarder en arrière, ça fait trop mal de penser au passé ». Il me parlera pour la première fois de son père, de son alcoolisme et de sa violence et du soulagement qu'il a ressenti quand son père est parti. Il m'indique que son père a essayé de le recontacter à plusieurs reprises mais qu'il a toujours refusé de lui parler.

Il pourra aussi aborder la question des liens qu'il a créé avec les professionnels. Il a écrit à l'intervenante Mission Locale de la prison et l'a revue : « elle me suit depuis le début ». Je lui demande si son absence lors de l'aménagement de peine l'avait affecté mais il nie : « elle a toujours été là. Même quand elle était pas là, elle était là ». Elle a proposé de continuer l'accompagnement. Il me dit qu'il va voir ce qu'elle a « à lui reprocher ». Il se reprend : « à me proposer ». Ce lapsus nous permettra de reprendre l'échec de la semi – liberté et de la culpabilité qu'il peut ressentir envers les intervenants qui l'ont accompagné. Il dira avoir brisé sa confiance. Je le questionne sur ce qu'il pense faire et il répond : « même si je répare, on verra où c'était cassé ». Tout ce qu'il pense pouvoir faire « c'est aller de l'avant, recommencer sans faire les mêmes erreurs ».

Salah terminera sa peine sans plus demander d'aménagement de peine ou de permission de sortir. Il poursuivra très régulièrement l'accompagnement avec la Mission Locale Jeunes et le suivi psychologique jusqu'à sa sortie de détention. Il dira que la prison lui aura servi à ça : se reconstruire auprès des professionnels, dans des suivis qu'il n'aurait pas mis en place à l'extérieur.

1.2.2. Le suivi de Thomas

Thomas est incarcéré à la maison d'arrêt depuis déjà plusieurs années. J'entends très souvent parler de lui en relève infirmière, d'une part car il est très souvent placé au quartier disciplinaire et d'autre part parce que les très nombreux incidents dans lesquels il est impliqué entraînent des blessures nécessitant des soins. Il est impliqué dans des bagarres, escalade souvent les grillages pourtant pourvus de barbelés de la cour de promenade et se retrouve souvent maîtrisé physiquement par le personnel de surveillance. Il est peu « demandeur » envers le service, ne venant que lorsque c'est nécessaire.

Mes autres patients me parlent régulièrement de lui, parce qu'il est jeune, incarcéré depuis longtemps et impliqué dans la grande majorité des incidents disciplinaires. Il semble être connu et apprécié de tous, il est affectueusement surnommé « le petit Thomas ».

Je le croise plusieurs fois dans le service. Lors des placements au quartier disciplinaire, les personnes détenues arrivent dans l'unité sanitaire escortées par les surveillants pénitentiaires, ce qui ne passe jamais inaperçu. Son attitude désinvolte détonne avec le sérieux et la gravité des surveillants de cette escorte. Il est souvent insolent et moqueur envers eux.

Thomas me paraît très jeune, il est de taille moyenne et de corpulence plutôt fine. Il a les cheveux coupés courts, habillé en survêtement. Je remarque surtout son regard qui parcourt son environnement sans jamais se poser plus de quelques secondes et de son agitation motrice permanente.

Il fera une demande de suivi psychologique par le circuit « classique ». Je lui proposerai plusieurs rendez-vous mais il ne se présentera à aucun. À plusieurs reprises, lorsque je croise Thomas dans le couloir, je m'arrête pour lui dire « bonjour » mais il passe devant moi sans s'arrêter. Pourtant, régulièrement, il réécrit. Peu à peu, il semble me reconnaître, s'arrête dans le couloir pour me répondre quand je le salue mais il reste difficile d'échanger avec lui dans le couloir où il y a de nombreuses sollicitations : autres patients avec qui il part discuter, circulation des différents professionnels qu'il interpelle... Il peut échanger pendant plusieurs minutes puis, subitement « laisser en plan » pour aller parler à une autre personne. Inlassablement, à chaque demande de sa part, j'applique mon dispositif face aux absences même s'il me semble perdre de son sens avec ce patient que je n'ai encore jamais vu dans mon bureau.

Un jour qu'il est en salle de soin, l'infirmière vient me voir et me propose d'aller lui parler pendant qu'elle lui fait ses soins. Je me présente à la salle de soin et il accepte d'échanger. Je me place à côté de lui, pendant que de l'autre côté, l'infirmière désinfecte les griffures dues au barbelé et lui applique un pansement. Je suis surprise par son calme. Il regarde les gestes de l'infirmière avec attention. Je me présente, lui parle de ses nombreux courriers. Il explique qu'il a une obligation de soin. Il veut mettre en place un suivi mais oublie à chaque fois les rendez-vous. Je lui demande comment se passe sa détention et il hausse les épaules : « tout se passe bien ! ». Je lui fais la remarque que je le croise souvent dans le service, qu'il est souvent blessé mais de même, il hausse les épaules : « c'est rien, ça ». L'infirmière reprend qu'effectivement, elle le voit souvent et qu'il devrait apprendre à prendre soin de lui. Il sourit en nous regardant à tour de rôle. Les soins sont terminés, il se lève pour sortir et m'assure qu'il va réécrire, ce qu'il fait quelques jours plus tard. Je veille à lui envoyer rapidement un rendez-vous, avec une date de rendez-vous proche également.

L'infirmière me dit qu'elle le voit très souvent au quartier disciplinaire et que « rien n'a de prise sur lui. » Elle le soigne souvent aussi, pour des petits « bobos » et au fil des mois, il a pu se poser un peu avec elle et tisser un lien.

Le jour du rendez – vous, je suis à mon bureau occupée à des tâches administratives. Je ne m’attends pas à ce qu’il se présente et son arrivée me surprend. J’ouvre son dossier : une année s’est écoulée depuis son premier courrier.

Thomas s’installe sur la chaise en face de moi. Il ne s’appuie pas contre le mur, ne s’accoude pas au bureau. Il s’assoit au bord de sa chaise comme prêt à partir à tout instant.

Il a été transféré de la maison d’arrêt au centre de détention de l’établissement il y a 1 an. Cela fait 8 mois qu’il est en secteur fermé, le plus strict du centre de détention, à la suite d’un grave incident, pour lequel des poursuites judiciaires ont été engagées. Je me remémore cette bagarre particulièrement violente : deux détenus ont frappé un troisième détenu, lui sautant sur la tête à pieds joints. La victime, dans le coma, avait été évacuée en urgence vers l’hôpital. Le jugement est prévu le mois prochain. Il se dit innocent : « j’ai rien à voir, ils ont pas de preuve ».

La situation carcérale et judiciaire occupe la totalité de ce premier entretien. Il est âgé de 21 ans et il est incarcéré depuis 3 ans. Il avait déjà été incarcéré en tant que mineur, pendant 8 mois. Sur cette incarcération, toutes ses demandes de travail et de formation sont rejetées en raison de son comportement. Il s’est donc inscrit à l’école pour préparer le brevet des collèges. Il participe au sport et se rend régulièrement en musculation.

Sa date de sortie est dans 5 ans. Il aura droit aux permissions de sortir l’année prochaine. Il est originaire de la région. Ses parents sont séparés et il est l’aîné d’une fratrie de 4 garçons. Il a des parloirs réguliers avec sa famille. Rapidement, il dira que sa mère s’est récemment vu diagnostiquer un cancer. Sa famille ne lui donne pas trop d’information, il n’en sait pas plus.

Il demande un accompagnement de sa détention. Du bout des lèvres, il dit ne pas avoir encore eu « le temps de penser » depuis le début de son incarcération : « la maison d’arrêt, ça va vite ». Depuis son affectation au centre de détention, il a envie de faire des projets et surtout, des projets de sortie.

Après ce premier entretien, le suivi se mettra en place tous les 15 jours. Il est ponctué par les nombreuses absences de Thomas. Les entretiens s’en trouvent répétitifs, opératoires, toujours autour de son quotidien en détention. Pourtant, il vient et le suivi ne s’interrompt pas car il n’est jamais absent deux fois de suite.

Je le croise quelques jours après l’une de ces absences. Nous sommes dans l’escalier de l’unité sanitaire, j’en sors alors qu’il entre. Il paraît calme, presque triste. Il m’explique que sa demande de permission de sortir a été rejetée. Cette fois, il ne se disperse pas, il est présent dans notre échange. Il ne regarde pas autour de lui, ne s’agite pas. La permission de sortir devait lui permettre d’aller voir sa mère, malade. Il me dit avoir fourni le certificat médical indiquant que le pronostic vital de sa mère est

engagé et l'attestation de l'hôpital. Il se dit très en colère et avoir envie « de tout arrêter ». J'accueille ce qu'il me dit, tout en ayant conscience qu'il évoque ses éléments très personnels dans un endroit de passage, où nous croisons personnels et autres personnes détenues. Je lui propose d'en parler en entretien et m'engage à lui proposer un rendez – vous rapidement.

Lors de l'entretien suivant, Thomas m'expose l'état de santé de sa mère. Il égrène les termes médicaux : cancer du pancréas, métastases, généralisé... Les larmes aux yeux, il espère pouvoir la revoir avant « qu'il ne soit trop tard ».

En raison du refus de permission, afin d'exprimer sa colère, il a mis fin au suivi avec la Mission Locale Jeunes et a démissionné de la formation professionnelle sur laquelle il avait finalement été accepté. Il se ferme : « je parle plus à personne ».

Avec un sentiment d'urgence, il a fait une demande de confusion de peine, sur les conseils d'autres personnes détenues, mais ne sait pas vraiment à quoi cela correspond. Il s'agite en me demandant : « toutes les peines sont confusionnables, nan ? ». Je le renvoie vers le SPIP, qui saura répondre à cette question et aux autres questions qu'il se pose sur son parcours carcéral. Il souffle : « faut faire des courriers, encore ? J'en ai marre d'écrire ! ». Je lui propose d'écrire le courrier ensemble. Il prend mon stylo, une feuille que je lui tends et s'applique consciencieusement, en me demandant, sans lever la tête, l'orthographe de certains mots. C'est un moment chaleureux. Je le sens proche et en même temps, vulnérable. Il me demande de déposer le courrier au SPIP. J'accepte tout en lui verbalisant qu'il s'éparpille dans ses démarches et qu'il réagit par la colère. Je le recentre sur ses projets, dont la formation faisait partie. Je lui demande s'il fait confiance au SPIP mais il hausse les épaules : « elle m'a convoqué plein de fois, je vais pas à ses rendez – vous ».

À partir de cet entretien, le suivi thérapeutique va se mettre en place toutes les semaines, à sa demande. Nous identifions un jour et un horaire qui lui conviennent. Pendant l'année qui va suivre, Thomas ne va manquer aucun rendez – vous.

Les entretiens du suivi restent très liés à sa vie carcérale. Il parle de son parcours, de l'image que lui renvoient les multiples refus au motif de son comportement. Il s'offusque : « je suis pas un voyou, moi ! Je suis un petit délinquant ! ». Je lui demande la différence qu'il fait entre les deux : « j'ai des limites : tirer sur quelqu'un, j'aurai jamais fait ! ».

Pendant de longs mois, Thomas va me faire le récit de sa délinquance. Il parle des premiers vols et l'adrénaline ressentie « mais très vite, on s'habitue ». L'escalade commence, avec les cambriolages : « il faut fouiller, chercher les objets de valeur ». À ce moment, il a volé des voitures, vols dont il

atténuée la gravité : « à la campagne, les portes des maisons sont toujours ouvertes et les clés des voitures, accrochées à l'entrée ! ». Il explique avoir volé beaucoup de voitures et fait brièvement le lien avec son père, mécanicien de métier, qui lui a appris à conduire dès l'âge de 11 ans. Toujours en quête d'adrénaline, Thomas va commencer à cambrioler la nuit, en présence des habitants, et raconte avec un plaisir évident qu'il a volé dans les chambres à coucher même. Il n'a cependant jamais agressé quelqu'un : « je frappe pas les gens comme vous, qui ont rien fait, qui sont pas de mon monde ».

Ces conduites délinquantes s'accompagnent de multiples conduites à risque : pratique du moto – cross, conduite de scooters volés, courses-poursuites avec la police. Il raconte les nombreux accidents rencontrés, ceux qu'il a évité et ceux qui l'ont marqué (cicatrices à l'appui). Pourtant, Thomas s'investit beaucoup dans son rôle de grand – frère, prenant une position de responsabilité. Il explique avoir toujours veillé à être rentré tôt le matin, « pour préparer mes petits frères et les amener à l'école ». Il suit leurs résultats scolaires et se montre sévère en cas d'écart de conduite. Cette vie s'est poursuivie toute son adolescence, les différentes mesures judiciaires n'ayant déjà que peu de prises sur lui.

Le récit de son arrestation se fait dans un état de sidération, en rupture totale avec les récits précédents. Il me dit que la gendarmerie est venue très tôt un matin chez sa mère. Comme il venait de rentrer, il n'était pas couché et a vu les véhicules de gendarmerie arriver. Il a donc tenté de s'évader par la fenêtre de sa chambre. Encore très surpris, il me dit qu'il y avait un hélicoptère et de nombreuses voitures de gendarmerie : « cette fois, j'ai rien pu faire ». Je m'étonne aussi de ce déploiement de forces pour lui, « le petit délinquant ». Il sourit : « des cambriolages, ils m'ont coincé pour 60 quand même » et il ajoute les nombreuses fugues et évasions à son actif.

Incarcéré à 18 ans, il est condamné pour une vingtaine d'affaires différentes, auxquelles s'ajoutent régulièrement des affaires « internes », c'est – à – dire pour des affaires en détention (bagarres, détention d'objets interdits). Il remarque : « j'ai été incarcéré pour 5 ans mais tous les ans, ma date de sortie elle change, c'est toujours dans 5 ans ». Il dit que la prison l'a changé, qu'elle l'a rendue « méchant ». En se prenant la tête dans les mains, il dit qu'il ne va « jamais sortir ».

Malgré la détention, il investit son rôle de grand frère, au gré des parloirs. Son père vient régulièrement et lui amène ses petits frères. Il regarde les bulletins, les carnets de note et distribue félicitations et réprimandes. Bien qu'il ne critique pas son propre parcours, il assure que l'école « c'est trop important » et martèle que ses frères ne doivent pas faire comme lui. Interrogé sur ce paradoxe, il explique s'être sacrifié pour ses petits frères : « j'ai fait tout ça pour qu'ils ne manquent de rien. Eux, tout ce qu'ils ont à faire, c'est réussir à l'école. Je suis l'aîné, je suis la 'génération sacrifiée' ». Il parle peu de sa mère, qui ne vient presque plus le voir au parloir. Elle très affaiblie par la chimiothérapie. Je lui demande s'il a des nouvelles par son père mais il secoue la tête : « on parle pas de ça. Surtout devant les petits. On se regarde et on sait ».

Je reçois un jour un courrier de sa part, m'indiquant qu'il est au quartier disciplinaire et il ajoute : « j'ai vraiment besoin de vous parler ». Le jour même, sa CPIP m'appelle. Elle l'a vu et l'a effectivement trouvé très mal. Sur ces informations, je décide de me rendre le jour même au quartier disciplinaire.

Thomas m'expose les détails de l'incident. Il explique que « ça n'allait pas » depuis plusieurs jours : il avait demandé à changer de cellule et sa demande restait sans réponse. La veille, les surveillants sont venus pour fouiller sa cellule. Il avait son téléphone portable caché sur lui, il explique donc « ne pas avoir eu le choix » : il a bousculé le surveillant pour sortir de sa cellule et jeter son téléphone contre le mur (afin de le casser et le rendre ainsi inexploitable). Les surveillants l'ont maîtrisé physiquement et directement emmené au quartier disciplinaire. Il n'a pas pu préparer d'affaires et il a froid en cellule. Il a vu le médecin qui est passé en début d'après – midi. Il lui a parlé, il espérait sortir du quartier disciplinaire avec un certificat médical mais elle n'a pas voulu. Agacé, il énumère tout ce qu'il pourrait faire : mettre le feu à sa cellule, se couper... Avec un regard en coin, il me dit qu'il a des lames de rasoir sur lui.

Je suis très étonnée de sa réaction puisque jusqu'ici, il se montrait indifférent aux conditions du quartier disciplinaire. Il confirme : « avant, j'en avais rien à foutre ». Mais, tout a changé : « maintenant, c'est trop dur, je veux pas penser ». Il peut alors parler de sa mère, de son état de santé qui s'aggrave et du manque d'information qui lui fait craindre le pire. L'agitation motrice s'empare de lui : il gesticule, regarde de tous côtés, dans le petit bureau exigu du quartier disciplinaire. Sans bruit, les larmes coulent sur ses joues sans qu'il ne les essuie. Je propose de le revoir dans deux jours, ce qu'il accepte.

Lors des entretiens suivants, le discours de Thomas est très opératoire : il se raccroche aux différents éléments de sa vie quotidienne, comme les audiences avec sa CPIP, les parloirs avec sa famille. Pendant toute sa sanction disciplinaire, les parloirs avec son père seront très fréquents : « ils savent qu'il faut venir quand je suis là ». Je l'interroge sur ce qu'il pourrait se passer, sans parloir : « je pète les plombs ! ». Lors de l'un de ses parloirs, son père l'informe que sa mère va venir le voir, ce qui l'a apaisé.

Il verbalise les efforts que lui demandent les démarches qu'il met en place depuis plusieurs mois. Il s'est inscrit de nouveau à l'école et ajoute à mon intention : « pour moi, pas parce qu'on m'a dit de le faire ! ». Il parle de sa peine, qu'il trouve bien lourde au regard des faits. Il reconnaît pourtant la multiplication incontrôlable des délits : « les grands, ils me demandaient tout et n'importe quoi... Je ramenai tout : voiture, drogue, armes... on pouvait toujours compter sur moi ». Il sourit : « mais c'est

fini, je vais me ranger et avoir une vie comme tout le monde ». Une vie qu'il ne peut imaginer que dans un modèle plaqué : un travail, une maison, une femme et des enfants.

À la fin de l'entretien, il me glisse : « ma mère m'a toujours dit qu'elle viendrait me voir quand elle sentirait que c'est la fin. » Il se prend la tête dans les mains : « parler de ma mère, ça me rend fou ».

L'angoisse est majorée par la crainte que son père lui cache des informations « pour le protéger ».

Les entretiens se poursuivent au rythme de deux entretiens par semaine pendant qu'il est au quartier disciplinaire. Lors de ces entretiens, Thomas est en difficulté pour verbaliser ses ressentis, ses émotions face à l'état de santé de sa mère. Pourtant, le placement même au quartier disciplinaire le confronte sans recours à ce vécu insupportable. L'angoisse se traduit par l'agitation motrice et les recours à l'acte. Les entretiens, de soutien, visent à accompagner cette confrontation à la pensée et soutenir, dans la mesure du possible, la verbalisation de ses ressentis.

Sans surprise, les semaines suivantes se caractérisent par une longue suite de passages à l'acte répétés, entraînant de nombreuses sanctions disciplinaires. Démunie, l'administration pénitentiaire souhaite faire preuve de clémence au vu de la situation particulière de Thomas et quelques sanctions se font sous la forme d'un confinement en cellule plutôt qu'un placement au quartier disciplinaire. Pourtant, l'aggravation des incidents – insultes à personnel, détention d'objets prohibés, destruction par moyen dangereux – le ramène de nouveau au quartier disciplinaire pour des durées de plus en plus longues. De manière totalement insensée, Thomas multiplie en même temps les demandes de travail, de formation de manière anarchique. Sa CPIP le convoque régulièrement et tente de canaliser ses demandes. Avec son soutien, il obtient malgré les incidents disciplinaires l'autorisation d'intégrer une formation qualifiante.

L'équipe médicale suit les allers – retours de Thomas au quartier disciplinaire et perçoit son état de mal – être mais il se montre réfractaire à toutes les prises en charge. Il ne mange presque plus, ne dort plus. Il pose de actes de destruction importants dont un feu de cellule, en pleine nuit. Je le reçois dès le lendemain. Il est nerveux, agité. Ses joues sont creusées et il a des cernes noirs sous les yeux. Je l'interroge sur les motivations du feu de cellule, tant l'autodestruction est présente dans le tableau clinique. Il me répond dans un cri de rage : « c'est elle qui meurt et c'est moi que ça tue ». Sur l'état de sa mère, il n'a que quelques éléments qu'il peine à mettre en lien. Je l'oriente vers les médecins généralistes, qui acceptent dans certaines situations de répondre aux questions médicales des patients, outre leur propre état de santé.

Je pose de nombreuses questions pour amener Thomas à évoquer sa mère à travers des souvenirs. Tous ceux qu'il rapporte ont trait au manque et à son absence, liés aux multiples placements dont Thomas n'évoquera jamais les motifs et aux périodes de détention.

La tension monte continuellement et se traduit par autant d'actes de violence, la situation de Thomas est évoquée quotidiennement dans le service. Les infirmières passent systématiquement le voir tous les matins, alors qu'il n'a aucun traitement médical, afin d'évaluer son état psychique. Par leurs tours réguliers au quartier disciplinaire, les médecins généralistes le rencontrent deux fois par semaine. Il refuse toutes les propositions de consultation médicale. Je rapporte les quelques éléments médicaux que Thomas m'a transmis sur la maladie de sa mère et les médecins m'informent que le pronostic est en effet très défavorable. L'équipe se prépare à l'accompagner dans un deuil inévitable.

Alors que je suis au quartier disciplinaire, après avoir reçu un autre patient, le surveillant vient m'interpeller discrètement, alors que son chef sort du service. Il se dit très inquiet pour Thomas, qu'il connaît depuis « les mineurs ». Il dit ne l'avoir jamais vu « comme ça ». La veille au soir, à la distribution du repas, le surveillant est resté discuter un peu avec Thomas, qui aurait fini en pleurs dans ses bras. Le surveillant est manifestement très touché et désemparé. Il insiste, malgré le peu de temps que nous avons (son chef est parti sur une intervention, avec certainement, une mise au quartier disciplinaire), pour que je le vois. Il me propose d'ouvrir la porte de cellule pour que je parle à Thomas directement là – bas. L'inquiétude des surveillants du quartier disciplinaire et ce type de demande de leur part est suffisamment rare pour que je sois interpellée. J'accepte, à la condition que le surveillant demande l'accord de Thomas avant de me faire entrer dans la cellule.

Les cellules du quartier disciplinaire sont équipées d'une grille, qui crée un sas entre la porte de cellule et l'espace même de la cellule. Dans certaines cellules, dites « de force », la grille métallique est doublée d'un plexiglas. Une ouverture permet de faire passer les plateaux – repas sans avoir à ouvrir la grille de la cellule.

Thomas est placé dans l'une des cellules de force. Le surveillant ouvre la porte et après accord de Thomas, me fait entrer. Il repousse la porte de la cellule sans la fermer et se place à côté, par mesure de sécurité. Je me trouve dans le sas de la cellule, entre la porte et la grille. Thomas est dans son lit et je ne me sens pas à ma place dans une telle intimité. Thomas s'assoit au bout du lit, pour se mettre face à moi et, instinctivement, je m'accroupis. Le dénuement d'une cellule disciplinaire, que je connais théoriquement, me frappe tout de même. Le béton partout, les meubles réduit au strict minimum et vissés au sol, la vision des toilettes au milieu de la pièce. Thomas explique avoir été placé au quartier disciplinaire en raison d'insultes et menaces sur l'officier du centre de détention. Lors de la commission de discipline, à l'annonce de la sanction de 14 jours de quartier disciplinaire pour ses faits,

il a insulté et craché sur le directeur de la détention. Il relate ces faits sans émotion. Il m'observe et attend ma réaction. Je remarque donc qu'il va rester longtemps au quartier disciplinaire. Il hausse les épaules mais s'agite peu à peu. Mon regard parcourt la cellule, vide. Il n'a aucune affaire. Il n'a pris aucun livre à la bibliothèque. Le poste radio, remis à l'entrée au quartier disciplinaire lui a été retiré. Je marque l'étonnement mais Thomas complète : « je l'ai jeté à la tête du gradé ». Je me sens épuisée, sans recours. Le temps presse, j'entends le talkie-walkie du surveillant qui annonce l'arrivée du gradé avec un détenu à placer au quartier disciplinaire. Thomas tourne en rond dans sa cellule, avec hargne. J'ai l'impression de voir un lion en cage. Il me dit qu'il va se pendre ou mettre le feu à sa cellule. Subitement, il saisit une bassine et la projette sans me regarder sur la grille. Je ne bouge même pas, est-ce la conscience de la protection offerte par la grille doublée du plexiglas ? Je l'informe que le médecin va passer cet après-midi et que je vais l'informer de sa situation. Avant qu'il n'ait le temps de répondre ou que je puisse lui dire « au revoir », le surveillant me fait sortir et referme immédiatement la porte de la cellule. J'entends Thomas hurler, un cri qui ne forme aucun mot, alors que je quitte le service. Je remarque que Thomas était calme avant notre entrevue, et que je le laisse dans un état de détresse évident : j'ai le sentiment que mon intervention n'a fait qu'empirer la situation.

Lors de la relève, j'évoque la situation de Thomas. L'équipe décide de le « faire voir à un psychiatre », en me demandant à peine mon avis. Je suis dubitative, je connais le sentiment de méfiance de Thomas envers la psychiatrie. Je suis surtout en colère, de me sentir si peu légitime, d'être si peu écoutée, alors que je suis maintenant Thomas de manière régulière depuis plusieurs mois. Pourtant, je suis aussi soulagée, de ne plus me sentir seule dans cette situation en ce moment si lourde à porter. J'apprends en fin d'après-midi que la psychiatre a bien rencontré Thomas. Elle lui a proposé un traitement médicamenteux. Elle ne lui a pas fait de certificat de contre-indication au quartier disciplinaire.

Les jours suivants, Thomas fait des aller-retours incessants entre la détention et le quartier disciplinaire. Un nouvel officier est affecté au centre de détention, il s'agit d'une femme. Elle prend en compte la situation de Thomas et le reçoit dans son bureau, pour qu'il puisse appeler l'hôpital tous les jours et avoir des nouvelles de sa mère.

J'ai l'impression que tous les acteurs de la détention prennent en compte la situation de Thomas, essaient de s'adapter à cette situation d'urgence, qui malheureusement dure dans le temps. Le directeur de la détention suspend toutes les procédures disciplinaires.

Thomas obtient une permission de sortir « exceptionnelle », sous escorte de gendarmerie, pour aller voir sa mère. Il raconte l'escorte avec les gendarmes postés devant sa maison et jusque sur le balcon

de la chambre de sa mère. Ils ont accepté de lui enlever les menottes et les entraves. Il me dit avoir passé l'après - midi avec sa mère et ses petits frères. De sa description, j'imagine la maman dans son lit, croulant sous ses fils qui l'entourent. C'est une bulle de douceur et de tendresse.

La semaine suivante, nous apprenons le décès de la maman de Thomas, qui a eu lieu pendant le week - end. La JAP accordera pour l'enterrement une nouvelle permission de sortir exceptionnelle sous escorte. Thomas ne sollicite pas l'unité sanitaire et ne se présente pas à notre entretien.

Il m'écrit quelques jours plus tard pour s'excuser et demander un rendez - vous. L'entretien sera exceptionnellement calme et serein. Thomas décrit de nouveau l'escorte de la gendarmerie, leur refus d'enlever menottes et entraves même lors de l'enterrement. Il a malgré tout pris ses petits frères sur ses genoux. La présence des gendarmes et les mesures de sécurité ont mis son statut de détenu en exergue devant sa famille et il a essuyé de nombreuses critiques, certains membres de la famille lui auraient sous - entendu que le souci qu'il a causé à sa mère pourrait être à l'origine du cancer qui l'a tué. Thomas balaie ces accusations, m'explique qu'il sait que c'est faux mais je ressens pourtant la tension dans son expression qui s'est fermée et durcie en rapportant ces propos.

Lors des entretiens suivants, Thomas ne parle presque pas de sa mère. Il poursuit la formation professionnelle « cuisine » et insiste pour maintenir le suivi psychologique toutes les semaines. En raison des horaires conséquents de la formation, je prendrais contact avec le service Formation et lui obtiendrait la permission de sortir plus tôt de formation pour se rendre toutes les semaines à son rendez - vous. Maintenant que Thomas adhère au suivi psychologique, il me paraît important de maintenir le même créneau pour son rendez - vous, qui constitue un repère pour lui.

Thomas s'investit dans la formation, il semble prendre plaisir à cuisiner et il a pu créer un bon lien avec le formateur.

Les entretiens se poursuivent sans absence de la part de Thomas. Si le contenu des entretiens semble plutôt opératoire, Thomas s'inscrit dans une continuité qui semble nouvelle pour lui. Au détour de ces conversations sur son quotidien, il aborde régulièrement ses relations conflictuelles avec les surveillants et peu à peu, il peut aborder sa propre violence. Thomas enfreint régulièrement le règlement, dans des circonstances très variées. Souvent, il cherche les moyens de détourner le règlement et de pouvoir innocemment « se balader » entre les bâtiments, il est en possession de téléphone portable ou de cannabis. Il participe aussi aux différents trafics et peut se trouver impliqué dans des bagarres. En conséquence, il apprécie les surveillants qui se montrent plus coulants sur le respect du règlement, qui détournent les yeux... Lorsqu'il aborde les faits dont il est auteur, il évite mon regard. Je lui demande ce qu'il a fait de plus grave et il commence par répondre par sa

condamnation judiciaire la plus lourde. Je précise donc ma demande : ce que, lui, estime avoir fait de plus grave, que cela ait été ou non condamné par la justice. Il réfléchit quelques secondes et parle d'une agression sur un autre détenu. Ses réponses sont concises, m'amenant à poser d'autres questions et au fil de ses réponses, je comprends peu à peu où il m'amène. Pourtant, c'est comme si je ne pouvais pas le croire tant que je ne l'avais pas entendu de sa bouche. Il définit la date, le lieu et finalement l'identité de la victime. L'agression est celle pour laquelle il avait été entendu par la justice, celle pour laquelle il n'y avait pas de preuve, celle pour laquelle il n'a pas été condamné. Il reconnaît non seulement sa participation mais aussi les coups particulièrement violents qu'il a portés : il a sauté à pieds joints sur sa tête. Timidement, il lève les yeux, m'observe « par en – dessous ». Je reste impassible. Il m'explique qu'il n'a pas contrôlé ce qu'il faisait, qu'il voyait « blanc ». C'est le co – auteur qui l'a arrêté, en le repoussant et en hurlant : « arrête, on va le tuer ». C'est cette phrase particulièrement qui a résonné en lui et l'a ramené à la réalité. Il n'en tire aucune fierté, n'exprime aucun sentiment. Il me dit : « il y avait du liquide qui coulait de son nez » mais ne semble pas comprendre le sens de cette information. Je le questionne : sait – il ce qu'était ce liquide ? Ce que cela signifie ? Il me répond timidement : « le liquide du cerveau ? Il a failli mourir ? » Il raconte la suite, comme un robot : il est ensuite rentré en cellule, s'est déshabillé, a préparé son repas et s'est couché. À la fouille, la police n'a retrouvé qu'un peu de sang sur les semelles de ses baskets, mais, comme pour beaucoup de personnes détenues de l'aile. Je pose les questions, écoute ses réponses mais ne ressent rien. Le bureau d'entretien me paraît soudainement très silencieux, froid. Son co-auteur a été identifié, placé à l'isolement et transféré. Il est mis en examen dans une procédure criminelle. Sur les motivations de cette agression, Thomas ne dira presque rien, si ce n'est de vagues soupçons que cette personne était une « balance ». Il hausse les épaules et change de sujet, sans transition, sans lien.

Quelques semaines plus tard, les procédures disciplinaires qui avaient été suspendues lors du décès de sa mère sont relancées. Brutalement, il est placé au quartier disciplinaire pour purger de lourdes sanctions. Aussi brutalement, Thomas présente de nouveau de nombreux passages à l'acte, des insultes, des menaces sur personnel, des destructions de matériel.

Je me rends au quartier disciplinaire et lorsque les surveillants m'accompagnent en salle d'audience, nous passons devant la cellule que Thomas a incendié pendant la nuit. Les murs sont entièrement noircis, le matelas a brûlé et le sol est encore mouillé par l'utilisation des lances à incendie. L'odeur du feu est encore très forte. L'image de cette cellule est celle de la désolation totale.

J'entends Thomas arriver, les échanges tendus avec les surveillants. Il entre dans le bureau, les chaussures non lacées, débraillé. Ses traits sont tirés, il a les yeux gonflés. Il est très en colère contre l'unité sanitaire. Il ne comprend pas que ni les médecins ni la psychiatre n'aient attesté de son

incompatibilité au quartier disciplinaire et donc, fait suspendre la sanction. Il se sent incompris, mal soigné, mal traité.

Il est très agité sur le plan psychomoteur. Il me montre les traces sur son corps : celles des menottes, celles des coups qu'il impute à la maîtrise physique par les surveillants lors du placement au quartier disciplinaire. Thomas me parle de ses douleurs physiques, il m'expose ses blessures, seul moyen de communiquer et partager sa souffrance. Je le questionne sur le feu qu'il a déclenché dans sa cellule. Traité par l'administration pénitentiaire comme des actes de destruction, j'entends pour ma part l'autodestruction dans le risque qu'il a pris, d'autant plus qu'il a déclenché le feu en service de nuit, moment où les interventions des surveillants prennent beaucoup plus de temps. Thomas commence par minimiser ce risque et il faut que je lui remarque que j'ai vu la cellule, l'état de destruction dans lequel elle est, pour qu'il garde un silence lourd. Je tente de le ramener à lui, de l'amener à mettre des mots mais il s'agace, s'agite avant de hurler : « elle est morte et ça me tue ! ». Il se prend la tête dans les mains et ajoute, toujours en hurlant : « je vais crever et tout le monde s'en fout !!! ». Il insulte les médecins, la psychiatre mais aussi les surveillants, le directeur... Je ressens dans mon corps même sa souffrance : j'ai mal partout, comme si je me brisais à l'intérieur. Face à ses cris, je parle très doucement, j'essaie de rester très calme. Je lui rappelle que je suis venue, que je suis là et que je l'écoute. L'infirmière viendra également tous les jours. Une nouvelle consultation psychiatrique est prévue le jour même. Sa conseillère du SPIP a prévu de venir le voir également. Cette énumération le calme un peu, elle me permet aussi de me sentir moins seule face à l'intensité de cette souffrance que j'ai dû mal à contenir. Je ressens beaucoup d'impuissance, d'inutilité.

Après s'être apaisé, Thomas me raconte l'altercation verbale avec le gradé du quartier disciplinaire : « je l'ai touché. J'ai parlé de sa fille, j'ai dit que j'allais la violer. J'ai vu à son regard que ça l'avait atteint. » Je l'interroge sur la réaction du gradé et Thomas me répond qu'il a gardé son calme et lui a répondu qu'il n'était pas un homme s'il s'en prenait à des enfants. Il s'agace : « et moi ?! Moi, je suis un enfant, ils me touchent ! ». Je suis surprise : « vous êtes un enfant ? ». La répartie de Thomas est immédiate : « bien sûr, je suis un enfant ! Je suis rentré à 18 ans, j'ai toujours 18 ans dans ma tête ! Je suis un enfant ! ». Je note pour moi – même la menace surprenante de Thomas. Si les menaces sont courantes en détention, les menaces de viol sont rares, ce crime étant tout de même très mal perçu en détention et exposant ses auteurs à des représailles violentes. Thomas est allé très loin, puisqu'il a fait au gradé une description physique de sa fille (« je suis allé voir son profil sur facebook »), lui conférant un caractère très réel. Assez justement, Thomas s'interroge sur les échanges qu'il va avoir par la suite avec les surveillants du quartier disciplinaire.

Avant de mettre fin à l'entretien, je lui reparle de l'incident avec le feu, du risque qu'il prend. Il hausse les épaules : « j'étais à la fenêtre, avec un drap mouillé sur la tête ». Je me montre prévenante, attentive

et attentionnée, effectivement, comme avec un enfant. Je termine l'entretien en lui disant : « prenez soin de vous ».

Plus tard dans l'après – midi, alors que je sors d'entretien, l'infirmière vient me voir. Elle m'explique que la psychiatre a bien relevé une « souffrance authentique » dans le discours de Thomas mais ce dernier a refusé l'hospitalisation en psychiatrie qui lui était proposé. En conséquence, elle a refusé de faire un certificat de contre – indication. Nous sommes toutes les deux dépitées. La psychiatre a prescrit des entretiens infirmiers de soutien et l'infirmière a veillé à les programmer des jours où elle serait présente, ce qui est contraire à la pratique du service (les entretiens infirmiers sont programmés à la fréquence prescrite, quel que soit l'infirmier présent). Nous partageons notre sentiment d'inquiétude. Le lendemain, nous profitons de la présence de Thomas à l'unité sanitaire pour le recevoir rapidement, avant sa consultation médicale. L'idée de « réparer » après la consultation psychiatrique et le souhait de témoigner de notre sollicitude sont à l'origine de cet entretien « sauvage », comme si l'on ne pouvait prendre soin de lui que clandestinement. Thomas nous expliquera avoir refusé l'hospitalisation par peur de la contention (qui est pratique courante à l'hôpital de secteur pour les personnes détenues) et de la « piqûre ». Il a jeté le traitement que la psychiatre lui prescrit à la poubelle. Il associe avec son enfance et nous confie avoir été diagnostiqué hyperactif. Il a été sous traitement (Risperdal® et Ritaline®) pendant plusieurs années, lors de son placement en foyer. Il refuse de rencontrer de nouveau la psychiatre : « elle sert à rien ». Il nous adresse un petit sourire en coin avant de sortir du bureau.

Thomas va peu à peu s'apaiser. Il termine ses sanctions disciplinaires dans un calme relatif. Je l'interroge sur ses relations avec le gradé, après les menaces qu'il a proférées. Il me dit que tout est arrangé et m'explique avec un sourire : « il voulait plus me parler mais j'ai fini par l'avoir. Je lui ai dit 'bonjour' et 'bonsoir' tous les jours, sans faute. Et un jour, il a fini par répondre ! ».

Au fil des semaines suivantes, il va pouvoir verbaliser sa souffrance liée au deuil de sa mère et parler de l'absence.

Je l'interroge sur les souvenirs qu'il garde de sa mère. Thomas rapporte difficilement quelques souvenirs épars de vacances. Il me rappelle qu'avec les placements en foyers, il n'a que peu été chez sa mère. Je l'interroge alors sur des choses plus quotidiennes et il peut se souvenir de son parfum, des plats qu'elle cuisinait (son préféré : les lasagnes) ... Douloureusement, il me dit que son plus petit frère, âgé de 4 ans, n'aura sûrement aucun souvenir. Fièrement, il ajoute : « ce sera à moi de lui raconter ». Il tente de me décrire sa mère, cherche ses mots. Il dira qu'elle était douce et le soutenait

toujours. Je lui demande s'il ressemble à sa mère ou à son père, ce qui l'amène à réfléchir, à se comparer. Il se prend au jeu et amènera des photos de sa famille pour me demander mon avis.

Je remarque qu'il prend du poids et il confirme : « le week – end, je mange des lasagnes ! ». Il parle de son projet professionnel, dans le bâtiment. Je me souviens à voix haute qu'il avait évoqué les métiers de la démolition au tout début du suivi. Avec un clin d'œil, il affirme : « je ne suis plus dans la destruction maintenant, je veux construire ». Il fait le lien avec son comportement, reconnaît qu'il s'est calmé. Je lui demande comment il se sent et le seul mot qu'il trouve est « bizarre ». Il me remercie pourtant et dit que c'est grâce au suivi psychologique. Je lui rappelle qu'il vient très régulièrement aux entretiens et que c'est lui qui fait le travail. Il réfléchit : « c'est vrai que ça a pas été facile de venir ». Je lui rappelle qu'il lui a fallu plus d'un an entre sa demande et le premier entretien. Il éclate de rire : « ça va ! La SPIP, ça lui a pris 3 ans ! ».

Le parcours de Thomas est encore émaillé de quelques incidents, mais minimes. Ils sont tous en lien avec le personnel de surveillance. Thomas remarque : « je m'en fous de leurs règles, personne me met la trique à moi ». Alors qu'une nouvelle officier prend ses fonctions au centre de détention, il exige d'être reçu suite à une altercation avec un surveillant : « je lui ai fait une crise, direct, je l'ai rendue folle ! ». Je perçois une esquisse de sourire derrière son emportement. Je hoche la tête : « vous vous êtes présenté ! ». Le sourire devient franc : « Elle m'a demandé mon nom et elle m'a dit qu'elle avait entendu parler de moi ! ».

Contre toute attente, Thomas crée un lien assez fort avec une surveillante du centre de détention. Il l'appelle même par son prénom. Il explique qu'il peut parler avec elle et qu'elle « comprend ». Je l'interroge : « qu'est - ce qu'elle comprend ? ». Il explique alors qu'à la période où sa mère était très malade, cette surveillante « fermait les yeux » (au propre comme au figuré), quand elle voyait un téléphone portable dans sa cellule et parfois, après la fermeture des cellules, elle le laissait marcher un peu dans la cour.

Thomas est toujours en attente de son transfert. En raison des multiples incidents lors de sa dernière sanction au quartier disciplinaire, sa conseillère SPIP a confirmé que la direction du centre pénitentiaire avait fait traiter la demande en urgence.

Les semaines s'écoulaient lentement et peu à peu, les relations de Thomas avec le personnel de surveillance vont se tendre de nouveau.

D'abord avec l'encadrement. Comme à chaque changement d'officier, il y a un durcissement des règles ainsi qu'une application plus stricte. Ce changement perturbe le fragile équilibre que Thomas a construit ces dernières semaines. Chaque échange avec un surveillant devient source de conflit, je

propose donc à Thomas de l'attendre au bureau des surveillants avant son rendez – vous et de le raccompagner. Malgré cet accompagnement, Thomas insultera violemment une surveillante devant moi à la sortie d'un entretien, ne laissant aucune place à une reprise. Devant ma sidération, la surveillante me répond : « ne vous inquiétez pas, j'ai l'habitude avec lui ! ».

Thomas vient toujours régulièrement, sans absence. Les entretiens sont le lieu de recueil de sa colère, de sa violence, de son agacement. Il veut partir, vite, il ne supporte plus cet établissement où il a vécu le décès de sa mère. Il ne supporte plus de croiser les personnels, particulièrement les surveillants pénitentiaires qui l'ont connu aussi vulnérable à cette période de sa détention. En conséquence, il se montre extrêmement agressif, menaçant, insultant. En entretien, je peine à contenir ces mouvements. Il déverse les insultes et les menaces à destination de différents professionnels, évite mon regard, s'agite. Il verbalise la crainte d'exploser et évoque les possibilités d'agressions sur personnel pour accélérer le transfert. Je ne trouve plus les mots. Pendant deux entretiens, je lui proposerai de l'écoute musicale et instinctivement, je passe « On ira » de Jean – Jacques Goldman. Il écoute en silence, ne dit rien.

La semaine suivante, Thomas m'apprend en souriant qu'à la sortie de notre dernier entretien, il était « prêt » à faire « une connerie » mais il a été appelé immédiatement chez le gradé, qui lui a fait signer l'accord pour sa demande de transfert. Il sera affecté sur un autre centre de détention de la région. À partir de ce moment, le transfert peut avoir lieu du jour au lendemain.

Je le reçois juste avant son passage en commission de discipline pour les insultes et menaces, sur la personne du gradé du quartier disciplinaire (et sur sa fille). Thomas est très agité au niveau moteur : il tape du pied par terre, tourne la tête de tous les côtés. Je n'arrive pas à croiser son regard. Il s'agace, dit que le gradé « le mérite ». Je reprends sur le contenu des menaces, notamment des menaces de viol. Il s'énerve franchement : « je vais l'enculer lui ! » en claquant ses mains très fort sur mon bureau. Rapidement, il se reprend en bafouillant : « enfin, pas moi... c'est un autre qui va le faire...enfin, je sais pas » J'essaie d'intervenir mais il s'agite de plus en plus, me coupe la parole, m'empêchant de finir mes phrases. Finalement, devant l'impossibilité de parler, je finis par hausser le ton et parler aussi fort que lui : « mais, qui vous a fait du mal, à vous ? ». Il s'arrête enfin de parler et de s'agiter, me regarde bien en face et murmure, peu convaincu : « personne ». Lentement, il étire ses bras et ajoute très bas : « enfin, au foyer, c'était la merde ». Il a fugué à de nombreuses reprises, dès l'âge de 12 ans : « j'arrêtais pas de partir et ils me ramenaient toujours là – bas ». D'après lui, personne ne s'est inquiété des motifs de ces fugues. Je lui en demande donc les motifs mais il bredouille, cherche ses mots, hésite : « parce que c'était trop dur ». Je vois une larme couler sur sa joue, mais avant que je ne puisse reprendre, il l'essuie, se relève : « c'est l'heure ». Je réponds que nous avons encore un peu de

temps mais il dit d'un ton sans appel : « je vais y aller ». Je lui demande s'il va bien et il sourit : « c'est bon, je vais me tenir calme » et il sort du bureau. Après sa sortie du bureau, je suis moi – même submergée par l'émotion. Elle est tellement forte que j'ai des difficultés à la contenir, à retenir mes larmes. Les sanglots se coincent dans ma gorge et il me faut plusieurs minutes avant de pouvoir me reprendre et retourner à ma journée de travail.

Quelques jours plus tard, je reçois un appel téléphonique d'un poste de surveillant au centre de détention. Il est extrêmement rare que les surveillants appellent directement à l'unité sanitaire. C'est la surveillante qui est en lien avec Thomas. Elle me dit qu'il part ce matin en transfert et que Thomas lui a demandé de m'appeler. Je lui demande si j'ai le temps de le voir, elle confirme qu'il doit amener ses affaires au greffe de l'établissement et qu'au retour, il peut s'arrêter à l'unité sanitaire, avant de partir pour le transfert.

Thomas arrive en trottinant. Tout le monde semble informé de son départ et les quelques autres détenus qu'il croise le serrent dans leurs bras. Il entre dans le bureau juste le temps de me serrer la main, qu'il garde longtemps dans la sienne. Il me remercie « pour tout » avec un regard appuyé et repart aussi vite, sans un regard en arrière.

1.2.3. Le suivi de Younès

Younès m'est orienté par sa conseillère du SPIP. Elle m'appelle directement, et me relate son parcours en détention, marqué par de très nombreux incidents disciplinaires, plus ou moins graves, et ses relations conflictuelles avec le personnel pénitentiaire. Pourtant, elle prépare avec lui des projets de sortie en aménagement de peine. À cet apparent paradoxe, elle me répond qu'elle « croit en lui ». En raison de la violence qui se dégage de son parcours pénal et pénitentiaire, elle l'a orienté à de nombreuses reprises vers le soin et si Younès ne s'en est pas saisi pour l'instant, elle sent aujourd'hui que « c'est le moment ». En raison des très nombreuses demandes qui affluent à l'unité sanitaire, elle me demande de porter une attention particulière à la demande de Younès, si elle devait arriver.

En effet, quelques jours plus tard, je reçois un courrier de Younès, qui m'est directement adressé. Il demande simplement un rendez – vous et précise, en bas du courrier, « c'est ma SPIP qui m'a parlé de vous ». Après avoir exposé cette situation en réunion des psychologues, je propose rapidement à Younès un entretien, sans passer par le dispositif habituel.

Younès se présente à l'entretien d'accueil, à l'heure. Il est de taille moyenne et surtout très maigre. Il porte les cheveux long, ramassés en queue de cheval sur sa nuque. Il a les yeux noirs, brillants, qui « mangent » son visage et un sourire presque permanent. L'entretien sera décousu et il m'est difficile de retrouver le fil associatif de notre échange. Les éléments suivants sont rapportés de manière éparse ;

Dès qu'il s'assoit, il remarque la plante verte sur mon bureau et me lance : « il faudrait l'arroser, elle va mourir sinon ».

Younès me parle de sa détention. Il est incarcéré depuis 3 ans et il lui reste 3 ans. Il s'occupe en participant au sport et en sortant en promenade. Il est inscrit à des cours par correspondance pour apprendre l'anglais et l'histoire.

Il détaille volontiers sa détention, son quotidien et nous abordons rapidement son rapport particulier à l'alimentation. N'éprouvant que peu la sensation de faim, il lui arrive régulièrement de « sauter » plusieurs repas de suite. Il mange quand il commence « à voir des étoiles ». Surtout, lorsqu'il est au quartier disciplinaire, il n'a pas accès à ses cantines, il n'y a que « la gamelle » (repas servi par l'administration pénitentiaire) qu'il ne mange pas. Et comme il est souvent au quartier disciplinaire, il a beaucoup maigri. À tel point qu'il perd ses cheveux.

Lors de cet entretien, Younès affirmera n'avoir jamais peur de rien. Après avoir réfléchi quelques secondes, il précise n'avoir eu peur qu'une seule fois dans sa vie, le jour où son petit frère, alors âgé de 6 mois, a fait une crise d'asthme devant lui. Il avait alors 12 ans : « c'est la seule fois où j'ai eu peur ».

Je le questionne sur ce qu'il attend du suivi psychologique mais il reste sur la réserve. Il répète que c'est sa conseillère SPIP qui lui a conseillé de me voir. Je lui demande s'il comprend pourquoi et Younès fait immédiatement le lien avec sa violence. Il explique être souvent affecté au quartier disciplinaire, principalement pour des bagarres. Il m'explique alors ne pas supporter d'entendre les détenus « insulter les mères » et leur demander « gentiment » d'arrêter. Je souris : « ça marche ? ». Sa réponse me glace : « Avec moi, ça marche. Et si ça marche pas, je les fracasse ». Il associe sur les personnes détenues « qui pleurent le soir en cellule », qu'il moque ouvertement : « ils font les bonhommes et après, ils pleurent ». Il ne semble pas affecté, ni par la longueur de sa peine ni par les sanctions au quartier disciplinaire : « t'as fait des conneries, tu fais ta peine, t'assumes ».

À la fin de notre entretien, je lui demande s'il souhaite reprendre rendez - vous. Il me répond : « on peut commencer un suivi si vous voulez ». Il me faut reprendre, le ramener à lui et à sa demande pour qu'il confirme vouloir venir régulièrement. Le suivi est mis en place à la fréquence d'un entretien tous les quinze jours.

Younès sera absent aux deux rendez – vous suivants. Il se présente bien au service mais refuse d’être placé en box d’attente. Je ne reçois aucun courrier de sa part, je mets donc fin au suivi, tout en restant disponible.

Quelques semaines plus tard, il écrit de nouveau. Il explique dans ce courrier ne pas être bien et vouloir reprendre le suivi. Il s’engage à venir à tous les rendez – vous. Dans un coin de la feuille, il a précisé être au quartier disciplinaire. Les courriers de Younès ont toujours cette particularité d’avoir plusieurs zones de texte, orientées dans des sens différents, avec parfois des couleurs différentes, dégageant une impression d’éparpillement, voire de morcellement.

Malgré mon intention de lui proposer un entretien au quartier disciplinaire, je ne pourrais le rencontrer : l’accès au quartier disciplinaire est bloqué pour des raisons sécuritaires. Je lui envoie donc un rendez – vous par courrier, pour la semaine suivante.

Il est absent aux deux rendez – vous suivants que je lui proposerai. De nouveau, je mets fin au suivi en restant disponible. Je commence à ressentir de la frustration, j’aurai envie de reprendre avec lui des éléments, notamment sur ma non venue au quartier disciplinaire, mais je ne pourrais le faire qu’en entretien et il ne vient pas.

Deux mois plus tard, il écrit de nouveau. Il s’excuse pour toutes ses absences et demande un nouveau rendez – vous. Pourtant, il ne se présentera de nouveau pas aux deux rendez – vous suivants.

Pendant toute cette période, Younès est très souvent placé au quartier disciplinaire. Les médecins généralistes et les infirmières le rencontrent donc régulièrement, lors de leurs « tours ». J’apprends en relève qu’il est encore amaigri et que des compléments alimentaires lui ont été prescrits. Les médecins lui ont également prescrit un bilan sanguin complet mais Younès ne se vient jamais pour le prélèvement sanguin.

Quelques semaines plus tard, je reçois un nouvel appel de sa conseillère du SPIP. Elle m’indique l’avoir rencontré au quartier disciplinaire et l’avoir trouvé très mal. Elle l’a encouragé à me réécrire mais malgré le fait qu’il en reconnaisse le besoin, elle n’est pas sûre qu’il le fasse. Elle me demande si je peux tout de même lui proposer un nouvel entretien.

Au vu de tous ses éléments, j’accepte de déroger à mon cadre et je propose un rendez – vous à Younès, il reçoit la proposition de rendez – vous par l’intermédiaire d’un courrier.

Younès se présente à cet entretien, qui se déroule à l’unité sanitaire. Comme toujours, il dit que « ça va bien ». Il se met spontanément à parler et me fait un état des lieux de sa situation en détention. Je

l'écoute tout en ayant le sentiment d'être « à côté de la plaque » ; Il a enfin accédé au travail, aux ateliers de production. Il explique que ce n'est pas la meilleure place mais qu'il trouve une satisfaction à se lever pour aller au travail et à avoir le sentiment d'accomplir quelque chose. Il a demandé à purger sa situation disciplinaire et il est en conséquence convoqué en commission de discipline où 13 dossiers vont être examinés. Il s'attend donc à une lourde sanction. Il explique avoir bientôt une U.V.F.¹⁵⁹ avec « sa famille », qui vient de Marseille. Il se demande donc si le fait d'être au quartier disciplinaire va avoir un impact sur la tenue de l'U.V.F. Deux visites ont déjà été annulées et puis, « les billets ont été payés, vous comprenez ? ». Je lui renvoie qu'il a aussi certainement envie de voir sa famille et que cela lui ferait plaisir. Il lève brusquement la tête et son regard me transperce : « c'est exactement ça ».

Il associe alors sur les incidents disciplinaires. Il m'explique que tous les surveillants agissent comme « si [les détenus étaient] seuls, sans famille ». Il fait alors le récit de plusieurs agressions violentes sur personnel, récits dans lesquels il est difficile de discerner la part de réalité et la part de fantasme. Il relate par exemple que dans un autre établissement pénitentiaire, un surveillant était connu pour son comportement irrespectueux : « il attendait son bus et une voiture lui a foncé dessus ; elle a plié l'arrêt de bus avec lui dedans ». Il ajoute les nombreuses fois où des détenus ont jeté de l'huile brûlante au visage de surveillant. Ces propos très violents sont rapportés sur un ton neutre et Younès conserve toujours son sourire en coin. Je lui renvoie que cette modalité de réponse au comportement des surveillants est en miroir et qu'elle est tout aussi violente. Younès hausse les épaules : « comment on peut faire autrement ? ».

En fin d'entretien, je lui parle du courrier que je lui ai envoyé mais il se montre surpris. Il dit n'avoir reçu aucun courrier de ma part. Je lui demande alors pourquoi il est venu et il répond simplement : « on m'a appelé à l'unité sanitaire, je suis venu ». Je lui demande s'il n'a pas été surpris de me voir et il répond simplement que non.

Je lui parle alors de l'appel de sa conseillère SPIP et de ce que j'ai appris de son état de santé par les médecins. Il hoche la tête et me dit qu'il perd encore ses cheveux. Il défait sa couette, passe sa main dans ses cheveux et me montre la quantité importante qui lui reste entre les doigts.

Il termine l'entretien en me demandant d'appeler le SPIP pour son U.V.F. Il aimerait avoir une réponse avant la commission de discipline.

Je me mets donc en lien avec sa conseillère SPIP. Elle m'informe que les sanctions disciplinaires n'impactent pas la tenue des U.V.F et nous convenons que c'est elle qui lui en fera réponse. Elle

¹⁵⁹ U.V.F. : Unité de Vie Familiale : parler familial dont la durée est comprise entre 6h et 48h. Elles sont attribuées sur demande (de la personne détenue et de la famille) par l'administration pénitentiaire.

m'explique que les précédentes U.V.F ont été refusées car Younès n'avait pas assez d'argent (il faut avoir un pécule suffisant pour subvenir aux repas pendant toute la durée de l'U.V. F). Cette situation pourrait se répéter aujourd'hui.

À partir de ce moment, Younès va venir régulièrement aux entretiens psychologiques, presque un an après son premier courrier.

Il donne quelques éléments sur son quartier, dans une banlieue lyonnaise, et sur sa famille, qu'il décrit comme fortement inscrite dans la délinquance. Il dépeint le climat dans lequel il a grandi, entouré des « grands », d'armes et de drogue : « quand on a grandi comme ça, on n'a pas le choix ».

Mais Younès parle surtout des animaux. Il s'intéresse beaucoup au règne animal et me dit regarder les documentaires animaliers tous les jours. Sans surprise, il parle longuement des animaux prédateurs : des félins (tigres, lions...) bien sûr mais aussi d'autres animaux tels que les raies pastenague ou les araignées. Dans ces échanges, il détaille les moyens d'attaque de ces animaux. Il ne parle pas des crocs acérés du lion mais des techniques d'attaque des lionnes, de la manière dont elles rabattent leurs proies sur leurs coéquipières tapies dans les fourrés. Il expose les différents stratagèmes dont la nature a pourvu ces animaux. La notion de pièce mortel se dégage clairement dans les nombreux exemples qu'il amène. Je ressens un vague malaise.

Il me raconte alors une anecdote personnelle. Sa petite amie a peur des araignées. Il a donc acheté une mygale, qu'il a placée dans un carton. Quand son amie est rentrée du travail, il lui a dit avoir une surprise pour elle. Il éclate de rire en décrivant la réaction épouvantée de sa compagne à l'ouverture dudit carton. Personnellement phobique des araignées, je ne peux m'empêcher de frissonner. Je suis presque sûre que Younès l'a perçu.

Ces entretiens sont longs, je me laisse emportée dans la discussion. Je perds la notion du temps et en conséquence, les entretiens débordent.

Dans ce lien thérapeutique qui s'instaure peu à peu, pourrait-t-on imaginer que Younès se sent pris au piège, que le lien est dangereux, qu'il le menace ? En détention, Younès ne semble pouvoir être en lien que par la violence, que ce soit avec les surveillants ou avec les personnes détenues.

Younès adore lire et je lui proposerai donc de lui prêter des livres. Dans ma bibliothèque, il choisira « le Lion » de J. Kessel et « Le vieil homme et la mer » de E. Hemingway. Si j'ai choisi les livres proposés en référence aux intérêts de Younès, il me paraît très parlant de proposer à Younès le roman relatant l'amitié entre une petite fille et un lion... Elle vient parler de ma représentation, plus ou moins consciente de notre relation ? En pensant à ce livre, j'ai l'image très nette de la petite fille jouant entre

les pattes énormes du lion... N'est – ce pas un message de ma part à Younès : je ne suis pas menaçante ?

Au fil des semaines, j'observe le comportement particulier que les surveillants adoptent à son égard. Je perçois la tension qui imprègne tous les échanges entre eux, Younès refusant souvent d'être placé en box d'attente, ou se présentant en retard. Un surveillant du centre de détention m'expliquera le comportement provocateur et insolent de Younès, au quotidien : « si on devait lui mettre des rapports d'incident à chaque fois qu'il nous insulte, ce serait plusieurs fois par jour ». Il m'indique aussi le surnom que les autres détenus lui ont trouvé : « l'Angoisse », en référence aux pressions, menaces et violences dont il peut être l'auteur. Je ferais donc en sorte de me trouver au bureau des surveillants à l'heure du rendez – vous de Younès, afin qu'il ne soit pas placé en box d'attente et que les échanges soient le plus limités possibles avec les surveillants. La surveillante de l'unité sanitaire me remerciera de manière appuyée pour cette attention.

Malgré la description de ce comportement agité et imprévisible en détention, Younès se montre toujours très correct, très calme et apaisé en entretien. Il me remerciera également de ne pas le faire attendre en box.

Comme l'avait craint sa conseillère du SPIP, l'U.V. F de Younès est annulé. Mais, par crainte de l'incident (et donc, crainte de l'agression), aucun personnel pénitentiaire ne l'en a informé. Le jour dit, Younès a attendu sans comprendre pendant plusieurs heures, que le surveillant l'amène au parloir, hurlant et frappant à sa porte. Inévitablement, à l'ouverture de la porte pour le repas, il a agressé le surveillant.

Il est placé immédiatement au quartier disciplinaire et puni par la sanction la plus lourde : 30 jours de quartier disciplinaire. Un entretien psychologique est prévu deux jours plus tard mais Younès refusera de se présenter, ce qui est extrêmement rare au quartier disciplinaire.

Il écrit quelques jours plus tard pour s'excuser et demander à me voir pour « [me] rendre mes livres ». Je lui envoie donc son prochain rendez – vous, selon la fréquence habituelle de 2 semaines mais lui propose de venir plus tôt, s'il le souhaite. Sa réponse arrive l'après – midi même : « bah oui je veux vous voir plus tôt, je suis au QD quand même !!! ».

Plus tard dans l'après - midi, j'apprends qu'il est dans le service. Je vais le voir alors qu'il attend dans le box d'attente. Après quelques phrases échangées à travers la petite ouverture de la porte, les surveillants acceptent que je le reçoive quelques minutes « en attendant les soins ». Le rendez – vous

n'était pas programmé et je ressens la grande tension chez les surveillants du quartier disciplinaire. Ils se placent derrière la porte de mon bureau pendant tout le temps de notre court entretien.

Tout de suite, Younès parle de la prise de sang. L'infirmière lui a proposé de la faire au quartier disciplinaire mais il a refusé, par crainte de « choper quelque chose » là-bas. Les infirmières m'ayant informé qu'il refusait tout le temps les prises de sang, je le questionne. Younès répond qu'il n'aime pas voir son sang et il précise, avec un regard glaçant : « le sang des autres ne me pose aucun problème ». Pendant ces quelques minutes, il parle peu. Les silences sont pesants. Il me paraît étrangement petit. J'ai la sensation qu'il pourrait disparaître et cela provoque beaucoup d'empathie en moi, malgré sa dernière remarque. Je lui propose de le revoir rapidement, ce qu'il accepte.

Les jours qui suivent seront extrêmement tendus en détention et à l'unité sanitaire. Plusieurs personnes détenues placées au quartier disciplinaire ont allumé des feux de cellule plusieurs nuits de suite, nécessitant l'intervention en urgence du personnel de surveillance, des pompiers et pour certains, des hospitalisations. Ces situations viennent raviver les enjeux de la relation entre l'administration pénitentiaire et l'unité sanitaire. Le personnel pénitentiaire vivant difficilement qu'on « prenne soin » de ces personnes détenues qui les mettent en difficulté, les soignants ressentant qu'on les empêche de soigner « leurs patients ».

Dans ce climat particulièrement tendu, je reçois Younès au quartier disciplinaire. Il arrive très amaigri mais souriant : « ça va bien ». En référence aux incidents de la nuit, il dit « c'est le feu ici ! » et je remarque comment cette expression, habituellement métaphorique, colle à la réalité à ce moment précis. Pour sa part, Younès est resté très calme et n'est pas apparu comme prenant part aux incidents.

Il m'explique alors avoir souffert de maux de ventre la veille au soir, avoir appelé le personnel de surveillance à de nombreuses reprises mais être resté sans réponse. Je lui demande alors ce qu'il s'est passé. Avec un grand sourire, Younès répond : « j'ai demandé aux gamins de mettre le feu ». Il ajoute, un peu gêné : « y en a un, il a serré ». Je repense alors à l'un des jeunes patients, qui a effectivement été hospitalisé en service de psychiatrie après l'évaluation des médecins. Nous échangeons un long regard, sans parole. Je me demande ce qu'il a pu dire à ce jeune, ce qu'il a pu faire pour « réussir » à enflammer la situation à ce point. Malgré son apparence inoffensive avec moi, il me donne tous les éléments de sa dangerosité, de sa folie. Je ne trouve rien à lui répondre.

Younès parle de nouveau de sa situation en détention. Étonnamment, il exprime de nouveau qu'il a beaucoup apprécié de se lever tous les matins et de gagner de l'argent pour avoir travaillé. Mais maintenant, il se retrouve de nouveau au quartier disciplinaire. La commission de discipline approche, il purge déjà une sanction de 30 jours et se demande à combien de jours elle va pouvoir monter. Il préfère se préparer au pire.

Pourtant, il me demande comment faire pour obtenir des permissions de sortir et un aménagement de peine et, au vu du contexte, cette question m'atterre. Pourtant, je lui réponds, je le renvoie vers sa conseillère SPIP. Elle lui a dit qu'elle « se battra pour [lui] » mais il se demande s'il peut lui faire confiance. Il reconnaît qu'elle vient souvent le voir et qu'elle répond toujours à ses demandes. Mais, il me rapporte alors une anecdote selon laquelle elle aurait été insultée lors de sa dernière audience au quartier disciplinaire : « depuis, elle vient plus ». Je travaille très souvent avec cette conseillère et je ne peux relier cette anecdote à aucun élément de réalité. Je relève l'angoisse d'abandon de Younès et la référence à la dangerosité de la pratique au quartier disciplinaire. Elle me renvoie aussi à une image souvent invoquée par les personnes détenues placées au quartier disciplinaire : celle d'animaux dangereux mis en cage...

Cette question de la réinsertion va aussi mettre en évidence un clivage dans la vie de Younès.

Avant son incarcération, Younès était en formation en alternance en plomberie. Il se plaisait dans ce métier et son patron, avec qui il s'entendait très bien, lui aurait proposé de l'embaucher. Quelques jours avant la signature du contrat, il a participé au braquage qui l'a conduit en détention. Ces éléments sont rapportés juxtaposés, sans connexion, sans lien. Younès ne fera part d'aucun regret, d'aucune émotion. Lorsque je l'interroge sur cet apparent paradoxe, il se contente de hausser les épaules.

Lors de cet entretien, je le sens proche. Il l'est physiquement de par la disposition des bureaux exigus du quartier disciplinaire, mais je le sens aussi moins défensif dans ses réponses. Un véritable dialogue s'instaure et je peux lui poser de nombreuses questions, plutôt directes. Il me parle alors de sa participation aux braquages, celui pour lequel il a été condamné mais de tous les autres également. « Son » rôle est celui du guet : il se tient à l'extérieur, armé, pendant que ses complices cambriolent l'établissement choisi. Il parle des armes qu'il a manipulé, des armes de guerre, et de la manière dont il les utilisait : « pour tenir les gens à distance ». Il évoque la dangerosité de cette vie : « y a des jeunes, ils se font descendre pour ça ». Il parle très fréquemment de la ville de Marseille, des quartiers Nord et me précise « c'est la guerre entre les lyonnais et les marseillais ». Il me parle alors d'un jeune lyonnais qui se serait récemment fait tuer à Marseille. Si l'angoisse est diffuse, l'image de la mort est beaucoup plus présente, plus nette, mais Younès ne perd pas son sourire.

Je le recentre sur sa situation, en remarquant que la personne qui vient lui rendre visite est de Marseille. Il confirme : « oui, tous ses frères sont dedans, elle en a perdu comme ça. Elle connaît bien et elle veut plus de ça non plus ».

Je lui nomme l'écart évident entre cette vie qu'il connaît bien et dans laquelle il paraît bien ancré et son souhait de se réinsérer. Younès se met à rire, s'appuyant sur le vocabulaire que j'utilise : « un grand écart ? C'est quoi, un grand écart ? ». Il esquive les réponses, se cache le visage dans les mains

en riant, tente de faire de l'humour, en me dénigrant : « qu'est – ce qu'elle raconte ? ». Je persiste, sans me laisser déstabilisée par son rire. Je lui demande ce qu'il a dû faire, lui, dans cette vie. Je reprends son terme : « vous avez porté des armes, vous dites avoir braqué des gens... qu'est-ce que vous avez ressenti ? » Il semble gêné, son regard fuit. Je ressens une angoisse très forte, qui me prend aux tripes. Ce rire qui sonne faux cache mal son désarroi et son angoisse. Il ne dira rien de plus ce jour – là.

Je le revois deux jours plus tard. À mon arrivée au quartier disciplinaire, l'équipe des surveillants me fait la remarque que Younès est « toujours » à l'unité sanitaire. Ils l'interprètent comme un moyen pour lui de « se balader » et donc, d'échapper dans une certaine mesure aux contraintes de sa sanction. Ils sont fortement agacés et ils me listent : Younès voit le médecin généraliste, le kinésithérapeute, le dentiste et moi -même, tous plusieurs fois par semaine. Je remarque en moi – même que les moments de sanctions disciplinaires au quartier disciplinaire sont les seuls moments où Younès est accessible aux soins. Dans ce lieu le plus contraint du lieu contraint qu'est la prison, il est peut – être suffisamment contenu pour prendre soin de lui.

Younès arrive en salle d'audience avec son complément alimentaire à la main. C'est assez démonstratif et les surveillants grimacent mais ne disent rien. Je remarque qu'il a encore maigri, ce qu'il confirme : « le médecin m'a pesé, j'ai perdu 7 kilos depuis le début du QD ». Il se plaint de fortes douleurs aux cervicales, pour lesquelles le médecin lui a prescrit du Doliprane® codéiné et du Valium® : « ça me fait rien ». Il voit également le kinésithérapeute mais « pas assez ». Il ne me parle pas du dentiste mais ce dernier m'a, lui, parlé de Younès : « il faudrait tout lui enlever et mettre un dentier. À 23 ans, il acceptera jamais... ».

Younès prend quelques minutes pour faire le point sur sa détention : les cours qu'il suit à l'école, le travail aux Ateliers. Il me dit vouloir demander un travail en cuisines. Je lui fais la remarque qu'en étant au quartier disciplinaire suite à une agression sur personnel, je ne pense pas que l'administration pénitentiaire lui donnera un poste, très demandé et qui plus est, dans lequel il aurait accès à des couteaux ! Younès éclate de rire. Il sait aussi qu'après sa sanction disciplinaire, il sera affecté au secteur « fermé », le plus strict du centre de détention. L'officier lui a dit que cela durerait 3 mois. Il ajoute : « mais s'ils me mettent sur ce bâtiment, je vais découper des gens ! » et demande une autre affectation. Je lui fais doucement remarquer qu'il demande des choses qu'il sait ne pas pouvoir obtenir. Cette fois, il ne rit pas. Il répond vouloir « faire les choses bien » et ne pas savoir comment faire.

Je le sens soudain très fragile. En le regardant, je le vois tout petit, frêle. Je repense à sa santé somatique, j'ai l'impression qu'il est en train de disparaître. Cela déclenche de l'empathie mais aussi des élans maternants. Je reprends les démarches qu'il a engagées : le travail, l'indemnisation des parties civiles, l'école. Je l'invite à être patient : « c'est toujours plus long à reconstruire, qu'à détruire ». Il hoche la tête.

Après quelques secondes de silence, il me dit avoir une demande particulière à me faire. Il me demande si je peux le faire sortir du quartier disciplinaire « juste ce week-end ». Je repose le cadre, en lui expliquant que je ne peux pas faire cela mais que, si la situation médicale le nécessite, les médecins ou psychiatres peuvent faire un certificat médical de contre – indication au quartier disciplinaire. Sur un ton neutre et décidé, il me demande : « il faut que je m’ouvre les veines et que j’écrive avec mon sang que je veux mourir ? ». Assez tranquillement, je lui réponds que non mais qu’il peut, peut – être, m’expliquer pourquoi il a besoin de retourner au centre de détention.

Younès se rapproche de la table, pose ses coudes dessus. C’est la première fois qu’il se place ainsi, aussi proche de moi, en entretien. Il m’explique qu’il vient d’apprendre que son cousin est mort. C’est une personne détenue, qui vient d’être placée au quartier disciplinaire, qui le lui a appris et il aimerait pouvoir appeler sa famille pour être sûr. Il n’a pas de compte téléphonique enregistré, je comprends donc qu’il a besoin d’avoir accès à un téléphone portable, ce qui est interdit. Je lui pose plusieurs questions et au fur et à mesure qu’il répond à mes questions, l’émotion apparaît. Son cousin était âgé de 19 ans, ils étaient très proches : « on a grandi ensemble ». Sur les conditions du décès, Younès répond : « il a vécu par les balles, il est mort par les balles ». Peu à peu, je fais le lien avec l’entretien précédent, au cours duquel il avait parlé de Marseille et d’un jeune lyonnais qui avait été assassiné là – bas. Les larmes aux yeux, il confirme qu’il s’agit bien de lui. Sa famille a réservé un parloir pour demain, il attend d’en savoir plus. Il ne parle plus de sa demande de retourner en détention. Il associe avec sa conseillère du SPIP, qui est enceinte. Il me parle du dernier entretien, pour lequel elle est bien venue le voir au quartier disciplinaire. Il sourit : « son ventre s’est bien arrondi ! ».

Younès refuse l’entretien suivant. Il finit sa sanction disciplinaire et retourne en détention classique. Il ne se présente pas non plus à l’entretien suivant. Je l’attends dans mon bureau, m’interrogeant sur la suite à donner. Si je suis mon protocole, je mets fin au suivi mais cela me paraît difficile, après l’annonce du décès de son cousin. Avant que je ne me décide, je reçois un appel d’une surveillante du centre de détention. Elle me dit que Younès dort, qu’elle a essayé de le réveiller à plusieurs reprises. Elle me demande de le faire appeler l’après – midi : « je crois en lui ! ». Je propose de le recevoir à 14h et, de manière très surprenante, la surveillante va négocier l’horaire pour lui : « c’est sa seule promenade de la journée ! S’il vous plaît, après 15h30 ? ». Devant l’insistance de la surveillante, j’accepte.

Younès arrive bien à 15h30 et ne fait aucune référence à sa surveillante d’étage. Il me demande de ne plus mettre de rendez – vous le matin : « c’est l’hiver, il faut hiberner ». Il sourit : « j’ai aucun incident depuis la sortie du quartier ! » et chaleureusement, il me dit que même sa conseillère du SPIP était surprise. Je remarque qu’il a pris du poids et il confirme : « j’arrête pas de manger ! ».

Il me parle de ses rêves, disant juste qu'il n'aime pas rêver : « c'est trop dur, on rêve et quand on se réveille, on voit où on est... ». Je lui demande s'il peut parler de ses rêves mais il dit les oublier dès son réveil. Il parle des décès aussi et me demande : « quand quelqu'un est mort, comment on fait ? ». On réfléchit ensemble au décès de son cousin, à ce qu'il pourrait faire pour penser à lui. Il refuse toutes mes propositions : « ce serait comme ne pas voir qu'il est mort, ne pas voir la réalité ». Je lui demande quelle réalité : « il est mort, enterré. Il se passe plus rien ». Je propose que parfois c'est juste trop dur et il ajoute : « oui, certains ne s'en remettent jamais ».

Il associe alors sur la famille, d'abord de manière générale, avant de pouvoir parler de son enfance et adolescence. Il dit que la mère est tout, « c'est notre monde » et que sans elle, « rien ne tient debout ». Je l'interroge sur le père et il répond que c'est « un pilier, mais un pilier décoratif ». Je le questionne sur son père, à lui. Il me raconte que petit, il était très bon au football et que son père voulait qu'il devienne professionnel. Mais, à 12 ans, il a commencé à avoir des copains, à fumer des cigarettes... Il avait peur que son père ne le découvre, notamment lors des examens médicaux dans le processus de recrutement pour les centres de formation. Il détourne la conversation longuement sur sa découverte de la vie nocturne, des sorties et des filles. Il faut que je le relance sur ce qu'il a fait. Il hausse les épaules : « je suis pas allé aux tests. » Il ne parlera pas de la réaction de ce père dont il avait si peur.

C'est la fin de l'entretien. On fixe ensemble le prochain rendez – vous. Il remarque que je le note au crayon papier (ce que je fais pour tous mes patients) et me demande pourquoi. Je lui explique que parfois, les rendez – vous sont modifiés, ou annulés. Alors que je suis en train de finir de noter son rendez – vous, je ressens un changement dans le climat de l'entretien. Je lève les yeux et je remarque que Younès a perdu son sourire, son expression s'est fermée, son regard est noir. Je lui demande s'il préfère que j'écrive son rendez – vous au stylo et il répond, d'un ton ferme : « au feutre indélébile ». Percevant l'importance de cet élément, je repasserai donc son nom au stylo avant de fermer mon agenda.

Younès sera pourtant absent aux deux rendez - vous suivants. Il écrit rapidement, avant que j'envoie mon courrier d'arrêt de suivi, pour demander un autre rendez – vous : « je vous mens pas, ça va pas ». Je lui renvoie son rendez – vous, selon la fréquence établie ensemble de 15 jours. Je remarque, trop tard, que pour la première fois depuis le début du suivi, Younès avait dit « ça va pas ». Il réécrit aussitôt : « 15 jours, c'est trop long, votre plante verte m'attend. Toutes les semaines, ce serait mieux ». Il est de nouveau absent à deux rendez – vous et m'envoie encore des courriers pour négocier l'heure des rendez – vous. J'ai l'impression qu'il fuit, chaque fois que nous touchons quelque chose de significatif en entretien.

Je reçois ensuite une demande de rendez – vous en urgence, le courrier arrive du quartier disciplinaire. J’essaie de le voir le jour même mais je ne peux pas accéder au quartier disciplinaire pour des raisons sécuritaires. Dans les jours suivants, Younès refuse tous les entretiens ou consultations qui lui sont proposés. J’ai le sentiment de rater quelque chose à chaque fois, de passer à côté de lui, de rater la rencontre. Cela fait plusieurs fois que je suis empêchée de le recevoir au quartier disciplinaire, pour des raisons sécuritaires indépendantes du suivi. J’ai l’impression que rien ne marche comme cela devrait, que tout joue contre nous dans ce suivi.

La semaine suivante, je profite d’un de mes rendez – vous annulé au dernier moment pour monter au quartier disciplinaire. C’est le matin, je ne l’ai pas prévenu mais je n’aurai pas d’autres possibilités dans les jours qui arrivent pour le voir. Je tente « le tout pour le tout ». Contre toute attente, il est prêt et il accepte le rendez – vous.

Il arrive très souriant, détendu. Il m’explique avoir été sanctionné de 20 jours de quartier disciplinaire, pour un téléphone qui n’était même pas à lui. Je le coupe en m’étonnant de la sévérité de la sanction pour un téléphone. Il cligne des yeux : « oui, bon, y avait un couteau avec ». Il m’assure que c’était pour couper ses légumes quand il cuisine (l’administration ne leur fourni « que » des couteaux à bout rond) ... Il me parle du dernier livre que je lui ai prêté, « le petit prince » et me dit qu’il n’arrive pas à le lire au quartier disciplinaire : « ici, on peut pas rêver ». Il associe sur son enfance. Il me dit qu’il adore les manèges et les parcs d’attraction et qu’il en a visités beaucoup avec ses parents. Il adore les sensations fortes. Il parle ensuite de nouveau des animaux prédateurs, en donnant de nombreux exemples de pièges qu’ils tendent pour attraper leurs proies.

Alors que l’heure tourne, Younès me parle de la plante verte sur mon bureau. Il me conseille sur son entretien, pour que j’en prenne « bien soin » : avec l’hiver qui arrive, il faut la protéger du froid « surtout ses racines. ». J’accueille ses conseils, acquiesce en l’assurant que je les suivrais. Je remarque qu’il évoque les « racines » de cette plante juste après avoir évoqué des souvenirs d’enfance. Je repense à ce qu’il me partage de son enfance, ces manèges à sensations fortes et j’imagine des « grands huit », avec leurs cabines qui montent et qui descendent : est – ce représentatif de ce qu’il a vécu dans ses relations infantiles, primaires ? Cela entre en tout cas en résonance intime avec ce que je ressens lors de nos entretiens : des entretiens au cours desquels il se livre, suivis d’absences imprévisibles. Le lien thérapeutique ne semble jamais suffisamment établi pour être « tranquille », il est toujours menacé.

Younès a entendu parler du groupe « conte » en détention, que je coanime. Il rit en parlant des personnes qui participent au groupe, toutes identifiées comme auteurs de violence. Il hoche la tête :

« vous avez une belle bande de cafards ! ». Je reprends sur le terme de cafard, en soulignant qu'outre le comportement, je perçois d'autres choses chez mes patients. Du tac au tac, il me renvoie : « là où il y a des cafards, vous voyez des lucioles, vous ? » Je lui demande s'il aurait aimé participer à ce groupe mais il secoue la tête. Il n'aime pas être en groupe, il pourrait dire « des trucs qui angoisseraient trop les autres ». Je le questionne sur cette angoisse, mais il coupe court en ajoutant : « et de toute façon, si y en a un que j'aime pas dans le groupe, je l'écrase direct ».

Il termine l'entretien en disant qu'il aime bien les gens qui parlent beaucoup : « vous parlez beaucoup pour une psy ! ».

Lors des semaines suivantes, Younès va être beaucoup absent aux entretiens. Son comportement se dégrade en détention et à l'unité sanitaire. Les échanges avec les infirmiers, les hommes principalement, sont très conflictuels, jusqu'à la violence verbale (insultes).

Il m'écrit régulièrement et nous allons entretenir une correspondance pendant plusieurs semaines. Il m'interpelle pour l'orienter sur des démarches qui ne relèvent pas de ma fonction, comme par exemple, s'inscrire auprès d'une association qui intervient en détention : « Lire pour en sortir ». Je relève bien sûr le lien avec les livres que je lui ai prêtés. Je lui réponds en lui donnant la démarche à réaliser et en l'assurant de mon soutien. Il répondra « merci pour votre soutien, ça fait chaud au cœur ». Il explique ses nombreuses absences par des douleurs aux cervicales « insupportables » mais, de nouveau, il précise : « je vous remercie d'être là pour moi. Franchement ». Il est pourtant toujours absent et dans son dernier courrier, il me dira « j'aimerais vous parler ». J'entends dans cette expression le double sens : la demande manifeste d'un rendez – vous mais j'entends aussi, de manière plus latente, le fait qu'il aimerait être en capacité de parler, de verbaliser, de raconter.

Il fera l'effort de se présenter une nouvelle fois, en arrivant très en retard, à quelques minutes de la fin du rendez – vous. Je ressens l'importance de l'accueillir, je lui propose donc de rentrer dans mon bureau, ne serait – ce que pour lui demander comment il va et fixer un autre rendez - vous. Il s'assoit, regarde ma plante verte : « je pensais qu'elle serait morte ». Il parle quelques minutes, évoque les « mères de famille » qui font de la magie noire pour que leurs fils s'en sortent dans la vie. Je lui demande ce que cela signifie pour lui « s'en sortir dans la vie ». Il hausse les épaules : « ne pas finir en prison ». Ma réponse est spontanée : « ah ! et qu'est - ce que vous pensez de votre situation alors ? » le déstabilise vraiment. Il serre les dents, baisse le regard. Je suis surprise que cette remarque le touche autant. Je lui demande si j'ai été un peu dure et il retrouve son sourire : « c'était pas un peu dur... C'était vraiment très dur ». Il réfléchit quelques minutes : « c'est pas une barrière que vous avez explosé, c'est quatre ».

Il me dit qu'« ils » ont retrouvé la personne qui a assassiné son cousin. Je reste silencieuse, je ne sais pas quoi lui dire. Il garde le silence de longues minutes. « Il se cache. Mais il est bête, sa mère, elle habite le quartier ». Je ne réponds toujours pas, j'attends les phrases qu'il lâche au compte-goutte et qui m'amènent inéluctablement à l'idée qu'il pourrait arriver « quelque chose » à cette femme. Je lui exprime mon étonnement, avec en tête le cliché vivace qu'« on ne touche pas aux mères ». Il ne sourit pas cette fois : « oui, mais lui, c'est de la mauvaise herbe et la mauvaise herbe, on l'arrache à la racine ». Nous échangeons sur ce qu'il pourrait imaginer faire à cet homme, ce qu'il voudrait faire et ce qu'il pourrait faire. Il se défausse tout au long de notre échange. Je lui demande ce que cela lui coûterait, à lui, de faire ça. « Je sais ce que vous allez dire : la prison ? » mais je le ramène, encore une fois, à lui : « et comment on vit, avec ça ? ». Il commence par la dénégation : « tuer, c'est facile, il suffit de pas réfléchir », détourne la discussion : « on pourrait payer un gamin pour faire ça... », puis reconnaît qu'il ne pourrait pas faire « ça ».

Il reste silencieux et calme. Il regarde de nouveau ma plante verte. Je lui demande si tout va bien et il répond énigmatiquement : « des fois, dans la vie, il faut arracher des cœurs et des âmes ». Les surveillants toquent à ma porte, Younès est attendu en salle de soin. Il se lève et sort rapidement, avant que je n'aie pu reprendre sa dernière remarque. J'ai l'impression qu'il fuit, qu'il m'échappe.

Quelques jours plus tard, j'apprends qu'il est accusé d'être l'auteur d'une très grave agression en détention. La victime est hospitalisée en urgence. Younès est placé au quartier d'isolement et transféré par « mesure d'ordre et de sécurité » sur un autre établissement en quelques jours. Au vu des mesures particulières, notamment de l'isolement, je n'aurai aucune possibilité de le voir avant son départ.

1.2.4. Analyse : modélisation d'un dispositif

En appui sur ces situations cliniques, nous avons pu dessiner les contours d'un modèle de prise en charge de ces patients identifiés comme violents.

Tout d'abord, les suivis de Salah, Thomas et Younès nous confrontent à la difficulté même de les rencontrer.

Dès la demande de suivi psychologique, ces patients se démarquent. La demande est souvent par le biais d'un tiers, que ce soit porté par ce tiers (la justice ou l'administration pénitentiaire, sous la forme d'injonction voire de l'obligation de soin), ou en appui sur lui (un autre professionnel de l'établissement, sous la forme d'un soutien). Entre cette première demande et la rencontre effective,

peut se dérouler un temps conséquent, ou peut se mettre en place un suivi « troué », marqué par plus d'absence que de présence physique de nos patients en entretien. Notre dispositif prend alors toute son importance puisqu'il est révélateur de notre intentionnalité, avant même que la rencontre ne puisse avoir lieu.

Nous avons fait le choix d'un accueil inconditionnel. Ainsi, quel que soit le nombre d'absences, qu'elles soient excusées ou non, justifiées ou non, nous avons toujours répondu à une demande de suivi par la proposition d'un rendez – vous. Nous nous sommes toujours tenus au dispositif des deux absences avant la suspension de ce suivi, quand bien même il n'y aurait pas eu de rencontre, comme ce fut le cas avec Younès. Parfois, à l'inverse, le patient va solliciter en dehors des entretiens, envoyer des courriers et par là, envahir le clinicien par une demande « totale ». Ce fut le cas avec Nassim et nous avons toujours accepté de le recevoir, nous n'avons jamais fermé notre porte, aussi épuisant que cela ait pu être à certains moments. Nous l'avons accepté car nous avons aussi dans l'idée que, peu à peu au cours du suivi, les entretiens fixés pourraient contenir Nassim, ce qui fût le cas après plusieurs mois de suivi.

Nous nous sommes inspirée par la pratique en « côte à côte » (R. Roussillon, 2012) et nous l'avons appliqué autant que faire se peut dans ce lieu fermé qu'est la prison : nous sommes sortis de notre bureau, pour rencontrer nos patients là où ils se trouvaient, c'est – à – dire en salle de soin, dans les couloirs au sein de notre unité sanitaire, dans les coursives, dans les bureaux d'audience des bâtiments d'hébergement, en cellule, à travers la grille du stade de foot... Toujours dans le respect des règles de sécurité établies par l'administration pénitentiaire.

Si nous nous sommes proposés de manière inlassable, il revenait bien au patient de se saisir du cadre proposé. Comment s'en sont saisis ceux qui ont été en mesure de le faire ? Souvent à bras le corps, comme on s'accroche à une bouée, parfois avec violence.

Dans chacun de ces cas, par un manque de présence ou par un trop – plein de présence, l'évolution du suivi vise toujours une régularisation du rythme de rencontre, défini ensemble, et qui va souvent de pair avec la définition d'un créneau horaire fixe. Pour chacun, la mise en place de ce suivi régulier a nécessité d'accepter de modifier un peu, de tordre, d'infléchir notre cadre de travail. Ces accommodations du dispositif ont le plus souvent porté sur les éléments de régulation de la rencontre, de la distance dans le lien. Ainsi, ils ont porté sur les modalités de contact (parfois, accepter de se passer de la demande sous forme de courrier écrit, au profit d'un échange verbal, d'un appel par un professionnel tiers...), sur les formes de communication (ne pas planifier les rendez – vous), sur le lieu

de l'entretien (en cellule, en détention...), accepter d'intercéder en leur faveur, de contacter le SPIP, un officier, tout en mesurant les limites de nos interventions (« je veux bien appeler mais je ne peux rien vous garantir »), tout en se gardant bien de se placer dans le clivage administration pénitentiaire/soin.

Il me semble que cela vient démontrer au patient que nous acceptons de nous montrer « touchée », affectée par la rencontre, qu'elle vient nous modifier.

Ces « tâtonnements » de la relation thérapeutique visent à instaurer un lien de confiance, dans lequel ils ne se sentiraient pas trop en danger.

Dans le suivi avec Younès, les longs monologues sur les animaux prédateurs, le détail des « pièges » de certains animaux pour attraper leurs proies, ont créé un climat de malaise diffus. Le lien à Younès pouvait être menaçant : je me sentais « prise au piège ». Aujourd'hui, il me paraît plus juste de voir ici la menace que le lien thérapeutique faisait peser sur Younès : comment pouvait – il se sentir lui – même piégé dans ce lien qui était en train de se créer ? On retrouve cette notion du lien menaçant dans chacun des suivis : Nassim quand il menace de partir (suicide ou transfert disciplinaire) sans « plus jamais [me] revoir », Younès et Thomas et leurs multiples absences au début de suivi...

Dans le cadre des entretiens, si l'on porte attention à leurs expressions langagières, aux insultes même qu'ils profèrent : arracher le cœur, arracher la tête, « je vais l'arracher », « j'ai tout arraché » qui véhiculent clairement cette idée d'arrachement et qui me paraît illustrer leur rapport au lien intersubjectif. La rencontre, et la séparation qu'elle implique inmanquablement, ne peuvent se faire que sur l'image de l'arrachement, laissant chacune des parties « à vif ».

Ainsi, l'un de nos premiers « objectifs » thérapeutiques est de pouvoir instaurer une continuité dans le lien. La régularisation du rythme des entretiens venant marquer une régularisation de la juste distance dans le lien. Pour cela, en inspiration de ce que le travail social nomme « l'aller vers », nous sommes parfois allées au – devant de nos patients. Le préalable est long et éprouvant. Il vient questionner le caractère soignant de notre dispositif : a – t – il du sens ou perdons – nous juste notre temps ?

Quand le lien est instauré, la demande de suivi psychologique peut s'exprimer, souvent sous la forme d'un « besoin de parler », de « faire le point » et le suivi qui s'ensuit est engagé sous la forme d'un accompagnement psychologique. Cette demande qui se présente sous une forme peu élaborée entraîne souvent des questionnements de l'équipe médicale, prise dans les enjeux institutionnels, et peut amener à la résumer à une manipulation de la part du patient, du type : « il ne vient que pour les remises de peine ». Nous l'avons vu, ces patients se présentent en grande difficulté pour verbaliser leur souffrance

psychique, ce qui vient renforcer ce sentiment de manipulation. Sur le modèle des dispositifs en situations limites et extrêmes, nous proposons de nous mettre à l'écoute de ce qui s'exprime par d'autres canaux, et en particulier par le langage du corps chez ces patients. Nous retrouvons de manière assez classique pour les équipes soignantes des formes de somatisations mais aussi, de manière moins classique, des actes sous forme multiples, répétant les actes de violence et de délinquance qui les ont menés en détention.

L'expression de la souffrance est au cœur de la subjectivité. Or, cette expression peut se faire sous différentes formes : le cri, forme non adressée et la plainte, adressée à un autre, identifié comme potentiellement aidant. Or, comme nous l'avons vu, le propre de la situation limite et extrême réside dans la durée de l'expérience de souffrance qui entraîne l'impossibilité de la représenter et la disparition de l'image d'un autre potentiellement aidant. Nous proposons ici d'entendre les actes de nos patients comme autant de cris, chaque C.R.I, comme un cri. L'intérêt de la prise en charge serait d'amener nos patients du cri à la plainte, du désespoir à la peine, en rompant la situation de solitude extrême, en se proposant comme un autre, en capacité de recueillir cette forme d'expression de la souffrance.

Travailler auprès de patients qui se présentent comme violents ne va pas de soi. Comme nous l'avons vu, l'administration pénitentiaire construit le plus souvent un pacte dénégatif de la forme : « ils ne sont plus humains, ils sont monstrueux », qui va faciliter l'application des protocoles et mesures sécuritaires. Pour le personnel soignant, prendre soin, ressentir de l'empathie pour une personne dont on sait qu'elle pourrait potentiellement nous faire du mal, nous blesser paraît comme un nouveau paradoxe. Comment alors, pouvons-nous les accompagner ? Les soignants somaticiens construisent souvent pour leur part, l'autre face du pacte dénégatif : « ce ne sont pas des monstres ce sont des patients », dont il faut prendre soin. Ce pacte est soutenu par le fait que les personnels soignants n'aient pas accès aux motifs des condamnations. Dans notre pratique, s'il s'agit de ne pas nier leur violence, nous pourrions dire que le pacte dénégatif se situe à un autre niveau : leur violence peut s'exercer, mais elle ne s'exercera pas *sur nous*. Ainsi, nous avons accepté certaines formes d'expression de la violence en entretien : les propos parfois violents, les insultes (tant qu'elles ne nous étaient pas adressées), dans les moments de crise, les déambulations dans le bureau, les gestes brusques (claquer les mains sur le bureau, coups de pieds dans les murs...) sans nous sentir en danger. Il est à souligner ici que l'environnement sécurisé de l'administration pénitentiaire permet cette construction psychique. La présence des surveillants, les alarmes portatives, les boutons poussoirs et les multiples règles de sécurité viennent créer un climat suffisamment sécurisant.

Cette phase « d'accompagnement psychologique », nous l'avons construite avec en fil rouge cette expression de Roussillon¹⁶⁰ : « apprivoiser leur terreur de l'autre et du lien ». Nous nous sommes mises à l'écoute du quotidien, le plus souvent amené dans un discours très opératoire. Avec Nassim, dans l'écoute des incidents disciplinaires qui ponctuent son quotidien, avec Salah dans les ruptures et les reprises des suivis avec les professionnels dont il s'était entouré. À la traditionnelle question de début d'entretien « comment ça va ? », la réponse de nos patients se fait comportementale : « j'ai eu un incident », « je suis pas allé au rendez – vous avec ma SPIP » ...

Avec nos patients en difficulté pour verbaliser, élaborer, symboliser leurs ressentis, ils s'expriment sur la scène corporelle. Nous nous sommes donc mis à l'écoute de ce corps : par son expression dans l'espace des entretiens (accepter que le patient déambule tout au long de l'entretien) et par la mise à disposition de tous les modes de communication possible, laissant à disposition dans le bureau d'entretien de multiples objets pouvant soutenir l'expression de nos patients : balle anti – stress, plante verte, papier et crayons, poste de radio, carte du monde, livres, jeu de carte...

Il faut parfois être attentif aux expressions, haussement d'épaules, froncement de sourcils, mais aussi rires...qui peuvent nous amener à proposer une compréhension du vécu subjectif du patient, qu'il peut valider ou non : « là, vous êtes en colère ? » Cette pratique demande une attention importante qui n'est pas sans rappeler la préoccupation maternelle primaire (Winnicott) et elle amènera Thomas à cette remarque : « vous êtes notre décodeur Canal+ ! ».

Comme nous l'avons vu dans l'exemple de Nassim, il est fréquent que ce travail commence avec une prise en compte de l'immédiateté dans laquelle vivent nos patients : accepter de recevoir « en urgence », se croiser pour permettre une (re)prise de contact...Ce qui était rendu possible par la proximité induite par le travail de psychologue P.E.P n'est plus possible dans le cadre du psychologue en unité sanitaire. Les rendez – vous sont programmés à l'avance et doivent être communiqués au plus tard la veille à l'administration pénitentiaire. Dans la pratique, des « rajouts » peuvent être possibles le jour même mais ils doivent rester exceptionnels. La demande des rendez – vous passe le plus souvent par des courriers écrits mais peut également passer par des collègues qui ont reçus le patient en consultation (médecins généralistes, dentistes...) ou croiser en détention (les infirmiers).

Cependant, nous avons gardé à l'esprit l'importance de cette proximité avec les patients. Notre travail de psychologue P.E.P nous a apporté une connaissance, une familiarité avec le quotidien en détention, les procédures appliquées et les procédures de l'application des peines. Ces informations nous ont souvent permis de comprendre dans les silences, les allusions, les ellipses de nos patients, ce que nos

¹⁶⁰ Roussillon 2012, p.

patients n'arrivaient pas à nous dire avec leurs mots. Certaines choses ne sont pas dites, elles doivent être comprises implicitement.

La proximité s'exprime aussi dans la distance psychique : proximité avec ce que nos patients vivent au quotidien, donc travailler avec les professionnels qui les côtoient au quotidien (SPIP, enseignant, personnel de surveillance) et connaître ce à quoi ils s'affrontent au quotidien (connaître les règles de la vie en détention, connaître les contours de l'aménagement des peines) pour se placer à leurs côtés dans ce quotidien spécifique de la détention.

L'organisation de la vie carcérale se fait en partie sur le principe du « mérite ». La majorité des activités permettant d'améliorer le quotidien ne sont accessibles qu'aux personnes détenues les plus « méritantes », à savoir : celles qui n'ont pas ou peu d'incidents disciplinaires et qui mettent en place des « démarches de réinsertion ».

Ainsi, évoquer le quotidien en détention avec nos patients violents nous amène souvent à ce que le comportement leur « coûte » en détention. Depuis l'ennui d'une vie oisive en détention, les mesures coercitives (régime de détention en « portes fermées », suspension de sport...), jusqu'à la souffrance intense ressentie lors des sanctions disciplinaires.

Si jusqu'ici la plupart de nos patients n'ont, comme le dit Thomas, « pas eu le temps de penser », les entretiens psychologiques peuvent permettre d'amorcer une pensée réflexive sur leurs comportements, leurs attitudes. Les procédures disciplinaires, la peine elle – même, donnent une prise sur les actes connus et sanctionnés. Nous remarquons que certains de nos patients ne peuvent aborder ces actes qu'après nous avoir donné à lire des documents officiels les décrivant. Nombre de nos collègues sont réticents à travailler sur le comportement en détention, au risque de collusionner avec l'institution carcérale. Or, il nous semble important de travailler sur ce point, si cela est la demande de la personne détenue. Il ne s'agit pas de travailler à baisser les incidents disciplinaires mais d'accompagner, d'aider la personne détenue à comprendre ce qu'il se passe pour elle, dans ces moments où l'acte est irrépressible et chercher, ensemble, d'autres façons de faire.

À ce titre, les entretiens proposés au quartier disciplinaire ont presque toujours revêtu une teneur particulière. Ce qui ne peut être dit est montré, vu. Nous avons exposé l'importance que prenaient : la tenue vestimentaire, l'état physique, l'hygiène des patients lors de ces entretiens. Ce qui est montré au sens plus large : l'état de la cellule de Thomas par exemple, les procédures plus ou moins sécuritaires appliquées par les surveillants lorsqu'ils amènent le patient, la tension palpable dans les échanges. Tous ces éléments qui dépeignent l'état psychique de nos patients à ce moment – là. Nous l'avons dit, ces entretiens sont rarement le lieu d'élaboration psychique. Mais l'on retrouve une expérience

commune, souvent très forte au niveau émotionnel, un partage d'affect qui peut, si on accepte de s'y laisser plonger, de percevoir les angoisses agonistiques de nos patients. Si Thomas et Nassim s'y livrent à corps perdus, Younès résiste et il faudra plusieurs entretiens au cours d'une sanction maximum de 30 jours pour que l'angoisse de mort, massive, se dévoile.

On ressent alors la désolation, l'aridité du paysage psychique. Les sensations de perte, d'abandon, de vide sont tellement présentes qu'elles entraînent parfois une sensation de perte de repères spatio-temporels, comme cela a pu être le cas avec Nassim. Après ces entretiens, je ressens le besoin de me « reconstruire », avec un refuge dans la nourriture (goûters sucrés qui ne manquaient jamais à l'unité sanitaire) mais aussi dans l'écoute de musiques connues et appréciées, dans le besoin d'une vie sociale remplie, et parfois, sur le trajet entre la prison et chez moi l'envie de « parler à ma maman » (pensée qui se verbalisait en ces termes), comme l'envie de *vivre* pour échapper à ces vécus envahissants.

Dans une autre mesure, ces vécus ont été éprouvés dans les entretiens avec Salah, dans ses silences, dans ses expressions fermées, dans ses postures...

Dans ma position de psychologue, celle d'être en côte - à - côte, celle de témoin de l'expérience vécue, pensée comme (ré)humanisant la situation, nous nous sommes souvent senties : à côté de la plaque, insignifiante, inutile, dépassée...autant de vécus qui venaient ici blesser un idéal soignant. Il a fallu reconnaître ma propre impuissance, mes nombreuses limites...Je me suis souvent entendu dire : « ça, je ne peux rien faire ; ça, ça ne m'appartient pas » et quand les patients, parfois agacés me demandaient : « mais vous servez à rien ! », je répondais invariablement : « non, je ne *serts* à rien » ! Il semble nécessaire de renoncer à un idéal de notre pratique de psychologue (de l'élaboration psychique, de l'interprétation) pour se concentrer sur ce qui semblait possible : permettre une rencontre, restaurer un lien, qui ne soit pas trop menaçant, suffisamment sécurisant pour renouer avec son vécu subjectif, dans un partage d'affect et ainsi leur permettre de retrouver une place de sujet.

Le travail en unité sanitaire ne doit cependant pas nous faire oublier le lieu où nous travaillons : celui de la prison. Quand les entretiens sont finis, nos patients retournent en détention, qui n'est pas un lieu bienveillant, un lieu de soin. Ce n'est pas un lieu où nos patients peuvent abandonner leurs défenses, les remanier, sans danger qu'il soit psychique ou même physique. La violence en détention peut aussi être un moyen de survie. Il a fallu parfois respecter les défenses psychiques de nos patients, quand bien même elles nous apparaissaient comme délétères par bien des aspects.

De même, le temps ne nous appartient pas plus qu'à nos patients en détention. Nous travaillons avec le temps que la justice nous donne, parfois avec celui que l'administration pénitentiaire nous laisse. Les transferts, particulièrement disciplinaires, sont difficilement prévisibles. La question de la

temporalité s'est souvent posée lors de la rencontre, avant d'engager le patient dans un lien thérapeutique.

Tous ces éléments se sont posés comme limites à notre pratique, venant également interroger l'idéal de notre pratique.

On imagine le monde carcéral avec toutes ses règles, règlements stricts où tout serait « carré ». Après 10 ans de travail au sein de cette institution, j'ai appris que rien n'était carré, mais, comme me le disait une collègue psychologue PEP : « ici tout est plutôt ovale, voire rond ». Les limites sont floues, les règlements peuvent s'adapter. Nous avons emprunté le chemin de la proximité pour rencontrer nos patients et nous l'avons vu, ces rencontres nous plongent dans un état parfois de fusion où l'on perd ses sens. Comment ne pas perdre le Nord ? Comment ne pas perdre de vue la limite, les limites ? Bien sûr, par des systèmes de supervision : supervision individuelle, supervision de groupe et intervision. Mais aussi, au quotidien, en s'entourant d'une équipe de professionnels sur lesquels s'appuyer. Le cadre institutionnel est important, je pense aux réunions cliniques, aux relèves infirmières. Mais surtout, aux échanges plus informels avec des personnels en qui j'ai eu confiance pour partager des vécus si difficilement partageables.

Nous avons aménagé notre pratique clinique dans l'idée de peupler cette terre aride, de la nourrir, de la rendre fertile. Je l'ai déjà indiqué, j'ai pu prêter des livres, agrémenter mes entretiens de citations d'auteurs célèbres, partager des références cinématographiques... Dans ce monde « sale » et « moche » de la détention, je ressentais l'envie de partager quelque chose de « beau » avec mes patients, avec l'idée que l'on peut se nourrir de ce qui est mal, moche pour faire quelque chose de beau.

2. Clinique du groupe « conte »

2.1 Étapes de la rencontre

2.1.1. *Repérage sur orientations des services*

En suivant le protocole décrit précédemment, nous avons pu former le groupe avec les patients suivants ;

Ahmed

Age : 23 ans

Condamnations : vols, violences aggravées avec ITT supérieure à 8 jours, port d'arme

Incidents disciplinaires : 8

Suivi psychologique : demandé et initié depuis 4 mois

Suivi psychiatrique : demandé, un seul entretien puis absent aux rendez - vous

Nabil

Age : 28 ans

Condamnations : vols avec violence, violences avec ITT supérieure à 8 jours, port d'arme

Incidents disciplinaires : 33

Suivi psychologique : en cours depuis deux ans mais marqué par de nombreuses absences et des interruptions de plusieurs mois

Mohamed

Age : 27 ans

Condamnations : violence sous la menace d'une arme, menaces de mort sur personne dépositaire de l'autorité publique, rébellion, détention d'arme

Incident disciplinaire : 28

Suivi psychologique : en a fait la demande, interrompu suite absences

Kévin

Age : 21 ans

Condamnations : violences en réunion, outrages et menaces de mort sur personne dépositaire de l'autorité publique

Incidents disciplinaires : 18

Suivi psychologique : a fait la demande mais absent à tous les rendez – vous proposés

Suivi psychiatrique : a vu le psychiatre deux fois lors d'une sanction au quartier disciplinaire

Kaïs

Age : 25 ans

Condamnations : menaces de mort réitérées, violences avec arme, violences aggravées

Incidents disciplinaires : 20

Suivi psychologique : a fait la demande, en liste d'attente

2.1.2. Entretiens individuels

Nous avons proposé des entretiens à 7 personnes détenues, 5 se sont présentées à l'entretien. Elles ont toutes accepté de participer au groupe.

Les entretiens ont lieu en salle d'audience, en bâtiment d'hébergement.

Lorsque nous sortons de l'unité sanitaire, alors que nous venons de nous équiper des alarmes portatives, Aurélie nous fait part de son appréhension : celle de rencontrer ces personnes détenues identifiées comme violentes mais aussi celle d'être au contact direct de la détention, de la population pénale (en tant que groupe indifférencié et non de patients identifiés), des surveillants pénitentiaires. Nous prenons la mesure de la contenance que nous offre les murs de l'unité sanitaire. Après avoir pris le temps de la réassurance, nous nous rendons en bâtiment. Pour cela, nous passons plusieurs points de contrôle. La détention, contrairement à l'unité sanitaire, est très bruyante en ce début d'après – midi : il y a de la musique et les cris aux fenêtres des cellules. Nous croisons plusieurs personnes détenues et surveillants, et leurs regards interrogateurs. Nous avons clairement le sentiment d'aller sur « leur terrain » et, sans nous sentir en insécurité, nous nous sentons plus vulnérables.

Arrivées au centre de détention, nous nous installons dans le petit bureau d'audience, après avoir transmis la liste des patients que nous souhaitons rencontrer.

Ahmed arrive le premier. Il est grand, mince, les yeux et les cheveux noirs. Il nous sourit, découvrant une incisive manquante. Une cicatrice s'étend de l'oreille au coin de sa bouche sur sa joue gauche.

Il s'installe calmement entre nous, les bras croisés sur la poitrine et les jambes étendues devant lui. Je lui présente le groupe et le dispositif des séances. Il hoche la tête, sourit et rit même à plusieurs reprises. Il explique spontanément : « ce matin, j'ai éclaté un mec et là, vous venez me parler de violence ! ». Très rapidement, il accepte de participer au groupe. Quand je lui demande s'il y a des personnes qu'il ne souhaite pas croiser, il éclate de rire : « peut – être que beaucoup vous ont dit qu'ils voulaient pas me voir mais moi, y a personne que je veux pas voir ! ».

Nabil se présente ensuite. Il est très grand, mince. Il s'installe dos à la porte et se balance sur sa chaise, en nous regardant « par en dessous ». Il semble distant. Il a été inscrit à la session précédente mais n'a pas pu être présent, en raison de nombreuses sanctions disciplinaires. Je lui présente le groupe et le dispositif, il hoche la tête : « la violence et la haine, y a que ça en prison ». Il dit voir des psychologues depuis tout petit : « tu vas lire des contes et faire ton truc de psy », sur un ton de confiance. Il veut participer au groupe. Il indique ne connaître aucun conte, il cite tout de même « Kirikou et la sorcière », qu'il a vu hier à la télévision. Lorsque nous lui demandons s'il y a des personnes qu'il ne souhaite pas voir, il réfléchit pendant de longues secondes avant de répondre par la négative, très sérieux.

Kévin entre très rapidement dans le bureau et s'installe en face de la porte. Il est petit, trapu, le crâne rasé. Il s'assoit de profil, les coudes posés sur les genoux. Il écoute distraitement mes explications et me coupe : « les autres, ils ont dit 'oui' ? ». Je le questionne sur son souhait à lui et il répond tout de suite être intéressé. Kévin parle fort, son ton est agressif même si les propos ne le sont pas. Il répond très vite, sans prendre le temps de réfléchir, qu'il n'y a personne qu'il ne souhaite pas croiser. Il a évité nos regards tout le temps de ce très court entretien. Abruptement, il demande « c'est bon ? », en se mettant debout. En sortant, il marque un temps d'arrêt, alors qu'il est de dos par rapport à nous. Il nous glisse : « merci d'être venues jusqu'ici » et sort.

Il nous faut aller chercher Mohamed, qui attend dans le couloir, appuyé contre le mur. Il est grand et mince, le regard dans le vague. Il s'installe dans le bureau et reste silencieux, sans nous regarder. Je lui explique le dispositif du groupe et il dit très vite qu'il veut participer. Tout comme Kévin, il demande si les autres patients ont dit « oui ». Lorsque nous abordons la question de la violence, il nous dit ne pas avoir de problème avec la violence mais insiste pour participer. Il dit connaître des contes mais n'est pas en mesure d'en citer les titres. Il n'y a personne qu'il ne souhaite pas croiser.

Enfin, nous recevons Kaïs. Il est de taille et de corpulence moyenne.

Il s'installe calmement, en reculant sa chaise le plus loin possible du bureau. Il paraît en retrait. Il écoute attentivement la présentation du groupe et il dit tout de suite être intéressé. Sur la question de la violence, il associe avec un incident récent : il a agressé un gradé du personnel de surveillance il y a quelques semaines. Il dit ne connaître aucun conte. Il n'y a personne qu'il ne souhaite pas croiser.

À la fin de la demi – journée, le groupe « conte » est constitué. Nous sommes soulagées. Aurélie me fait part du contraste qu'elle ressent entre l'appréhension ressentie en début de journée et l'empathie qu'elle a pu ressentir dans les rencontres avec les patients : « on dirait des enfants ! ».

2.1.3. Information collective

À notre arrivée au centre de détention, les surveillants nous accueillent avec le sourire. Lorsque nous leur transmettons notre liste de patients, le sourire s'efface dans une question : « ces cinq - là ? ensemble ? », nous faisant douter l'espace d'une seconde. Serons – nous en capacité de « contenir » ce groupe ? Le fantasme d'être débordées par le groupe, englouties dans la violence m'assaille. Nous « résistons », confirmant au surveillant que nous souhaitons les recevoir ensemble, dans un semblant d'assurance.

Ahmed arrive le premier et s'installe en bout de table. Nous remarquons que chaque patient, à son arrivée, commence par aller saluer Ahmed, puis s'installe à ses côtés. Ahmed occupe cette place centrale avec prestance. Seul Nabil arrive un peu après les autres et s'installe directement en face de nous. Ils se connaissent tous et semblent apprécier de se retrouver.

Kévin interroge rapidement le lien entre la violence et les contes. Tout comme lors de l'entretien individuel, son ton est agressif. Je lui explique que tous les contes comportent des événements violents, traités de façon différentes. Kaïs intervient très rapidement, en donnant l'exemple du conte « le petit chaperon rouge ». Chacun acquiesce. Nabil affirme : « vous allez nous faire réfléchir sur des thèmes, tranquille ». Ahmed reste silencieux et observe les participants aussi bien que les animatrices.

Les questions portent ensuite essentiellement sur les absences et leurs possibles conséquences. Nous précisons donc qu'ils sont inscrits sur toute la session, quoiqu'il arrive, le but étant tout de même d'être présent à chaque séance.

La parole circule bien entre eux et l'atmosphère est plutôt chaleureuse.

Les patients demandent rapidement s'ils peuvent sortir : c'est l'heure de la promenade. Ils sortent en chahutant et en riant très fort.

2.2. Séances

Nous allons maintenant présenter la clinique recueillie lors des séances. Chaque séance est introduite par une présentation du conte, le récit découpé en éléments numérotés pour en faciliter l'analyse. Les récits complets des contes, ainsi que les productions graphiques en grand format, sont présentés en annexes.

2.2.1. Séance 1 : « Les trois poils du loup »

1. Un couple
2. Vit heureux malgré la pauvreté
3. Le mari est appelé à la guerre
4. Après plusieurs années, le mari rentre
5. Il est marqué par la guerre
6. Sa femme veut l'aider
7. Elle se rend chez la vieille femme du village
8. Qui lui propose de préparer une tisane
9. Elle a besoin de poils de loup et charge la femme d'aller les chercher
10. La femme se rend dans la forêt et rencontre le loup à trois reprises
11. Elle apprivoise le loup, avec de la viande et un chant
12. Elle rapporte les poils du loup à la vieille femme
13. La vieille femme jette les poils du loup : « si tu as apprivoisé un loup, tu peux apprivoiser ton mari »
14. La femme guérit son mari

Kaïs arrive le premier. Il paraît dépité : il a appris une mauvaise nouvelle au niveau judiciaire. Il demande où sont les autres patients, il dit être fatigué, ne pas comprendre pourquoi il est là et « ne pas avoir du tout envie de lire un conte ». J'ai en tête qu'il pourrait partir si la séance ne commence pas rapidement. Les autres patients arrivent au compte – goutte et il y a beaucoup d'entrées et de sorties avant que le groupe ne soit enfin réuni. J'ai un sentiment d'éparpillement, d'un mouvement centrifuge, nécessitant beaucoup d'énergie pour le rassembler. Kévin est le dernier arrivé, il entre dans la salle du groupe avec une cigarette à la bouche et un café à la main, comme s'il venait au pied levé.

Ils prennent place dans le demi – cercle. Ahmed est au centre. Kévin à côté, adossé au mur. Kaïs est collé au radiateur, qui chauffe, mais a entre-ouvert la fenêtre. Nabil s'installe à une extrémité, le plus près de la conteuse. Mohamed s'assoit à l'autre extrémité.

Nous commençons la séance en leur demandant comment ils vont. Une commission d'application des peines s'est tenue la veille et la juge a examiné plusieurs demandes de permission de sortir. Nous échangeons brièvement autour de ces décisions.

Nous annonçons le début de la séance et Aurélie sonne la clochette, ce qui déclenche les rires des patients. Lors de la lecture, je serais particulièrement attentive aux mouvements des patients, avec une certaine appréhension pour cette première séance. Ahmed relève la fermeture éclair de sa veste au maximum et enfonce son menton dans le col. J'entends quelques rires défensifs lors des premières phrases.

En début de lecture, plusieurs détenus font beaucoup de bruit devant la porte de la salle. J'hésite quelques instants et décide d'interrompre la lecture pour aller leur demander de faire moins de bruit. Les patients restent silencieux mais me jettent des regards étonnés. Le souhait de protéger le groupe, de constituer un cocon dans notre salle à guider mon intervention.

La suite de la lecture se fera dans le calme. Mohammed reste immobile, bras et jambes croisés. Kévin rit de manière très défensive et jette des regards vers les autres patients, dans une recherche d'étayage. Il trouvera à de brefs instants le regard de Nabil, qui reste impassible. Ses rires se calmeront progressivement au fil de la lecture, laissant place à une agitation motrice discrète : il ne « tient pas en place ». Nabil et Ahmed réagiront de façon similaire : piétinement, balancements légers de gauche à droite, comme s'ils cherchaient une position confortable, aux différentes étapes du conte : rencontres du personnage principal avec la sorcière, quête du personnage principal. À plusieurs reprises, leur regard se lèvera du sol vers les autres patients. Ahmed aura une position d'observation des réactions des autres patients, avec un regard dur et fermé. Kaïs immobile pendant la lecture, réagira très fortement à chaque rencontre de la femme et du loup : il recule sa chaise pour s'adosser au radiateur et cache son regard dans sa main droite.

La lecture du conte semble difficile pour chacun : la régression imposée par le conte et la passivation de la position d'écouter semble difficilement supportables. La fin soudaine du conte est accueillie avec soulagement et étonnement.

Kévin remarque que le conte est court mais Nabil le coupe : « déjà, on te lit une histoire, ça détend ! T'es pas détendu, là !?! ». Il se tourne vers moi et affirme : « tu lis bien ».

Après une relance de ma part, la reprise du conte est faite avec entrain par Ahmed, sous forme d'évacuation : « une meuf, son mari, il serre. Pour le guérir, elle doit faire une tisane. Elle a besoin de poils du loup. ». Il utilise l'argot de la détention, ce qui fait sourire les autres patients mais marque l'appropriation de l'histoire. Aucun des patients n'a saisi l'issue du conte, ils sont tous sûrs que la vieille femme a fait la tisane. Je relis donc la fin et Nabil en propose timidement une compréhension : « elle a fait ça pour lui donner confiance en elle ? ».

Kaïs prend la parole, son expression faciale et le ton de sa voix indiquent qu'il est déçu. Il parle du conte et de violence mais je ne comprends pas tout de suite le sens de son intervention, la source de sa déception. Les autres patients remarquent en riant : « il sait pas parler ! ». Kaïs bredouille en s'énervant et je finis par lui proposer : « vous ne comprenez pas en quoi le conte est violent ? », ce qu'il confirme. Dans une attitude protectrice, Nabil intervient immédiatement en assurant que la violence est bien présente. Le groupe tente alors d'identifier les éléments violents du conte. Cela nécessite un échange nourri autour d'une première définition de la violence qui mène Nabil à cette remarque : « ce qui est violent pour vous n'est pas violent pour nous ! ».

Nous leur demandons donc de nous expliquer ce qui est violent et les patients s'appliquent en cherchant des exemples dans leur vie quotidienne. Les échanges sont fluides. Je remarque cependant que Kévin s'adresse plutôt aux autres patients, évitant de nous regarder ou de répondre directement à nos questions. Au contraire, Ahmed et Nabil nous regardent et s'adressent aussi bien aux autres patients qu'à nous. Kaïs a souvent du mal à trouver les mots, il se reprend plusieurs fois et Ahmed intervient pour l'aider. Mohamed suit les échanges : il regarde chaque personne qui intervient, les mimiques de son visage sont en concordance avec la teneur affective des propos mais il reste silencieux. Finalement, Nabil nous explique, en regardant Aurélie dans les yeux : « Si je te claque, tu trouveras ça violent mais moi, non. Mais si je t'arrache la tête, alors là, c'est violent ! ». Cette phrase, énoncée fortement et accompagnée de gestes illustratifs, nous laissera toutes les deux dans un léger état de sidération. Avant que nous ne puissions réagir, Nabil revient au conte : pour lui, c'est le fait d'envoyer la femme seule dans la forêt qui est violent. J'interroge la représentation de la forêt comme un lieu dangereux mais Nabil confirme : « tous ceux qui sont là seraient allés dans la forêt ! » ce qui fait rire les autres patients. Ensuite, la rencontre avec le loup est identifiée comme élément violent. Je leur demande comment réagit la femme et c'est Ahmed qui se souvient : « elle chante ». Kaïs intervient : « c'est la vieille qui est violente ! ». Devant notre surprise, il s'explique : « elle promet quelque chose qu'elle ne fait pas ! ». Cet élément ramène le groupe à une nouvelle définition de la violence. La violence n'est pas que physique et ils listent : violence verbale, violence psychologique... en s'appuyant sur leur vécu actuel en détention. Ils associent rapidement et Nabil remarque sombrement : « la violence a commencé bien avant la prison. » Il liste les institutions qu'il a fréquenté : foyers, CER, CEF, EPM¹⁶¹...en baissant la tête. Kaïs remarque qu'ils sont tous passé par là et que toutes ses décisions n'ont pas de sens. Nabil s'emporte et ajoute qu'ils sont en prison et que cela n'a aucun sens. Kévin et Ahmed lui répondent qu'ils savent pourquoi ils sont ici mais il réaffirme que lui, non. Kaïs approuve : lui non plus ne comprend pas pourquoi il est incarcéré et finalement, l'agression

¹⁶¹ CER : Centre éducatif renforcé, CEF : centre éducatif fermé, EMP : établissement pénitentiaire pour mineurs

sur le gradé est venue mettre du sens : « maintenant, je l'ai agressé, je sais pourquoi je suis là ! ». Ahmed sourit : « moi, ça se passe bien ici » ce qui provoque un rire explosif de Kévin : « tu leur fais des crises tout le temps ! ». Vexé, Ahmed insiste : « si, ça se passe bien. Je les agresse pas ».

Une dynamique partagée par les patients apparaît : la notion de « prendre sur soi », jusqu'à ce que « sans voir venir, ça pète ».

Malgré les violences déjà rapportées lors de cette séance, la violence parviendra toutefois à faire effraction lors des récits de violences physiques subies. Les patients utilisent un « ils » indéfini, faisant référence au personnel de surveillance. Kévin utilisera un vocabulaire très cru qui provoque des rires défensifs, des élévations de voix chez les autres patients. Alors qu'il s'est surtout adressé aux autres patients jusqu'ici, il se tourne vers nous et nous apostrophe : « vous savez quand même qu'au parloir, ils mettent des doigts dans le cul ? ». S'ensuit un inventaire des violences infligées par le personnel et face auxquelles, la seule réponse possible semble être la violence : « il faudrait les choquer vraiment » pour « qu'ils se rendent compte qu'on n'est pas que des détenus ».

Dans les postures des patients, nous notons une alternance de positions : se dresser sur sa chaise en parlant fort / se renfoncer dans sa chaise en riant. Ahmed claquera plusieurs fois sa main sur sa cuisse, suivant les propos les plus crus, les plus effractants, en riant très fort. Kévin hésitera plusieurs fois, guettant nos réactions quand il raconte les scènes les plus crues, utilisant l'argot de la détention. Au milieu de l'excitation, j'entends Nabil lui glisser : « tranquille, avec elles, tu peux ».

Je suis également surprise que les patients rapportent dès cette première séance des vécus ayant trait aux fouilles à corps, à la nudité, un des sujets les plus tabou en détention. Je le conçois comme un test de la contenance du groupe, de notre résistance, de notre capacité à supporter, endurer avec eux. Il s'agit peut-être aussi pour nos patients de nous forcer à prendre position : avec ou contre eux. Allons – nous les soutenir, les défendre ou prendre le parti de l'administration pénitentiaire, dans cette institution ou l'entre – deux n'est pas tenable ?

Nos tentatives, défensives, de leur trouver des réponses dans la réalité ou des réponses autres que l'exercice de leur propre violence, entraîneront l'ensemble des patients dans une réaction d'opposition, voire de rejet : « vous comprenez rien ! ». Les exclamations sont très fortes. L'atmosphère du groupe se charge, les patients sont tendus, les visages se ferment. Rapidement, nous réajusterons notre position à l'accueil de ces vécus et leur partage dans le groupe pour faciliter la verbalisation d'un vécu d'impuissance : « il n'y a rien à faire ». Ce constat clôture le temps de reprise.

Ce temps de reprise a généré beaucoup de mouvements, d'emportements, le groupe nous a semblé « au bord de l'explosion » et je suis épuisée par l'attention portée pour le contenir. Je ressens de mon

côté une pression à aller en avant, par l'intermédiaire de relances incessantes, sans quoi le risque couru serait celui d'un effondrement, d'un vide.

Nous proposons le temps de dessin, qui est facilement accepté.

Les patients nous regardent prendre place autour de la table avant de s'installer. Ils sont tous groupés à une extrémité, assez éloignés de nous, à l'exception de Nabil. Aurélie particulièrement n'a personne à ses côtés. En tant que stagiaire, elle est nouvelle en détention, ce qui s'est illustré par son incompréhension de certains mots, que les patients ont dû expliquer. Ils l'observent, à distance. Nabil dit que la discussion l'a mis en colère et il vient s'asseoir entre le mur et moi, dans une position recroquevillée. Tout dans son attitude démontre d'une recherche de contenance : il se rapproche physiquement de moi, me parle à voix basse... Kévin vient s'asseoir également à côté de moi et Kaïs, juste à côté de lui. Les deux semblent proches, parlent un peu à voix basse. Ahmed se place de nouveau en bout de table, portant sur le groupe un regard observateur, un peu extérieur. À côté de lui, Mohammed reste toujours silencieux.

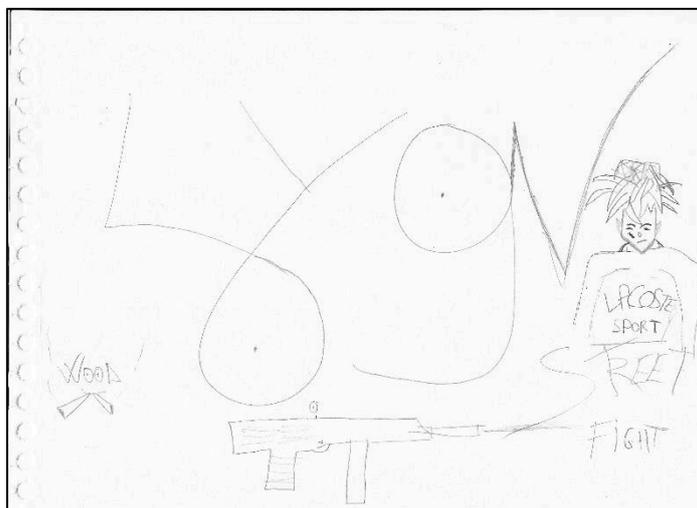
Je distribue les feuilles et propose le matériel de dessin : des stylos, des crayons papier, des crayons de couleur et des marqueurs. Nabil prend les marqueurs et me demande s'ils peuvent les emmener en cellule. Mon refus fait rire Kévin.

Tout de suite, un mouvement collectif apparaît dans un constat dépréciatif : « on ne sait pas dessiner », alors même que chacun commence à produire. Seul Mohammed s'est lancé immédiatement dans la production, avec un air appliqué. Ce sera un temps très calme et apaisé.

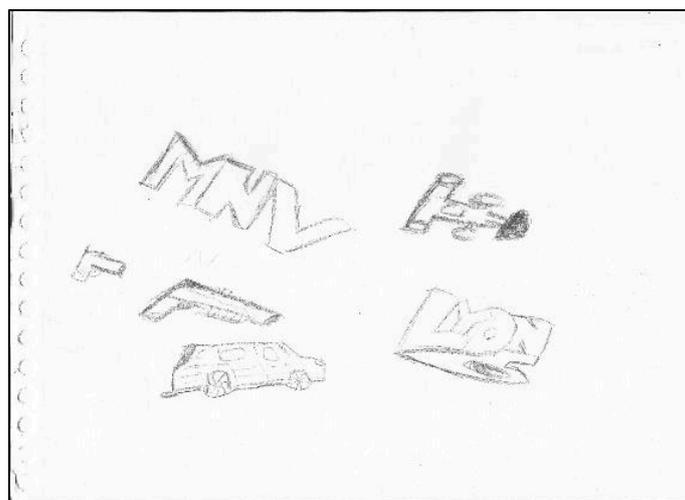
Kaïs et Kévin échangent sur leurs parcours respectifs et sur les structures qu'ils ont tous deux fréquentées, depuis leurs enfances : les foyers, les établissements PJJ, puis les établissements pénitentiaires. Ahmed informe qu'il a été en cellule avec Kaïs dans un autre établissement pénitentiaire et évoque des moments partagés autour du dessin (« il fait des dessins de ouf en cellule ! »). Ces échanges concourent à la création du lien groupal, à la contenance du groupe.

Je profite d'un temps où je croise le regard de Mohammed pour remarquer que nous ne l'entendons pas. Il sourit : « mais moi, Mme, je suis pas violent ! », ce qui provoque des éclats de rire. Kévin s'exclame : « non, lui, il met direct des coups de couteau ! » et il conclut : « Elle est belle sa violence, à lui ! ».

Les dessins de Nabil et Kévin sont au crayon gris. Ils représentent le nom de leur ville « Lyon » (lieu d'appartenance) et des armes à feu. Nabil a ajouté un personnage, portant un pull avec la marque « Lacoste » bien visible. Ces dessins rappellent les repères identitaires de nos patients et les armes à feu font référence à la violence, objet de notre groupe



Séance 1 1 Nabil



Séance 1 2 Kévin

Le dessin d'Ahmed représente deux visages. Un premier visage, qui porte la même cicatrice et la même dent manquante que lui, fumant ce qui ressemble à un joint de cannabis. Il est souriant. Il ajoute ensuite en plus petit, le même personnage, avec des traits qui barrent son visage, semblant représenter les lignes de rupture qui mèneront à un effondrement.



Séance 1 3 Ahmed

Le dessin de Mohamed représente un visage, à moitié couvert de noir. Il est réalisé en noir et blanc, à l'exception des yeux, qui sont remplacés par les lettres « A » et « P » en rouge. Assez simplement, nous y voyons une représentation de l'observation en permanence par le personnel de surveillance (AP : administration pénitentiaire).



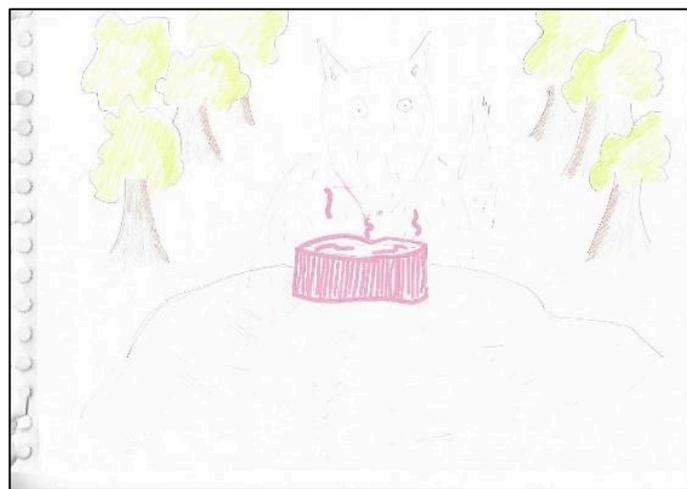
Séance 1 4 Mohamed

Kaïs a dessiné « la plage ».

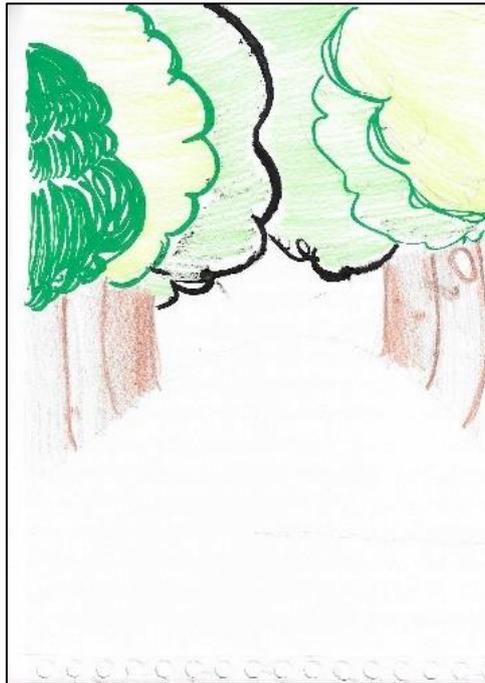


Séance 1 5Kaïs

Les animatrices sont les seules à dessiner sur le thème du conte. Aurélie dessine le loup au milieu de la forêt, devant un morceau de viande. Je dessine la forêt, m'applique à renforcer les arbres, les contours des arbres et n'ai pas le temps de finir mon dessin, laissant le centre vide...



Séance 1 6 Aurélie



Séance 17 Sandie

En voyant nos dessins, Nabil est surpris : « ah mais il fallait dessiner sur le conte ?! », verbalisant l'absence de liens, pour nos patients, entre les différentes séquences de la séance, malgré les consignes.

À la fin de la séance, les patients sortent dans une ambiance chaleureuse. On entend Nabil remarquer : « ça va, c'était bien, hein ? ». De notre côté, nous pouvons nous relâcher, souffler : la séance s'est bien déroulée, les patients ont « bien » reçu le conte.

2.2.2. Séance 2 : « L'homme à la peau d'ours »

1. Un jeune soldat vaillant à la guerre
2. La guerre prend fin
3. Le soldat rentre au foyer
4. Il est rejeté par ses frères
5. Il rencontre le Diable et accepte le pacte qu'il lui propose
6. Il profite de la richesse
7. Et porte une peau d'ours, sans pouvoir se laver
8. Il rencontre un pauvre vieillard dans une auberge
9. Il sauve le vieillard qui lui présente ses filles et en promet une en mariage
10. Peau – d'Ours partage l'alliance, en donne une moitié à sa fiancée et repart
11. Les 7 années d'épreuves arrivent à leur fin, il retrouve le Diable
12. Peau d'Ours retourne à sa fiancée
13. Ils rassemblent les deux moitiés de l'alliance, la fiancée le reconnaît
14. Les deux sœurs meurent, le Diable emporte leurs âmes

Pendant la semaine écoulée, j'apprends (par les relèves en équipe de soin, ou par les « bruits de couloir ») que Kaïs a passé plusieurs jours au quartier disciplinaire et qu'Ahmed est suspecté d'avoir pris part à une altercation violente entre détenus. Je m'attends, avec une certaine appréhension, à ce qu'ils soient absents à la séance.

Kaïs est le premier arrivé. Il a le visage fermé : regard fuyant, sombre et traits contractés. Il s'assoit et reste silencieux. Il s'installe comme la semaine précédente : dos contre le radiateur chaud, tout en ouvrant la fenêtre. Face à son expression fermée, nous restons silencieuses. Nabil et Ahmed arrivent ensemble, ils nous informent que Mohamed dort encore : il ne viendra pas. Ahmed prend la place centrale et Nabil vient s'asseoir à l'extrémité de l'arc de cercle. Kévin est le dernier arrivé, il s'installe à côté d'Ahmed.

Ils parlent peu, répondent juste qu'ils vont bien. Nabil demande rapidement à Aurélie de sonner la cloche, pour commencer la séance. Il y a quelques rires, très brefs.

Pendant toute la lecture, Kévin aura un fou rire, qu'il essaie de contenir en cachant son visage dans sa main. Quand son rire se fait plus fort, je lève les yeux de ma feuille et croise son regard. Les autres

patients restent concentrés. Ahmed m'observe, attentif à ma réaction et comme prêt à intervenir. Le rire se contient suffisamment pour que je poursuive la lecture. Nabil balance sa chaise, sans bruit.

Le conte est plus long que la semaine précédente et j'appréhende la réaction des patients : vont – ils « tenir » jusqu'à la fin ? Je connais bien ce conte, mon intonation est donc plus assurée que pour la 1^e séance. Il n'y a aucun mouvement pendant ma lecture, je n'arrive pas à percevoir leurs ressentis. À la fin de la lecture, les patients s'accordent à dire que ce conte est mieux que celui de la semaine précédente. Satisfait, Kaïs constate que la violence est bien présente.

Cette remarque de Kaïs lance la reprise du conte, collective, qui va suivre les associations des patients sur la thématique de la violence et non suivre la ligne temporelle du récit du conte. Ils soulignent d'abord que la violence est « dans le corps du conte », elle est présente partout, elle le structure. Le premier élément apporté est l'image du vieillard que rencontre le soldat à l'auberge : il est misérable et pleure. Puis, Nabil parle des morts des deux sœurs. Ahmed indique pour sa part que l'image la plus violente est celle du rejet des frères, en début du conte. Ils évoquent aussi le rejet de Peau d'Ours au long des 7 années. Pendant cet échange, Kaïs reste en retrait. Kévin rit beaucoup, ce qui semble l'aider à maintenir une distance avec le contenu des échanges. Ahmed et Nabil, eux, semblent pris dans la thématique du conte : leurs échanges sont nourris, en appui sur mes interventions qui visent à éclairer les liens entre les éléments amenés : « pourquoi ? comment ? qui ? à quel moment ? ». Ils parlent et, en miroir, se massent le ventre à plusieurs reprises (mouvements circulaires, comme après un bon repas). Nabil s'interroge sur les termes du pacte. Il ne comprend pas pourquoi l'homme accepte les 7 années d'épreuve, au risque de donner son âme au Diable. Ahmed lui rappelle la promesse de l'or et Nabil hésite et m'interroge : « tu aurais fait quoi, toi ? ». Ahmed baisse la tête : « c'est le choix qu'on a tous fait ici ».

À ces mots, Kévin arrête de rire et s'impose violemment dans l'échange : « mais non, qu'est - ce que tu racontes ? ». Ahmed maintient fermement sa position : « on fait le mal quand même, tu ne peux pas dire le contraire ». Nabil se joint à Kévin : « on choisit pas » et il ajoute « le mal, on l'a en nous. ». Ahmed s'agite et subitement, il se dresse de sa chaise en criant : « non mais là, tu confonds tout ! ». Dans un même mouvement, Nabil se redresse sur sa chaise, s'avance et fait face à Ahmed. Ils échangent quelques paroles, en élevant la voix. Aurélie et moi sommes sidérées par cette irruption de violence agie, mais elle s'apaise aussi rapidement qu'elle est apparue. Ahmed se rassoit, Nabil se renfonce dans sa chaise. Ils parlent de choix, même si ce choix est raisonné pour Ahmed alors qu'il est, au contraire, fait « malgré [eux] » pour Nabil.

Je les interroge sur le moment où le Diable apparaît. Aucun patient ne s'en souvient et il faut relire la phrase. Nabil relève : « quand il est triste ? ». De nouveau, Nabil et Ahmed sont en désaccord. Pour

Ahmed : « on est tristes quand on est petits et après, ça passe. » mais pour Nabil : « quand t'es petit, t'es mal mais tu sais pas ce que c'est. C'est quand t'es grand que tu mets le mot dessus ». Ahmed insiste : « tu mets pas le mot dessus mais c'est quand tu es petit que tu es triste ». Il conclut : « mais le pire, c'est pas la tristesse, c'est la déception ». À ces mots, ils restent tous silencieux.

Je propose de passer au dessin mais ils ne réagissent pas, tout n'a pas été dit. De fait, l'échange reprend, Ahmed revient sur le retour de la guerre du soldat. Il ne comprend pas la réaction des frères : « c'est un soldat, il fait la guerre. Il ne sait faire que ça ». La discussion s'anime sur la thématique générale de la guerre et Kévin s'emporte violemment : son ton monte, il n'écoute plus les autres... Je sens que la discussion nous échappe et qu'elle pourrait dégénérer. Kévin aborde la thématique de la guerre en Syrie, du terrorisme... Cette thématique, particulièrement sensible en détention, rencontre toujours la réserve des patients, surtout en présence des personnels. De fait, les patients semblent gênés en l'écoutant. Ahmed coupe court à la discussion en assenant d'un ton ferme et sans appel : « on va dessiner ! ». Tous les patients se lèvent et vont à la table.

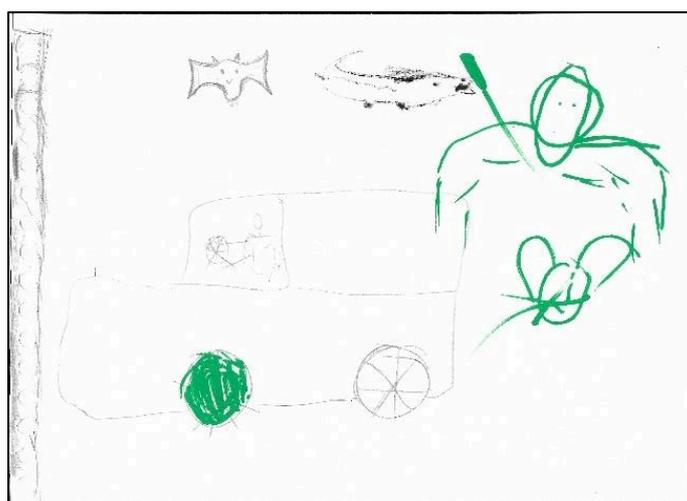
Kaïs s'installe à côté d'Aurélié et Kévin vient s'asseoir à côté de lui. Ahmed s'installe seul, il semble pris dans une rêverie. Comme la semaine précédente, Nabil regarde où je m'assois et vient s'asseoir entre le mur et moi. Les patients disent qu'ils ne sont « pas inspirés ». Nabil distribue les feuilles. L'ambiance est calme, silencieuse. Kaïs et Kévin parlent en chuchotant, tout en dessinant. Ahmed dessine en répétant plusieurs fois : « on sait pas dessiner ».

Aux crayons de couleurs, Ahmed a dessiné deux arbres et de l'herbe sur le sol. Il regarde son dessin et ajoute : « on dirait un enfant de 4 ans ». Il ajoute au crayon papier un personnage, qui paraît transparent sur le paysage coloré. Au feutre noir, il ajoute sur son personnage des pointillés noirs. En souriant, il dit : « on reconnaît pas ». Je lui propose : « c'est l'ours ? ». Surpris et content, il acquiesce. Les autres éclatent de rire : « mais d'où vous avez reconnu l'ours ? ». Il reprend son crayon papier et fait un ciel gris et nuageux.



Séance 2 1Ahmed

Nabil dessine un petit animal au crayon gris. Il rit : « on ne reconnaît pas ce que c'est ! » mais comme j'ai « décodé » pour Ahmed, Aurélie propose « une chauve – souris » et Nabil confirme, satisfait. Puis, il dessine un crocodile à côté, en prenant exemple sur le logo de la marque au crocodile de ses propres vêtements. Tout en dessinant, il parle de la nouvelle peine à laquelle il a été condamné et de sa lassitude de la prison. Il voudrait être transféré vers un autre établissement pénitentiaire. Il dessine un camion de transfert, ce qui fait sourire les autres. Il dira de son dessin : « j'ai fait mon passé (la chauve – souris), mon futur (le crocodile) et un camion de transfert ! ». Sur les ajouts au feutre vert, il ne dira rien. Les autres patients proposent : « t'as fait Rédoine Faïd qui vient t'évader pendant le transfert ? », ce que Nabil ne confirme pas.



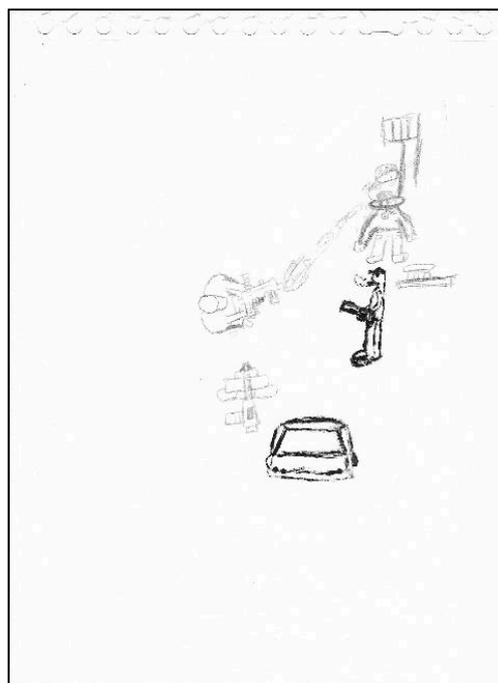
Séance 2 2Nabil

Kaïs a pris les feutres. Les autres se moquent mais il sourit et demande : « comment on dit ? J'ai fait ce que ça me fait penser le quartier. » Aurélie lui propose le terme « abstrait », qu'il confirme.



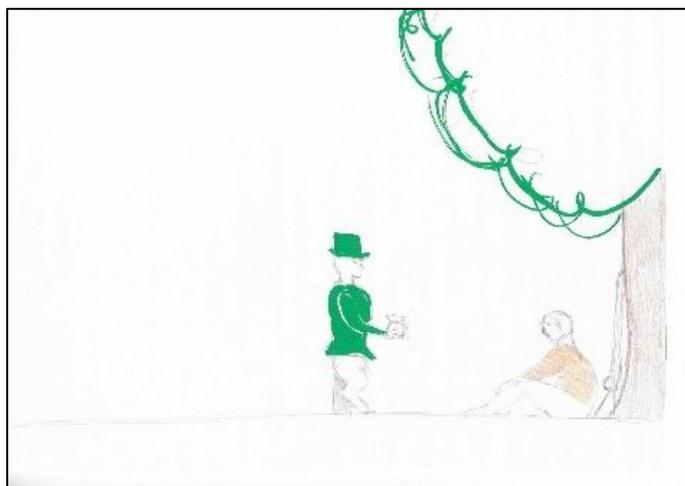
Séance 2 3Kaïs

Kévin dessine avec son bras qui masque son dessin et ne le découvre qu'au moment de le présenter aux autres : « J'ai dessiné un surveillant qui s'est pendu. Et l'autre, il lui tire dessus, pour être sûr, on sait jamais. » Je suis sidérée par le contenu de son dessin, la violence qui en émane et qui contraste avec son attitude détendue et son sourire lorsqu'il l'explique.



Séance 2 4Kévin

Aurélie et moi – même avons dessiné toutes les deux sur la thématique du conte, le même élément : le personnage principal, adossé à l’arbre. Il y a pourtant des différences notables : j’ai dessiné le soldat, affaissé, vulnérable, face au pacte du Diable. C’est le début du conte. Aurélie a dessiné le soldat dans sa peau d’ours, un peu enrobé, qui attend le retour du Diable.



Séance 2 5Sandie



Séance 2 6Aurélie

Lors de cette séance, Ahmed a également dessiné sur la thématique du conte. Le personnage qu’il a dessiné ressemble à un homme, les poils ajoutés figurant le caractère animal de l’ours.

Le dessin de Nabil n’est pas clairement sur la thématique du conte. Il reprend cependant également un personnage humain et des animaux.

Tous ces dessins reprennent une thématique du conte, celle de la question entre l’humanité et l’animalité.

C'est la fin de la séance. Je remarque qu'Ahmed ne dessine plus et reste silencieux. Il tourne son visage sur le côté, ses traits se durcissent et son regard est noir. Quand il se rend compte que je le regarde, il se détend instantanément et sourit. Il dit qu'il a faim et qu'il va monter en cellule pour manger. Je suis surprise, vu l'heure (il est 15h30) mais Nabil et Kaïs répondent qu'ils ont faim et qu'ils vont également se faire à manger.

2.2.3. Séance 3 : « Frérot et sœur »

1. Un frère et une sœur
2. Mort de la mère – maltraitance de la belle – mère
3. Les enfants partent du foyer
4. Ils arrivent dans la forêt
5. La belle – mère jette un sort maléfique sur les cours d'eau de la forêt
6. 1^e ruisseau transforme en tigre mais le frère est retenu par la sœur
7. 2^e ruisseau transforme en loup mais le frère est retenu par la sœur
8. 3^e ruisseau transformation en chevreuil, cette fois, le frère boit et se transforme
9. Ils arrivent à une maison au cœur de la forêt
10. Frérot, transformé en chevreuil, sort dans la forêt
11. Frérot et Sœurte conviennent d'une formule secrète pour ouvrir la porte de la maison
12. Lors d'une promenade, le frère est blessé lors d'une chasse menée par le roi
13. Le roi suit le chevreuil, rencontre la sœur
14. Mariage de la sœurte et du roi
15. Naissance de l'enfant
16. Meurtre de sœurte par la marâtre et sa fille
17. La fille de la marâtre est transformée et prend la place de la sœur
18. La sœur réapparaît sous forme de fantôme
19. Elle est reconnue par le roi
20. Punition de la marâtre et de sa fille par la mort

Après l'appel, tous les patients arrivent rapidement et groupés. En s'installant, ils ne prennent pas les mêmes places qu'habituellement, ce qui crée un sentiment de confusion chez moi. Kaïs est à ma droite, puis, Mohammed. Au fond, Nabil vers la fenêtre, à côté de lui, Kévin et enfin, Ahmed.

Mais alors que nous allons commencer, on frappe à la porte. C'est la surveillante du Greffe, qui demande à parler à Kaïs. Il se lève et sort rapidement. Nous sommes spectatrices de cette intrusion dont nous ne parvenons pas à protéger le groupe. Kaïs revient rapidement et nous informe que la surveillante vient de lui faire signer la mise à exécution de 6 mois de prison ferme. Je suis interloquée par la violence de cette scène, qui s'est déroulée dans la cour. Les patients éclatent de rire mais Kaïs reste impassible. Il explique qu'il attendait de signer cette peine depuis plusieurs mois (depuis le

jugement) et qu'il n'est pas surpris. Nous prenons le temps de lui demander calmement comment il se sent, il répond que « ça va ».

Nous entendons du bruit dans le couloir, plusieurs détenus se préparent à monter à la musculation. Je me retourne plusieurs fois, jusqu'à ce que la porte de la salle soit ouverte à la volée, des cris retentissent. Je me lève pour aller la fermer mais alors que j'arrive à la porte, Ahmed bondit et sort de la salle. Je regarde Aurélie, et nous sommes pareillement stupéfaites. Ahmed revient très rapidement et sans un mot, retourne s'asseoir. Aucun des patients ne fait de remarque. Nous ne sentons pas la possibilité de verbaliser cet événement comme si, ce qui tenait à la détention nous échappait et était hors possibilité de reprise.

J'ai l'impression que nous n'arriverons pas à commencer le groupe cette semaine, les intrusions sont incessantes et viennent de toutes parts (personnel, personnes détenues...). Je leur demande à tous s'ils vont bien, ils acquiescent et nous pouvons enfin commencer. Aurélie sonne la cloche.

Je commence la lecture. Le conte de cette semaine est un conte que je connais bien et que j'apprécie particulièrement. Je me plonge dans la lecture avec plaisir.

Les patients sont très silencieux, les regards sont au sol, même Kévin ne rit pas. Nabil balance sa chaise en silence. Pendant la lecture, Ahmed réagira à trois reprises, par des mouvements corporels. Au début du conte, il s'agite, commence à bouger ses jambes, ce qui s'apaise instantanément au moment où les enfants entrent dans la forêt. Quand le chevreuil est blessé, il pose sa main sur sa joue. Enfin, vers la fin du conte, quand la reine est mise dans sa baignoire, il fait tourner sa tête et craquer son cou. Mohammed garde ce regard éberlué, au sol, très calme.

À la fin de la lecture, Nabil remarque que ce conte est moins bien que celui de la semaine précédente. Le silence retombe. J'ai le sentiment que le groupe est éclaté, il est difficile de lancer les échanges. Ils répètent qu'il est difficile pour eux de se concentrer. Je fais le lien avec les multiples intrusions dont le groupe a fait l'objet cette semaine. Je prends alors une position active de soutien, par plusieurs relances. Je croise le regard de Mohamed et saisit cette opportunité pour lui demander ce qu'il a retenu du conte. Il répond qu'il n'arrive pas à écouter et que « plus [il se] concentre et moins [il] comprend ! » ce qui provoque l'hilarité chez les autres patients. Ce rire vient soulager le groupe, provoquant une détente corporelle et recréant une contenance de groupe. Mohamed propose un début de reprise : « un frère et une sœur qui sont allés dans la forêt et il est transformé ». Nabil vient compléter cette reprise ; Il utilise l'argot de la prison, ce qui fait rire Ahmed. Il explique que la fille et le garçon partent parce qu'ils sont maltraités depuis que leur mère est morte. Ils vont dans la forêt mais il ne faut pas boire à l'eau du ruisseau, sinon il va se transformer, il écoute sa sœur mais il finit par boire et devient un

chevreuil. Il part à la chasse et le roi découvre la maison. Après un moment de peur, la sœur accepte finalement la demande en mariage du roi. Ils vivent dans le château avec le frère mais la sorcière fait un « guetguet » et à la fin, la sorcière et sa fille qui n'a qu'un œil meurent... Il a parlé très vite, le corps penché en avant, avec des grands gestes de ses bras : il évacue rapidement.

Les liens entre chaque élément de l'histoire sont difficiles pour eux : qui est la sorcière et d'où sort – elle ? Ils n'avaient pas tous perçu que c'était la belle – mère, la marâtre. Et puis, ils ne semblent pas avoir bien intégré que la reine est morte. Il faut relancer plusieurs fois pour obtenir peu à peu les différents éléments. Ahmed répond avec une expression de souffrance sur le visage : « elles l'ont emmené dans la baignoire ? ». Je relance de nouveau : « et après ? ». Il tente doucement : « je sais pas, il fait chaud ? ». Je relance encore et tous les patients semblent désespérés. C'est finalement Kaïs qui demande : « elle est morte ? ». Questionnés sur les motivations de ce meurtre, l'échange se fait plus fluide autour de la notion de jalousie. Mais le débat s'anime surtout autour de ce qu'il se passe dans la forêt.

Les transformations possibles relancent le fil associatif. Nabil remarque que le frère est transformé en chevreuil et qu'il aurait mieux valu être un loup ou un tigre ! Je demande pourquoi le frère se retient de boire plus tôt et il faut leur relire : « tu deviendras une bête sauvage et tu me dévoreras ». Grave, Nabil dit qu'il comprend mais Kévin fait une grimace qui le fait éclater de rire. Il se tourne vers Ahmed « tu l'as vu, là ? La grimace qui veut dire que lui, il l'aurait mangé ! ». Kévin hausse les épaules : « oui, le loup, il mange la sœur, pas de problème ! », ce qui les fait tous rire. Ahmed redevient sérieux, il affirme en croisant les bras sur sa poitrine : « de toute façon, les loups, c'est des mouilles ». Je suis surprise, son regard se tourne vers moi : « oui, le loup, il chasse en meute, c'est une mouille, il attaque jamais seul ». Les autres acquiescent et les associations fusent sur les différents prédateurs, dans une escalade rapide : « Le tigre ? Et les hyènes ? » et Nabil ajoute, fier : « le guépard ! Le guépard, il chasse seul ! », Ahmed ajoute : « et le lion ! Enfin, la lionne, la lionne chasse seule ! » Tous commencent à dire « non, en meute » mais on sent qu'il se tend, tout son corps se contracte, son visage se ferme, son regard devient noir. Alors que je le sens prêt à exploser, dans un mouvement collectif, tous les participants confirment : « oui, la lionne chasse seule. ». Il n'y a aucun échange de regard entre les patients, qui poursuivent leurs associations. Ahmed se détend instantanément. Après ce moment de tension, c'est l'image du sanglier qui apparaît immédiatement dans cette remarque de Nabil : « le sanglier aussi, il fait pas rire ». Kévin confirme en hochant la tête : « il a des cornes, frère ! ». Pour la première fois, Mohamed intervient dans les échanges : « chez moi, on en voit, c'est dangereux ». Kaïs prend la parole et rapporte une anecdote personnelle. L'anecdote est longue et nous ne percevons pas tout de suite le lien avec notre échange. Les patients éclatent de rire à tour de rôle, et bien que j'essaie de suivre Kaïs, qui lui – même sourit, je finis par être emportée par ce rire collectif.

Enfin, il indique avoir vu des sangliers (alors qu'il était de nuit, à pied en forêt) et conclut : « ça fait peur ». Alors qu'il n'y a plus d'association, j'essaie de reprendre le fil du conte. Nabil remarque : « on est allés loin mais c'est jamais pour rien ! ». Les patients ont esquissé à travers l'image du sanglier, qui attaque pour se défendre, et la verbalisation de la peur, une dynamique possible à l'origine de la violence : on est violent quand on n'a peur, pour se défendre.

L'échange reprend autour de la troisième transformation du garçon et rapidement, il apparaît que les patients ne savent pas ce qu'est un chevreuil. Chacun amène sa représentation : pour Ahmed, c'est une sorte d'écureuil, pour Kaïs, un gros lapin. C'est finalement Nabil qui explique : « c'est une petite biche ». Kaïs semble déstabilisé et me demande : « mais, ça saute sur ses pattes arrière quand même ? ». Ils se découvrent tous assez vulnérables dans cet échange où ils se dévoilent sans attitude de prestance. La dynamique groupale se montre suffisamment contenante pour que ces questionnements se déploient dans un climat de sécurité pour chacun. Une fois l'image du chevreuil définie, nous reprenons le fil du conte. Ahmed indique : « il part à la chasse », inversant ainsi les positions du garçon et des chasseurs. Il explique : « il est chassé, mais c'est lui qui les balade ». Le frère est décrit comme inconscient du danger, l'angoisse s'empare du groupe et Nabil demande : « mais la sœur, elle le retient pas ? ». Kévin rappelle qu'elle ferme la porte mais Ahmed ajoute, articulant l'histoire à leurs propres histoires : « Il fait ce qu'on a tous fait ici. Toi, on t'a jamais fermé la porte ? ça t'a retenu ? ». Dans le silence qui s'est installé, on perçoit le murmure général : « non ». Nabil remarque : « elle ouvre la porte mais elle lui demande de revenir... ». Ahmed veut parler de la sœur mais il bégaye, cherche un mot et c'est Kaïs qui lui propose : « elle le protège ? ». Ahmed hoche la tête : « je trouvais pas le mot ». Subitement, l'échange s'anime. Nabil prend la parole et explique que la sœur « assure » alors que le frère « ils les mets dedans. » En montant le ton, presque en colère, il poursuit : « elle le protège, elle se marie avec le roi et c'est elle qui lui permet de redevenir humain ». Ahmed réagit tout aussi fortement : « mais lui, c'est un chevreuil, il fait ce que fait un chevreuil : il va se balader, il joue son rôle, il fait ce qu'il a à faire ! ». Nabil crie maintenant : « mais quand même, c'est qui qui bouffe la feuille ? Tu peux pas dire le contraire ! C'est le grand frère, elle la petite sœur mais c'est elle qui est là pour lui, elle est stable, elle le protège ! ». Ils cherchent dans le corps du récit des éléments pour étayer leurs positions. Pour Ahmed, la sœur est l'aînée, pour Nabil, c'est le frère l'aîné et il s'appuie sur le texte : « il la prend par la main et l'emmène par le monde ». Pendant cet échange, les autres patients restent spectateurs de leur désaccord, qui s'apaise rapidement, bien que ne trouvant pas d'issue.

La vie dans la cabane au milieu des bois est clairement une période heureuse et ils se demandent si le conte n'aurait pas pu se terminer ainsi. Kaïs remarque que le frère est toujours un chevreuil et il

faut plusieurs relances pour qu'ils retrouvent l'élément narratif permettant son retour à une forme humaine : la punition de la sorcière et de sa fille, par la mort.

Un silence s'installe sur le groupe. Il est temps de passer au dessin mais il faut quelques minutes pour que les patients changent de places.

La dynamique du groupe se modifie perceptiblement. Kévin se montre moins défensif, il rit moins pendant la lecture et participe directement aux échanges. Il est proche de Nabil, parfois jusqu'au contact physique : pendant l'échange, Nabil pose sa main sur le genou de Kévin pendant de longues minutes. Mohamed s'exprime de plus en plus dans le groupe. Toujours par des mimiques, des rires et des échanges de regards mais aussi, de plus en plus souvent verbalement. Ses interventions modifient le rythme des échanges, son débit étant plutôt lent, comparativement au débit rapide des autres patients. Kaïs est discret mais il est aussi celui qui amène le plus d'éléments d'élaboration, de compréhension des contenus symboliques. Cette position le fragilise parfois dans le groupe et il se montre alors en recherche d'étayage auprès des animatrices à travers des échanges de regards et des échanges en aparté. Si Ahmed se positionne en « leader » du groupe, par une position centrale, parfois en observation, et des interventions sous forme de déclaration inébranlable, Nabil peut s'opposer, proposer un point de vue différent et souvent à l'opposé du sien. Les échanges peuvent alors très rapidement se tendre : ils élèvent la voix, s'invectivent et cela se traduit au niveau corporel : Ahmed se dresse, tendu et Nabil, sans se lever, se redresse sur sa chaise, se met face à lui. Nous remarquons pourtant que malgré l'intensité de ces échanges conflictuels, la tension disparaît aussi rapidement qu'elle est apparue, sans que nous ne puissions saisir l'élément apaisant. Cela génère une sensation d'imprévisibilité de ces « conflits » avec une certaine appréhension de ma part : au vu de leurs passages à l'acte en détention, le groupe pourrait – il être le théâtre de violence entre les patients ? Pour autant, Nabil et Ahmed se présentent comme les patients les plus proches dans le groupe (ils rapportent souvent des moments passés ensemble en détention et échangent souvent pendant le temps du dessin). Je reste donc confiante mais vigilante lors de leurs échanges. Ils mobilisent beaucoup mon attention et mon énergie. Aurélie, la co – animatrice, se positionne alors plus attentive aux autres patients.

Pour le temps du dessin, Mohammed et Kaïs s'assoient côte à côte, et je m'installe à côté d'eux. En face, Aurélie s'assoit aux côtés de Kévin. Ahmed et Nabil restent debout, hésitent, se placent finalement côte-à-côte en bout de table, de sorte qu'ils sont entourés d'Aurélie et moi.

Mohammed dessine tout de suite, avec les marqueurs. Il est concentré sur son dessin.



Séance 3 1Mohamed

Kaïs dessine tranquillement, sur le thème du conte : la sorcière sur le bûcher. Puis, il dessine la princesse, avec un lapin en laisse. Et enfin, le château, au crayon gris.



Séance 3 2Kaïs

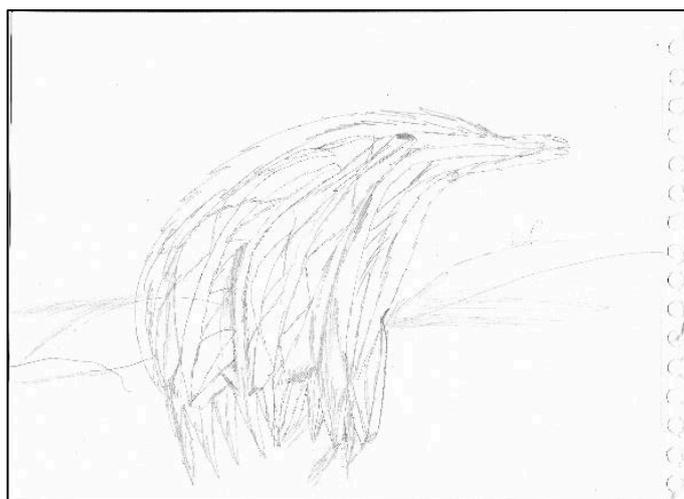
Kévin dessin au stylo bille bleu. Il sourit : « j'ai fait le quartier ! »



Séance 3 3Kévin

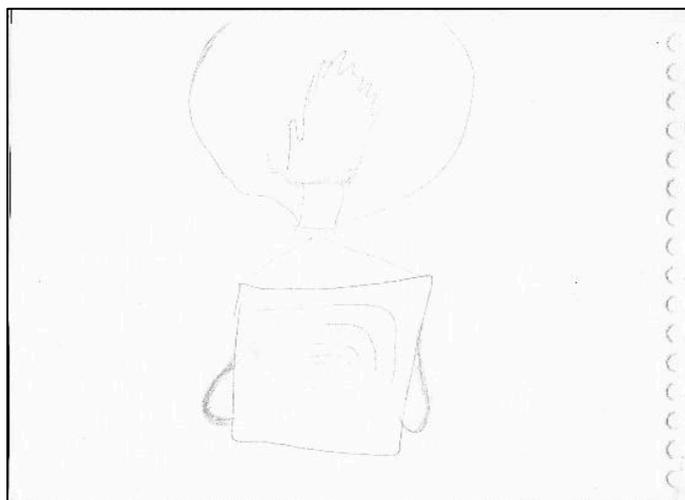
Ahmed et Nabil disent rapidement qu'ils ne savent pas comment s'y prendre. Aurélie leur propose de dessiner ce qui vient, même si cela ne représente rien. Ils commencent à dessiner.

Nabil regarde le dessin d'Ahmed, qui déprécie sa production : « on voit pas ce que c'est », et le soutient : « mais non regarde, tu ajoutes un œil là et on dirait un dauphin qui sort de l'eau ! » Ahmed rit mais Nabil me prend à partie et je confirme. J'ajoute : « Ou, on dirait de la glace ! » Ahmed est surpris : « oui, c'est ce que je voulais faire ! ».



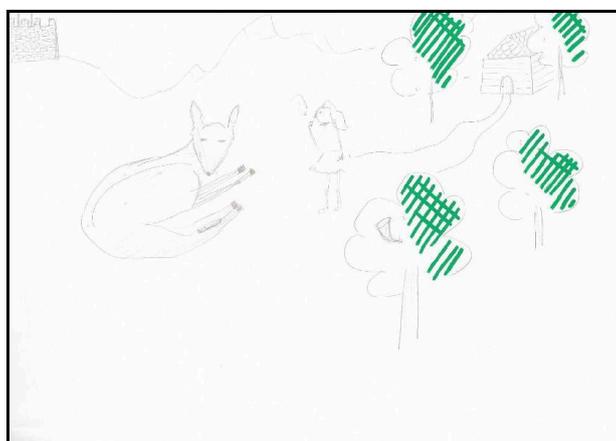
Séance 3 4Ahmed

Nabil a dessiné une montgolfière. Il n'en dira rien. Les traits sont légers, on les voit à peine. Son dessin pourrait représenter le décolllement dans l'imaginaire induit par le conte.



Séance 3 5Nabil

Aurélie a dessiné le chevreuil et sœurte devant la cabane, au milieu de la forêt. Lors de la reprise, ce qu'il s'est passé dans la forêt est ce qui a le plus mobilisé les associations de nos patients. Pour eux, lieu heureux où le conte aurait pu se terminer.



Séance 3 6 Aurélie

J'ai dessiné la cabane au milieu de la forêt. Petite mais confortable, entourée d'arbres.



Séance 3 7Sandie

C'est l'heure de fin, ils se lèvent et vont pour partir. Alors que les patients sortent rapidement, Nabil et Ahmed reviennent et nous proposent de nous aider pour ranger la salle. À ce moment du groupe, ma grossesse commence à être visible, et bien que cela ne soit pas verbalisé, il me semble que les patients (et surtout Ahmed et Nabil) se montrent très attentifs et attentionnés.

2.2.4. Séance 4 : « L'ondine de l'étang »

1. Un meunier et sa femme
2. Perte de la fortune
3. Pacte avec l'ondine de l'étang
4. Naissance d'un bébé
5. Retour de la fortune
6. Enfant devient chasseur
7. Mariage du chasseur
8. Chasseur emporté par l'ondine de l'étang
9. Rêve de la femme du chasseur
10. 1^e Rencontre femme / vieille femme
11. Peigne d'or – apparition de la tête du chasseur
12. 2^e rencontre femme / vieille femme
13. Flûte – apparition du buste du chasseur
14. 3^e rencontre femme / vieille femme
15. Rouet d'or – retour du chasseur auprès de sa femme
16. Inondation par l'étang
17. Transformations des époux en grenouille et crapaud
18. Transformation en humains des époux et amnésie
19. Éloignement des époux
20. Vie des époux en tant que bergers
21. Rencontre des époux
22. Musique jouée à la flûte
23. Les époux se reconnaissent

La salle me paraît propre, elle acquiert un caractère familial et chaleureux. Mohammed arrive le premier. Ahmed arrive, puis Kévin et Kaïs. Nabil arrive en dernier. Je leur demande comment ils vont. Ils répondent juste « ça va », Kévin ajoute qu'il n'est « pas dedans » aujourd'hui, il a « la tête ailleurs ».

Aurélie fait tinter la cloche et je commence la lecture. Pour cette lecture, un peu plus longue, je perçois beaucoup de mouvements : ils bougent leurs jambes, croisent leurs bras, se redressent... Il n'y a pas de rire, pas d'échange entre les patients. Le conte est plus long et la structure se complexifie. Je

prends donc le temps de lire, d'explorer le conte. En confiance avec le dispositif, je prends plaisir à marquer l'intonation du conte.

À la fin de la lecture, ils sont très silencieux, ils semblent un peu perdus.

Spontanément, Mohammed prend la parole mais c'est pour expliquer qu'il n'a rien retenu, ce qui fait rire le groupe. Il explique avoir eu un accident de voiture et qu'il en garde des séquelles. Je l'encourage à partager les éléments qu'il a retenus. Il commence : « il y a un meunier, qui a un fils. Puis, un chasseur ». Il bloque très rapidement mais les autres patients n'interviennent pas. Il faut de nombreuses relances de ma part pour qu'ils participent. Kevin reste silencieux, même s'il suit les échanges.

Nous nous rendons compte que le conte est confus pour eux : les changements des personnages, l'écoulement du temps... Nous reprenons d'abord les personnages : le meunier qui a un fils, le fils grandit et devient chasseur. Il devient alors le personnage principal du conte. Il faut ensuite reprendre le terme « ondine » que presque aucun des patients ne connaît. Ahmed est le seul à pouvoir l'expliquer : « c'est une sorte de monstre ».

La séquence du rêve avec la vieille femme a retenu leur attention. Nous reprenons le texte : la femme voit dans son rêve une cabane et une vieille. À son réveil, elle suit son intuition, trouve la cabane et la vieille femme qui l'aide. Dubitatif, Nabil demande : « ça veut dire qu'il faut croire en ses rêves ? ». Les patients associent peu et je dois sans cesse les relancer, ce qui me demande beaucoup d'énergie mais ne suffit pas. L'ambiance est poussiéreuse. Nabil et Ahmed répondent à mes questions et nous retraçons : comment la femme retrouve le chasseur, la transformation des époux en grenouille et crapaud, leur éloignement, les années passées à garder les moutons avant de se retrouver enfin. Il faut une suite incessante de questions pour retracer les retrouvailles. Je leur demande : « pourquoi restent-ils ensemble ? ». Ahmed répond : « ils sont contents de ne plus être seuls » et tous les patients hochent gravement la tête. Je demande comment le mari et la femme se reconnaissent et c'est de nouveau Ahmed qui propose timidement : « avec la chanson ? ». Je creuse encore et doit relire le conte : ils prennent plaisir à être ensemble, ils ont un sentiment agréable ! Hésitant, Nabil répond : « c'est l'amour ».

Malgré cette reprise, Mohamed est toujours perdu, il ne distingue pas le meunier et le chasseur... Il est nécessaire de reprendre l'histoire depuis le début. La reprise est faite collectivement et le premier élément énoncé est le pacte que le père conclut avec l'ondine : il accepte de lui donner « ce qui vient de naître chez lui » en échange de la prospérité. Ils remarquent que c'est alors le fils qui va devoir assumer les conséquences de ce pacte.

À ce moment, le fil associatif se déroule. Le volume sonore des échanges augmente sensiblement et l'agitation motrice s'empare des patients.

Ils s'interrogent sur le pacte et sur ce qu'ils auraient fait, à la place du meunier. Pour Mohamed et Kévin, c'est « oui », sans hésiter : le meunier ne connaît pas son fils, il ne l'a jamais vu donc, ce n'est pas grave. Nabil et Ahmed expriment violemment leur opposition dans de grandes exclamations. L'idée que le meunier sacrifie son fils est inacceptable. Kévin et Mohamed rient, détendus. Ils interpellent Kaïs qui ne s'est pas positionné. Il répond que pour lui, ce n'est pas possible que le meunier n'ait pas vu que sa femme était enceinte. De nouveau, les patients s'opposent.

Nabil et Ahmed s'appuient sur le ressort merveilleux du conte : elle peut accoucher sans avoir été enceinte avant ! Kévin et Kaïs restent attachés à la réalité : « une femme enceinte, tu le vois forcément ! ». Le climat se tend de nouveau. Ahmed se met debout à plusieurs reprises, appuie sa parole de gestes saccadés de ses bras. Kévin parle très fort et fait de grands gestes. Soudain, calmement, Mohamed propose l'idée que la femme elle – même ignorait qu'elle était enceinte. Après quelques instants d'incertitude, les patients éclatent de rire, dans un temps de détente partagée qui réinstalle l'enveloppe groupale. De fait, les patients s'accordent pour condamner le choix du meunier.

Ces échanges amènent les patients à se questionner sur le lien de filiation : est - ce que le lien du sang suffit pour établir un lien filial ? Le groupe se scinde en deux : pour Nabil et Ahmed, c'est « oui » et pour les autres, c'est « non ». L'ambiance se tend de nouveau. Ahmed se lève en criant, les traits du visage fermé et le regard noir. Les autres patients, restent détendus, rient entre eux, tout en échangeant avec lui. Ahmed les interpelle : « c'est parce que t'as pas d'enfant que tu dis ça ! » mais Kaïs et Kévin répondent qu'ils sont également pères. Ahmed se rassoit et explique plus calmement que son fils, qu'il n'a pourtant que très peu vu (son fils est né alors qu'il était incarcéré, il est séparé de la maman) fait les mêmes colères que lui. Nabil se rallie aux autres, remarquant : « il a dû te voir quand même, ou en entendre parler ». Les patients s'accordent sur le fait que les liens du sang sont plus forts que tout, amenant la question du sacrifice pour leurs familles.

Kévin arrête soudainement de rire et il explique que son petit frère s'est fait arrêter le matin même. La police est venue l'interpeller au domicile familial : « j'ai même plus de porte chez moi ! ». Les autres patients restent silencieux, ils regardent au sol. Kévin ajoute dans un sourire de fierté : « je lui ai envoyé mon avocat, c'est bon, le petit frère, il a pas poucave ! ». Ils hochent tous la tête et Kévin poursuit : « c'est comme ça, le grand frère, il rattrape les erreurs des petits ! ». Ahmed prend la parole et assène fortement en se redressant et croisant les bras haut sur sa poitrine : « pour un frère, tu fais tout, sauf s'il a balancé ou s'il a pointé ». Kévin fait claquer sa main sur le genou d'Ahmed et en souriant, il remarque : « j'aime ce que j'entends ! ». De nouveau, ils hochent tous la tête. Mohamed prend la parole, venant briser l'illusion groupale : il ferait tout pour ses parents mais pas pour ses frères.

Les autres sont dubitatifs, Nabil s'agite : « qu'est – ce que tu dis ? ». Ahmed lui demande s'il a des parloirs et quand Mohamed répond que non, il clôt le débat : « alors, je te comprends ».

Alors que le début de séance avait été très silencieux, nécessitant de très nombreuses relances de ma part, elle s'est terminée sur des échanges très riches entre les patients, dans lesquels, en tant qu'animatrices, nous n'avons que très peu de place, soulevant la question des liens filiaux et de la transmission des dettes au sein de la famille. Je remarque que le temps de reprise a « débordé » et qu'il reste très peu de temps pour le dessin. Je propose tout de même de réaliser un dessin mais les patients refusent. Kévin poursuit les échanges, comme s'il n'avait même pas entendu ma remarque.

Alors que l'heure de fin est annoncée, les patients ne s'interrompent toujours pas. Ils se mettent debout, nous saluent et nous aident à ranger la salle, tout en poursuivant les échanges. Cette séance ne semble pas pouvoir trouver de fin. Dans ce temps informel, Kaïs nous informe qu'il a reçu l'accord pour son transfert vers un autre établissement pénitentiaire. Il peut désormais partir du jour au lendemain.

Cette séance a été difficile en tant qu'animatrice. C'est la première fois que la reprise du conte n'est pas linéaire et qu'autant de relances sont nécessaires pour retracer l'histoire. Le conte est apparu sous forme d'images, éparées, sans lien les unes avec les autres. Si le fil principal de l'histoire a été reconstitué au prix de nombreuses relances, de nombreux éléments restent absents (tous les objets magiques) et les personnages féminins, leurs positionnements, leurs choix sont peu explorés. Après un long moment où mon énergie a été fortement mobilisée (liaison des éléments par les relances), j'ai subitement eu le sentiment de devenir spectatrice des échanges, complètement passive, vide.

Les associations des patients ont été accompagnées par une alternance de temps de forte tension et de temps de détente par le rire. Les alliances ont été changeantes ; Nabil et Ahmed d'abord unis, se sont ensuite affrontés. Kévin se rallie parfois à Ahmed, parfois à Nabil. Ces alliances se manifestent parfois par des gestes physiques (main de Kévin sur le genou d'Ahmed, en résonance avec la séance précédente au cours de laquelle Nabil avait placé sa main sur le genou de Kévin).

Le refus collectif des patients de dessiner pourrait être compris comme l'impossibilité pour eux de représenter, figurer les éléments mis en évidence par les échanges : question de la filiation, des liens familiaux, des transmissions.

2.2.5. Séance 5 : « Kirikou et la sorcière »

1. Une femme
2. L'enfant Kirikou s'enfante seul
3. Kirikou se lave seul
4. La sorcière Karaba
5. Elle envoie ses fétiches au village
6. Les fétiches volent les bijoux des femmes du village
7. La vie reprend au village
8. Kirikou demande pourquoi la sorcière est méchante
9. Seul le Sage le sait, il vit derrière la montagne interdite
10. Le Sage est le grand – père de Kirikou
11. Départ pour la montagne
12. Entrée dans le terrier et remise du poignard du père
13. Rencontre avec la zorille : sort du terrier
14. Rencontre avec la huppe : déguisement, combat et envol
15. Rencontre avec le phacochère : apprivoise le phacochère
16. Rencontre avec le Sage de la montagne
17. Explication sur le sort de Karaba : épine dans le dos qui la rend méchante
18. Kirikou vole les bijoux de Karaba
19. Il cache les bijoux sous l'arbre fromager
20. Karaba se rend sous l'arbre fromager
21. Kirikou lui arrache l'épine dans le dos
22. Remerciements de Karaba
23. Baiser de Kirikou et Karaba
24. Kirikou se transforme en guerrier
25. Retour de Kirikou et Karaba au village
26. Reconnaissance de Kirikou par les villageois
27. Arrivée des fétiches au village
28. Transformation des fétiches en hommes du village
29. Village réuni : c'est la paix

C'est une semaine où nous sommes fatiguées, Aurélie et moi – même. Nous nous sentons plutôt fragiles, vulnérables et choisissons un conte que l'on imagine « facile » : « Kirikou et la sorcière ». Le conte est très long, nous avons donc dû couper plusieurs scènes pour qu'il entre dans le format de notre séance, je ne suis donc pas bien familiarisée avec la forme finale retenue. C'est aussi la première fois que j'utilise ce conte dans une session du groupe « conte ».

À notre arrivée en détention, « notre » salle est occupée par un autre groupe. Il faut argumenter pendant de longues minutes pour que le groupe libère la salle et nous laisse nous installer. Nos patients arrivent assez rapidement et alors que nous nous préparons à commencer la séance, deux surveillants font irruptions dans la salle. Dans des attitudes très provocatrices (ils font les « cow-boys »), ils demandent à nos patients leurs cartes d'identification. En miroir, les patients adoptent des attitudes agressives et provocatrices. Légèrement de côté, nous sommes spectatrices passives de la scène. Notre séance nous échappe. Je me sens extrêmement en colère mais ne sait pas comment réagir. Finalement, après vérification des cartes d'identification, les surveillants sortent et les patients s'installent, passant instantanément à autre chose.

Je me sens aussi très lasse de devoir « me battre » chaque semaine pour la tenue du groupe dans de bonnes conditions.

Comme la semaine précédente, Kévin dit « ne pas être là », ne pas être dans un bon jour mais être venu quand même. Kaïs s'installe comme à son habitude sous les fenêtres, qu'il entrouvre. Kévin est à côté de lui, bras allongés sur le radiateur, jambes écartées. Ahmed et Nabil sont assis face à face, chacun à un bout de l'arc de cercle.

Je commence la lecture mais j'ai dû mal à « être dedans ». Je reste tendue, mal à l'aise. Je ne prends pas plaisir à la lecture de ce conte que pourtant, j'apprécie. Pendant la lecture, Nabil et Ahmed seront assez agités : ils changent plusieurs fois de position, les jambes s'allongent puis de replient... Ahmed rit beaucoup, cachant sa bouche dans le col de sa veste. Il regarde Mohammed, qui ne réagit pas.

À la fin de la lecture, Nabil remarque tout de suite que le conte n'est pas comme le dessin animé : il manque des parties. Collectivement, ils reprennent quelques éléments du conte : les hommes transformés en fétiches, le grand père et l'épine dans le dos. Kévin s'interroge : « c'est quoi cette histoire de bébé qui parle et qui s'enfante tout seul ? » mais son interrogation ne trouve pas d'écho. La discussion n'est pas fluide, les interventions des patients ne se lient pas.

Très vite, Kévin revient sur le dessin animé et plus spécifiquement sur la nudité des personnages, qu'il trouve choquante pour un dessin animé pour enfants. Je suis surprise par cette intervention mais les patients sont tous d'accord et la discussion « prend » rapidement, je me sens laissée sur le côté, « à

côté de la plaque ». Kévin relie ce ressenti à un souvenir : il a vu le film à l'école et se souvient des réactions gênées de ses camarades devant la nudité des femmes. Kaïs associe sur un épisode de sa propre enfance : il a visionné le film « l'exorciste » seul et a été choqué par la violence des insultes du personnage de la petite fille. Aurélie intervient et verbalise la sensation de choc qui fait lien entre ses deux souvenirs.

Kévin revient sur le conte lu, il remarque que Kirikou vole et donc, que le conte approuve le vol. Les patients se questionnent autour du personnage de Karaba et de ses pouvoirs magiques. Est – ce sa méchanceté qui lui donne ses pouvoirs ? Mais Nabil se rappelle la fin : « non, à la fin, elle transforme Kirikou en homme alors qu'elle n'est plus méchante ». Ils s'interrogent sur le sort jeté à la sorcière et sur la personne à l'origine de ce sort.

Ils associent alors sur des films qu'ils apprécient et qu'ils jugent incontournables. Ils citent « la Haine », « Ma cité va craquer » et une longue liste d'autres films que ni Aurélie, ni moi ne connaissons. Nous nous jetons des regards désespérés, exclues des échanges auxquels nous ne participons pas. Je n'ai aucune énergie pour intervenir. Ils évoquent un film, qu'ils ont tous vu. Ahmed indique que c'est en référence à ce film qu'il a donné son surnom à Mohamed : « Yuri ». Mohamed est surpris, ce qui les fait tous hurler de rire : Mohamed explique qu'il n'a jamais ni compris ni cherché d'où venait ce surnom, pourtant repris par tous en détention.

Nous passons au temps du dessin. Ahmed et Kévin se placent chacun en bout de table : ils se font face. Je suis assise sur un côté de la table, à côté de Mohamed, Nabil à la suite. En face de nous, Aurélie est à côté de Kaïs.

Ils disent ne pas avoir d'inspiration mais Kaïs propose : « on peut faire Karaba la sorcière ». Lors de cette séance, la discussion va être collective et animée.

Mohamed commence à dessiner et parle à tous, expliquant qu'il est originaire d'Afrique et reprenant la thématique de la nudité évoquée plus tôt. Il explique que si certains pensent qu'ils vivent encore à moitié nus, ce n'est plus le cas. Ahmed indique être originaire d'Algérie. Kévin répond que lui aussi et le ton va rapidement monter entre eux. Ahmed soutient que la langue française n'est plus enseignée en Algérie et qu'elle n'est donc plus parlée. A l'inverse, Nabil et Kévin soutiennent que le français est encore enseigné à l'école et que les « anciens » le parlent encore. Ahmed et Kévin resteront chacun sur leurs positions, s'invectivant en argot, parfois en arabe. Pourtant, tout le monde continue à dessiner, sauf Kévin qui ne dessine pas du tout. Nabil intervient régulièrement aussi. Ils parlent tous très fort, Ahmed se met plusieurs fois debout, gesticulant et criant. Nabil et Kévin, parlent très fort aussi mais sourient également beaucoup marquant une distanciation par rapport à la tension des échanges.

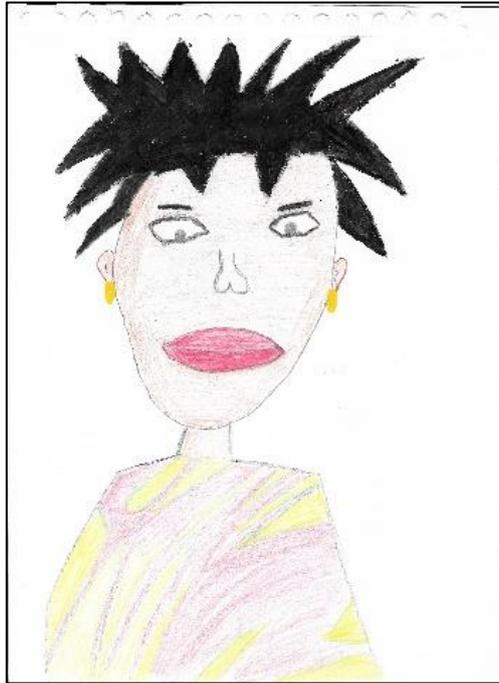
J'entends du bruit de passage derrière la porte et je me demande ce qu'ils peuvent bien percevoir des échanges du groupe. Je m'interroge aussi sur une possible intervention des surveillants, si zélés en début d'après – midi. J'interviens plusieurs fois pour tenter d'apaiser les échanges. Kévin et Ahmed s'appuient sur leurs expériences personnelles : la dernière fois qu'ils sont allés en Algérie, les échanges téléphoniques avec la famille vivant là – bas, dans leurs argumentations. Kaïs et Mohammed continuent de dessiner sans paraître gênés. Kaïs jette parfois des regards amusés, intervient quelques fois mais sans prendre parti.

Mohamed dit avoir dessiné « un vaisseau spatial ».



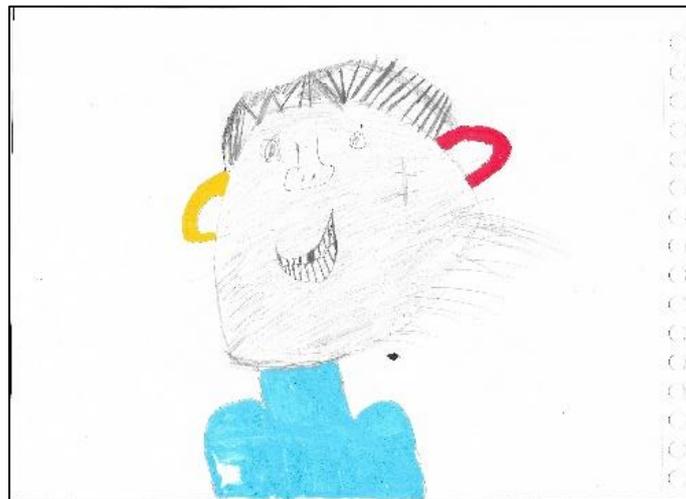
Séance 5 | Mohamed

Kaïs : « Karaba la sorcière »



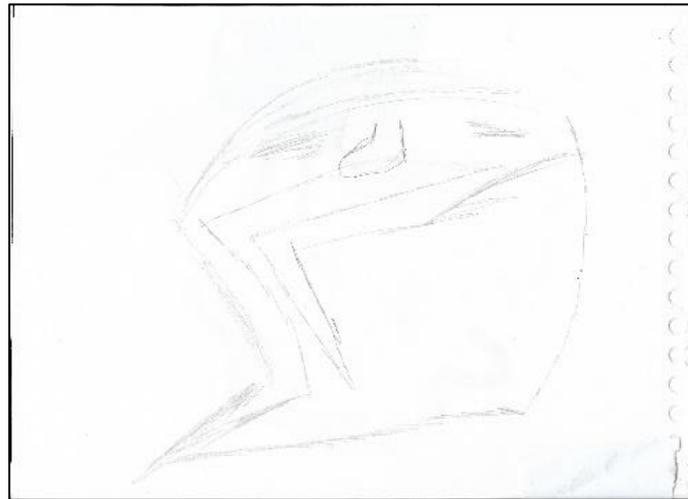
Séance 5 2Kaïs

Ahmed dessine un personnage, dont les éléments (dent manquante et cicatrice sur la joue) rappellent sans hésitation son propre visage. Lorsque Nabil me demande d'ajouter les fétiches à mon dessin, Ahmed observe mon dessin et prendra les mêmes couleurs pour faire les oreilles de son personnage.



Séance 5 3Ahmed

Pendant les échanges animés, il retournera sa feuille et fera, au crayon de papier, un visage dont la partie inférieure est déformée, semble aspirée, à partir de la cicatrice.



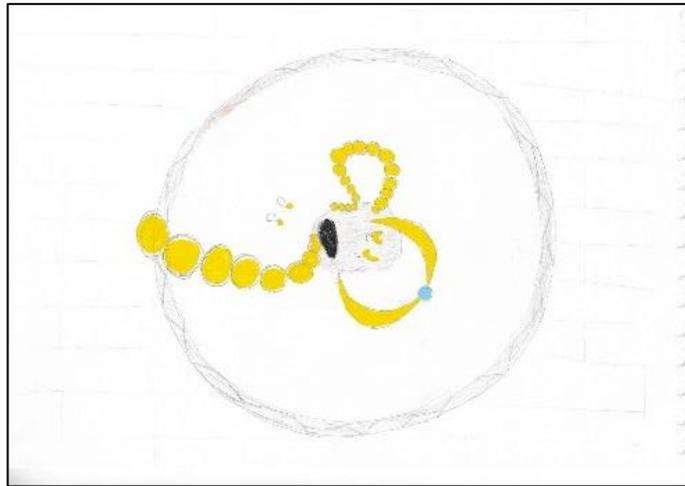
Séance 5 4Ahmed

Nabil dessine d'abord la sorcière, de dos, avec l'épine, à droite du dessin. Puis, pendant l'échange très animé, il ajoute l'arbre avec Kirikou et la couleur verte sur le sol sous la fleur. À gauche du dessin, il a dessiné une fleur avec des pétales en forme de cœur (« c'est ma sœur, quand on était petits, elle dessinait comme ça »). En bas de la feuille, il a esquissé une silhouette féminine, sans la terminer.



Séance 5 5 Nabil

Aurélie dessine les bijoux des villageoises dans la corbeille de Karaba.



Séance 5 6 Aurélie

Je dessine la cabane de la sorcière, avec la sorcière et Kirikou. Nabil regarde souvent mon dessin, il me demande ce que c'est et me fait plusieurs remarques ; Il me dit qu'il faut ajouter les fétiches sur le toit mais quand je le fais, il remarque : « il y en a trop ! ». Je dessine la rencontre entre la sorcière et Kirikou.



Séance 5 7 Sandie

Nous avons dépassé l'heure de la séance, je signifie la fin de la séance tout en me demandant comment mettre fin à cet échange. À notre grande surprise, alors que nous n'avions pas l'impression qu'ils avaient entendu, les patients arrêtent de dessiner, rangent leurs affaires et se mettent debout. Subitement, alors qu'ils sont debout devant la porte, Nabil appelle à l'accolade générale. Je vois

Ahmed s'approche de Kévin et naturellement le prendre dans ses bras. Ils s'embrassent bruyamment, avec de grandes exclamations qui terminent dans un rire collectif. Ils ouvrent la porte et nous les voyons chahuter dans le couloir, sous le regard des surveillants impassibles.

Avec Aurélie, nous sortons lessivées de cette séance, épuisées.

Après cette séance, nous nous faisons la remarque qu'alors que nous l'avions préparé comme une séance « facile » et donc réconfortante, elle aura été la plus éprouvante pour nous depuis le début de la session. Avant même la séance, nous avons dû nous battre pour la tenue du groupe, faire face aux surveillants. Pendant toute la séance, les patients ont échangé entre eux mais nous nous sommes senties exclues de ces échanges ; Pour autant, le climat était bon.

Kirikou n'est pas un conte classique. Inspiré d'un conte africain, mais adapté. Réveille le côté « psychopathique », que l'on ressent dans l'escalade des films de gangster dans l'échange des patients.

2.2.6. Séance 6 : « Vassilissa la très belle »

1. Un marchand qui a une fille
2. La fille s'appelle Vassilissa
3. Sa femme meurt quand la fille a 8 ans
4. Avant de mourir, la mère offre une poupée à sa fille
5. C'est une poupée magique : si on lui offre à manger, elle aide dans le malheur
6. Remariage du père
7. Maltraitance de Vassilissa par la belle – mère et les belles sœurs
8. Avec l'aide de la poupée, Vassilissa supporte tout
9. Vassilissa grandit
10. Le père part en voyage
11. La marâtre amène ses filles et Vassilissa dans une maison près des bois
12. Dans les bois, vit la sorcière Baba Yaga
13. Les belles sœurs envoient Vassilissa chercher du feu chez Baba Yaga
14. Apparitions des trois cavaliers
15. Arrivée chez Baba Yaga
16. Pour avoir du feu, Vassilissa doit servir Baba Yaga
17. Avec l'aide de la poupée, Vassilissa accomplit les tâches
18. Avertissement de Baba Yaga : à trop savoir, on vieillit trop vite »
19. Interrogation de Vassilissa sur les cavaliers
20. Avertissement de Baba Yaga : « interroge sur le dehors et pas sur de dedans »
21. Baba Yaga renvoie Vassilissa
22. Elle lui donne un crâne pour éclairer son chemin
23. Retour de Vassilissa chez la belle – mère
24. Meurtre de la belle – mère et des belles sœurs par le crâne

Les patients arrivent ensemble, sauf Kaïs qui arrive en dernier. Attristé, il explique que tous les autres patients du groupe sont sortis du secteur d'observation et qu'il se retrouve seul.

Bien que nous sommes en novembre, il fait très chaud dans la salle. Les patients demandent à laisser les fenêtres entrouvertes, ce que nous acceptons.

Mohamed a changé complètement de place : il s'est placé à l'extrême opposé de l'arc de cercle, à

ma droite. Nabil est à côté de lui. Puis, sous les fenêtres Ahmed, Kévin et Kaïs.

Je remarque qu'Ahmed paraît très fermé mais, croisant mon regard, il sourit. Kévin dit de nouveau qu'il n'est « pas là » mais il s'installe calmement. Je leur demande s'ils vont bien et ils répondent succinctement « oui ».

Avant de commencer, je présente brièvement le conte, d'origine russe, notamment le personnage de Baba Yaga, grand – mère / sorcière, qui voyage dans un mortier. Ils posent quelques questions, puis, nous pouvons commencer. Mohammed remarque : « il y a beaucoup de feuilles ! », en effet, c'est le conte le plus long depuis le début. Il rit et dit que « ça va aller ».

Je perçois beaucoup de mouvements pendant la lecture : Nabil et Ahmed changent de positions plusieurs fois, Kaïs alterne les positions « redressé » / « détendu » sur sa chaise. Kévin garde quant à lui sa position habituelle : bras écartés, posés sur le radiateur et jambes écartées. Ils sont silencieux, à part Kévin qui rit à plusieurs reprises, aux larmes, se cachant le visage dans ses mains. Chacun semble concentré, même Kévin, qui rit seul, sans chercher le regard des autres.

À la fin de ma lecture, après quelques secondes de silence, Nabil remarque que j'ai « bien lu ». Il commence la reprise du récit : « une fille, elle est envoyée dans la maison de la sorcière ». Cette reprise va nécessiter de nombreuses relances de ma part. Nabil est le seul à répondre : elle est envoyée par ses deux sœurs, pour avoir du feu. Interrogé sur la sorcière, il indique : « elle mange les gens. » et du bout des lèvres, il ajoute : « Peut – être elles l'ont envoyée pour qu'elle soit mangée ? ».

Le silence s'installe. Il faut poser plusieurs questions pour que le groupe se joigne à Nabil et reprenne le début de l'histoire. La reprise se fait sous la forme d'images qui apparaissent aux patients, chacun amenant différents éléments pour compléter l'image, avant de passer à une autre, sans lien apparent, verbalisé.

Ils reprennent le début du conte : la mort de la mère, le départ du père. Kaïs remarque : « le père est toujours absent dans ces contes ! ». Ils parlent alors de la poupée magique, qui travaille à la place de Vassilissa mais aucun ne se souvient d'où vient la poupée, ni de la consigne pour activer sa magie. C'est finalement Kaïs qui répond : « elle l'a fait manger. Elle a pas beaucoup à manger mais elle lui en garde ».

Ils amènent l'image des cavaliers et s'interrogent sur leur présence. Nabil voudrait être le cavalier noir, car il aime : « la nuit, pour se cacher, pour faire des choses sans être vu », ce qui fait rire le groupe. Mohamed prend la parole, il fait plusieurs associations mais il est difficile de suivre son fil de pensée. J'en retiens qu'il pense que le noir est toujours associé aux « méchants » et après plusieurs illustrations, il ajoute : « sauf dans la pub Poulain » ce qui provoque l'hilarité générale. Ahmed est plié en deux sur sa chaise, il se tient le ventre à une main et claque son autre main sur sa cuisse. Nabil cache son visage

dans son pull pour rire, Kévin pleure de rire et même Kaïs, qui essaie de se retenir finit par éclater de rire. Mohamed les regarde et rit aux éclats également. C'est un moment de partage qui semble soulager le groupe. Nabil remarque : « tu es dégoûté d'être noir en fait ? » mais Mohamed lui répond en riant : « je m'en fous. J'ai même déjà traité des juges de sales nègres », ce qui fait redoubler les rires.

Ahmed aurait choisi le cavalier rouge, le soleil ardent : il aime le soleil de midi, « celui qui crame ». Kaïs choisit le cavalier blanc, le jour naissant. Kévin et Mohamed ne se prononcent pas.

Le personnage de Baba Yaga interroge les patients : présentée comme le personnage « méchant », ils ne la trouvent pas si méchante car après tout, elle ne dévore pas Vassilissa ! Je leur demande pourquoi mais il faut une suite de questions et réponses pour remonter le fil : parce que Vassilissa fait tout le travail que Baba Yaga lui donne, aidée par sa poupée. Je dois relire le texte pour que les patients retrouvent l'origine de la poupée (donnée par la maman sur son lit de mort) et relient la bénédiction de la poupée à la libération de Vassilissa par la sorcière. Baba Yaga lui donne également un crâne, qui éclaire son chemin pour qu'elle retrouve sa maison.

Il faut de nouveau plusieurs questions pour que Kaïs relate la fin du conte : « le crâne tue la marâtre et les deux belles sœurs ».

À la fin de cette reprise, marquée par une succession importante de relances, les patients associent sur ce qu'apporte les contes. Pour eux, les contes sont des histoires dont la lecture qu'on leur en fait les détend, les apaise mais, et ils insistent bien, : « c'est tout ! ». Ils ajoutent même, dans la surenchère, que les contes seraient mauvais s'ils étaient lus aux enfants ! Pour Nabil : « on s'identifie aux méchants, c'est pas bon ! ». Je lui demande donc pourquoi cette identification et ils répondent tous que les méchants ont des pouvoirs magiques qui sont attrayants, même si l'histoire se termine souvent mal pour eux... Kaïs est catégorique : « les contes, on peut rien en tirer ».

Cette attaque du groupe illustre la résistance des patients au processus de la pensée mis en jeu. En effet, après ce positionnement du groupe, le fil associatif peut se déployer.

La discussion s'anime et se décale. Ahmed pense que cela reflète le choix qu'ils ont fait plus jeunes : aller voler plutôt que d'aller à l'école. Ahmed est isolé, porteur de l'idée que cette voie choisie est la plus facile. Kévin s'engage alors dans la discussion : « mais voler, c'est pas facile ! ». Nabil, sérieux, est d'accord : la vie qu'ils ont choisi n'est pas facile. Il parle de la prison, des années qu'il perd et se réfère à sa propre expérience : « j'ai 27 ans, j'ai passé quoi, 10 ans en prison ? c'est facile ? ». Mohammed et Kaïs restent en retrait, n'interviennent pas même s'ils suivent la discussion. Ahmed et Nabil, à tour de rôle, vont se mettre debout, pris dans un mouvement de colère. Ils sont face à face, s'affrontent. Le ton monte, ils parlent tous les trois, avec Kévin, très fort. Ils ne trouvent pas de compromis et la discussion continue. Cependant, elle est ponctuée de rires, de sourire, de moment où

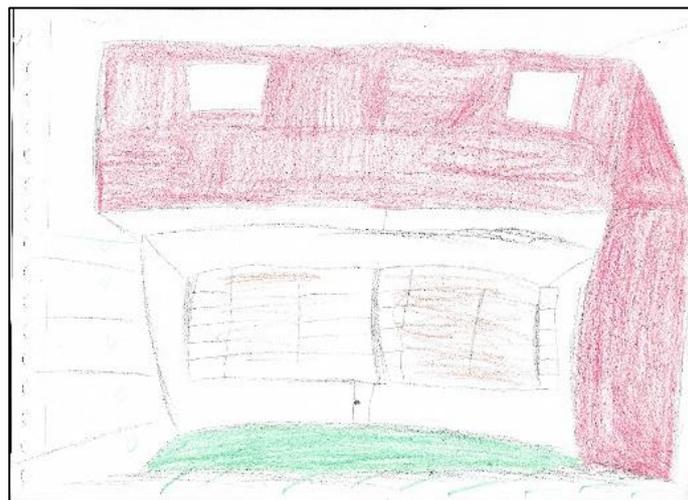
ils se rassoient. Le sujet glisse vers bon/mauvais, légal/illégal : tout ce qui est immoral est – il illégal ? Ahmed se calme, écoute, demande des exemples. Ils se questionnent : le fait d’avoir commis des actes illégaux, qui mènent en prison, implique – t – il qu’ils sont mauvais ?

L’affrontement se transforme en échange, ils s’écoutent, se donnent des exemples, même si le ton est encore très tendu. Ahmed paraît « pris » par sa colère à plusieurs reprises, alors que cela semble plus du « jeu » pour Kévin et Nabil, qui sourient, se regardent en coin.

C’est le temps du dessin, qui est de plus en plus difficile à amener au fil des séances. Je profite d’un moment où Nabil et Ahmed sont debout pour me lever et les amener à la table : ils suivent tous le mouvement.

Aurélie distribue les feuilles. Finalement, Kévin et Nabil ne viennent pas s’asseoir. Kévin se dirige vers les fenêtres et regarde dehors. Nabil s’assoit sur une table, placée contre le mur, dans l’espace du conte. Mohamed est venu s’asseoir entre moi et le mur, dans une recherche d’attention, de contact. Ahmed s’est également assis à côté de moi, je sens la tension dans sa posture, crispée, contractée. Son regard est noir, posé sur son dessin. En face, Kaïs s’est assis à côté d’Aurélie, ils échangent tous les deux à voix basse.

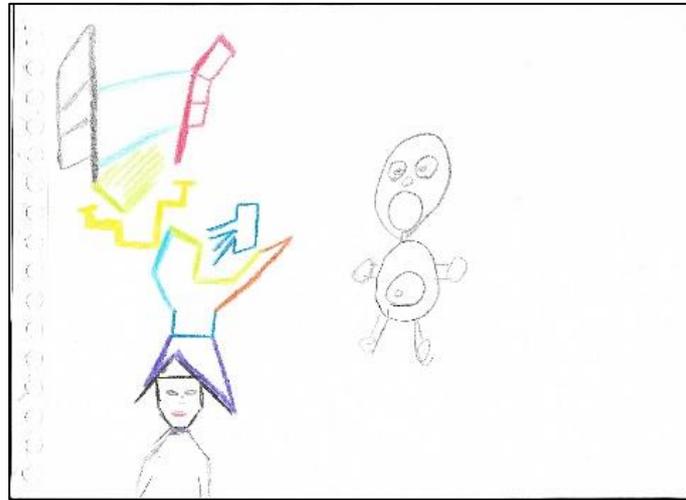
Mohammed dessine calmement, sans parler. Il reste concentré sur son dessin, choisit minutieusement ses couleurs. De son dessin, il dira seulement : « une maison ».



Séance 6 Mohamed

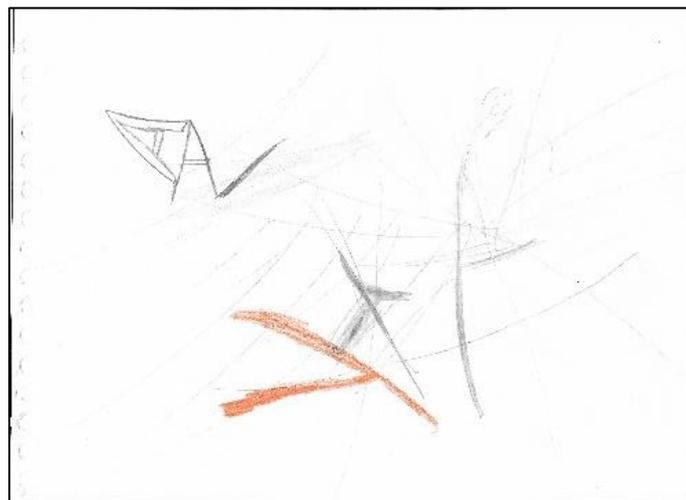
Kaïs identifie la poupée, qu’il a dessinée en premier et sur laquelle il a passé le plus de temps. Après quelques minutes a observer son dessin, avec cette poupée seule au milieu, la bouche grande ouverte,

il ajoutera les autres éléments, en couleurs. Le second personnage est identifié comme la sorcière. Les couleurs sont ajoutées en dernier, le dessin perdant dans la couleur son caractère figuratif.



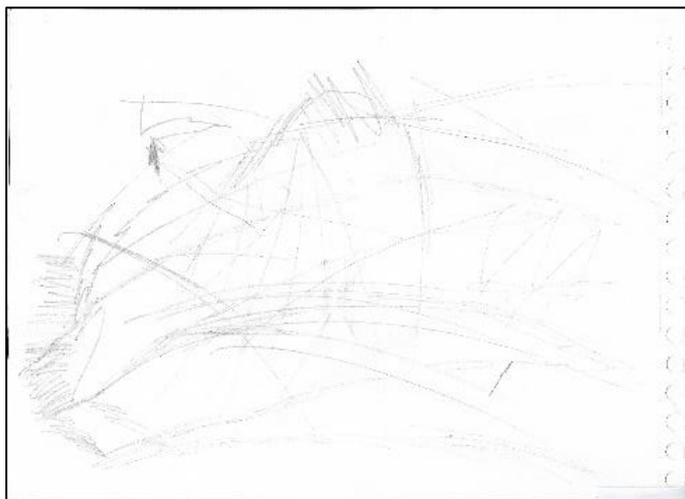
Séance 6 2Kaïs

Ahmed prend une feuille et un crayon gris et semble jeter des traits sur sa feuille, tout en écoutant ce que disent Kévin et Nabil derrière lui. Il dessine des deux côtés de la feuille. Ses traits sont tellement appuyés qu'ils traversent presque la feuille.



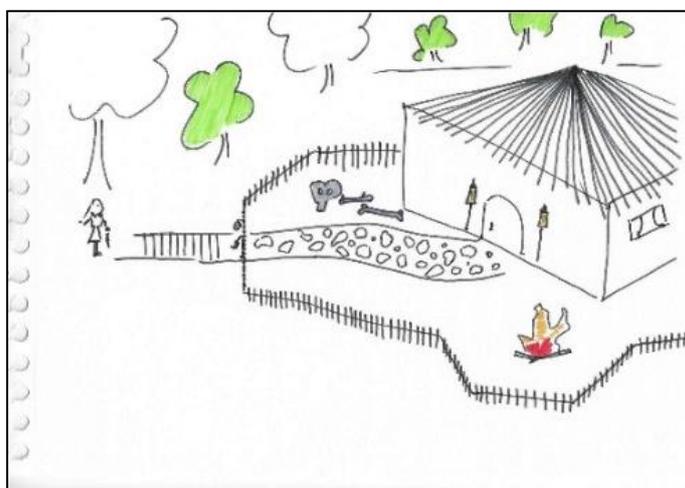
Séance 6 3Ahmed

Il retourne alors sa feuille et reprend plusieurs grands allers-retours sur la feuille, au crayon gris. Cette fois, les traits sont beaucoup plus légers.



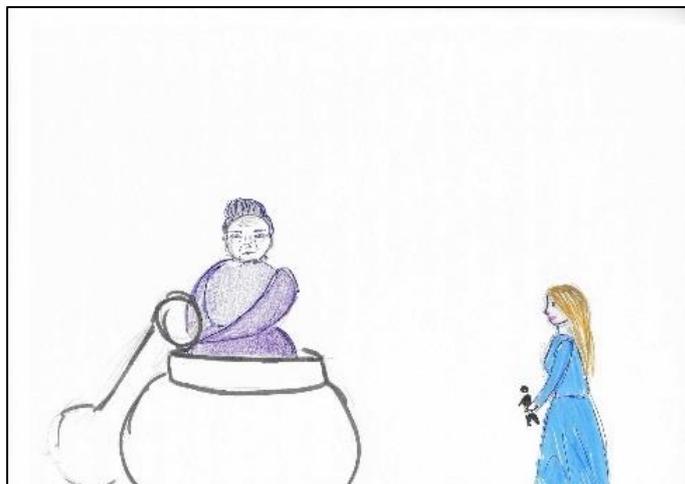
Séance 6 4Ahmed

Aurélié dessine la maison de Baba Yaga, avec les ossements dans le jardin. Les deux dessins sont centrés sur le personnage mauvais du conte.



Séance 6 5Aurélié

Je dessine la Baba Yaga, le personnage « méchant » et Vassilissa. Elle tient dans sa main la poupée protectrice.



Séance 6 6 Sandie

Alors que le climat est plutôt calme, avec des discussions éparses (Nabil et Kévin, Aurélie et Kaïs), Ahmed jette son crayon, fait claquer ses mains sur la table et se dresse d'un bond. Il crie : « Je vous baise tous !!! J'ai choisi le mal, qu'est – ce qu'il y a ! ». Tout le monde est figé, sidéré par cette explosion soudaine. Ahmed se dirige d'un pas décidé vers Nabil, le visage fermé, le regard noir. Pendant quelques instants, l'explosion de violence me paraît inévitable. Pourtant, alors qu'il est très près de Nabil, qui n'a pas bougé et le regarde, sidéré, Ahmed éclate de rire et le prend dans ses bras. C'est la détente générale. Kaïs et Mohamed retournent à leurs dessins et la discussion reprend entre Kévin, Nabil et Ahmed. Nabil ne comprend pas pourquoi Ahmed trouve leur vie facile. Pour lui, ils ont été emmenés sur la mauvaise voie, par « les grands du quartier » et s'ils avaient choisi la voie de l'école, ils ne seraient peut – être pas là. Pour Ahmed, ils n'ont rien choisi, ils font « ce qu' [ils ont] à faire ». Il répète, sur un ton décidé : « le mal, on l'a en nous ».

Je signifie l'heure de fin du groupe. Kaïs nous salue et sort rapidement, sans dire « au revoir » aux autres, qui ne remarqueront son absence que quelques minutes plus tard. Kévin, Ahmed, Nabil et Mohamed s'attardent et nous aident à ranger la salle.

C'est une séance qui nous paraît difficile à contenir, nous oblige aussi, en tant qu'animatrices, à prendre deux positions différentes : une qui reste dans le dessin, proche de ceux qui sont posés, calmes et soutient leur élaboration. Et une, qui toujours à table, écoute plus ceux qui sont debout, contient la

discussion plutôt par des regards, des sourires mais n'intervient pas.

Bien que les échanges entre Nabil, Ahmed et Kévin soient toujours tendus, nous ne percevons pas vraiment d'agressivité, de violence entre eux. Ils semblent « jouer » le conflit, s'y exercer. Ahmed et Nabil de façon récurrente, comme s'ils en avaient l'habitude, Kévin venant s'y frotter depuis deux séances.

En reprenant les éléments amenés, leurs réactions aux contes : les derniers contes ont aussi amené des images de pères défaillants, absents, qui ne protègent pas leur enfant. Si nous l'avions pensé comme pouvant permettre de figurer leur expérience vis – à – vis de leurs propres parents (histoire infantile), n'est – elle pas comprise dans l'actuel, c'est - à – dire dans l'attaque de leur position de père (trois d'entre eux sont pères) ?

De plus, dans le conte de ce jour, est présentée une figure ambivalente : Baba Yaga dévore les gens, mais au final, elle donne aussi le feu à Vassilissa et lui permet d'obtenir réparation de la marâtre et des demi – sœurs....

2.2.7. Séance 7 : « Le cœur du troll »

1. Un puissant seigneur a une fille unique
2. Un paysan a un fils unique
3. Les enfants se lient d'amitié
4. Le seigneur interdit cette amitié
5. Les enfants continuent à jouer ensemble
6. Menace du seigneur : « si tu n'obéis pas, tu auras affaire au plus méchant troll du monde »
7. Arrivée du troll
8. Le troll enlève la fille
9. Le garçon annonce qu'il va chercher sa fiancée
10. Ses parents lui préparent des provisions
11. Rencontre avec l'oie
12. Rencontre avec le chien
13. Arrivée à l'île du troll
14. Aide de l'oie pour arriver sur l'île
15. Le garçon entre dans un souterrain
16. Il trouve une porte en fer, l'ouvre
17. Il trouve une porte en argent, l'ouvre
18. Il trouve une porte en or, la fiancée lui ouvre
19. Elle cache le garçon sous son lit
20. Elle lui pique le doigt qui saigne
21. Le garçon donne trois questions que sa fiancée doit poser au troll
22. Arrivée du troll
23. Le troll s'endort
24. La fiancée le réveille en lui arrachant les plumes
25. Et pose les trois questions
26. Le troll répond aux questions et indique que son cœur est sous le montant de la porte
27. Au réveil, le troll s'envole
28. Le garçon sort de sa cachette
29. Il confectionne une couronne de fleurs qu'il place sur le montant de la porte
30. La fiancée s'assieds à côté de la porte
31. Retour du troll
32. Il demande pourquoi une couronne de fleurs

33. Pour ton cœur
34. Le troll indique le vrai emplacement de son cœur : au fond du rocher, protégé par un poisson, se trouve une chèvre. Dans la chèvre, se trouve une colombe, dans la colombe se trouve un œuf, dans l'œuf se trouve le cœur du troll
35. Le troll s'endort
36. Avec l'aide de l'oie, le garçon va au pied du rocher
37. Aide du chien pour tuer le poisson
38. Aide du chasseur pour tuer la chèvre et la colombe
39. Le garçon trouve l'œuf et le hache en menus morceaux
40. Il retourne à sa fiancée
41. Elle annonce la mort du troll
42. Ils prennent un cheval à l'écurie
43. Le charge avec l'or du troll
44. Ils rentrent chez eux
45. Ils arrivent chez le paysan, qui les accueillent à bras ouvert
46. Ils invitent le seigneur, qui découvre les richesses et accepte le mariage
47. Mariage du garçon et sa fiancée

Nous installons la pièce, elle est plutôt sale. C'est la dernière séance avant une coupure de 15 jours pour les vacances de fin d'année. J'apprécie particulièrement le conte de cette semaine.

Kaïs arrive le premier et va s'asseoir sous les fenêtres, face à nous. Il a appris que son transfert allait bientôt avoir lieu, il en est content. Kévin arrive, s'installe à côté de lui. Il est convoqué devant la Juge d'Application des Peines à la fin de la semaine et il espère obtenir son aménagement de peine. Nous les écoutons et je pense qu'ils vont donc bientôt quitter le groupe. Je leur en fait la remarque et Kaïs s'exclame : « mais c'est pas la même chose ! ». Avant que je ne puisse reprendre sur la thématique de la séparation, Mohamed arrive dans le groupe. Il nous informe qu'Ahmed et Nabil ne viendront pas : Ahmed est malade et Nabil dort. Après vérification auprès des surveillants, je ferme la porte et signifie le début de la séance. Les patients se regardent, comme surpris que le groupe se tienne malgré les absences. En miroir, j'ai un même mouvement : Ahmed et Nabil prennent tellement de place habituellement que je me demande comment cette séance va se dérouler sans eux.

Kaïs me demande dans un sourire : « vous allez lire le conte, avec votre voix douce ? ». Aurélie fait tinter la cloche.

Pendant la lecture, ils restent calmes, il n'y a pas de rire. Ils sont attentifs. Je ne lève pas les yeux de ma feuille et ne perçois pas de mouvements dans la salle.

Les patients se tournent vers Mohamed et Kévin demande : « qu'est-ce que tu as retenu, Yuri ? » et Mohamed répond dans un sourire : « j'ai rien retenu ». Kaïs reprend l'histoire. Kévin et Mohamed ajoutent quelques éléments au fil de sa reprise. D'une traite, il rapporte l'histoire, dans l'ordre chronologique. Je ferai quelques relances, peu nombreuses.

Il évoque les deux jeunes, qui jouent ensemble. Cela ne plaît pas au seigneur, le père de la fille. Malgré les barrières érigées, ils continuent à jouer ensemble. Alors, le père menace d'appeler le troll et ce dernier vient enlever la fille. Le garçon part à sa recherche. Il rentre « sous terre, je sais pas » et la retrouve. Il passe plusieurs portes. Ils se souviennent de la porte en or, de la porte en argent mais pas de la porte en fer. Je lui demande comment le garçon ouvre les portes et, s'il se souvient que la fiancée ouvre la porte en or, il ne se souvient pas pour les premières. Kévin rit : « t'inquiète, la porte, elle est en argent, je l'emmène ! ». Mohammed ne comprend pas pourquoi elle pique son doigt mais Kaïs lui répond : « pour tromper le troll quand il rentre ». Kévin répète : « ça sent la chair fraîche ». Mohammed remarque que la fille réveille le troll en lui arrachant des plumes, ce qui n'est pas très gentil ! Il dit ne pas savoir ce qu'est un troll et se montre étonné qu'il ait des plumes. Kaïs rapporte l'aide de l'oie et du chien apportée au garçon. Il explique qu'ils l'aident car le garçon les a aidés au début du conte. Il faut plusieurs relances sur cette aide, avec le beurre et l'origine de ce beurre : « c'est sa mère qui lui a donné ». On remarque qu'ici, ce sont les patients qui éludent le père car dans le conte, ce sont « les parents » qui préparent les provisions du garçon ! Rapidement, Kaïs évoque la mort du troll sans évoquer la quête du cœur et ses différentes enveloppes, puis le retour à la maison sur le cheval magique avec les richesses prises au troll. Les parents du garçon sont heureux de les revoir, les parents de la fille acceptent le mariage, en voyant les richesses. Les patients s'accordent sur le fait que les fiancés pardonnent facilement au seigneur.

La chaîne associative commence sur le troll. Kaïs explique qu'il n'est pas méchant : « il fait ce que font les trolls ». Nous retrouvons dans cette notion de la « nature » le positionnement habituel d'Ahmed. Il relève même que le troll répond aux questions de la fille, ce qui est plutôt gentil. S'il a séquestré la fille, c'est à cause de son père et donc, s'il y a un méchant, c'est lui. Kévin et Mohamed ajoutent que les jeunes tuent les animaux (le poisson, la chèvre et la colombe) ainsi que le troll, ce qui les range également dans les « méchants ». Le personnage du chasseur fait rire Kévin : « pour une tartine, il fait tout ! ».

À plusieurs reprises, ils nous demandent : « c'est bon ? on a tout dit ? », soucieux de répondre à la consigne du groupe. Ils remarquent que ce conte leur paraît plus fantastique que les autres.

Les patients sont marqués par les réactions différentes des parents des deux jeunes. Ils remarquent que les « pauvres » ont soutenu leur enfant alors que les « riches » ne l'ont pas fait. Kévin remarque : « les pauvres, y a rien à dire, ils sont là. Même le beurre, ils le donnent ! ». Kaïs articule cette question à son passé car d'après lui, c'est la pauvreté qui l'a amené au vol : « il faut bien trouver de l'argent pour manger ». Kévin se lance dans un monologue sur la différence entre les riches et les pauvres, accentuée par la politique... Il nous explique que les saisies des trafics de drogue enrichissent le gouvernement. Kaïs reprend la parole, en poursuivant le retournement des positions : d'après lui, avec leurs casiers judiciaires, « [ils] ne [peuvent] même plus être victimes ! ». Je suis surprise par ce positionnement qu'il explicite par l'exemple des faits à l'origine de sa condamnation ;

La situation initiale le décrit comme prêt pour partir à la recherche d'un emploi : « je suis bien habillé, avec ma pochette à la main. Je suis dans le tram, assis, le pied sur le siège devant moi. » Il mime chacun des éléments de son récit. L'élément perturbateur est l'arrivée d'un passager qui, malgré la multitude de places dans la rame, choisit de venir s'installer en face de Kaïs, lui demandant donc d'enlever son pied du siège. Kaïs commence à s'énerver mais, un troisième passager intervient, lui demandant de se calmer et de laisser l'autre s'asseoir. Kaïs s'exécute. Mais, il engage la discussion avec ce perturbateur, lui demandant de nouveau pourquoi il a choisi de venir s'installer à cet endroit. Il explique que le passager l'a frappé soudainement : « j'ai pas compris tout de suite mais j'ai vu le sang sur mes vêtements, alors j'ai pris mon porte – clé dans ma poche et je l'ai frappé. » Il ajoute : « j'avais du sang partout, c'était fini la recherche de boulot ». Il a été condamné à deux ans de prison ferme. Comme pour les contes, nous reprenons son récit, avec les autres patients. Nous posons des questions, déplaçons le récit de Kaïs. Curieuse de l'utilisation de son porte – clé, je lui demande quel était donc cet objet et Kaïs, naïvement, répond : « c'était un canif ». Les patients éclatent de rire : « en fait, tu l'as lamé le gars ! ». Ils parlent des inégalités lors des jugements et Kaïs remarque « heureusement qu'il était noir ! » De nouveau, tout le monde rit, même Mohammed. Kaïs précise pour nous, animatrices : « il aurait été blanc, j'aurais pris encore plus ».

Au fil des associations, les patients remontent le temps et évoquent leurs parcours scolaires et ce moment où ils ont « choisi » la délinquance. Kaïs parle beaucoup, il explique que plus jeune, il n'était pas intéressé par l'école. Il a commencé à faire « des bêtises » qui l'ont amené devant le juge des enfants. Ce juge lui aurait proposé un marché et on ne peut, ici, éviter de penser aux pactes des contes que nous avons lu : s'il retournait à l'école et travaillait, le juge ne l'enverrait pas en centre éducatif fermé. Il a accepté et en trois mois, il dit être arrivé premier de sa classe. Il hausse les épaules, dit que l'école ne l'intéressait pas et avoir arrêté d'aller en classe. Pourtant, c'est important pour lui que son petit frère aille à l'école, d'ailleurs, il suit ses résultats de près : il passe son baccalauréat à la fin de l'année et se dit fier de lui.

Kévin ajoute que de toutes façons, en venant de « quartiers », avec des parents pauvres, ils ne pouvaient pas réussir à l'école. Je l'interroge mais la colère prend le dessus : « vous savez très bien pourquoi !!! ». Je les interroge alors sur le métier qu'ils auraient aimé faire quand ils étaient enfants. Les regards partent dans le vide pendant plusieurs secondes, Kévin dit qu'il voulait être footballeur professionnel, Mohammed remarque : « je n'ai jamais eu d'idée ». Kaïs explique que lorsqu'il était en 6^e, il avait 18 de moyenne générale et voulait être médecin mais quand il a dit ça à son père, ce dernier a éclaté de rire. Son visage est sans expression, ni colère, ni déception. Je lui demande pourquoi son père a ri, il répond, étonné, qu'il ne sait pas. Après quelques secondes, il dira que c'était pour son bien, que ça l'a préparé à l'échec, présenté comme inévitable.

Un silence s'installe. C'est un instant difficile où les thématiques qui me viennent en tête sont celles des rêves volés, des rêves impossibles. Je me demande même s'ils se sont autorisés à rêver, si on les a autorisés à rêver, à se rêver. Je ne sais pas comment leur verbaliser ces pensées, qui me paraissent très dures. Je propose qu'ils n'ont peut-être pas pu s'imaginer comme ils l'auraient voulu et un silence de quelques minutes s'installe.

Je leur propose de passer au dessin mais Kévin fait « non » de la tête. Ils poursuivent l'échange en se demandant ce qu'ils pourraient faire maintenant comme métier. Les échanges sont calmes, ils ne s'agitent pas. Ils semblent prendre plaisir à pouvoir développer leurs pensées, à prendre de la place, surtout Kaïs même si le climat est teinté par un sentiment de dépression. Ils constatent qu'aujourd'hui, peu de choix s'ouvrent à eux.

Nous terminons la séance, ils viennent chacun nous serrer la main. Je leur rappelle les vacances de Noël et je leur souhaite de bonnes fêtes de fin d'année. En sortant, alors qu'il est déjà de dos, Kévin répond : « il n'y a pas de fêtes pour nous ».

Je remarque que Nabil et Ahmed sont absents alors que cette séance est la dernière avant la coupure des deux semaines de vacances. Au vu de leur participation active des premières séances et de leurs profils, nous imaginons que la séparation des vacances est difficile à aborder et qu'ils ont agi la séparation, l'absence au lieu de la subir.

2.2.8. Séance 8 : « L'oiseau de feu »

Nabil est en UVF – Kévin et Kaïs refus

1. Le tsar Demian a trois fils
2. Il possède un pommier qui donne des pommes d'or
3. La nuit, les pommes d'or sont volées
4. Le tsar promet son royaume à celui de ses fils qui trouvera le voleur
5. Piotr et Vassili guette le voleur mais échouent
6. Ivan guette le voleur et le découvre : c'est l'oiseau de feu
7. Le tsar demande à ses fils de retrouver l'oiseau de feu
8. Les deux aînés partent mais le tsar retient Ivan, trop jeune
9. Ivan supplie son père de le laisser partir, le tsar accepte
10. Ivan part à la recherche de l'oiseau de feu
11. Il arrive à la croisée des chemins, il doit choisir son chemin
12. Ivan choisit le chemin où son cheval est tué
13. Il rencontre le loup gris
14. Qui tue son cheval
15. Ivan poursuit sa route
16. Il rencontre de nouveau le loup gris
17. Ivan explique qu'il cherche l'oiseau de feu
18. Le loup se met au service d'Ivan
19. Il l'emmène sur son dos chez le tsar Afrone
20. Avertissement du loup : « prends l'oiseau de feu et laisse la cage »
21. Ivan saisit la cage, malgré l'avertissement du loup
22. Ivan est capturé par les gardes
23. Le tsar Afrone propose à Ivan un marché : s'il ramène le cheval à la crinière d'or du tsar Koussman, il lui donnera l'oiseau de feu
24. Ivan rapporte au loup gris le marché du tsar Afrone
25. Le loup sermonne Ivan mais décide de l'aider
26. Le loup l'emmène chez le tsar Koussman
27. Avertissement du loup : « prends le cheval mais ne touche pas la bride »
28. Ivan saisit la bride
29. Ivan est capturé par les gardes

30. Le tsar Koussman propose un marché à Ivan : s'il ramène la fille du tsar Dalmat, il lui donnera le cheval à la crinière d'or
31. Ivan rapporte au loup le marché du tsar Koussman
32. Le loup le sermonne Ivan et décide de l'aider
33. Le loup l'emmène chez le tsar Koussman
34. Le loup enlève la princesse Hélène – la – Belle
35. Il emmène Ivan avec eux
36. Ivan et Hélène – la – Belle tombent amoureux, Ivan ne veut pas se séparer d'elle
37. Le loup se transforme en Hélène – La – Belle et Ivan le ramène chez le tsar Koussman
38. Ivan récupère le cheval à la crinière d'or
39. Il retrouve Hélène La Belle et l'emmène avec lui
40. Ivan ne veut pas se séparer du cheval à la crinière d'or
41. Le loup se transforme en cheval à la crinière d'or et Ivan le ramène au tsar Afrone
42. Ivan récupère l'oiseau de feu et retrouve Hélène – La – Belle et le cheval à la crinière d'or
43. Ils rentrent chez son père
44. Le loup quitte Ivan, disant « à bientôt »
45. Avant l'arrivée au royaume de son père, Ivan et Hélène s'arrêtent et s'endorment
46. Les frères d'Ivan coupent la tête d'Ivan et emmènent Hélène-La Belle
47. Ils ramènent Hélène – La – Belle chez leur père
48. Le loup ramène Ivan à la vie et le ramène chez son père
49. Le loup dit « adieu » à Ivan
50. Ivan se montre au palais
51. Hélène – La – Belle le reconnaît
52. Le tsar chasse les deux frères du royaume
53. Ivan épouse Hélène La Belle

Après l'interruption des vacances, nous sommes heureuses de nous retrouver et de retrouver le groupe. Avant la séance, nous prenons des nouvelles de nos patients. Kaïs n'a pas encore été transféré. Kévin n'a pas encore de réponse quant à son aménagement de peine.

À notre arrivée en détention, nous trouvons que la salle du groupe est extrêmement sale mais nous n'avons pas le temps de la faire nettoyer avant l'arrivée des patients.

Nabil nous a fait prévenir de son absence. Il bénéficie d'UVF avec sa compagne.

Ahmed arrive, habillé tout en blanc, ce qui contraste avec ses vêtements sombres habituels. Il est accompagné de Mohamed, qui paraît bien changé : il s'est coupé les cheveux, s'est rasé de près. Il paraît très soigné et même son regard est plus présent. Ahmed nous apprend qu'ils ne seront que tous les deux, Kaïs et Kévin ont refusé de venir. Je vérifie auprès des surveillants, qui confirment, et signifie le début de la séance.

L'absence de plusieurs patients et l'état de la salle entraînent un sentiment de déception qui contraste après l'enthousiasme ressenti avant la séance.

Ahmed s'est installé sous les fenêtres, les bras écartés, posés sur le radiateur, reprenant ainsi la place souvent occupée par Kaïs (sous les fenêtres) et la posture de Kévin (bras et jambes écartés). Mohamed s'est installé sur la gauche, au plus près des animatrices. Ils ne sont donc pas côte à côte. Nous leur demandons comment ils vont et ils répondent dans un sourire que « ça va ».

Je reprends sur les absences lors de la dernière séance et demande à Mohamed s'il se souvient du conte. Il réfléchit, sourit et répond que « non ». Lorsque nous lui rappelons le titre, il se souvient donc du troll et se souvient du cœur caché : « le truc, dans le truc, qui était dans le truc... ». Je me fais la remarque que Mohamed se souvient d'un élément du conte qui n'avait pas été cité lors de la reprise du conte la séance précédente ! Ahmed écoute et s'interroge : « c'est quoi un troll ? » et Mohamed lui répond : « une sorte de grand monstre ».

Puis, nous présentons le conte du jour : nous les emmenons de nouveau en Russie. Avec un peu d'appréhension, je signifie que la lecture est un peu longue, les patients ne réagissent pas. Aurélie sonne la cloche, je commence à lire.

Ils se mettent tout de suite en position de repli, Ahmed les bras croisés, le regard au sol et Mohammed regarde droit devant lui, dans le vide.

Il y a du bruit dehors, plusieurs personnes parlent fort dans le couloir. Je suis attentive aux réactions mais les patients restent concentrés, il n'y aura aucun rire ni aucun mouvement. Mohamed garde le regard dans le vide, sans mouvement. Ahmed reste également immobile mais lève parfois son regard vers les animatrices, à plusieurs passages du conte : à la croisée des chemins, avant l'attaque des frères sur le héros. Il fera également craquer son cou à ce dernier passage. À la fin du conte, lors de la fin heureuse, Ahmed sourit.

À la fin de la lecture et après quelques secondes, Mohammed se lance pour reprendre le conte et Ahmed le soutient d'un « vas-y, gros ! ». Au regard de ses difficultés, il a plutôt bien retenu l'histoire : l'oiseau de feu qui vole des pommes d'or dans le jardin, le plus jeune frère qui part pour le trouver, avec l'aide du loup « et après, il lui arrive plein d'aventures ! ». Ahmed complète : il parle de la croisée des chemins. Il ne se souvient pas des différents choix et il faut relire le conte : soit le cheval meurt, soit lui meurt soit il a faim et il a froid. Le héros choisit le chemin dans lequel le cheval meurt. Ahmed sourit : « moi, j'aurais pas choisi ça ! » mais Mohammed répond en riant : « un cheval, on s'en fiche...c'est mieux que le cheval meurt que lui ! ». Ahmed n'est pas d'accord mais ils s'expriment sans tension. Mohamed questionne : si Ivan ne choisit pas ce chemin – là, comment rencontre – t – il le loup ? Ahmed répond qu'il aurait fait en sorte de rencontrer le loup de toutes façons. Il nous explique : « le choix du chemin, ça dit qui tu es ». Pour la fin, il explique : « Ivan, il a roulé tout le monde ».

Il faut reprendre avec eux, soutenir les souvenirs, lier les éléments par des questions incessantes : l'oiseau de feu, puis le cheval à la crinière d'or, puis la princesse. Ils relèvent que c'est le loup qui a toutes les réponses, le héros « fait tout foirer. » Ahmed s'emporte : « il écoute rien ! », mais dans un deuxième temps, reconnaît dans un rire : « il a raison ! La cage en pierreries, je la prends ! Grelots, ficelle, je la traîne s'il faut ! » Nous lui faisons remarquer qu'à chaque fois, il se fait prendre. Je leur demande ce que demandent les tsars en premier lorsque Ivan se fait attraper. C'est Ahmed qui répond, soudain très sérieux : « d'où tu viens et de qui es-tu le fils. Ils le respectent à cause de son père ». Aucun des deux ne se souvient de la suite et je dois la relire : « si tu me l'avais demandé, je te l'aurais donné ».

Ils reviennent sur le héros. Pour eux, il ne fait rien. C'est le loup qui fait tout, il va chercher la princesse et en plus, par sa magie, il lui permet de la garder ! C'est lui, le véritable héros. Ahmed remarque quand même : « mais le loup, il tue le cheval tout seul, dans la vraie vie, je crois pas que ça se passerait comme ça ». Mohamed complète : « oui, un cheval, ça peut tuer un loup ». Ils s'accordent sur le fait que le plus important, c'est de se débrouiller tout seul, faire ses choix seul. Ivan, lui, ne tient pas sa parole, il trompe tous les tsars. Ils remarquent que le loup n'apprend rien au héros : « à la fin, il est pas mieux qu'au début ». S'il est marié, avec un royaume, ils remarquent qu'« il ne saura pas mieux se débrouiller s'il a des soucis ». Pour Ahmed, les frères s'attaquent à Ivan car ils sont jaloux. Lui, il aurait « tout donné » : « l'oiseau au roi, la princesse au frère, le cheval à l'autre frère... », Aurélie remarque : « vous ne gardez rien ? » et il répond, presque agressivement : « j'ai besoin de rien, moi, comme ça, j'ai la paix ».

Ils reviennent ensuite au début du conte. Sur les trois fils, le tsar refuse de laisser partir le plus jeune, celui qui sera le héros du conte. Ahmed ajoute : « il insiste alors il le laisse aller » et Mohamed

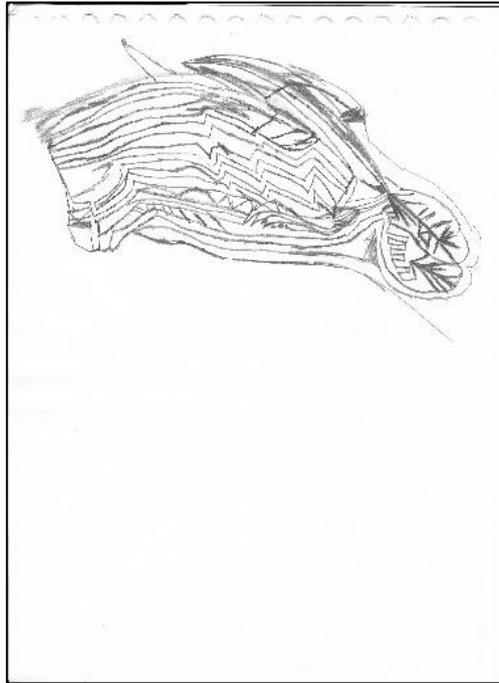
termine : « et c'est lui qui ramène tout ce que le tsar demande ». Ils évoquent la jalousie des frères et Ahmed se prend la tête dans les mains : « je peux pas m'empêcher de faire des liens avec ce qu'on vit ici : c'est pareil, les gens jaloux qui t'envient ».

Puis, Ahmed demande : « qu'est - ce qui est violent dans ce conte ? ». Pour Ahmed, il n'y a rien de violent mais Mohamed propose l'égorgement du cheval par le loup et l'égorgement d'Ivan par les frères. Il parle aussi des frères, Mohamed utilise le mot « banni » et Ahmed répète pensivement « ils sont bannis ». Nous leur demandons s'ils trouvent la punition juste et les deux hochent la tête : « oui, être banni, c'est être exclu du royaume, de la famille, c'est ne plus être de ce pays. C'est grave ». Je suis surprise qu'ils connaissent le mot et la notion, alors même que le mot n'est pas cité dans le texte. Ils nous retournent la question : « et pour vous, qu'est – ce qui est violent ? ». Je réponds que je trouve violent que le père refuse au plus jeune fils de partir en quête de l'oiseau de feu en verbalisant : « il ne le laisse pas grandir ». Ils hochent la tête et Ahmed remarque : « je ne laisserai pas mon fils prendre autant de risques ! ». Je me fais la remarque que la reprise a été calme, sans réelle tension malgré des désaccords. Il n'y a pas non plus eu de temps de détente collective, bien qu'il y ait eu quelques rires.

Je leur propose de passer au temps de dessin, ce qu'ils acceptent avec enthousiasme.

Ahmed s'assoit au plus près de la partie lecture. Mais c'est aussi la partie la plus sale. Quand nous lui en faisons la remarque et lui proposons de changer de place, il souffle sur les poussières : « c'est rien ! » et s'installe quand même. Mohammed s'assoit près de la porte de sortie. Aurélie est en face de moi. Je trouve que nous sommes tous loin les uns des autres... Tout en dessinant avec application d'épais traits striés sur sa feuille, Ahmed parle de faits de société (délinquance, terrorisme) qui le préoccupent.

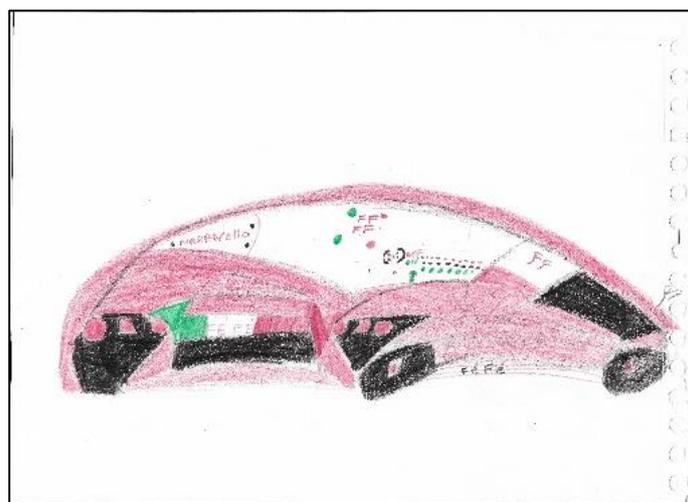
Il produit de nouveau un dessin non figuratif. Il apparaît mieux contenu que les semaines précédentes, puisque l'on peut distinguer dans ses épais traits noirs une forme d'enveloppe.



Séance 8 1Ahmed

Chacun dessine avec concentration tout en parlant. Ahmed nous explique qu'il voudrait être éducateur pour déradicaliser « ces gens ». Je lui demande comment il s'y prendrait et, sans surprise, il répond : « en les frappant, s'il le faut, pour qu'ils comprennent ». Ils parlent aussi de corruption, des hommes politiques, de l'actualité.

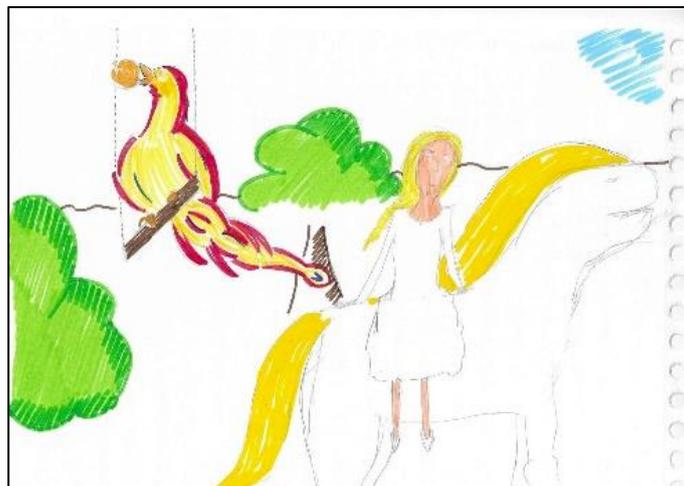
Ahmed questionne Mohamed sur son dessin et ils échangent sur le logo et la marque de la voiture.



Séance 8 2Mohamed

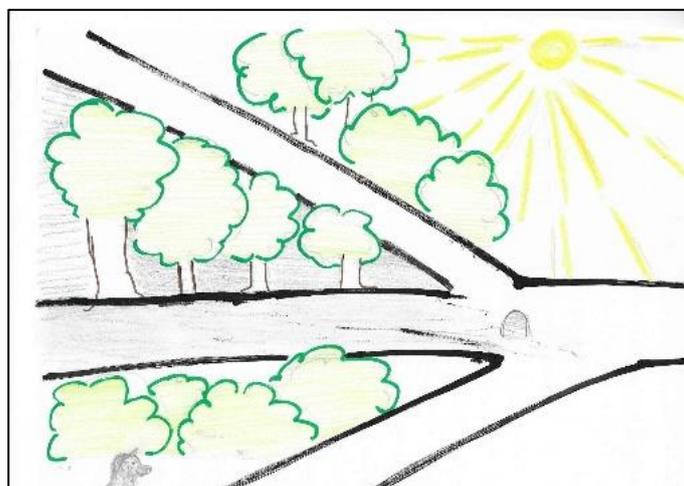
Une personne détenue entre alors soudainement dans la salle et s'avance. Je me lève et lui demande immédiatement de sortir, ce qu'il fait après quelques instants d'hésitation. Je suis moi – même surprise par la fermeté de mon ton et mon assurance face à cette personne que je ne connais pas. En m'asseyant, je remarque qu'Ahmed me regarde intensément, alors que lui – même n'a pas bougé et est resté très calme.

Aurélié dessine Héléne – la – Belle sur le cheval à la crinière d'or, l'oiseau de feu à la main : les récompenses mais aussi les objets de convoitise d'Ivan.



Séance 8 3Aurélié

Je dessine la croisée des chemins, représentant le choix du personnage principal. La question du choix me renvoie également à plusieurs notions : « on a toujours le choix » et le « choix » de nos patients « on choisit de faire le mal ».



Séance 8 4Sandie

2.2.9. Séance 9 : Annulée

Ce jour, seul Nabil est prêt pour le groupe. Les autres patients refusent de se présenter. Nous annulons la séance.

2.2.10. Séance 10 : « Le monstre de l'étang »

1. Dans un village au milieu de la forêt
2. Vivent un homme, une femme et leurs deux enfants
3. Ils n'ont pas tous les jours à manger
4. Les parents ne s'occupent pas des enfants
5. Un soir, les parents vont à la pêche et ramènent un gros poisson
6. Ils le mangent sans le partager avec les enfants
7. Les enfants fuguent
8. Ils marchent dans la forêt
9. Ils arrivent à l'étang du Malasai
10. Le frère appelle le Malasai à l'aide
11. Les enfants voient une grande lumière
12. Ils entendent une voix : elle leur annonce qu'ils seront désormais la lumière qui éclaire la nuit
13. Ils se retrouvent dans le ciel
14. Et ils l'illuminent à tour de rôle la forêt

Nous arrivons à l'heure, la salle est bien propre. Nous mettons en place la salle avec plaisir. Il ne fait pas trop chaud, ni trop froid, la salle m'apparaît claire : elle est accueillante.

Nous avons prévu de créer un conte en reprise à la place du dessin. Le recours à l'imagination ayant mis nos patients en difficulté lors des sessions précédents, nous nous sommes procuré un jeu, servant de support à l'imagination.

Les patients arrivent à l'heure. Ahmed et Mohamed arrivent en premiers. Ahmed nous confirme que Nabil va arriver mais il s'écoule encore de longues minutes avant que ce dernier n'arrive. Kaïs et Kévin, bien que présents à l'établissement, ont refusé de se présenter. Les patients se placent tous à leur place « habituelle » : Mohamed sur la gauche, proche des animatrices, Ahmed au centre et Nabil

sur la droite. Nabil se recule jusqu'à toucher le mur. Avec l'armoire à côté de lui, les autres patients ne voient que ses jambes et Ahmed cherchera plus d'une fois son regard.

Nous reprenons leurs absences de la semaine précédente entraînant l'annulation de la séance. Ahmed et Mohamed nous disent qu'ils dormaient. Nabil reste silencieux. Après quelques secondes, Nabil nous demande si la séance d'aujourd'hui est bien la dernière séance, ce que nous confirmons. Nous les informons que nous leur proposerons des entretiens individuels la semaine suivante pour faire le bilan du groupe.

Ils répondent sur le champ, nous prenant de cours. Mohamed dit que ça l'a aidé mais qu'il n'a pas les mots pour expliquer comment. Ahmed dit que le groupe l'a aidé à mieux connaître les autres participants et à se poser des questions « mais c'est tout ». Nabil pour sa part nous explique que le groupe l'a aidé à mieux nous connaître, nous, les animatrices. Il regarde surtout Aurélie, d'un air penaud : « Elle (il me désigne), je la connaissais mais pas toi (il la désigne) ! ». Nous leurs demandons quelles questions ils se sont posés et ils sont tous d'accord : le fait que certaines choses nous paraissaient violentes alors qu'à eux, non. Ils listent brièvement les différents types de violence : physique, verbale, morale et institutionnelle. Mohamed intervient de manière très vive : « ma peine, elle était méchante ! Méchante ! 2 ans pour ça, c'était méchant ! ». Nous ne développons pas cet échange, pour privilégier les entretiens individuels, et présentons cette séance.

Nous leur expliquons donc que, après la lecture et la reprise du conte, nous leur proposerons un temps différent de l'habituel temps du dessin. Pour clôturer la session, nous leur proposons de créer un conte ensemble. Ahmed acquiesce : « oui, c'est mieux ».

Après le tintement de la cloche, je commence la lecture du conte.

La lecture ne génère que très peu de mouvements. Nabil se tient en équilibre sur les deux pieds arrière de sa chaise, adossé au mur, le regard tantôt au sol, tantôt vers mon ventre (je suis alors enceinte de 7 mois). Mohammed a les jambes étendues et croisées, les mains le long de ses cuisses, il regarde dans le vide. Ahmed est droit sur sa chaise, le dos contre le radiateur, les bras croisés nonchalamment, il regarde dans le vide. Parfois, son regard se pose sur moi.

Pendant la lecture, au moment où les parents pêchent le poisson, Ahmed fait craquer son cou. La lecture est perturbée par le bruit émanant du groupe « musculation » qui attend dans le couloir. Le bruit est tel que je m'interromps. Ahmed crie : « tu fermes ta gueule ! » et avant que nous ne puissions réagir, il sort précipitamment. Nous échangeons un regard avec Aurélie, mais contrairement à l'appréhension de début de session, nous sommes confiantes. Très rapidement, Ahmed revient dans la

salle calmement. Nous n'avons pas perçu ce qu'il s'est passé dehors mais le calme est revenu. Nous leur demandons s'ils ont suivi mais les patients demandent à reprendre la lecture depuis le moment où les parents ont pêché le poisson. Je reprends donc. La lecture se fait dans un silence attentif.

La lecture du conte est suivie de plusieurs minutes de silence. Nabil prend la parole, il évoque surtout la fin du conte et l'idée que les enfants deviennent « les lumières qu'ils ont dans le cœur ». Ahmed reprend le début du conte, l'image des parents qui ne partagent pas le poisson qu'ils ont pêché. Nabil remarque, avec une expression de grande tristesse sur le visage : « ils ont raison, quand on a faim le soir, le lendemain, on n'a plus faim. » Il se touche le ventre. Aurélie réagit et exprime un doute mais Nabil remarque simplement : « si, c'est vrai. Tu ne sais pas, toi t'as jamais dû t'endormir le ventre vide. » Mohamed est d'accord : « il ne faut pas réveiller les enfants ». Ahmed se démarque : « non, quand même, c'est pas bien, ils auraient dû leur en laisser ». Nabil se range à son avis. Ils reprennent le fil de l'histoire : « les enfants vont prendre leurs vies en main, ils partent. » Il faut les relancer plusieurs fois sur la fin de l'histoire pour que péniblement, ils nomment l'arrivée des enfants à l'étang et leur appel au Malasai. Ahmed exprime fortement la résistance : « ouai mais nan ! Ils voulaient pas voir le monstre, c'est juste sur leur chemin. » Nous sentons que cette fin comporte un inentendable pour nos patients. Aurélie les questionne sur cette phrase du frère : « il vaut mieux mourir dévoré par le monstre que de subir le mensonge de nos parents ». Nabil lui demande de répéter. Ils sont d'accord, un mensonge c'est pire que tout. C'est Ahmed qui explique : « quand on brise la confiance, y a plus rien, c'est le pire qu'on peut faire. Le monstre, c'est le risque. » Aurélie leur propose alors un deuxième passage : « s'il garde le poisson pour eux, ils pourraient aussi garder pour eux ce qu'ils savent ». Pour Ahmed, c'est logique : « s'ils mentent sur le poisson, ils peuvent mentir sur tout le reste ». Nabil appuie pensivement : « c'est ça que ça veut dire ».

Les échanges reprennent sur les raisons qui ont poussé les enfants à quitter le domicile parental. Ils trouvent que les enfants ont eu raison de partir. Nabil lance : « pourquoi t'es parti, toi ? ». Ahmed répond immédiatement : « pour faire le mal ! » et éclate de rire. Ahmed et Nabil échangent sur la question de la violence, reprenant l'idée présente au début de la session : « c'est pour leur faire comprendre », puis cette idée évolue peu à peu : « elle permet pas de comprendre, elle permet de se souvenir. Elle a pas de sens ». Alors qu'Aurélie s'apprête à prendre la parole, elle s'interrompt. Nous ressentons toutes les deux une tension dans le groupe et nous laissons les patients interagir. Nabil remarque que « 80% des détenus, ils comprennent rien » et Ahmed complète : « une gifle, c'est pas violent ». Je leur demande à partir de quand « c'est violent » ? Nabil, le regard dans le vide, murmure puis répète plus fort : « quand ça saigne ». Tous les deux, ils se demandent combien de claques sont nécessaires pour que « ça saigne ». Nabil s'interroge : « un bon paquet ? 20 ? » et conclut : « il faut

que ça choque ». Ahmed explique : « si jamais ça choque pas, il comprend pas, quand ça choque, il revient plus ». Il gesticule, mime, donnant l'impression d'avoir envie de mettre une claque à quelqu'un d'invisible en face de lui.

Puis Ahmed se lance dans autre chose, comme s'il s'imaginait, là, tout de suite physiquement sortant de prison. Il explique qu'il n'a pas envie de serrer des mains, de sourire, de serrer dans ses bras, mais qu'il le fera parce que « c'est comme ça qu'on fait », c'est ce qu'on attend de lui. Nabil complète avec un ton monotone et un regard noir : « ouais, les gens ils pensent qu'ils nous connaissent mais ils savent rien, ils nous connaissent pas ». Ahmed ramène qu'en prison, « le temps s'arrête pas », que beaucoup d'entre eux ne voient leurs familles qu'une fois par an, qu'ils sont seuls et que quand ils sortent : « la vie ne reprend pas, le temps est passé et la solitude reste ». La phrase de Nabil : « la prison ça brise » tombe sur le groupe et Ahmed complète « on est jamais le même quand on rentre et quand on ressort ». Il a le visage très sombre, le regard au sol. Quand mon regard se pose sur lui, il relève la tête et sourit. Nabil relance : « on fait toujours en fonction des autres ». Je reprends : « vous ne faites jamais quelque chose pour vous - même ? », ce à quoi Ahmed rétorque : « si je faisais quelque chose pour moi, en 20 secondes, je prendrais 20 ans ». Nabil le taquine : « en 2 minutes, abuses pas ! » mais Ahmed reste sérieux : « En deux minutes j'imagine même pas tout ce que je peux faire. ». Il nous explique longuement que s'il est « en embrouille » avec quelqu'un, il va mal dormir et « y penser » tout le temps mais, s'il « fracasse le mec », alors, il dormira paisiblement. Aurélie demande naïvement s'il n'est pas possible d'exprimer verbalement son désaccord, ce qui fait sourire Nabil et Ahmed : « Ouais mais ça les gens ils comprennent pas, ça marche pas ». Pendant qu'ils parlent, l'ambiance s'alourdit. Nabil, caché derrière l'armoire, a le regard fermé, le visage rentré vers son ventre : « j'aime pas parler de ça, ça me met en colère. » Je regarde Mohammed qui regarde avec grande attention Ahmed et Nabil mais ne s'est pas du tout exprimé : il m'adresse un sourire gêné. Ahmed continue : « une bonne claque, t'as tout. C'est pratique et ça évite de prendre une peine pour ceux qui ne le mérite pas ». Il donne des exemples : « tu veux une voiture ? Paf, une tarte et tu l'as. Tu veux qu'on te foute la paix ? Paf, une tarte et tu l'as ».

Le groupe est déprimé. Je ne sais pas comment reprendre, je regarde Aurélie, qui de même ne dit rien. Cet échange nous a laissé sans mot, sans voix. Après quelques minutes, je propose de passer à l'écriture du conte.

Ahmed rapproche sa chaise et se place entre Aurélie et moi. Mohammed se place à côté d'Aurélie et Nabil à côté de moi. Nabil demande : « on le fait tous ensemble ? », ce que je confirme. J'explique brièvement la structure du conte et je distribue les imprimés contenant les propositions.

Chacun lit ses feuilles, puis rapidement, Nabil se lance dans l'histoire dans une expulsion très rapide de l'exercice, porté par mes relances fréquentes :

- C'est une fille qui voit à travers les murs !
- Elle va où ?
- Au cœur de la Terre !
- Quelle est son épreuve ?
- Elle s'endort et à son réveil, elle découvre que quelqu'un a construit un mur autour d'elle !

Nabil va très vite, il faut ralentir le rythme et relancer les autres pour les inclure dans la construction de l'histoire. Je leur demande donc de décrire le cœur de la Terre et Ahmed répond rêveusement : « on est bien au centre ! ». J'interroge Mohamed du regard : « il y a du feu...et avant d'y arriver, un nuage de...de fer !!! ». Nabil reprend le fil de l'histoire : « la fille, c'est un peu une psychologue, elle voit à travers les murs » ce qui déclenche des rires. Je relance : « que cherche – t – elle ? » et Nabil répond immédiatement : « la vérité ». J'essaie de nouveau de ralentir le rythme. Je regarde Ahmed qui semble perdu en contemplant ses feuilles : « je comprends rien ! ». Nabil lui montre en pointant du doigt sur sa feuille. Je leur propose d'ajouter un autre héros mais Nabil n'est pas d'accord : « ah nan, il peut pas y avoir deux héros ! ». Je propose alors un animal qui accompagne le héros et Nabil répond : « le canard à lunette ? » mais Ahmed le coupe : « il est pourri ton animal ! Le tigre qui vole ! ». Le choix des épreuves que va affronter leur héroïne provoque le plus d'agitation. Ils font plusieurs propositions anarchiques : pour Mohamed « le sol se liquéfie ! Il y a un dinosaure ! », pour Nabil « des volcans surgissent du sol », pour Ahmed : « un dragon à sept têtes » ... Il faut toute notre attention pour lier tous ces éléments : le dinosaure et le dragon à sept têtes font un combat « à mort ! » (Ahmed). Nous leur demandons où se trouve la vérité que l'héroïne cherche et Nabil propose « à l'intérieur du soleil ». Aurélie remarque : « ils vont se brûler ! » mais Nabil hausse les épaules : « la vie est faite de brûlures... ». Je leur demande si cela finit bien et Nabil répond sans hésiter : « oui, ça finit bien. Parce que ça finit bien entre nous ». Mohamed ajoute : « on a gagné la liberté », complété par Ahmed : « sans écrou ». Mohamed termine le conte : « libéré de ses chaînes, grâce à la poudre magique pour ne jamais revenir ».

Ahmed se met debout et signifie la fin de la séance. Nabil remarque : « alors, c'est la dernière fois qu'on se voit... ». Je leur rappelle les entretiens de fin de session la semaine suivante et leur remet leurs convocations. Ils nous saluent en nous serrant la main, les regards sont appuyés. Je ressens beaucoup de joie et de reconnaissance dans le regard d'Ahmed. Pour une fois, le regard de Mohamed

n'est pas perdu dans le vide, il me regarde bien dans les yeux en souriant. Le ton de Nabil est grave, sérieux quand il nous dit « au revoir ». Ils ne s'attardent pas et quittent rapidement la salle, nous laissant ranger rêveusement le matériel.

2.3. Séparation : entretiens de fin de session

Nous avons programmé les entretiens individuels de fin de session en salle d'audience en bâtiment d'hébergement, tout comme les entretiens de début de session. Toutes les salles d'audience sont occupées, nous devons donc nous installer dans la salle de groupe.

Mohamed

Mohamed est le premier à se présenter. Il entre spontanément dans la salle et nous salue. Nous remarquons qu'il paraît plus « présent » à lui – même : il nous regarde dans les yeux et parle spontanément, ce qui est à l'opposé de la manière dont il s'était présenté au premier entretien.

Il explique être content d'avoir participé au groupe mais ne pas savoir formuler ce qui a changé pour lui. Nous lui proposons donc nos observations tout au long de la séance : alors qu'en début de session il fallait le solliciter pour qu'il parle, il a peu à peu pris de la parole spontanément et de plus en plus souvent. Il se souvenait de mieux en mieux des récits des contes. Il sourit en confirmant qu'il se souvient de mieux en mieux des choses. Il a repris rendez – vous avec le médecin généraliste et sa psychologue de l'USN1.

Sur la thématique de la violence, comme au premier entretien, Mohamed explique qu'il n'a aucun problème avec la violence. Il développe en expliquant que les personnes violentes sont « méchantes » et que lui, n'est méchant que pour se défendre. Alors, il reconnaît qu'il peut être « très méchant ». Je lui demande si cela veut dire qu'il est violent mais que cela ne lui pose pas de problème, ce qu'il confirme. Il dit avoir grandi entouré de violence et alors que je demande « vue ? entendue ? subie ? », il confirme « oui, vue ». Son regard se pose sur la table, erre quelques secondes, comme s'il cherchait ses mots. Aurélie lui demande si c'est difficile de parler, ce qu'il confirme. Nous l'orientons alors sur son suivi psychologique individuel.

Nous lui remettons l'attestation de participation au groupe et le conte écrit en commun. Il est satisfait d'avoir l'attestation.

Ahmed et Nabil se présentent ensemble, ils arrivent bruyamment et entrent dans la salle. Après nous avoir salué, nous leur signifions que nous les recevrons l'un après l'autre. Ahmed sort discuter avec d'autres détenus pendant que nous recevons Nabil.

Nabil

Comme à son habitude, Nabil observe où nous nous installons, avant de prendre place, en face de nous. Nous lui remettons l'attestation de présence et le conte écrit en commun, il saisit le conte et le parcourt du regard.

Il est comme toujours, assis les bras le long du corps, les mains appuyées sur l'assise de sa chaise. Lorsque nous lui demandons ce que lui a apporté le groupe, il répond que cela l'a aidé à mieux nous connaître. Il indique avoir accepté de participer car il me connaissait et il insiste sur la question de la confiance en son thérapeute, le travail qui va être mené et là où on veut l'amener. Il pense que le groupe l'a apaisé sans savoir expliquer plus. Il a aimé « les histoires qui ne sont pas réelles » et il remarque, surpris, qu'ils ont beaucoup parlé de leurs vies. Il nous assure que les échanges continuaient souvent après le groupe, alors qu'ils étaient tous à leur étage d'hébergement.

Nous terminons l'échange sur le souhait exprimé par Nabil de participer à de prochaines sessions ou d'autres projets de groupe.

Ahmed

Il arrive le visage fermé, le regard noir mais cette expression s'évanouit instantanément dès qu'il nous regarde et il sourit. Il ne porte que peu d'intérêt à l'attestation mais regarde avec intérêt le conte commun.

Sur le groupe, il utilise les mêmes mots que Nabil : le groupe l'a « apaisé ». Il remarque qu'ils ont parlé de beaucoup de choses et a apprécié le recours à l'imaginaire qui leur manque en détention. Il explique que d'autres patients ont changé : « il sort de sa cellule, il parle plus ». Nous le ramenons à lui, en remarquant que dans le groupe, il a pu être en désaccord tout en restant dans le dialogue. Il acquiesce : « le groupe s'est bien passé » comme si cela avait représenté un effort important pour lui. Nous remarquons aussi qu'il a beaucoup ri pendant les séances et il reconnaît que cela lui a fait du bien. Il remarque qu'il n'a pas bien compris le lien avec la violence, même s'il reconnaît que cela les a apaisés.

Il restera souriant tout au long de l'entretien, même s'il est fuyant. Son corps et son visage sont tournés sur le côté et il nous regarde « en coin ». Entre animatrices, nous avons pensé que la séparation serait

particulièrement difficile pour lui. En rédigeant cet écrit, je me rends compte que je n'ai aucune note ni souvenir sur la fin de cet entretien.

Kévin est sorti en aménagement de peine. Nous n'avons pas eu l'occasion de le voir pour l'entretien de fin de session. Il ne s'est pas non plus manifesté.

Kaïs a été transféré vers un autre établissement pénitentiaire. Comme toujours dans ces situations, nous avons été informées de son départ le jour même, sans possibilité de le voir.

2.4.Analyse

2.4.1. *Grilles d'analyse « patients »*

		Nabil	Ahmed	Kais	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque	"tu lis bien"		"qu'est ce que je fais là"	"c'est court"			
	Place	D	B	C	E	A		
	Posture	au plus près de la conteuse	au centre des patients	collé au radiateur, ouvre la fenêtre	adossé au mur	bras et jambes croisés		
	Mouvements corporels	piétinements, balancements	rentre le menton dans sa veste	déplace sa chaise	agitation motrice	immobile		
	Regard	au sol, se lève vers les autres patients	au sol, se lève vers les autres patients	se cache le visage dans ses mains	cherche le regard des autres	dans le vide		
	Expression		fermé, observe		rires		rires défensifs	
Reprise	Fil du conte	Qui		x				
		Eléments repris		1,5,8				
		Eléments absents		2,3, 4, 6,7,9,10,11,12				
		Temporalité		linéaire				
		Liens		familiaux				
	Fil associative	Thématiques abordées	Général			Général		
				articulation				
			Conte	conte	conte			
		Expression émotionnelle	Articulation					
			vie passée			vie passée		violence subie
			vie actuelle		vie actuelle		vie actuelle	violence agie
								Général
		Expression émotionnelle	Verbalisée		colère (ton de la voix)			
		Tension						
Détente								
Dessin	Absence de production							
	Feuille blanche							
	Non figurative							
	Figurative hors conte	X	x	x	x	x		
	Figuratif conte							
	Couleur	Noir et Blanc		couleurs		Noir / Blanc + rouge		
	Echanges verbaux	X	x	x	x			

Tableau 1 : Séance 1

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque	Demande le tintement de la Cloche						
	Place	E	C	D	B	Absent		
	Posture				cache son visage dans sa main			
	Mouvements corporels	se balance						
	Regard	au sol	me regarde	au sol				
	Expression	Sérieux	attentif	Sérieux	rit aux larmes			
Reprise	Fil du conte	Qui					x	
		Eléments repris					8,14,4,7,5	
		Eléments absents					1,2,3,6,9,10,11,12,13	
		Temporalité					non linéaire	
		Liens					familiaux	
	Fil associatif	Thématiques abordées	Conte	conte				
				articulation				
			vie passée	vie passée		vie passée		
				conte				
			vie passée	vie passée				
						général		conte
			mimique /posture					
			x posturale	x posturale		x : ton voix		
Expression émotionnelle								
Tension								
Détente								
Dessin	Absence de production			X				
	Feuille blanche	x			x			
	Non figurative		pers. Principal					
	Figurative hors conte	N/B + vert	Couleurs	Couleurs		N/B		
	Figuratif conte			X	x			
	Couleur							
Echanges verbaux								

Tableau 2 : Séance 2

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque							
	Place	C	A	E	B	D		
	Posture							
	Mouvements corporels	balance sa chaise	pose la main sur sa joue fait					
	Regard					regard éberlué	regard au sol	
	Expression				silencieux			
Reprise	Fil du conte	Qui	x			x		
		Éléments repris	1,2,4,5,8,10,13,14, 19				1,3,4,8	
		Éléments absents	3,6,7,9,11,12,15,16,17,18				2,5,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16, 17,18,19, 20	
		Temporalité	linéaire				Linéaire	
		Liens					Familiaux	
	Fil associatif	Thématiques abordées	général					conte
							vie passée	
						vie passée		
			conte	conte	Conte	conte		
			articulation					
							vie passée	
							conte	
Expression émotionnelle			Verbalisée			mimiques		
Tension	x	x						
Détente						x		
Dessin	Absence de production							
	Feuille blanche							
	Non figurative		x					
	Figurative hors conte	x			x	x		
	Figuratif conte			x				
	Couleur	N/B	N/B	couleurs	bleu	couleurs		
Echanges verbaux	x	x						

Tableau 3 : Séance 3

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque				"pas dedans", "la tête ailleurs"			
	Place	E	B	D	C	A		
	Posture							
	Mouvements corporels						beaucoup de mouvements	
	Regard						au sol	
	Expression						silencieux	
Reprise	Fil du conte	Qui				x	x	
		Éléments repris				1,5,7	1,5,7,4,10,16,18,19,21,23,3	
		Éléments absents					2,3,4,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23	2,6,8,9,11,12,13,14,15,17,20,22
		Temporalité					linéaire	non linéaire
		Liens						filiation meunier / chasseur
	Fil associatif	Thématiques abordées						conte
								vie actuelle
				vie actuelle	vie actuelle	vie actuelle		conte
								général
							général	
							plusieurs rires	
			x	X		x		
Expression émotionnelle						x		
Tension	x	X	x	x	x			
Détente								
Dessin	Absence de production							
	Feuille blanche							
	Non figurative							
	Figurative hors conte							
	Figuratif conte							
	Couleur							
Echanges verbaux								

Tableau 4 : Séance 4

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque				"je suis pas là"			
	Place	E	A	C	B	D		
	Posture	à un bout de l'arc de cercle	à l'autre bout du demi - cercle	sous les fenêtres entrouvertes, de profil	bras et jambes écartés			
	Mouvements corporels	change plusieurs fois de	change plusieurs fois de					
	Regard		regarde Mohamed					
	Expression		rit et cache son visage dans son col					
Reprise	Fil du conte	Qui					x	
		Éléments repris					27, 10, 17	
		Éléments absents					1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13, 14, 15,16,18,19,20,21,22,23,24,25, 26,28,29	
		Temporalité					non linéaire	
		Liens					familiaux	
	Fil associatif	Thématiques abordées			général	conte		
					vie passée	vie passée		
								conte
				"choc"	choquant			général
								aucune?
	Expression émotionnelle							
	Tension				x			
	Détente					x		
Dessin	Absence de production	x : fleur	x					
	Feuille blanche	x		x : Karaba				
	Non figurative	crayon gris (Kirikou et la sorcière) + couleurs (fleur)	crayon gris (personnage) + crayons de couleur (oreilles et t shirt)	crayons de couleur		feutres couleur		
	Figurative hors conte	conflit	conflit		conflit			
	Figuratif conte							
	Couleur							
	Echanges verbaux							

Tableau 5 : Séance5

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque	"bien lu"			dit qu'il n'est "pas là"		demandant à ouvrir les fenêtres	
	Place	D	C	A	B	E		
	Posture				bras posés écartés sur le radiateur			
	Mouvements corporels	change plusieurs fois de	change plusieurs fois de	se redresse plusieurs fois, se		immobile		
	Regard	au sol	au sol	au sol	au sol	droit devant lui		
	Expression				rit aux éclats		concentrés	
Reprise	Fil du conte	Qui					x	
		Éléments repris	2, 13				3, 10, 7, 5, 14, 21, 4, 22, 24	
		Éléments absents	1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24					1,2,6,8,9,11,12,13,15,16,17,18,19,20,23
		Temporalité	linéaire					non linéaire
		Liens	aucun					familiaux
	Fil associatif	Thématiques abordées	conte					général
				articulation				
			vie actuelle	vie actuelle		vie actuelle		
								général
		vie passée	vie passée	mimiques	agie			
		agie	agie					
		x	x		x			
		Expression émotionnelle						x
		Tension	x			x		
Détente								
Dessin	Absence de production		x					
	Feuille blanche					x		
	Non figurative			x : poupée				
	Figurative hors conte		crayon gris + crayon couleur (marron)	crayon gris + crayons de couleur		crayons de couleur		
	Figuratif conte	x	x	x	x			
	Couleur							
Echanges verbaux								

Tableau 6 : Séance 6

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque			"vous allez lire avec votre voix douce"				
	Place			C	D	B		
	Posture				jambes écartées, bras le long du corps	bras et jambes croisées		
	Mouvements corporels			bouge beaucoup tout au long	sursaute à deux reprises :	décroise et recroise les jambes		
	Regard				fixe			
	Expression						attentifs	
Reprise	Fil du conte	Qui		x				
		Éléments repris		3, 4, 5, 6, 8, 9, 15, 18, 20, 24, 36, 37, 11, 12, 41, 43, 44, 45, 46				
		Éléments absents		1,2,7,10,13,14,16,17,19,21,22, 23,25,26,27,28,29,30,31,32,33, 34,35,38,39,40,42,47				
		Temporalité		linéaire				
		Liens		familiaux et causalité				
	Fil associatif	Thématiques abordées			articulation			conte
								vie actuelle
					vie passée	vie passée		
					jouée			
				x	x	x		
		Expression émotionnelle						
Tension								
Détente								
Dessin	Absence de production							
	Feuille blanche							
	Non figurative							
	Figurative hors conte							
	Figuratif conte							
	Couleur							
	Echanges verbaux							

Tableau 7 : Séance 7

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque							
	Place		C			A		
	Posture		Sous les fenêtres, les bras écartés					
	Mouvements corporels		fait craquer son cou (meurtre)			-		
	Regard		au sol. Lève le regard à la croisée des chemins et égorgement d'Ivan			dans le vide, droit devant lui		
	Expression		détendu, souriant			sombre		
Reprise	Fil du conte	Qui				x		
		Éléments repris		12		7, 11, 19	14, 22, 15, 51, 55, 9, 53	
		Éléments absents					1,2,3,4,5,6,8,10,13,16,17,18,20,21,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52	
		Temporalité					non linéaire	
		Liens					familiaux	
							conte	
	Fil associatif	Thématiques abordées		articulation				
				vie actuelle				
				agie (prend sa tête dans ses mains), ton de la voix			conte	
		Expression émotionnelle						
		Tension		x				
Détente					x			
Dessin	Absence de production							
	Feuille blanche		crayon gris			crayons de couleurs		
	Non figurative		x					
	Figurative hors conte							
	Figuratif conte							
	Couleur							
Echanges verbaux								

Tableau 8 : Séance 8

		Nabil	Ahmed	Kaïs	Kévin	Mohamed	Collectif	
Lecture	Remarque							
	Place	E	C	au QD	refus	A		
	Posture	En équilibre sur les deux pieds arrière de sa chaise, dos au mur	Assis contre le radiateur, bras croisés			jambes allongées, croisées. Bras le long des jambes		
	Mouvements corporels		se fait craquer le cou					
	Regard	au sol, sur mon ventre	dans le vide, sur moi			dans le vide		
	Expression							
Reprise	Fil du conte	Qui					x	
		Éléments repris	13, 14	6			7, 9, 10	
		Éléments absents					1,2,3,4,5,8,11,12	
		Temporalité					non linéaire	
		Liens					conte	
	Fil associatif	Thématiques abordées	articulation					
			général		général			
					vie future			
			vie actuelle		vie actuelle			
			mimique (tristesse)					
Expression émotionnelle								
Tension								
Détente								
Dessin	Absence de production							
	Feuille blanche							
	Non figurative							
	Figurative hors conte							
	Figuratif conte							
	Couleur							
	Echanges verbaux							

Tableau 9 : Séance 10

Dans la partie « Lecture », nous pouvons relever les éléments suivants ;

Lors des séances du groupe, deux patients ont principalement fait des remarques, que l'on peut distinguer en deux types ;

Le premier type de remarques concerne le rapport des patients au groupe. Lors de la 1^e séance, Kaïs remarque qu'il ne comprend pas pourquoi il est là, tout en s'installant. Dans les séances 4, 5 et 6, Kévin remarque qu'il n'est « pas là », qu'il a « la tête ailleurs » ou qu'il se sent « absent ». On relève le paradoxe dans l'attitude de se présenter à la séance du groupe tout en indiquant s'en sentir absent. Ces remarques illustrent une position défensive par rapport au groupe, à ce qui pourrait être vécu dans le groupe, en s'en distanciant. Le fait que ces remarques aient lieu en début de séance pose cette distanciation en condition préalable à leur présence au groupe.

Le deuxième type de remarque porte sur la médiation même et sur l'acte de lecture. Nabil en est souvent l'auteur. À la séance 2, il demande à Aurélie de faire tinter la cloche, dans une tentative de maîtrise du dispositif, qui peut être réactionnelle à la position passive d'écoute impliquée par la lecture. Aux séances 1 et 6, il fait des remarques sur l'acte de lecture : « tu lis bien », « bien lu » qui résonne avec sa remarque à la fin de la lecture lors de la séance 1 : « on te lit un conte, ça détend ». À la séance 7, alors que Nabil est absent, c'est Kaïs qui fera la remarque : « vous allez lire avec votre voix douce ? », dans laquelle nous pouvons entendre l'investissement du plaisir de recevoir le conte, malgré la difficulté de supporter la position passive.

Nous remarquons que nos patients prennent souvent la même place (au moins 4 fois sur les 9 séances) : Nabil à la place E, Ahmed à la place C, Kévin à la place B et Mohamed à la place A. Kaïs change plus souvent de place, il reste dans des places centrales (3 fois en C et 2 fois en D) et parfois aux extrémités (1 fois en A et 1 fois en E). La récurrence de ces places nous autorise à les considérer comme signifiante pour chacun ;

Ahmed se situe souvent au milieu du groupe de patients, il remarquera d'ailleurs lors du conte commun : « on est bien au centre ». Il occupe ainsi une place centrale pour les patients tout en faisant face aux animatrices, ce qui lui peut lui permettre de garder, par l'observation, une forme de maîtrise sur la situation.

Kévin se trouve à une place particulière : il n'est ni proche physiquement des animatrices, ni en face. Il se trouve ainsi de profil ou de $\frac{3}{4}$, ne nous offrant que très rarement un regard. Il change de place en demeurant toujours au milieu. Kévin nous apparaîtra tout au long de la session comme insaisissable, fuyant.

Kaïs change également souvent de place, tout en restant au milieu. Il peut être de face par rapport aux animatrices ou de profil. Je remarque qu'il se place toujours devant les radiateurs chauds, tout en ouvrant les fenêtres sur le froid de l'hiver. Souvent, il entrouvre la fenêtre, alors qu'il fait froid dehors et qu'il se place devant le radiateur qui chauffe. Il garde souvent son manteau. Dans un premier temps, pensé en termes de chaud/froid (radiateur/fenêtre), cet élément pourrait être pensé en termes d'ouverture, d'avoir besoin de respirer, d'avoir de l'air, face à la situation du groupe, de l'activité de pensée ?

Nabil et Mohamed se placent le plus souvent aux extrémités de l'arc de cercle.

Nabil est toujours le plus proche de moi, qui suis la conteuse. Il est très en lien, en regardant et en répondant souvent aux questions posées. Nabil est en demande d'étayage permanent, de réassurance. Au niveau de la posture, il balance souvent sa chaise, dans une posture assez insécurisante (nous aurons plusieurs fois l'impression qu'il va chuter) : il se lance, le dos de la chaise cognant le mur, ce qui l'impulse dans un mouvement en retour de balancier. Il est, en conséquence, souvent en recherche d'appuis (par les pieds ou les mains) pour maintenir son équilibre. Il peut garder la position en équilibre (dos de la chaise contre le mur, pieds dans le vide) de longues minutes. Je vois dans cette posture, l'insécurité dans laquelle le plonge la situation du groupe thérapeutique. Il me connaît depuis de nombreuses années et il a verbalisé son besoin de « connaître » son interlocuteur pour accepter de se risquer au lien.

Mohamed est souvent à l'extrémité opposée de l'arc de cercle. Il est le plus près d'Aurélië, qui prend des notes (et reste donc silencieuse). Il est aussi le plus près de la porte de la salle et face à une fenêtre. Il est donc le seul patient dont le regard peut porter à l'extérieur, loin du groupe, comme si la fuite était possible à tout moment.

Les patients adoptent une position de repli sur soi : tête baissée, regards au sol, en début de lecture, qui signe l'entrée dans la transe narrative.

Lors de la séance 1, les patients échangent des regards, marque d'une recherche d'étayage sur le groupe dans cette situation nouvelle. Pour les séances suivantes, les regards sont portés au sol, sauf pour Mohamed dont le regard reste dans le vague, porté sur l'extérieur.

Les postures sont fermées : bras et/ou jambes croisées, tête baissée et pour certains, visage dans les mains. Seul Kévin recherchera à plusieurs reprises un étayage dans le regard des autres patients. Lors des séances 1, 2 et 6, son rire vient imposer un écran, un brouillage à la lecture, comme une résistance au décollage dans l'imaginaire. Il place une main devant sa bouche, comme pour contenir ce rire. Sa posture est souvent ouverte : bras et jambes écartées. Bien qu'il croise parfois le regard d'autres

patients, chacun reste concentré. Sa participation aux échanges montre qu'il a pu écouter la lecture, malgré son rire parfois aux larmes.

Lors de la lecture, les mouvements des patients accompagnent les contenus symboliques des contes. Lors des étapes significatives du récit, les patients changent de position : ils se redressent, allongent les jambes ou font craquer leurs os. Lors de la séance 7, Kévin sursautera à deux reprises. Ce sont des manifestations que je décris comme des manifestations d'un inconfort corporel (changer de position, évacuer une tension...) qui pourrait être créée par la tension du récit, démontrant que le récit « saisit » nos patients au corps. Mohamed est celui qui reste le plus souvent immobile pendant la lecture. Il a très peu de réactions, comme si le récit ne l'atteignait pas.

Excepté Kévin, les patients gardent une expression neutre pendant la lecture. Il m'est souvent difficile, pendant les quelques minutes de silence qui suivent la lecture, de « prendre la température » des patients. Ce sont toujours des minutes d'incertitude qui me paraissent longues et pleines de suspense.

Dans la partie « Reprise », nous relevons les éléments suivants ;

La reprise du conte commence le plus souvent par une reprise en individuel. Si lors des premières séances, Nabil et Ahmed vont souvent se lancer dans une reprise précipitée, dans laquelle on sent une volonté de « bien faire », de répondre aux attentes des animatrices, au cours de la session, tous les patients, sauf Kévin, vont reprendre l'histoire au moins une fois. On remarque que le groupe est souvent ressource pour le patient qui fait la reprise, en venant compléter son récit.

L'analyse de notre grille nous permet de mettre en évidence que la reprise se fait le plus souvent au prix de relances incessantes (voire harcelantes) des animatrices permettant de reconstituer le squelette de l'histoire. Lorsque la structure du conte est complexe (séance 6, séance 8), plusieurs reprises (individuelle, groupale) seront nécessaires pour dégager ce fil du conte et reconstruire la temporalité du récit. Les animatrices sont alors garantes des liens entre les éléments, par l'intermédiaire des questions incessantes. Des éléments de détails, plus spécifiques apparaissent dans le « fil associatif » (tels que les cavaliers dans Vassilissa-la-très-belle), sur lesquels s'appuie et se déploie une pensée associative.

Ces reprises sous formes d'images non liées pourraient être propres à nos patients (marque de la déprivation) et révélatrices de la structuration (ou astructuration) de nos patients que l'on pourrait nommer en îlots.

L'étude du fil associatif permet de dégager une dynamique retrouvée à chaque séance ; lors des échanges, les patients font des allers – retours réguliers entre le conte, des thématiques générales, leur

vie présente et leur vie passée. L'articulation entre le conte et leur vie (actuelle ou passée) est toujours verbalisée lors de ce fil associatif, principalement par Nabil et Ahmed (séance 2 : Ahmed : « c'est le choix que nous avons tous fait ici », séance 8 : Ahmed « je peux pas m'empêcher de faire des liens avec ce qu'on vit ici », séance 10 : Nabil : « pourquoi tu es parti, toi ? »). C'est en appui sur le conte, sa structure mais aussi ses contenus, que les patients peuvent se risquer à retraverser certains épisodes de leurs vies actuelles ou passées.

L'expression émotionnelle est majoritairement agie : elle se traduit dans la séance par le volume sonore (augmentation significative), par la motricité (se mettre debout/se rasseoir, gesticuler). Les patients sont saisis corporellement par les émotions.

À deux moments, l'expression émotionnelle sera verbalisée. À la séance 1, Nabil remarque « ça me met en colère » et à la séance 10 : « j'aime pas parler de ça, ça me met en colère ».

En étudiant l'évolution de l'expression émotionnelle au cours de la session, nous pouvons mettre en évidence le mouvement suivant. Lors des premières séances, nous voyons l'apparition de mouvements de « tension » : conflits entre patients s'exprimant par des mouvements très nets : se redresser, se mettre debout, gesticuler, crier. Si lors des premières séances (séances 2 et 3), ces mouvements de tension s'apaisent rapidement, d'elles – même, nous observons rapidement une alternance de mouvements de « tension » et de moments de « détente » (séances 4 et 6). Les moments de détente sont caractérisés par des mouvements corporels inverses : les patients se rasseoient, se renfoncent dans leurs sièges, se plient en deux, éclatent de rire... Ces mouvements permettent de réinstaurer une enveloppe groupale après des moments de tension « fissurants ». L'alternance de moment de « tension » et de « détente » permettraient l'expression pleine et sécurisée de la tension, de la violence des patients, la détente venant restaurer l'enveloppe groupale. On relève qu'Ahmed et Nabil sont les acteurs principaux de ces moments de tension mais qu'au cours des séances, Kaïs parfois et Kévin surtout participent de plus en plus activement à cette forme d'expression émotionnelle. Mohamed est le plus souvent à l'origine des temps de détente, par des remarques faisant rupture soit dans le sens (l'incompréhension déclenche le rire) soit dans le rythme des échanges (son élocution est très lente).

Après la coupure des vacances (entre les séances 7 et 8), nous relevons une dynamique émotionnelle différente. Dans la 2^e partie de la session, après les vacances, apparaissent des mouvements plus dépressifs. Le groupe est marqué par les nombreuses absences et ne sera plus jamais au complet. La séparation se trouve en filigrane de toutes les séances : les départs de Kévin (en aménagement de peine) et Kaïs (en transfert) mais aussi, la fin prochaine du groupe. Après les alternances de tension/détente, la fin de la session est marquée par l'apparition de la tristesse, nommée par Nabil et Ahmed.

Dans la partie « Dessin », nous relevons les éléments suivants ;

Lors de la première séance, aucun patient ne dessine sur la thématique du conte.

Les dessins sont majoritairement figuratifs, hors thématique du conte. Kévin dessine exclusivement sur des thématiques actuelles (surveillants pénitentiaires) ou passée (« le quartier »). Les dessins de Mohamed sont toujours figuratifs, hors thématique du conte. Ahmed dessine souvent des personnages dont les éléments significatifs (cicatrice, dent manquante) amènent à une compréhension en tant qu'auto – portrait. Peu à peu, les visages s'effacent, se diluent (séances 1 et 2), élément que nous mettons en lien avec les échanges verbaux tendus pendant les temps de production. Au cours des dernières séances, ses dessins seront non figuratifs : séances 3, 6 et 5. Pour Nabil, on relève une évolution au fil de la session, des dessins collés à la réalité (en début), puis des dessins sur la thématique du conte. Le dessin de la montgolfière (séance 3) représenterait ce processus de décollement de la réalité, induit par la médiation « conte ». Lors de la séance 5, Nabil dessin sur la même feuille plusieurs dessins figuratifs sur le conte, puis des dessins en référence à sa vie passée et intime : « ma sœur, elle dessinait les fleurs comme ça ».

On remarque qu'à deux reprises, le groupe refuse de dessiner : séance 4 et 7.

Nous observons une évolution : dessins non référencés au conte, puis référencés au conte, puis absence de dessin (Kévin, Nabil) ou dessins non figuratifs. La perte de la figuration, voire l'absence complète de dessin, nous a interrogée. D'abord comprise comme une fuite, un évanouissement de la pensée, nous avons, dans un second temps, compris ces éléments comme une manière de laisser apparaître le vide, l'absence comme la représentation d'une absence de représentation.

Pour sa part, Mohamed dessine toujours des dessins figuratifs non référencés au conte. En regard de ses troubles neurologiques pris en charge à l'USN1, nous classons ses productions à part.

2.4.2. Grille analyse « contre transfert »

Lecture		Intonation	modulation peu importante
		Rythme	lent, constant
		Continue/interruption	interrompue
		Regard	croise celui d'Ahmed et Kévin
Fil du conte	Reprise	énonciation consigne	oui
		éléments relus	fin du récit
		Relances	peu nombreuses
Fil associatif		Ressenti	précipitation
		Relances	nombreuses
		intensité des interactions	importantes
		Ressentis	effraction / sidération / surprise / impuissance
	inclusion/exclusion de l'échange	inclusion	
Dessin		absence de production	
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	forêt épaisse
		couleur / matériel	couleurs / feutres et crayons de couleur
		échanges verbaux	x

Tableau 10 Séance 1 - contre - transfert

Lecture		Intonation	modulation moyenne
		Rythme	lent
		continue / interruption	continue
		Regard	croise celui d'Ahmed et de Kévin
Fil du conte	Reprise	énonciation de la consigne	non
		éléments relus	apparition du Diable
		Relances	nombreuses
Fil associatif		Relances	peu nombreuses
		intensité des interactions	importante
		Ressenti	incertitude
		inclusion / exclusion des échanges	exclusion
Dessin	absence de production		
	Feuille blanche		
	non figurative		
	figurative hors conte		
	figurative conte	Rencontre héros et Diable (pacte)	
	matériel / couleur	crayon gris / crayons couleur / feutre	
	échanges verbaux	x	

Tableau 11 Séance 2 - contre – transfert

Lecture		Intonation	modulation importante
		Rythme	lent
		continue / interrompue	continue
		Regard	je regarde chacun des participants mais ne croise aucun regard
Fil du conte	Reprise	Enonciation de la consigne	oui
		éléments relus	Pourquoi le frère ne boit pas les premières fois
Relances		incessantes	
Ressenti		poussif, il faut interroger, relancer	
Fil associatif		Relances	peu nombreuses
		intensité des interactions	importante
		Ressenti	léger, agréable
	inclusion / exclusion des échanges	inclusion	
Dessin		absence de production	
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	cabane dans la forêt
		matériel / couleur	feutre / couleurs
		Échanges verbaux	x

Tableau 12 Séance 3 - contre – transfert

Lecture		Intonation	modulation moyenne
		Rythme	lent
		continue / interrompue	continue
		Regard	sur le conte
Fil du conte	Reprise	énonciation de la consigne	non
		éléments relus	le rêve de la femme, la rencontre avec la vieille
		Relances	harcelantes
Fil associatif		Ressenti	solitude, épuisement : envie d'abandonner
		Relances	peu nombreuses
		intensité des interactions	importante
		Ressenti	être dépossédée, passive, spectatrice
	inclusion / exclusion des échanges	exclusion	
Dessin		absence de production	x
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	
		Matériel / couleur	
		Échanges verbaux	

Tableau 13 Séance 4 - contre – transfert

Lecture		Intonation	peu modulée, lasse
		Rythme	rapide
		continue / interrompue	continue
		regard	allers retours conte / patients
Fil du conte	Reprise	énonciation consigne	non
		éléments relus	aucun
		relances	peu nombreuses
Fil associatif		ressenti	épuisement
		relances	aucune
		intensité des interactions	importantes
		ressenti	fatigue, épuisement, abandon
	inclusion / exclusion des échanges	exclusion	
Dessin		absence de production	
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	Kirikou, Karaba et sa cabane
		matériel / couleur	crayons de couleur
		échanges verbaux	interventions non entendues par les patients

Tableau 14 Séance 5 - contre - transfert

Lecture		Intonation	marquée
		Rythme	lent
		continue / interrompue	continue
		regard	sur les patients
Fil du conte	Reprise	énonciation de la consigne	non
		éléments relus	origine de la poupée (2 fois)
		relances	très nombreuses
Fil associatif		ressenti	surprise
		relances	aucune
		intensité des interactions	importantes
		ressenti	épuisement, satisfaction
	inclusion / exclusion des échanges	inclusion	
Dessin		absence de production	
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	Vassilissa et sa poupée, Baba Yaga dans son pilon
		matériel / couleur	crayons de couleur
		échanges verbaux	-

Tableau 15 Séance 6 - contre - transfert

Lecture		Intonation	concentrée et appliquée
		Rythme	lent
		continue / interrompue	continue
		regard	sur la feuille
Fil du conte	Reprise	énonciation de la consigne	non
		éléments relus	aucun
		ressenti	satisfaction
Fil associatif		relances	peu nombreuses
		relances	peu nombreuses
		intensité des interactions	bonne
		ressenti	tristesse, désenchantement
Dessin		inclusion / exclusion des échanges	inclusion
		absence de production	x
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	
		matériel / couleur	
échanges verbaux			

Tableau 16 Séance 7 - contre - transfert

Lecture		Intonation	marquée
		Rythme	rapide, saccadée
		continue /interrompue	continue
		regard	sur le conte
Fil du conte	Reprise	énonciation de la consigne	non
		éléments relus	choix à la croisée des chemins, réponse des tsars
ressenti		agréable	
relances		nombreuses	
Fil associatif		relances	peu nombreuses
		intensité des interactions	moyenne
		ressenti	agréable
		inclusion / exclusion des échanges	inclusion,
Dessin		absence de production	
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	x : croisée des chemins
		matériel / couleur	crayons de couleur, feutres
		échange verbaux	x

Tableau 17 Séance 7 - contre – transfert

Lecture		Intonation	marquée
		Rythme	lent
		continue / interrompue	interrompue
		regard	sur les patients
Fil du conte	Reprise	énonciation de la consigne	non
		éléments relus	"il vaut mieux mourir dévorer par le monstre que de subir le mensonge de nos parents"
		relances	nombreuses
Fil associatif		ressenti	sensation de les pousser, de les fragiliser, de forcer
		relances	très peu nombreuses
		intensité des interactions	peu importante
		ressenti	vide, dépression, désenchantement
Dessin		inclusion / exclusion des échanges	inclusion
		absence de production	
		Feuille blanche	
		non figurative	
		figurative hors conte	
		figurative conte	
		matériel / couleur	
		échanges verbaux	

Tableau 18 Séance 10 - contre - transfert

Au détour de cette analyse, il a été très difficile pour nous d'analyser nos ressentis, de recueillir des éléments transféro-contre-transférentiels. Je me trouvais confrontée au vide, au blanc.

La constitution de cette grille nous a aidé à identifier les éléments significatifs pour dégager quelques pistes de compréhension.

Nabil a verbalisé à plusieurs reprises l'importance pour lui de connaître son thérapeute, d'avoir confiance pour se risquer au soin. Le ressenti face à ces remarques est que cette confiance « m'oblige ». Elle ne me permet pas d'avoir confiance dans les outils utilisés, elle m'amène à aller plus loin, à travailler plus, à être « encore meilleure », comme si je n'avais pas le droit à l'erreur, comme si je leur devais d'être à la hauteur.

Le temps de lecture est toujours précédé d'un ressenti d'appréhension : le conte va-t-il plaire aux patients ? Ai-je bien choisi ? Va-t-il leur *parler* ? Ainsi, au cours des premières séances, j'observe les patients pendant le temps de lecture. Les quelques minutes de silence après une lecture sont un temps incertain, où tout est possible. Ce n'est que petit à petit que je vais pouvoir m'abandonner au plaisir de lire ces récits que j'ai choisis, au plaisir de leur amener, de leur partager.

Le temps de reprise est un temps très prenant, épuisant à plusieurs niveaux. Les échanges sont vifs entre les patients, il faut « suivre », réagir aussi rapidement et relancer très souvent. Ces relances incessantes ne me laissent que peu, ou pas, le temps de penser. Il y a urgence à aller vite, en avant, comme si le sol allait se dérober sous mes pas. Si je prenais le temps de réfléchir, les patients avaient continué à avancer, je perdais le fil des échanges. Mais, à l'inverse des suivis individuels où je peux parfois ne pas me souvenir du contenu des entretiens, le contenu du groupe conte était riche et les prises de note très longues. Ce qui a mobilisé l'énergie, c'est de lier les éléments. Mais aussi, des mouvements de surprise face à certaines associations des patients et qui peuvent me laisser sidérée. Les moments de tension n'ont que peu généré de peur ou d'insécurité. Le groupe constitué se montrait suffisamment contenant pour s'auto-réguler. La crainte et l'appréhension se situait plutôt du côté de l'administration pénitentiaire, avec la crainte que les surveillants ne fassent irruption pour interrompre le groupe, en cas d'échanges trop bruyants. Les moments de détente sont agréables. J'essaie au début de résister pour tenir ma place de professionnelle mais je finis par m'y abandonner pour faire groupe.

Lors du temps de lecture, les animatrices ont des places fixes, qui font face aux patients. Pour le temps du dessin, animatrices et patients s'installent autour de la table sans qu'aucune place ne soit définie. Les patients observent souvent où nous nous plaçons avant de s'asseoir. Au début de la session, nous remarquons que les patients se placent ensemble et ne se mélangent pas aux animatrices. Les

animatrices se placent en laissant la possibilité aux patients de venir à côté ou non. Peu à peu, les patients les incluent dans le groupe et vont pouvoir prendre appui sur elles, notamment Kaïs qui échangera à plusieurs reprises à voix basse avec Aurélie. Nabil, dès le début de la session, vient trouver appui auprès de moi, sûrement parce que nous nous connaissons depuis longtemps. Il se place entre le mur et moi, comme s'il avait besoin d'être contenu. Plus tard, il se rapproche des patients surtout de Kévin et d'Ahmed.

2.4.3. Conte commun

En dernière séance, il nous paraissait intéressant de proposer aux patients de créer leur propre conte. En raison de leurs difficultés face à la pensée et à l'imaginaire, j'ai utilisé pour soutenir le processus créatif, un jeu trouvé dans un manuel de jeux pour enfants dans lequel il faut écrire un conte¹⁶². Pour chaque élément constitutif du conte (héros, épreuve...) plusieurs choix sont possibles. Le conte est créé par tout le groupe : patients et animatrices. Le groupe de patients est restreint en raison des absences, les places sont en alternance avec celles des animatrices : il est très contenant.

Nous remarquons que nos patients choisissent de mettre en scène une héroïne, qu'ils identifient très rapidement à une psychologue. Ils choisissent de lui attribuer un animal comme compagnon de quête : un tigre. Nous pensons ici, bien sûr, aux représentations que les patients ont parfois d'eux – même : le tigre en cage.

L'image qui apparaît ensuite est celle de l'héroïne se réveillant, avec un mur l'entourant. Il paraît évident que cette image, non reprise et intégrée dans le récit finalement, se réfère à l'incarcération.

L'héroïne se rend au centre de la Terre. Elle y trouve du feu, du fer : le centre est chaud, en fusion. Pouvons – nous avoir dans cette représentation l'image de la rencontre avec la violence ?

Pour les épreuves, les patients s'agitent fortement et proposent de manière anarchique : la lave, les volcans qui surgissent du sol... Un point est commun à ces représentations : celle du sol qui se dérobe sous les pas. On voit bien comment le lien est insécurisant, il ne constitue pas un appui stable. Je retrouve l'image de devoir avancer vite, sur un sol qui se dérobe. La menace est celle de tomber dans la lave, de se brûler, de se consumer. L'image de la menace est décrite sous différentes formes : un dragon à 7 têtes pour Ahmed, un dinosaure pour Mohamed. L'angoisse est finalement suffisamment contenue dans ces représentations monstrueuses.

¹⁶² Annexe 10.

La suite du récit est difficile à construire pour les patients, il faut les soutenir, les guider pour lier ces éléments épars. Ils les mettent en scène dans un combat à mort. Que devient l'héroïne ? Elle trouve la vérité, finalement « au cœur du soleil ».

Ils intègrent une fin, qui bien que peu définie est apaisée et positive : « ça finit bien », « on a gagné la liberté », « sans écrou ».

Le conte est construit très rapidement, dans la même urgence que Nabil ou Ahmed pouvaient faire la reprise. Le groupe semble soulagé par la fin positive, chacun énonçant un élément, pour ancrer en lui cet effet positif.

Le lien entre leur récit et la situation est énoncée par Nabil, à travers plusieurs éléments : « la fille, elle est un peu psychologue » au début du récit, puis « ça finit bien parce que ça finit bien entre nous » à la fin.

Le groupe se termine un peu en avance, mais une fois le conte terminé, nous sentons que le groupe ne peut s'éterniser. Il ne faut pas prolonger la séparation, tout a été dit.

Je voulais que la session se termine sur leur histoire, celle qu'ils choisiraient d'écrire. Il me semble que ce n'est pas une histoire de la violence, même si on peut la déceler dans les images du dinosaure et du dragon, mais une histoire du lien. Ils racontent un lien qui se crée, qui brave les brûlures, le risque du feu, du sol qui s'échappe, pour bien se terminer.

Partie 6 : Discussion

Notre rencontre avec le monde carcéral s'est inaugurée à un poste particulier, celui de psychologue P.E.P, au sein de l'Administration Pénitentiaire. Cette rencontre, et la plongée immersive dans ce monde violent, a été éprouvante. Il a fallu, dans un contexte de création de poste, définir un dispositif de prise en charge, qui se voulait clinique, si ce n'est thérapeutique, c'est – à – dire à même d'accueillir la subjectivité des patients. Nous nous sommes tout d'abord intéressée aux dispositifs de soin en situations limites et extrêmes, certainement en résonance avec notre propre rencontre avec ce milieu.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyée sur les contraintes de ce poste, comme le fait de me déplacer en détention pour les entretiens, pour en faire les moyens même de la rencontre avec nos patients.

Si les actes de délinquance peuvent être compris comme la manifestation sur la scène sociale d'une souffrance psychique (Winnicott, Roussillon), nous proposons d'étendre cette compréhension à la poursuite de ces actes en détention. Nous nous sommes donc principalement intéressés aux auteurs d'actes de violence, actes qui ont mené à la condamnation et qui ont perduré en détention.

C'est en empruntant le chemin de C. Balier que nous avons compris ces actes de violence comme une tentative de « traduire » ce qui est incompréhensible pour le sujet. Comment alors, en tant que psychologue, ne pas se sentir interpellé ?

Ces patients, que Balier décrit comme « Trop inadaptés pour jouer le jeu de l'institution pénitentiaire (...) Trop révoltés et dans l'acte pour être susceptibles d'émettre une quelconque demande. Parfois délirants, souvent antisociaux, d'une violence inquiétante (...), » sont souvent renvoyés de service en service, où ils génèrent un sentiment d'impuissance, d'inefficacité et induisent alors des réactions de rejet des institutions de la justice, de l'éducation et du soin.

Dans l'unité de soin où nous avons travaillé, la chef de service, elle – même psychiatre, a décalé sa réponse à de nouvelles sollicitations de l'administration pénitentiaire. À l'éternel « les psychopathes, ce n'est pas psychiatrique », elle a substitué : « les psychopathes, on ne sait pas faire ». Notre recherche est venue se loger dans cet écart, trouvant ainsi un espace possible pour se déployer au sein du service.

1. Hypothèse 1

La spécificité de la clinique des agirs violents, en regard des conditions d'incarcération, serait fortement marquée par une forte sensibilité à l'intentionnalité portée par le dispositif de soins. Aussi, la position thérapeutique serait intimement marquée par l'acte clinique d'« aller vers » le patient. Dans ce prolongement, le clinicien se situe dans un premier temps comme un « témoin externe impuissant », ce qui potentiellement rend par la suite possible sa place de « double en miroir » du patient.

Le poste de psychologue P.E.P impliquait que je me déplace en détention pour réaliser mes entretiens. Cet élément s'est présenté comme une contrainte : en passant une grande partie de mes journées en détention, je rencontrais un certain nombre d'inconvénients : le bruit, le manque d'intimité, l'impossibilité ou la difficulté d'amener le matériel pour les séances. Mais j'ai aussi pu apprendre le rythme de la détention, ses bruits et ses odeurs, son argot...J'ai croisé les professionnels des autres services (Éducation Nationale, SPIP, service Emploi Formation). J'ai travaillé quotidiennement avec les surveillants pénitentiaires. Je me suis donc familiarisée avec cette vie carcérale et j'ai travaillé au plus près de la population pénale, dans une forme de proximité au sens défini par P. Jemouille (2008). Dans ce sens, la proximité devient « un mode de contact possible avec les personnes vulnérables et éloignées des institutions, qui se sentent déshonorées par les demandes d'aide. » Je me suis alors saisie de cette contrainte et j'en ai fait un outil central de mon dispositif. C'est dans cette proximité que j'ai peu à peu pu apprivoiser « la terreur de l'autre et du lien » (R. Roussillon, 2012) de mes patients.

À mon arrivée à l'unité sanitaire, j'ai cherché à intégrer, autant que possible, ce travail en proximité avec les patients. Pour cela, j'ai dû sortir de mon bureau, parfois sortir de l'unité sanitaire, dans une démarche que les travailleurs sociaux nomment « en aller vers ». Au cours des suivis thérapeutiques, j'ai « suivi » mes patients là où leur détention les menait : au quartier disciplinaire, au quartier d'isolement, en bâtiment d'hébergement et même parfois, comme ce fut le cas avec Salah, sur le parking de l'établissement. Nous avons dû défendre cette idée auprès de l'équipe de l'unité sanitaire et elle s'est finalement avérée comme incontournable pour permettre la rencontre avec nos patients.

Les déplacements dans la détention nous ont ainsi amené à quitter le confort, la sécurité du service de soin pour partager, dans une certaine mesure, les conditions de vie, les contraintes de la détention (confiscation du temps, perte d'intimité...) et se dévoiler insécure voire vulnérable. La rencontre de ces patients violents ne semble pouvoir se faire qu'au risque de la détention, au prix de la confrontation à la violence, potentiellement traumatique, de ce que l'on peut voir ou entendre en détention. Si l'unité sanitaire se présente comme un service calme, silencieux, il est à l'opposé de la détention où règne

l'immédiateté, l'imprévisibilité, l'insécurité. Nos patients le remarquent, comme Kévin qui nous remercie, lors de l'entretien pour le groupe « conte », d'être venues « jusqu'à [eux] ». En détention, quelque chose se partage, en émotion, en acte qui ne peut être mis en mots. Nabil remarquera « tranquille, à elles, tu peux parler », alors justement que les patients abordent les éléments parmi les plus intimes de la détention que sont les fouilles à nu.

Ainsi, le dispositif en « aller vers » constituerait, pour nous, une condition préalable à la rencontre dans la clinique des agirs.

La rencontre avec les patients violents, à proprement parler, a souvent eu lieu « hors cadre ».

Ainsi, nos patients pouvaient « débarquer » dans le suivi psychologique par l'intermédiaire d'un tiers, un autre professionnel soignant ou un professionnel d'un autre service, le plus souvent dans un contexte de crise. La multiplication d'incidents disciplinaires, dans un contexte de violence extrême, et donc des sanctions disciplinaires, non moins violentes, constitue un motif fréquent d'orientation pour ces patients. F. Houssier (2007) propose d'entendre dans les actes transgressifs, en tant qu'adresse au social et au judiciaire, une demande spécifique. Il nous paraît possible d'étendre cette proposition aux actes transgressifs commis en détention. Le contexte de crise pouvait faire émerger une forme de demande de rencontre avec un psychologue, formulée sous l'urgence des angoisses agonistiques et donc marquée par une intemporalité (immédiateté) et une attente démesurée : c'est « tout, tout de suite » peu compatible avec le fonctionnement habituel du service de soin.

Lors de cette période, le patient fait le plus souvent « parler de lui ». Il peut être l'objet d'échanges lors des « relèves infirmières » pour ses troubles du comportement (au sein de l'équipe ou auprès des partenaires), faire l'objet de « signalements » de l'administration pénitentiaire ou d'orientations directes des partenaires à l'équipe des psychologues. Il est alors apparu primordial d'être attentif à tous ces éléments et de recueillir toutes les informations possibles auprès des services orienteurs. Ce recueil d'informations va permettre de définir des modalités spécifiques de rencontre, adaptées à chaque patient, selon ce qui pourra faire sens pour lui. Cette démarche implique des aménagements de notre cadre, des « torsions » ou déformations, preuves que nous nous sommes laissée affecter par ce patient, par sa souffrance. Nous pourrions dire que le lien se fait autour du patient, avant qu'il ne puisse se faire avec lui.

Il y a en quelque sorte un mouvement actif du psychologue envers le patient. Le dispositif du groupe « conte » en est une version poussée à son extrême : si nous nous sommes assurés d'une forme de demande de soin psychique chez les patients, nous leur avons proposé le groupe « conte » sans

qu'ils n'en aient fait la demande. Nous pourrions presque dire que nous sommes allée « au-devant » de la demande.

La difficulté à laquelle nous nous sommes alors heurtés était celle de proposer un cadre qui permettait d'accueillir cette demande et d'installer le suivi dans une forme de continuité.

Cette période se caractérise par un rythme désaccordé, anarchique : le suivi est ponctué d'absences répétées comme dans les suivis de Thomas et Younès, de ruptures comme dans le suivi de Salah ou au contraire, de demandes d'entretiens incessantes comme dans le suivi de Nassim. Face à ces changements de rythmes intempestifs, j'ai pris l'habitude d'inscrire les entretiens avec mes patients sur plusieurs mois dans mon agenda, au crayon de papier, comme un repère, un guide, une visée dans le suivi qui peine à se mettre en place.

Ces patients se démarquent également par leurs absences. Très tôt, les suivis peuvent être marqués par l'absence du patient, amenant de nombreux échanges de courriers. Thomas a formulé de nombreuses demandes tout en étant presque systématiquement absent aux rendez – vous proposés pendant 1 an et ½. Ces échanges créent une frustration chez le psychologue et parfois une incompréhension de ces patients qui formulent une demande pour se défausser systématiquement. D'autant plus lorsque la liste d'attente est longue et que ces patients ne formulent pas explicitement de demande de soin psychologique.

Dans le groupe « conte », Kévin se présente en se disant « absent », ou en ayant « la tête ailleurs ».

Lors de cette phase, il n'est pas rare que les patients « testent » la psychologue, en confiant des consommations interdites (alcool, cannabis), la possession d'objets interdits (couteaux, téléphone portable), voire la présence de « mauvaises pensées » (synonyme du terme « idées noires »). De manière manifeste, ils guettent la suite des événements : seront – ils soumis à une fouille « inopinée » des surveillants ? À un placement en surveillance spéciale (« prévention du suicide ») ? Après avoir confié sa consommation importante de cannabis, Nassim reconnaîtra avoir « piqué » la psychologue. On entend dans ce terme d'argot, le fait de forcer son interlocuteur à réagir, à prendre position ou, dans cette institution très clivée, à choisir son camp. Il nous apparaît que ces conduites de « test » du psychologue correspondent à une étude de l'intentionnalité du clinicien à leur encontre. De même, dans les entretiens « d'accueil », qui sont le plus souvent routiniers, avec ces patients, ils se passent toujours de « l'inattendu ». Quelque chose vient nous « saisir », nous amenant à réagir, à répondre. À sortir d'une place routinière pour révéler un peu quelque chose de nous - même.

Le psychologue se laisse toucher, modeler, par sa rencontre avec ce patient, qui se défausse le temps de voir ce que le psychologue « fait » de ses absences, de ses refus. La proposition d'entretien systématique à chaque demande d'entretien, tout comme la proposition systématique de l'entretien suivant lors d'une absence pour les suivis engagés, a été pensé comme permettant d'assurer une continuité dans le suivi.

Dans le groupe « conte », lors de l'information collective, les patients demandent ce qu'il en sera des absences. S'ils sont absents, seront – ils rayés de la liste ? Leur place leur est – elle garantie ?

Nous avons été attentives à proposer un accueil inconditionnel et sans rétorsion (Winnicott) tout en visant l'instauration d'un rythme régulier, constant et d'une distance relationnelle acceptable, supportable.

S'ils doivent se risquer au lien, nous devons faire de même. Nous devons les investir avant qu'ils ne se risquent à investir le suivi.

Si les patients amènent leurs symptômes en entretiens, nos patients ne font pas exception. La violence de nos patients est au centre de la rencontre. Nous y sommes confrontée de manière brutale : les entretiens peuvent être le lieu de vociférations, de cris, parfois d'actes violents ou d'insultes (jamais dirigés contre la psychologue). Le plus souvent, le corps est fortement mobilisé (déambulation, jets d'une balle contre le mur pendant tout l'entretien...). Les entretiens ont parfois eu lieu debout, appuyés contre le mur, assis sur la table, parfois même assis par terre. Il faut décrypter un haussement d'épaules, une grimace, un regard qui fuit... Ce qui ne peut être dit, peut être communiqué par le langage du corps (R. Roussillon). Cette violence pourrait nous tenir à distance. Nassim le répète à qui veut l'entendre : « moi, faut pas me toucher », terme que l'on peut comprendre au sens physique et/ou au sens émotionnel. Nous pouvons l'entendre comme une stratégie de survie, seul moyen trouvé par le patient pour survivre à la situation extrême qu'il traverse (la prison) ou qu'il a traversé (dans son histoire infantile). La violence est souvent présentée par nos patients comme nécessaire, vitale. Dans ce lieu hostile qu'est la prison, cela est sûrement le cas. A. Aichhorn nous invite à acquiescer aux actes des jeunes, non pour les justifier mais pour les comprendre pour ce qu'ils sont : ils ont un sens pour le patient. Il n'est pas aisé de se départir d'une défense aussi importante, efficace, malgré le prix à payer.

Nous avons fait de la violence, l'objet de la rencontre clinique. Ainsi, il nous est arrivé de nombreuses fois de proposer des entretiens au quartier disciplinaire, après des actes de violence d'un patient. Nous avons entendu chaque C.R.I (compte – rendu d'incident) comme un cri, comme l'expression d'une souffrance qui ne pouvait s'exprimer autrement. Après plusieurs mois de suivi, Nassim a pu le verbaliser : « les insultes, c'était pour qu'on m'aide. ». Nous avons tenue à être présente, à leur côté, dans ce moment de sanction. Les patients se trouvent au quartier disciplinaire confrontés directement

et sans échappatoire possible à la pensée. Être présente au quartier disciplinaire, ou plus largement, dans les moments de crise, nous a permis de nous positionner comme témoin, de partager les vécus de souffrance, d'impuissance et par là, d'accéder à la souffrance agonistique de nos patients. Accompagner la mise en mots de ce qu'ils vivent, voir les conditions de vie qu'ils traversent, permet de réhumaniser la situation. Nous nous sommes parfois appuyés sur les procédures disciplinaires (rapports écrits du personnel de surveillance), à la demande de nos patients, pour reprendre un incident disciplinaire et soutenir la verbalisation des actes posés, leur contextualisation. Ces entretiens auront souvent été l'occasion de sceller l'alliance thérapeutique, comme ce fût le cas dans le suivi de Nassim et de Younès.

La violence s'est placée comme objet de la rencontre dans le groupe « conte », puisqu'il se définit comme un groupe de prise en charge des auteurs de violence.

Le lien thérapeutique qui se met en place n'est pas alors sans rappeler la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956). Dans les entretiens, il s'agit de se mettre à l'écoute du langage du corps, de prêter attention aux mimiques, aux postures des patients pour décoder ce qu'ils tentent de communiquer. Je pense aussi aux nombreuses blessures que Nassim exhibe en entretiens et qui génèrent des mouvements maternants de ma part : « Vous avez vu le médecin ? ; Vous prenez bien vos médicaments ? ». Ne pourrait – on voir dans ces aspects de la relation clinique une certaine forme de partage esthétique ? De même, ces jeunes patients pouvaient solliciter des entretiens quand ils se sentaient débordés par les mouvements pulsionnels (quand « il se passe quelque chose »). J'écoutais alors les logorrhées souvent ponctuées d'insultes, de menaces pour décrypter les événements auxquels ils étaient en prise. Je me souviens d'Haffid, qui s'est présenté en hurlant à mon bureau : « lui, il ne sait pas ce que je lui fais : je lui nique sa mère, sa tante, sa grand – mère et toute sa famille jusqu'à Eve la pute ! ». Ce n'est que quand je lui ai proposé : « il vous a mis en colère ? » qu'Haffid s'est calmé et assis au bureau pour échanger plus calmement sur l'altercation avec le surveillant. L'accueil de cette violence pour amener à sa transformation ne passe – t – il pas par une forme d'accordage affectif ? Ces dispositions particulières du lien thérapeutique nous semblent rendre possible l'évolution de la place du psychologue, du témoin impuissant au double en miroir.

Cette période prend l'image d'une nidification, de la construction d'une place chez le psychologue, parfois en creux, en négatif, nécessaire avant de pouvoir s'y installer et donc d'investir le suivi psychologique.

Dans le groupe « conte », nous avons retrouvé cette impression de « contact » nécessaire avant de se risquer au lien, particulièrement dans la multiplication des échanges avant le début du groupe : l'envoi

d'un courrier de la part des animatrices du groupe, les entretiens individuels qui ont été particulièrement courts et l'information collective.

Quelle place le psychologue va – t – il assigner ? Cette place est mise à l'épreuve des absences, des ruptures, du trop-plein, afin de vérifier la persistance de cette place, sa résistance. Alors seulement, le patient peut se risquer à investir le lien thérapeutique.

2. Hypothèse 2

La clinique des agirs violents, marquée par une souffrance subjective liée aux vécus agonistiques, implique des modalités de transfert par retournement qui plongeraient le clinicien dans un vécu d'impuissance thérapeutique. L'acceptation de cette impuissance prendrait la forme d'une position sacrificielle (marquée par le deuil d'un idéal de la pratique) comme levier de la rencontre et du lien avec le sujet.

Nous venons de l'évoquer, la rencontre clinique ne peut se faire qu'à l'épreuve d'un apprivoisement du lien, plus ou moins long. Lorsque le suivi s'installe dans une certaine forme de continuité, avec une rythmicité régulière, que le risque de rupture du suivi devient moins menaçant, nous avons pu ressentir une forme de soulagement, d'apaisement. Pourtant, ce soulagement était le plus souvent de courte durée. Il était fréquent d'observer une réactivation symptomatique par un retour des incidents disciplinaires, parfois de plus en plus graves. Nous avons compris ce retour des agirs comme un moyen de tester le lien thérapeutique et nous nous donc appliquée à tenir, à résister, à survivre. Il nous est apparu important de se laisser toucher, affectée par les actes du patient. Nous nous sommes donc mises à l'écoute de nos propres ressentis. Que ressentais – je en sortant du QD, en entendant Thomas hurler ? En voyant Nassim présenter sa main aux os cassés ? En descendant voir Salah au Quartier Arrivant après son retour au Centre Pénitentiaire ?

Les premiers ressentis sont corporels : des crampes au ventre, la sensation d'avoir tous les muscles contractés, comme une forteresse qui se voudrait infranchissable. Et parfois, j'ai eu l'impression d'être figée, gelée à l'intérieur et que cette glace pouvait se briser, comme la glace dans le dessin d'Ahmed (séance 3). Nous proposons de comprendre ces réactions dans la dynamique d'un transfert par retournement (R. Roussillon, 1999) dans lequel le thérapeute se place en « miroir du négatif pour le patient » : ce qui n'a pas été senti, vu ou entendu de soi, il le fait vivre au thérapeute. L'interrogation d'Ahmed et Nabil sur la tristesse en est évocatrice : « on est triste quand on est petits mais *on ne sait pas ce que c'est* ». Les affects ne sont pas ressentis, pas exprimés, comme le dit Nassim : « je ne peux pas vous dire ce que ça fait, il n'y a pas de mots pour ça ». Ce que ces patients violents me font ressentir, c'est d'être « toute figée » et « brisée à l'intérieur ». Je retiens surtout la difficulté de nommer ces ressentis. C'est grâce au long trajet en voiture entre mon travail et mon domicile que j'ai finalement pu l'identifier.

Pendant presque une heure et demie, coincée dans ma voiture, je ressentais ces sensations désagréables, inconfortables, dérangeantes auxquelles je tentais d'échapper par tous les moyens :

écouter de la musique très fort, passer des appels téléphoniques... En écrivant ces lignes, je pense à mes patients et à leurs propres moyens pour éviter de penser : laisser la télévision allumée jour et nuit, l'agitation motrice permanente, le sport... Je retrouverai ce malaise diffus, cet inconfort dans les mouvements corporels des patients pendant la lecture des contes. J'ai pourtant appris à apprivoiser ces ressentis, à calmement laisser chaque moment repasser dans ma tête, à déplier ma journée pour retrouver et identifier ce qui était à l'origine de ces toutes ces sensations.

Cela pouvait être des propos entendus en rapport de détention et qui m'avait heurtée, cela pouvait être une remarque d'un personnel lancée à la volée et que je n'avais pas pu reprendre, des images que j'avais aperçues (par exemple, les images d'un patient emmené avec usage de la force en hospitalisation d'office.) Mais parfois, ces ressentis étaient directement liés aux entretiens que j'ai menés, à la situation d'un de mes patients, à ce qu'il m'avait dit. Ce ressenti, c'est aussi celui de l'impuissance face à la détresse, de l'impression d'être dans l'incapacité d'aider, d'être incompetente. Parfois, celui de s'être trompée, d'être déçue. La honte de ne pas être à la hauteur, de ne pas être une assez « bonne » psychologue.

Ce sentiment pouvait infiltrer toute ma pratique. Nous l'avons exposé cette pratique nous a amené à de nombreuses torsions de notre dispositif, à des écarts, à des exceptions. Dans cette pratique « en immersion » dans le milieu carcéral, il est parfois difficile de savoir si l'on ne s'écarte pas trop de son cadre, de son dispositif, si ce que l'on fait à encore du sens ou pas. Quand on multiplie les propositions de rendez – vous et que le patient vous ignore devant vos collègues soignants, comme ce fut le cas au début du suivi de Thomas, comment être sûre que cela a encore du sens ? La sensation alors de se tromper, d'être à côté de la plaque, d'être ridicule peut alors prendre le pas.

J'ai parfois pu ressentir de l'embarras par rapport à ma pratique, que je ressentais comme « une petite pratique du quotidien ». Le travail en proximité avec nos patients, le fait de travailler au sein d'une équipe qui n'était pas une équipe soignante dans le cadre du P.E.P, nous a amené à modifier notre langage, à le rendre accessible pour nos patients, pour nos collègues. Nous avons pu nous rendre compte que nous « perdions » notre langage technique de psychologue, ce qui pouvait s'avérer gênant en réunion, ou en formation professionnelle.

Pendant longtemps je n'ai pas partagé ma clinique à mes collègues psychologues, cela est particulièrement vrais de certains moments comme celui des pleurs avec Mustapha. Nous retrouvons ici un des premiers signes de la manifestation de la honte (A. Ferrant et A. Ciccone, 2008). La honte n'est que très rarement nommée dans notre clinique mais serait – il possible qu'elle l'infiltré insidieusement ?

Elle touche tout d'abord le simple fait de travailler en détention. Après tout, ne sommes – nous pas « ici » avec eux ? Ne partageons – nous pas les mêmes lieux sales, les bureaux d'entretien trop petits, mal équipés ? La rumeur parmi les détenus est d'ailleurs persistante : les soignants qui travaillent en détention se sont résignés à le faire parce que « trop mauvais » pour vivre de leur activité en libéral... L'équipe des psychologues de l'administration pénitentiaire a été longtemps supervisée par A. Ferrant et nous avons pu verbaliser au cours de ces séances comment la prison était le lieu des « déchets de la société », des « toilettes de la société », de « la merde ». Cela contamine toute l'institution et est certainement à l'origine du fait que « rien de beau ne peut arriver en prison ». Une collègue officier aimait nous rappeler cette citation entendue à l'E.N.A.P (École Nationale de l'Administration Pénitentiaire) : « essayer encore, rater encore, rater mieux. ». Nous rappellerons ici que le concours de surveillant pénitentiaire est souvent passé en dernier recourt, après des échecs aux concours plus prestigieux de la gendarmerie et des douanes : les surveillants ne choisissent généralement pas non plus d'être là. N'est – ce pas honteux d'accepter de travailler dans/avec la merde ?

Si l'on perçoit de manière assez évidente dans ces éléments la pulsionnalité anale si souvent rattachée à la honte (Guillaumin, 1973) à travers les images de « toilettes de la société » et de « merde », il nous semble percevoir un autre type de honte, spécifiquement dans les suivis avec nos patients. V. de Gaulejac (1996, cité par A. Ferrant et A. Ciccone, 2008) distingue en effet différents types de honte tout en rappelant qu'elles peuvent se recouvrir et interagir au sein d'une même situation.

Il nous semble possible de rapprocher nos ressentis d'être impuissante, mauvaise ou incapable à la définition que fait A. Green (2003) de la honte, dans ses racines les plus narcissiques : « se sentir misérable, démuné, vulnérable, comme une cible offerte aux sarcasmes impitoyables des autres et privé de tout moyen de se défendre. »¹⁶³ Ces vécus se faisait ressentir avec le plus d'acuité lors des entretiens au quartier disciplinaire, lors des périodes de crise. Dans ces conditions, les patients se présentent mal rasés, mal coiffés, parfois sales et puants. Ils arrivent dans le bureau d'entretien souvent en réajustant le cordon de leur jogging, les lacets de leurs baskets, restrictions dues à la prévention du risque suicidaire, rappelant par là leur souffrance potentielle. De fait, ces entretiens ont permis d'accéder à la détresse agonistique, dans les suivis de Nassim, de Younès et de Thomas, enjeu majeur dans la clinique des agirs violents (C. Balier, 1988) et qui signe souvent le début d'un engagement massif dans le lien thérapeutique. Dans le groupe « conte », dès la première séance, dans les échanges nourris autour de la définition de la violence, les patients abordent les violences subies, vécues dans un état de

¹⁶³ A. Green, 2003, p 1647

passivation insupportable. La honte apparaît alors, dans l'impuissance et la gêne ressenties chez les animatrices, et pourrait donc constituer un organisateur du groupe (A. Ferrant, 2004).

La honte est fondamentalement un marqueur de l'hominisation (S. Freud, 1929). C'est quand l'homme s'est redressé et tenu debout que la catégorie de l'intime a été constituée : l'homme doit cacher ce qui est désormais découvert, pour s'ouvrir au socius. La honte accompagne également le processus d'humanisation, le fait de « se tenir debout » au sens également psychique.

Or, nous l'avons vu, les situations extrêmes se définissent spécifiquement comme « les situations dans lesquelles la possibilité de se sentir sujet, de continuer de maintenir le sentiment de son identité, et d'une identité inscrite au sein de l'humaine condition, est portée à son extrême, voire au-delà du pensable. »¹⁶⁴. Elles attaquent donc spécifiquement ce processus d'hominisation et d'humanisation. Les personnes incarcérées peuvent aborder ce à quoi elles sont acculées pour survivre en détention. Ainsi, Anthony nous dira dans une rage difficilement contenue, à quelques jours de sa sortie de détention : « vous croyez quoi ? J'ai vécu des années ici, moi aussi j'ai dû me battre, moi aussi j'ai dû casser des bouches... », éléments dont il n'avait jamais fait part au cours du suivi psychologique... La honte peut ainsi être liée à l'engagement massif dans les logiques de survie (A. Ferrant et A. Ciccone, 2015).

Mais quand l'appartenance à l'humanité est remise en question, à quoi le sujet est – il renvoyé ?

L'incarcération, par l'enfermement qu'elle implique, convoque particulièrement l'image de l'animalité. Très fréquemment les personnes détenues se réfèrent à l'image de l'animal en cage, le plus souvent un prédateur, comme le lion ou le tigre. L'animalité est très présente dans le suivi de Younès, dans les images des animaux et des pièges dont la nature les a pourvus, Younès évoquant tout d'abord les pièges pour attaquer (les lionnes qui chassent, les araignées venimeuses) avant ceux pour se défendre (raie pastenague). L'animalité renvoie autant aux conditions d'incarcération qu'à la violence, dans ses deux modalités offensive et défensive. On relève la similitude dans l'évocation des animaux dans le groupe « conte » : les loups, les lions, les hyènes, le sanglier. Nous ajouterons ici que dans l'argot de la détention, les « cafards » désignent les personnes détenues « bordéliques », au dossier disciplinaire rempli, terme utilisé par Younès pour désigner les patients du groupe « conte », la « gamelle » désigne le temps du repas distribué par l'administration pénitentiaire. L'incarcération, en tant que situation extrême, participe chez les sujets violents à une exclusion du sentiment d'appartenance à l'humanité, renvoyant à une forme d'animalité.

¹⁶⁴ R. Roussillon, 2005, p. 221

Nous retrouvons dans notre clinique de nombreux exemples d'attitudes de prestance, que ce soit dans les suivis individuels, Nassim affirmant : « moi, on ne me touche pas ! », ou dans le groupe « conte » quand Nabil assène : « tous ceux qui sont ici seraient allés dans la forêt. » Ces attitudes de prestance peuvent agacer et maintenir l'autre à distance. Elles cachent cependant mal la détresse et le désespoir que l'on voit poindre dessous, et qui est pleinement atteignable dans certaines situations, particulièrement au quartier disciplinaire.

Nous proposons de comprendre ses attitudes de prestance comme une forme de retournement – exhibition (Ferrant et Ciccone, 2015) dans lequel « le sujet réalise l'opération inverse du raptus honteux. Il revendique le trait honteux comme une spécificité originale, et d'une certaine façon admirable, qui exige la reconnaissance et convoque le regard. »¹⁶⁵. Les oxymores relevées dans notre clinique nous le confirme, Younès : « la belle bande de cafards ! » et Kévin : « elle est belle sa violence, à lui ! », la violence étant alors présentée comme un élément donnant de la valeur.

Nous avons identifié dans notre première partie, l'angoisse de *Zwanglösigkeit*, état de celui qui est sans assignation (R. Kaës, 2009), sans appartenance (R. Roussillon, 2007), générée par les menaces d'être tenu « au dehors », d'être exclu, du groupe et donc de la société. Nous proposons de comprendre les attitudes de nos patients, que ce soit Nassim affirmant « moi, faut pas me toucher », Salah arborant des t – shirts à messages violents pour que les autres détenus le laisse tranquille, ou encore Younès lors des braquages tenant les passants à distance, des marques de cette angoisse. Ils adoptent des comportements, des attitudes qui vont maintenir justement les autres à distance et donc, les isoler eux – même. R. Roussillon (1997) indique que tant que les traces de l'expérience de mort psychique n'ont pas été symbolisées, elles restent errantes dans la psyché. La manière la plus extrême de lutter contre cette angoisse est alors de « se solidariser avec la partie exclue de lui – même, de se placer ainsi dans une position d'errance, sans marque, sans assignation, sans appartenance »¹⁶⁶, ou selon les mots de Salah : « comme un chien sans race ». Ainsi, la honte logée dans les attitudes de prestance des patients serait une honte originaire, celle d'être hors du groupe, hors de l'humanité.

Tout comme dans les situations extrêmes, l'enjeu des prises en charge devient alors le partage d'affect. La détresse, la souffrance s'exprime dans les cris, il nous semble que la honte s'exprime plutôt dans les silences, les changements de climat (sensation de froid, de silence) comme nous l'avons

¹⁶⁵ Ferrant et Ciccone, 2015, p. 107

¹⁶⁶ R. Roussillon, 1997, p. 85

rencontré dans le suivi de Salah, démuni dans la préparation de son second débat contradictoire ou dans le suivi de Younès, quand il me demande de repasser son nom au stylo dans mon agenda. On ne peut trouver de meilleure image pour illustrer le besoin de trouver une place, de s'assurer de cette place chez le thérapeute, chez l'autre. Au cours des séances du groupe « conte », elle s'observe dans le langage du corps de nos patients au cours des lectures des récits : Kaïs se cache à plusieurs reprises le visage dans la main, dans une posture classique de la honte.

Nous avons tenu la posture clinique d'écouter, d'accepter d'être le réceptacle de la honte, de cet inconfort, en appui sur la posture proposée par R. Roussillon (2012) dans les situations extrêmes afin de réhumaniser la situation. Comme lors de la première séance du groupe « conte », il n'y a aucune solution et tenter d'en proposer est insupportable pour les patients : il faut accepter de ressentir l'impuissance, le dénuement, le fait d'être sans recours pour pouvoir le nommer.

Ce sentiment de honte qui se partage est très certainement entré en résonance pour moi, avec les expériences d'échec à l'entrée du Master 2, à « l'exil » en Belgique, à mon poste de psychologue P.E.P qui n'est pas du soin. Les patients sont également attentifs à ce que l'on fait de ce qu'ils déposent en nous, à comment on survit. Ce sentiment, je l'ai traversé, je m'en suis accommodée. Je suis partie en Belgique, pour ce qui sera devenue d'après les mots d'une amie proche ma « plus belle erreur de parcours » : j'en suis sortie professionnellement grandie. De mon expérience de psychologue, au sein du P.E.P et à l'unité sanitaire, j'ai puisé de quoi mené ce travail de recherche. Winnicott (1978) remarquait que le thérapeute ne travaille pas seulement avec son savoir mais tout autant ses fragilités, sa vulnérabilité et ses défaillances, puisque « ce sont les failles que l'analysant utilise »¹⁶⁷. A. Ferrant et A. Ciccone (2015) rappellent également que les thérapeutes sont souvent aussi d'anciens patients et « ils ont tous été en souffrance. Ils ont, en principe, gardé des traces de leurs affections (...) plus ou moins graves comme ils ont gardé des traces des soins et des traitements analytiques qu'ils leur ont été prodigués, et qu'ils se sont prodigués »¹⁶⁸. Ces traces vont favoriser l'échoïsation et la complémentarité avec la souffrance de l'autre.

Dans notre dispositif de soin, nous avons noté à plusieurs reprises comment nous nous sommes sentie « vulnérable », « exposée » en détention, hors du bureau de l'unité sanitaire. Nous avons travaillé à proposer des modalités de rencontre spécifiques dans cette clinique où l'on travaille le plus souvent sans la demande du patient. Nous avons procédé à de multiples aménagements de notre dispositif, des exceptions, des torsions. Lorsque le suivi thérapeutique se met en place, nos interventions se sont limitées à la présence même, les reformulations, les mises en mots, mais très rarement les

¹⁶⁷ D.W. Winnicott, 1978, p.283

¹⁶⁸ A. Ferrant et A. Ciccone, 2015, p.

interprétations, bien que notre pratique se réfère à la théorie psychanalytique. Nous pouvons dire que notre pratique ne correspond pas à la représentation classique, pure, de la pratique de la psychothérapie d'orientation analytique. Tous ces éléments nous ont amenés à questionner sans cesse le sens de notre intervention, à nous demander parfois : « mais qu'est – ce que je suis bien en train de faire ? ». Pourtant, les entretiens les plus significatifs des suivis ont souvent été justement les entretiens « hors cadre », lorsque nous nous sommes sentis vulnérable, à nu. Pourrions – nous dire qu'ils ont été significatifs justement parce que nous nous étions découverte vulnérable ?

Nous proposons donc que la rencontre avec les sujets violents ne pourrait avoir lieu que si le psychologue se risque au lien, s'il accepte une forme de sacrifice.

Dans son travail sur les criminels en série, M. Edrosa (2005) formule l'hypothèse d'une défense paradoxale chez le sujet, qu'elle nomme « sacrifice du Moi », et qui s'impose au sujet comme solution désespérée à l'impossibilité de rester en lien simultanément avec l'objet et avec soi – même. Nous proposons ici que dans la rencontre avec les sujets violents, le sacrifice est présent chez le clinicien, sous la forme d'un sacrifice d'un idéal de sa pratique.

3. Hypothèse 3

La médiation thérapeutique par le conte permettrait de relancer la dynamique psychique à partir d'une saisie et d'une reprise de vécus archaïques et/ou traumatiques. Ces vécus subjectifs non historicisés pourraient alors prendre forme, et seraient mis en jeu, dans la dynamique groupale. L'associativité focale opérée par le groupe à médiation Contes serait propice à créer/construire une histoire en étayage sur le groupe. En appui sur la structure du récit, les patients tissent une première trame narrative leur permettant de se situer de manière réflexive vis-à-vis de leur vécu subjectif.

Les différents cas cliniques présentés dans ce travail nous ont permis de détailler les modalités de la rencontre clinique. Cependant, nous nous sommes retrouvée aux prises, dans la suite des suivis, avec des patients terrorisés par la pensée. La pensée est opératoire et parfois, malgré même nos nombreuses relances, l'associativité est inhibée, élément caractéristique de la position phobique centrale (A. Green, 1990). Thomas l'exprime directement lors des entretiens au quartier disciplinaire : il se retrouve acculé, sans issue, à la pensée et cela lui est insupportable.

Les patients présentent dans les entretiens individuels une pensée opératoire au sein de laquelle peut surgir de manière brutale et subite, des images extrêmement violentes, renvoyant indifféremment à des faits de violence récente (faits commis) ou parfois, passées (dans l'histoire infantile).

Comment alors pourrait se déployer le processus thérapeutique pour ces patients terrorisés par la pensée ?

Pour répondre en partie à cette question, nous avons eu recours à des prises en charge de groupe à médiation thérapeutiques par le conte merveilleux.

Dans le groupe « conte », nous retrouvons les traces de cette terreur de pensée dans les remarques de nos patients en début de séance. Dès la première séance, Kaïs s'installe dans le groupe en expliquant qu'il ne sait pas ce qu'il fait ici et qu'il n'a pas du tout envie de lire un conte. Lors de plusieurs séances (4, 5 et 6) Kévin remarquera qu'il se sent « absent », « pas là » ou qu'il a « la tête ailleurs ». Son attitude récurrente de rire défensif démontre de l'intention de tenir la pensée à distance. Nous pourrions joindre à ces exemples, les expressions régulières de nos patients : « arracher la tête » et les multiples fois où Ahmed fera craquer son cou lors des lectures. Dans la pensée fantasmatique qui accompagne le groupe, la tête apparaît très souvent détachée, coupée du corps...

Dans la première séance, la définition de la violence amène une escalade dans la succession des images violentes, dans une agitation psychique très forte. Kévin éprouve le dispositif du groupe et les capacités d'accueil des animatrices : il expose des scènes de violence, avec l'argot très cru de la détention. Nabil le rassure : « à elles, tu peux parler », intervention qui va amener la succession d'images violentes jusqu'à leur paroxysme : l'image des fouilles à nu lors des parloirs et de gestes non professionnels des personnels. La violence fera par là même effraction pour nous, malgré notre expérience de la détention. Les images rapportées par les patients : « sinon, ils te montent dessus ; je me laisserai pas monter sur les couilles », renvoient à des images d'empiètement, d'envahissement. L'activité de pensée nécessite un étayage bienveillant, tant elle réveille des vécus difficilement supportables pour nos patients.

Lors de l'écoute du conte, la difficulté des patients à maintenir une position passive d'écoute est palpable. Les changements de position, l'inconfort corporel qui se dégage nous semble appartenir également à cette crainte de la pensée. Pour autant, ils restent et écoutent. Bien que nous ne soyons pas parvenus à maîtriser le contage (et donc, à nous passer de support de lecture), nous avons acquis une familiarité suffisante avec le texte pour lever les yeux de longs moments, et ainsi, soutenir les patients, participer à un échange plus direct et plus expressif. La lecture a été préparée, pour accentuer la musicalité du texte, sa rythmicité. Nous avons également choisi avec beaucoup de précaution la liste des contes choisis, avec une longueur et une complexité croissante à mesure que nous progressions dans la session. Tout a été pensé pour les accompagner pas à pas dans le décollement progressif dans l'imaginaire, les emmener doucement dans ce que P. Lafforgue (1995) nommait « la force contraignante de déroulement du conte ».

De fait, les patients adoptent très rapidement une posture qui signe l'entrée dans la transe narrative (B. Chouvier, 2015) : regards au sol, tête baissée. La lecture s'accompagne souvent de mouvements corporels des patients, que ce soient des changements de position, des craquements de doigts ou du cou, à des moments significatifs du conte : l'entrée dans la forêt, les rencontres avec le loup, la mort d'un personnage... démontrent de l'effet sur les patients : ils sont saisis corporellement par le récit du conte. Si nos patients s'expriment par le langage du corps, il semblerait que l'écoute passe également par le canal du corps.

Les remarques de Nabil : « déjà, on te lit un conte, ça fait du bien ; tu lis bien » suivi de Kaïs « vous allez lire avec votre voix douce ? », expriment le plaisir de l'écoute du conte, qui vient « récompenser » ce temps si difficilement supportable.

Dès les premières sessions du groupe « conte », nous avons relevé comment les associations libres des patients infiltraient inmanquablement la reprise du récit du conte. Nous avons, dans un premier temps, tenter de canaliser ces associations libres, pour respecter les trois temps de notre dispositif (lecture/reprise/appropriation par l'activité graphique), mais en vain. Après échange lors de la formation sur la médiation thérapeutique par le conte¹⁶⁹ avec B. Chouvier, nous avons intégré ce temps dans le déroulement de la séance. Les associations libres ont été accueillies, soutenues et accompagnées, menant à deux temps distincts dans le temps de la reprise : un fil du conte et un fil associatif.

Au début de la session, les reprises se font plutôt individuellement. Les patients reprennent le fil du conte sous forme d'une évacuation rapide, intense. L'utilisation de l'argot de la détention marque l'appropriation du récit. Nous relevons tout de même que les patients rapportent peu d'éléments des récits du conte. Ils reprennent les éléments principaux mais souvent de manière éparses, non liée. Nous avons été surprises plusieurs fois lors des reprises, les patients n'ayant pas identifié un personnage (la sorcière de « Frérot et Sœurte » qui est la marâtre du début du conte, le fils du meunier qui devient le chasseur dans « L'ondine de l'étang ») sans que cela ne semble les gêner.

Nous relient cette structuration, ou astructuration, de la reprise dans le groupe « conte » avec ce que nous observons dans les suivis individuels et pourrait être spécifique à nos patients : la violence qui surgit dans des images éparses au cours des séances. Cette impossibilité à se raconter, à raconter son histoire a alors le plus souvent mené à une interruption voire une fin de suivi, comme dans les suivis de Salah et de Younès. Nous avons parfois d'ailleurs très peu d'informations sur le passé, l'histoire infantile de nos patients. Nous pourrions dire que nos patients présentent une forme de structuration en îlots.

Dans le fil associatif du groupe « conte », ce sont alors les relances incessantes des animatrices qui permettent de faire les liens entre chaque élément : « pourquoi ? », « comment ? ». Les animatrices sont les garantes des liens entre ces images, permettant aux patients de les rassembler dans une trame organisée temporellement et causalement.

Des quelques éléments relevés dans le fil du conte, naissait un fil associatif, plus ou moins facilement. La bascule s'opère par une remarque d'un patient, verbalisant un lien direct entre le conte et leur propre vie : « c'est le choix qu'on a tous fait ici ; on t'a déjà fermé la porte, toi ? ; pourquoi tu es parti, toi ? ». Nous remarquons tout de même que les patients opèrent tout au long de ce temps de reprise, des allers – retours incessants entre les images du récit du conte et les images liées à leur vécu : leur vécu actuel

¹⁶⁹ « Conte et thérapie Niveau 1 : les fonctions médiatrices du conte », formation IREIS, Lyon

en début de session, puis peu à peu à leur histoire personnelle et enfin à une projection dans un futur proche lors de la dernière séance.

Il apparaît donc que c'est en appui sur le récit du conte, mais aussi en étayage sur sa structure spécifique que les patients peuvent se risquer à aborder des vécus plus subjectifs. Les éléments du conte venant nourrir les associations libres, comblant les trous, amenant de l'épaisseur, de la vie. La reprise prend alors la forme d'un « emboîtement des différentes organisations narratives » (A. Bolin, 1998) qui vont pouvoir s'interpénétrer et créer un ensemble, propre à la narrativité.

Ce fil associatif des patients les amène à aborder des vécus personnels, plus subjectifs et s'accompagne de forts mouvements dans la dynamique groupale.

Les récits de conte mettent en scène des images très puissantes, à l'image de la sorcière Baba Yaga qui dévorent les enfants, de l'ogre ou de l'ondine de l'étang qui viennent figurer les angoisses archaïques. Elles viennent spécifiquement solliciter les angoisses archaïques, tout en les circonscrivant dans des lieux identifiés. Leur évocation génère des mouvements que nous avons appelés « tension », car leur expression demeurerait majoritairement au niveau corporel : agie. Nous observons des moments de tension intense marqués par les mouvements corporels, l'élévation du ton de la voix et les mimiques, mouvements « fissurants » du groupe, le plus souvent portés par Ahmed et Nabil, auxquels Kévin se joindra après quelques séances. Un moment de tension particulièrement fort amènera cette suite d'associations au sein du groupe : « il fait pas rire » (Nabil), « c'est dangereux » (Mohamed) et « ça fait peur » (Kaïs). Ces moments de désorganisation importants peuvent être reliés à des défaillances dans la constitution des enveloppes psychiques (D. Anzieu et coll., 1987) et plus spécifiquement des « enveloppes pré-narratives » (D. Stern, 1993). Les enveloppes pré-narratives sont des contenants expérientiels précoces qui forment la matrice de la fonction autonarrative. Le conte fournit ici un contenant pour les pensées inimaginables, insupportables, qui peuvent alors s'organiser dans le temps, l'espace et la causalité, qui sont ceux du récit (J. Hochmann, 1984).

Ils sont suivis par des moments de détente, impulsés le plus souvent par des remarques de Mohamed, s'exprimant par des éclats de rire, un relâchement corporel et un repli sur soi (se rasseoir, se recroqueviller, se pencher), venant restaurer l'enveloppe groupale. La tension exprimée va être de plus en plus forte au cours des premières séances, menaçant parfois l'existence même du groupe (les animatrices appréhendent une intervention du personnel de surveillance). Les sessions ont pu être le lieu d'explosions de violence interne (Ahmed – séance 3) mais elle a pu être auto-réglée groupalement. Peu à peu, les moments de tension s'accompagnent de moments de rire, de détente et s'apparentent ainsi plutôt à un jeu. Nous pourrions dire que les premières séances ont été le théâtre d'expression de terreur insupportable, dans la tension palpable, parfois dans les productions graphiques

(dessin de Kaïs, la poupée avec la bouche ouverte – séance 6, dans les dessins d’Ahmed, le visage qui s’efface – séance 5, la glace – séance 3...) va peu à peu se substituer une forme de jeu, celui de jouer à se faire peur. La scène de la séance 6 au cours de laquelle Ahmed crie subitement, se dirige résolument vers Nabil avant d’éclater de rire nous semble illustrer cette dynamique.

Ainsi, le conte, par sa structure spécifique et par l’imaginaire qu’il convoque, a permis la relance, dans le cadre du groupe thérapeutique, de l’associativité chez nos patients qui ont ainsi pu (ré)investir l’activité de penser. Le récit du conte se propose alors comme support de cette associativité, comme une portée pour les notes musicales éparses, les rassemblant en une mélodie. Une première trame narrative a pu se tisser, hétéroclite forcément, constituée des mouvements nés du langage verbal, des relances incessantes des animatrices, des associations de chacun, des productions graphiques, amenant les patients de l’expression d’un ressenti de terreur à jouer à se faire peur.

Partie 7. Conclusion

Cette recherche est née de questionnements directement issus d'une pratique clinique de plusieurs années en milieu carcéral. Nous avons cherché à modéliser un dispositif de rencontre clinique éprouvé au cours de cette pratique, tout d'abord au poste de psychologue P.E.P dans l'administration pénitentiaire, puis au poste de psychologue en service médico – pénitentiaire. Dans chacun de ces postes, nous avons pratiqué les suivis thérapeutiques individuels et proposé plusieurs groupes à médiations thérapeutiques.

Ce travail de recherche est étayé sur notre pratique des suivis individuels – dans le P.E.P et à l'unité sanitaire -, ainsi que sur le groupe à médiation thérapeutique « conte », mis en place à l'unité sanitaire.

Nous nous interrogeons, à l'ouverture de ce travail, sur le sens du travail de psychologue clinicien en milieu carcéral. Que sommes – nous sensés prendre en charge ? Que sommes – nous sensé soigner ?

La prison peut être pensée comme une situation extrême, au sens où les conditions même de l'enfermement vont pousser la possibilité de se sentir sujet à son extrême. La richesse de la pratique clinique en milieu carcéral nous a amené à rencontrer des patients présentant des organisations psychiques diverses et variées. En tant que psychologue clinicienne, nous avons été interpellée par les patients les plus jeunes, présentant une violence extrême que même la détention ne pouvait contenir. Réputés psychopathes, ces patients sont le plus souvent renvoyés de services en services, tant ils sollicitent l'incapacité de chacun à les prendre en charge.

Nous avons souhaité montrer dans cette recherche qu'il était possible de construire un dispositif de rencontre et de prise en charge clinique avec ces patients violents. L'incarcération peut présenter, après tout, des conditions propices à cette rencontre ; la contention des murs immobilise dans une certaine mesure les personnes incarcérées et la multiplication des postes de psychologues cliniciens dans des dispositifs variés multiplie les possibilités d'une rencontre.

C'est lors de ma prise de fonction dans l'administration pénitentiaire que cette question de la définition d'un dispositif s'est posée ; c'est en appui sur deux grands champs théoriques que nous nous sommes attelées à cette tâche : d'une part, la clinique de la délinquance et d'autre part, la clinique des situations extrêmes.

Fraîchement diplômée d'un Master de psychologie clinique, spécialisé en clinique infantile, c'est avec cette particularité que j'ai abordé les différents champs théoriques de compréhension des actes délinquants. Notre formation nous a fortement sensibilisée à l'écoute de l'infantile dans notre rencontre avec les patients, et c'est tout naturellement que nous avons accueillis nos patients auteurs de violence avec ce regard – là.

Les théories princeps de la psychanalyse abordent la question sous un angle principalement surmoïque, dans une théorisation qui se trouvait majoritairement névrotique (Freud, 1906, 1916 ; M. Klein, 1927, 1934). C'est par la psychopédagogie, et principalement les travaux d'A. Aichhorn (1925), que l'origine de la délinquance va être enracinée dans l'histoire infantile des sujets. La violence est alors comprise comme la manifestation ultime de la détresse. D.W. Winnicott (1956) proposera par la suite de comprendre la délinquance comme un appel à l'aide du sujet, adressé à un environnement bon, qui a été perdu. Comprendre la délinquance comme un espoir a constitué le socle de notre pratique. Nous nous sommes saisies de cet appel.

Nous retrouvons dans ces théories, affirmé par Aichhorn, développé par Winnicott l'importance de l'environnement dans l'apparition de la tendance antisociale et de sa potentielle évolution vers la délinquance. Nous sommes donc intéressée aux travaux ultérieurs, développés sur ces bases, autour de la construction et de l'organisation de la subjectivité au sein de la relation intersubjective.

C'est en étudiant les modalités de sortie du narcissisme primaire, et plus particulièrement des formes de non – survivance de l'objet (R. Roussillon, 2005, 2009) face à la destructivité du sujet (Winnicott, 1969), qu'il est possible de déceler les failles dans la constitution de la subjectivité. En effet, si l'objet ne survit pas à la rage du bébé, le sujet ne survit pas non plus. L'expérience subjective ne peut être intégrée, elle est sans sujet comme une expérience de confusion psychique.

On entrevoit aussi dans les déclinaisons de la non – survivance de l'objet le rapport que le sujet va entretenir avec sa violence et son agressivité. En effet, si la violence est vécue comme menaçant le lien à l'autre, alors elle sera vécue comme destructrice et inhibée ou retournée contre le sujet.

Toutes ces formes de non – survivance de l'objet sont traumatiques et désorganisatrices de la psyché. Le sujet va s'organiser contre l'espoir car tout espoir fait courir le risque de nouveau de la déception narcissique primaire et des vécus agonistiques qui l'accompagnent.

Les actes de l'antisocialité peuvent alors être compris comme la répétition de ces expériences archaïques, qui cherchent à se communiquer (McDougall, 1989, 1992), se faire reconnaître (Dornes, 2002) et donc partager (C. Parat, 1995). À partir de cette idée, R. Roussillon (1983, 1991, 1995) dégage un langage de l'acte.

Ce sont précisément ces vécus subjectifs, non intégrés qui se manifestent dans le langage de l'acte. Mais, si cette forme de langage est porteuse de sens, c'est un sens potentiel : il est dépendant du sens que l'objet va lui conférer. C'est donc un langage en quête de répondant.

La notion de répondant est introduite par R. Kaës (2009) et définie comme la présence humaine en réponse à une adresse. Le répondant vient signifier que l'objet accepte d'être le destinataire de cette adresse, « qu'il ne se dérobe pas, qu'il accepte le risque de la rencontre »¹⁷⁰. Si ce répondant se révèle absent, alors l'expérience subjective ne pourra être intégrée, elle laissera un vide, un blanc, seule trace de l'expérience vécue qui n'a pu être éprouvée (Pinel, 2016). La répétition de l'expérience d'absence de répondant va créer des empiètements par excès et par défaut et va amener le sujet à se détourner de l'objet insécurisant. Cet échec de la communication par les actes va accentuer le désespoir du sujet. La violence se présente alors comme seul moyen d'assurer la continuité d'être, dans ses différentes formes d'expression : le recours à l'acte et le passage à l'acte (C. Balier, 2005, F. Houssier, 2019).

Nous concevons ainsi les actes de violence de nos patients comme la répétition, à l'infini, d'expériences archaïques non intégrées, en quête d'un répondant. Dans notre clinique, ces actes ont amené les sujets en détention.

Or, très rapidement après notre prise de poste, nous avons appréhendé le milieu carcéral comme une situation extrême de la subjectivité. Travaillant directement pour l'administration pénitentiaire, nous avons pu prendre la mesure de la force avec laquelle les conditions même de l'enfermement, les mesures de sécurité (bien que nécessaires) venaient très fortement impacter la possibilité pour les personnes incarcérées de se vivre comme sujets. Les situations limites et extrêmes confrontent le sujet à des expériences agonistiques d'une durée telle, et sans issue possible, qu'elles génèrent un « traumatisme primaire » (R. Roussillon, 1999). Elles sont marquées par le désespoir radical, une souffrance intense. Elles se présentent comme irréprésentables, insignifiants. Cet état de traumatisme primaire génère donc une impasse psychique qui va menacer l'organisation de la subjectivité et donc, l'organisation psychique elle-même.

Pour survivre à la souffrance de périodes d'incarcération qui peuvent être longues (nous travaillons en centre de détention), les personnes incarcérées recourent alors à des logiques de survie, dont elles ne peuvent pas sortir indemnes. La caractéristique principale de ces logiques de survie est celle d'une « défense paradoxale » (R. Roussillon, 2012) dans laquelle le sujet se coupe de lui-même pour survivre. La fuite, si elle n'est pas possible physiquement, se fera psychiquement : le sujet se retire au

¹⁷⁰ R. Kaës, 2009, p. 53

fond de lui – même et coupe toutes les voies d'accès. Le sujet va fuir la pensée et se retirer alors de toute vie relationnelle, impliquant la perte d'empathie pour l'autre et de compassion pour lui. Les affects sont neutralisés et avec eux, le partage d'affect. Le registre de l'acte prend le relais de la communication. Le sujet communique par des actes ce qu'il peut communiquer par l'expression des affects gelés, en faisant vivre à l'autre ce qu'il ne peut se laisser vivre. L'enjeu consistera alors à déjouer la destructivité à l'œuvre, de manière à ce que le soignant se rende accessible au patient, afin d'engager une relation d'aide, de soin ou une rencontre thérapeutique (Aubert et Scelles, 2007).

Au regard de ses deux champs théoriques, nous voyons poindre les difficultés auxquelles nous nous sommes confrontée ;

Comment rencontrer des sujets, enfermés dans leur violence et qui s'organisent contre tout lien ?

Comment rencontrer des sujets, engagés dans des logiques de survie, qui ont coupé toutes les voies d'accès ? Si l'environnement s'est montré décevant, non répondant, comment le clinicien, qui appartient à cet environnement, pourra se présenter à ces sujets ?

Nous avons voulu démontrer, dans ce travail de recherche, qu'une rencontre clinique pouvait s'organiser, qu'un lien thérapeutique pouvait se tisser, selon des modalités que nous avons cherché à définir.

Ainsi, nous avons proposé, dans notre première hypothèse, une modélisation de notre dispositif de rencontre avec les auteurs de violence ;

Les situations cliniques exposées démontrent de la difficulté même de rencontrer les patients et nous ont permis d'identifier une première phase du suivi que nous avons appelée « phase de contact ».

La demande de suivi a presque toujours lieu dans une période de crise, au cours de laquelle, le patient en proie aux angoisses agonistiques pose de nombreux actes violents. Il peut alors formuler une demande de rencontrer un psychologue, soit portée par un tiers soit en appui sur ce tiers. Nous avons toujours échangé avec ces tiers, afin de recueillir des indices sur ce qui pouvait faire sens pour le patient, afin d'ajuster notre dispositif. Le lien se fait autour d'eux avant de se faire avec eux. Après cette première rencontre, le lien se caractérise par une imprévisibilité et une insécurité qui envahit le clinicien. Le patient est absent aux rendez – vous ou au contraire, il demande à être reçu en dehors des rendez – vous, faisait partager ainsi au clinicien, des vécus d'empiètements.

Notre dispositif prend ici toute son importance puisqu'il est révélateur de l'intentionnalité du clinicien à l'égard du patient. Nous avons choisi de proposer un accueil inconditionnel : malgré les

absences répétées, nous avons toujours répondu aux demandes de rendez – vous par la proposition d’une rencontre. Nous avons toujours reçu les patients qui le demandaient, dans notre bureau, même pour quelques minutes, lorsque ces demandes émergeaient en dehors des rendez – vous programmés. Nous avons construit notre dispositif « en aller vers », terme cher aux travailleurs sociaux : nous sommes sortie de notre bureau, pour nous rendre où se trouvaient nos patients : dans la salle de soins, dans les couloirs, coursives, au quartier disciplinaire...

Le langage du corps est devenu leur seul moyen de s’exprimer. Il faut donc se mettre à l’écoute de ce langage du corps, lui ménager une place dans l’espace des entretiens cliniques. Se mettre à l’écoute des mimiques, des postures, des gestes dans les entretiens.

Ce que nous proposons, ce n’est pas de prendre en charge ces patients malgré leur violence mais bien avec elle. Nous avons compris dans chaque acte de violence, un appel, un cri, dans lequel s’exprimait la détresse, la souffrance. Il nous paraissait ainsi évident de maintenir nos entretiens lors des sanctions disciplinaires. Nous avons même souvent proposé des entretiens lorsque les patients étaient affectés au quartier disciplinaire. Ces entretiens ont permis d’entrer en contact avec les angoisses agonistiques et ainsi avec la souffrance indicible de nos patients. Être alors présent, être témoin de ce qu’ils vivent va permettre de réhumaniser la situation. Ces entretiens ont souvent permis de sceller l’alliance thérapeutique.

Lors de cette phase de contact, nous avons veillé à nous placer, pour le patient, comme acceptant l’adresse, le message communiqué par le langage de l’acte, par les actes.

Ainsi le lien thérapeutique sera marqué par une évolution possible du témoin impuissant à la position en double en miroir.

Ce qui a été perçu, expérimenté dans les suivis individuels, a été organisé dans le dispositif du groupe « conte », avec la mise en place de plusieurs étapes dans la rencontre : envoi de courrier, entretien individuel, information collective.

Mais, cette posture, ce dispositif implique un certain nombre de renoncements.

Dans notre seconde hypothèse, nous avons souhaité investiguer les modalités de transfert dans le lien avec les patients violents.

Dans les suivis thérapeutiques de nos patients violents, nous avons été amenée à ressentir des sensations et des affects très forts. Nous avons été confrontée à des vécus d’impuissance thérapeutique, à la sensation de ne pas être à la hauteur, de ne pas être assez « bonne » psychologue. En conséquence, nous avons assez peu partagé notre pratique dans nos cercles professionnels et amicaux. On peut relever dans cet élément, la marque de la honte (A. Ferrant et A. Ciccone, 2015). La honte infiltre notre clinique entière : la honte de travailler en prison, réceptacle, selon certains, des « déchets de la

société ». La honte était aussi liée à la traversée de la situation extrême et à l'engagement dans les logiques de survie. À quoi est – on réduit pour survivre au milieu carcéral ? Nous remarquons que dans ces vécus, l'origine est confuse : est – ce notre honte ou celle de nos patients ? Nous proposons ici que nos patients nous font partager, selon les modalités du transfert par retournement, les sentiments de honte.

Il nous semble que dans la clinique spécifique de l'agir, nous pouvons relever des éléments relevant d'une autre forme de honte. L'enfermement, de par ses conditions, renvoie à une forme d'animalité, tout comme la violence. Dans leurs propos, les patients eux – mêmes se réfèrent à des images issues du monde animal : « je suis comme un tigre en cage ». Mais aussi, dans des images moins flamboyantes, de chiens, de cafards. Tous ces éléments nous mettent sur la piste de la honte. Cette énumération se retrouve sans surprise dans les associations de nos patients au cours du groupe « conte ». Cette indistinction humanité / animalité renvoie au cloacal et à la honte qui peut lui être liée. Les attitudes de prestance de nos patients peuvent être alors être comprises comme une forme de retournement – exhibition (A. Ferrant et A. Ciccone, 2015). La violence est exhibée, présentée comme source de fierté. Elle tient les autres à distance, à l'image de Nassim lors du premier entretien, qui me raconte toutes les agressions dont il a été auteur sur des professionnels en détention. Nos patients se présentent comme réfractaires à tout lien et le plus souvent, ils organisent le vide autour d'eux, comme Salah arborant des t-shirts aux messages violents « pour qu'on [le] laisse tranquille ».

Nous pourrions alors imaginer que ces patients s'organisent selon une défense paradoxale : l'absence de répondant les a soumis à la solitude radicale, à la non – assignation, à la non – appartenance, ce qui génère une forme de honte primaire. En réponse, ils retournent cette honte en exhibition à travers des attitudes de prestance et une violence qui organise le vide autour d'eux.

Par transfert par retournement, nous portons ce sentiment de honte, nous le partageons. De manière très personnelle, il entre en résonance avec plusieurs éléments de notre parcours professionnel : l'échec à l'entrée du Master 2 à Lyon, à la place de psychologue P.E.P qui n'est pas thérapeute et qui posent tous la question de la légitimité professionnelle. Cette question nous traverse encore aujourd'hui, en présentant notre dispositif de prise en charge des auteurs de violence. Il nous amène à prendre en charge un public réfractaire au lien, qui n'organise que rarement une demande de soin. Bien que référencé à la pratique psychanalytique, le travail engagé ne nous permet que très rarement de proposer des interprétations à ces patients. Au contraire, il nous amène à des aménagements, des ajustements de notre dispositif.

Winnicott (1978) rappelle que ce sont justement les failles de l'analyste que le patient utilise. Le clinicien a aussi été en souffrance et il garde des traces de cette souffrance et des moyens par lesquels il s'est soigné. Nous avons survécu à nos échecs professionnels. L'échec à l'entrée du Master 2 à Lyon

nous a mené à intégrer un Master en Belgique, qui a été une expérience incroyablement enrichissante dans notre formation. De notre pratique, de psychologue en milieu carcéral, que ce soit dans le cadre du P.E.P ou de l'unité sanitaire, nous avons puisé le matériel à l'origine de ce travail de recherche. Ainsi, nous avons pu partager, sans trop nous effondrer, les éléments de la honte transférés par nos patients.

M. Edrosa (2005) a proposé la position sacrificielle du Moi, comme défense paradoxale des patients criminels. Nous proposons pour notre part que la rencontre clinique avec les patients violents ne peut se faire qu'au prix d'un sacrifice du côté du thérapeute. Les différentes adaptations du cadre illustrées dans les cas cliniques se présentant alors comme des modalités de survie du psychologue face à la destructivité du patient. La rencontre ne peut avoir lieu que si le thérapeute se risque lui aussi à la rencontre, s'il accepte de s'engager professionnellement dans le lien, d'y laisser des plumes. La rencontre clinique avec les auteurs de violence pourrait s'organiser à la condition d'un sacrifice d'un Idéal de sa pratique.

Dans notre troisième et dernière hypothèse, nous nous sommes intéressés à la médiation thérapeutique par le conte merveilleux auprès des patients auteurs de violence.

Ces récits courts et condensés s'appuient sur la réalité de la vie quotidienne tout en proposant un imaginaire porteur de modalités identificatoires raisonnant fortement avec les fantasmes infantiles porteurs des premiers maillons liant le sujet au monde dans toutes ses expressions des plus tendres aux plus violentes.

Les contes sont construits avec une double structure, qui leur est spécifique (B. Chouvier, 2015). Une structure cyclique : le récit s'ouvre sur une situation heureuse, perturbée par un événement potentiellement traumatique. Il déclenche le départ du héros dans une quête. Après de multiples épreuves, rencontres avec des êtres merveilleux et des êtres maléfiques, va pouvoir rétablir l'équilibre. Le dénouement renoue avec le bonheur. Une structure thématique, propre à chaque conte. De nature orale, au moins jusqu'au XIXe siècle, leur transmission au travers des âges permet d'affirmer que les contes touchent aux thématiques les plus universelles de l'humanité.

La musicalité du récit, agrémentées de formules répétées participe, avec la voix de la conteuse qui lui donne vie, au décollement dans l'imaginaire.

En ce sens, la médiation « conte » nous paraissait intéressante pour nos patients. La clinique des suivis individuels a montré comment la confrontation à la pensée, qui plus est, une pensée réflexive est douloureuse pour ces patients et réveillent des vécus marqués par la détresse agonistique.

Nos patients sont en grande difficulté pour raconter, pour se raconter. Dans le cadre des entretiens individuels, ces difficultés menaient le plus souvent à des interruptions de suivis.

Partager avec nos patients ces récits, transmis depuis de nombreuses générations, dans toutes les cultures, nous semblait très symboliquement concourir à les inscrire dans cette humanité, dont la traversée des situations extrêmes a pu les faire se sentir exclus.

Dans ce dispositif à médiation, on retrouve des éléments liés à la sollicitude (Winnicott) : nous choisissons les contes pour le groupe de patients et nous partageons les contes que nous avons appréciés.

Les contenus symboliques viennent solliciter les angoisses archaïques, tout en les figurant et en les circonscrivant dans des lieux identifiés. La structure cyclique assure du dénouement heureux.

C'est au sein de l'unité sanitaire du centre de détention que nous avons proposé le groupe à médiation thérapeutique « conte merveilleux ».

Nous avons travaillé en petit groupe de 5 patients. Inspiré par la pratique en « aller vers » détaillée dans la première hypothèse, nous avons proposé ce groupe à des personnes détenues, auteurs de violence, qui nous ont été orientées par les services de l'administration pénitentiaire. Les séances du groupe « conte » se sont déroulées en dehors de l'unité sanitaire, au plus près de nos patients, dans les bâtiments d'hébergement du centre de détention. Nous avons organisé la rencontre en trois temps successifs : le courrier de présentation, l'entretien individuel et l'information collective, respectant ainsi une « phase de contact ».

Nous avons construit notre dispositif en appui sur les propositions de B. Chouvier (2009, 2015, 2017). La séance est construite selon trois temps : le temps du contage, le temps de la reprise orale et le temps de l'appropriation individuelle pour lequel nous avons choisi l'activité graphique. Le travail en détention, par les contraintes sécuritaires qu'il impose, ne nous a permis que peu d'aménagements du cadre (une clochette dont le tintement annonce le début du contage).

Ce dispositif a été testé sur trois sessions, de dix séances chacune, au centre de détention, ce qui nous a permis de procéder aux ajustements nécessaires, pour le rendre accessible à nos patients. La troisième session du groupe constitue le matériel clinique de ce travail de recherche.

Les séances ont été riches et ont produit un important matériel clinique. Afin d'en faciliter l'exploitation, nous avons construit deux grilles d'analyse des données ; une grille d'analyse du matériel clinique apporté par les patients et une grille d'analyse des éléments transféro – contro – transférentiel. À l'étude de ce matériel clinique, nous relevons ;

Le contage est accompagné de multiples mouvements et de gestes des patients, démontrant qu'ils sont saisis corporellement par le récit.

Le temps de reprise orale se fait sous la forme d'une succession d'images, non liées à l'image de notes de musique éparses et discordantes. Les animatrices vont assurer la fonction de liaison par le biais de relances incessantes tout au long de la séance. Le conte va permettre de relancer l'associativité groupale qui ont ainsi pu (ré)investir l'activité de penser. La reprise orale, appelée ici « fil du conte », va alors s'accompagner d'associations libres de nos patients, appelées « fil associatif ». Les contenus symboliques du conte sollicitent des vécus archaïques d'empiètement, d'effraction. Nous observerons l'apparition de moments de tension intense, exprimée par le corps : se mettre debout, se redresser, élever le ton de la voix, gesticuler. Ces moments de tension vont se faire de plus en plus forts, tout en régulant groupalement. Les animatrices vont alors fantasmer l'explosion du groupe dans la violence. Au fil des séances, vont apparaître également des moments de « détente » qui s'exprimeront également par le corps : se rasseoir, se plier en deux, rire... Ces moments de détente viennent restaurer l'enveloppe groupale, mise à mal par les moments de tension. À la fin de la session, ces moments de tension prennent l'allure d'un jeu entre trois participants.

À chaque séance, nous identifions une phrase d'un patient, qui va opérer le passage du « fil du conte » au « fil des associations » : « c'est le choix que nous avons tous fait ici ; pourquoi tu es parti, toi ? ». S'ouvre alors un temps d'échange, au cours duquel nous relevons des allers – retours incessants entre les éléments du récit du conte et les éléments de vécus subjectifs des patients. Ils abordent dans un premier temps l'actuel de la vie en détention ou de la vie « au quartier » puis peu à peu, des éléments de leur histoire personnelle.

Nous proposons donc ici que la médiation thérapeutique par le conte merveilleux se propose en support de l'associativité des patients, comme une portée sur laquelle vont se poser les notes éparses pour former une mélodie. Une première trame narrative peut alors se tisser, hétéroclite car constituée des mouvements nés du langage verbal, des relances incessantes des animatrices, des associations de chacun, des productions graphiques, amenant les patients de l'expression de terreur à jouer à se faire peur.

Il nous apparaît donc, à l'issue de ce travail, possible de proposer des modalités de soin psychique dans la clinique des agirs.

Elle nécessite des aménagements du cadre. Nous avons exposé ceux que nous avons intégré à notre pratique, d'autres seraient à explorer. Nous savons par exemple, qu'à la maison d'arrêt de Lyon – Corbas, les psychologues du SMPR assurent les entretiens d'accueil dans les bâtiments d'hébergement, lors de temps de « permanence ».

Nous avons proposé la médiation thérapeutique par les contes, d'autres médiations thérapeutiques pourraient être pertinentes ; nous aurions aimé proposer une médiation par la musique, utilisant principalement des instruments à percussion. La question du rythme – trouver un rythme, tenir un rythme mais aussi s'ajuster au rythme de l'autre – nous paraît particulièrement fécond dans les problématiques de nos patients. Nous nous interrogeons également sur la pertinence d'une médiation par la danse. L'expression par le langage du corps est évidemment à l'origine de cette proposition.

Enfin, la modélisation que nous proposons ici a été éprouvée en milieu carcéral. Dans ce cadre bien spécifique de la détention, elle a permis d'ouvrir des espaces de rencontre pour les patients violents. Nous avons depuis quitter la détention. Nous travaillons aujourd'hui dans un Foyer Jeunes Travailleurs, accueillant des jeunes placés par l'Aide Sociale à l'Enfance et par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. En début d'année 2023, deux places d'accueil ont été ouvertes spécifiquement pour des jeunes sortant de l'Établissement Pénitentiaire pour Mineurs de Meyzieu. Ainsi, depuis Janvier 2023, nous avons la possibilité d'éprouver notre dispositif de rencontre en milieu « ouvert » (par opposition au « milieu fermé » de la détention). Nous avons naturellement proposé un groupe à médiation thérapeutique par le conte merveilleux. Nous expérimentons également un temps de « petit déjeuner Psy », pensé pour permettre la rencontre avec ces jeunes. Nous avons pour projet de pouvoir poursuivre notre activité de recherche autour de cette nouvelle activité professionnelle et de ces nouveaux dispositifs.

Bibliographie

- ABRAHAM K. 1925. L'histoire d'un chevalier d'industrie à la lumière de la psychanalyse in K. ABRAHAM. 1925. *Œuvres complètes*, Paris, Payot, 1989
- AFANASSIEV, A. N. 2010. *Contes populaires russes*. Paris, Imago
- ANG, B. 1999. *De l'objet d'emprise à l'objet de pensée* in MATHIEU M., P. PRIVAT et S. BOISMARE. *L'enfant et sa famille entre pédagogie et psychanalyse*, Ramonville-Saint-Agne, Érès, 61-79
- ANZIEU, D. 1993. *Les contenants de pensées*, Paris, Dunod
- ANZIEU, D. et coll. 1987. *Les enveloppes psychiques*, Malakoff, Dunod
- AULAGNIER, P. 1975. *La violence de l'interprétation*. Paris, PUF, 2003
- BALIER, C. 1988. *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF
- BALIER, C. 1998. Rencontre en prison, *Revue française de psychanalyse*, 1, LXII, p. 51-62
- BALIER, C. 2005. *La violence en abyme*, Paris, PUF
- BERGER, M. 2012. *Soigner les enfants violents, traitement, prévention, enjeux*, Paris Dunod
- BERGER, M. 2013. *Voulons – nous des enfants barbares ? Prévenir et traiter la violence extrême*, Paris, Dunod
- BERGERET, J. 1984. *La violence fondamentale*. Paris, Dunod
- BETTELHEIM, B. 1976. *Psychanalyse des contes de fées*, Paris, Robert Laffont
- BION, WR. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979
- BLEGER J., 1966, Psychanalyse du cadre psychanalytique, in *Crise, rupture et dépassement*, R. KAËS et col., Dunod, 1979.
- BLEGER J. 1988. Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions » in R. Kaës & coll, « l'institution et les institutions » (pp. 47 – 61), Paris, Dunod
- BOISMARE, S. 1999. *L'enfant et la peur d'apprendre*. Paris, Dunod
- BOLIN, A. 1998. « Contes à rebours », *Revue française de Psychanalyse*, 3, LXII, p. 801-809.
- BOTELLA C. et S. 1983. « Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation » *Revue Française de psychanalyse*, XLVI, vol 3., pp. 765-776
- BRUN, A., CHOUVIER, B. et ROUSSILLON, R. 2013. *Manuel des médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod
- BRUN A. 2008. Groupe thérapeutique d'écriture en prison et élaboration de l'agir. *Bulletin de Psychologie*, 2008/1, 493, p.31-39

- CHAGNON J-Y. et HOUSSEIER, F. 2012. L'illusoire attente de la demande. *Adolescence*, 2012, 30, 4, p.919-933
- CHARTIER JP (2006) : « l'analyste actant : une réponse aux agirs psychopathiques ? », *Revue française de Psychanalyse*, 1, LXX, p. 165 - 175
- CHOUVIER B. 2002. *Les processus psychiques de la médiation*. Dunod, Domont
- CHOUVIER, B. 2008. *Corps, actes et symbolisation, psychanalyse aux frontières*. De Boeck
- CHOUVIER, B. 2015. *La médiation thérapeutique par les contes*, Malakoff, Dunod.
- CHOUVIER, B.2020. « Contes et jeux symboliques », *Cahiers de psychologie clinique*, 2020/2, 55, p. 257-277.
- CHOUVIER, B. 2022. « Le conte et la construction de soi », *Dialogue*, n° 235, p. 21-33.
- COSTANTINO, C. 2016. Mise en récit. Narrativité et symbolisation : la médiation conte avec les adolescents. *Cliniques*, 2016/1, 11, p. 106-123
- DAVID M., 1997. Activité spontanée et fonctionnement mental préverbal du nourrisson in *Que sont les bébés devenus ?* Cahors, Érès, 1997
- DE BERAIL B. 2022. Le temps du conte dans la thérapie post – traumatique, *Dialogue*, 2022/1, 235, p. 85 – 101
- DELARUE P. et TENEZE ML. 1998. *Le conte populaire français*. Paris. Maisonneuve et Larose
- DORNES, M. 2002. Psychanalyse et psychologie du premier âge, tr.fr. VINCENT, C., PUF
- EDROSA, M. 2005 : Aux confins de l'originaire, sur l'autel des sacrifices ; genèse de l'inhumanité psychique, in *La violence en abyme*, Dir C. Balier, PUF
- ESTELLA, V. et MARTY F. 2012, *Clinique de l'extrême*, Paris, Armand Colin
- FERENCZI, S. 1913. Le développement du sens de la réalité et ses stades In *Œuvres complètes*, tome 2, 1913-1919. *Psychanalyse* ii, Paris, Payot, 1970, p. 51-65.
- FERENCZI, S. 1932. Réflexions sur le traumatisme. *Psychanalyse* 4, Paris, Payot 1982
- FERRANT, A. 1997. « Logiques de survie et auto-organisation », 23 et 24 octobre 1997, ORSPERE, BRON. Actes du congrès « Souffrances psychiques, contexte social et exclusion », sous la direction de Jean Furtos
- FREUD, S. 1906. La psychanalyse et l'établissement des faits en matière judiciaire par une méthode diagnostic, In *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1971.
- FREUD S. 1913 : Matériau des contes de fées dans les rêves, in *Résultats, Idées, Problèmes*, Paris, PUF
- FREUD, S. 1916. « Quelques types de caractère dégagés par le travail psychanalytique » In *Œuvres complètes XV : 1916-1920* (pp. 15-40). Paris : PUF, 1996
- FREUD, S. 1926. *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF, 1995.

- FREUD, S., 1929. *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1981
- FREUD, S. 1937. Construction dans l'analyse in *Résultats, idées, problèmes*, PUF, 1985, 269-281.
- FREUD, S. 1938. Le clivage du moi dans les processus de défense. In *Œuvres complètes XX : 1937-1939* (pp. 219-224). Paris : PUF, 2010
- FURTOS, J. 2008. *Les cliniques de la précarité ; contexte social, psychopathologique et dispositifs*, Issy – les – Moulineaux, Masson
- GIRARD, M. 1990. *Les contes de Grimm : lecture psychanalytique*. Paris, Imago
- GODFRIND, J. 2008. L'acte allié ou ennemi de la symbolisation in *Corps, acte et symbolisation*, sous la dir de Chouvier B. et Roussillon R. De boeck
- GOLSE, B. 2022. La co-construction de la narrativité, trois niveaux dans le développement comme dans le soin, *Dialogue*, 2022/1, 235, p. 51-65
- GOLSE, B. 2017. Filiation, narrativité et interactions précoces. *Spirale*, 2017/4, 84, p. 77-86
- GOLSE, B. 2016. Note sur le 'sense of being' de DW Winnicott au regard de l'intersubjectivité et de la subjectivation. *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 2016/1, Vol 6, p. 107 - 114
- GOUX, JP. 1999. *La fabrique du continu*. Seyssel, Champ Vallon, 1999
- GRAVIER, B. 2015. Quand la psychanalyse nous aide à penser les sujets violents, à partir des quelques concepts clé de Claude Balier, *Le carnet psy*, 6, 191, p. 33-39
- GRAVIER, B. 1997. Le traumatisme de l'incarcération in *Les traumatismes dans le psychisme et la culture*, sous la dir de B. DORAY et C. LOUZOUN, Érès
- GREEN, A. 2000. La position phobique centrale : avec un modèle de l'association libre. *Revue française de psychanalyse*, 2000/3, 64, p. 743-772
- GREEN, A. 1993. *Le travail du négatif*, Paris, Les éditions de minuit, 2011
- GREEN, A. 1990. *La folie privée : psychanalyse des cas limites*, Paris, Gallimard, 2001
- GREEN, A. 1983. *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les éditions de minuit, 2007
- GRIMM W. et J. 2009. *Contes pour l'enfant et la maison*. Paris, José Corti
- GUILLAUMIN, J. 1973. Culpabilité, honte et dépression. *Revue française de psychanalyse*, t. XXXVII, n° spécial congrès, p. 983-10006
- GUTEFREIND, C. 2002. La psychothérapie de groupe à travers les contes : une expérience clinique avec les enfants placés en foyer, *la Psychiatrie de l'enfant*, XLV, 1, 207 - 241
- HADJADJ, R. « Articulation soin – justice » in BALIER C. 2005. *La violence en abyme*. Paris, PUF
- HARRATI, S., VAVASSORI, D. et VILLERBU, L. 2009. *Délinquance et Violence : clinique, psychopathologie et psychocriminologie*. Paris, Armand Colin
- HOCHMANN, J. 1984. *Pour soigner l'enfant psychotique*, Toulouse, Privat

- HOUSSIER F., CHAGNON, JY. 2019. Psychopathie, passage à l'acte et destructivité de l'objet. *Adolescence*, 2019/2, n°37/2, P. 313-323
- HOUSSIER, F. et MARTY, F. 2007. *August Aichhorn. Cliniques de la délinquance*. Nîmes, Champ Social
- HOUSSIER, F. PFISTER, C. 2021. Cliniques de l'institution et du groupe... dans la pratique pionnière d'August Aichhorn auprès d'adolescents délinquants, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2021/1, 76, p.183-195
- HOUSSIER, F. 2008. Transgression et recours à l'acte à l'adolescence : une forme agie d'appel à l'objet. *Annales Médico-Psychologiques*, 166 : 711-716.
- HOUSSIER, F. 2009. Réflexions sur la délinquance et la psychothérapie chez les auteurs inspirés par Anna Freud (1945-1965) : émergence des premières théories de l'adolescence. *Psychiatrie de l'Enfant*, 52 : 593-623.
- HOUSSIER, F. 2009. Métapsychologie de la violence, *Enfances et psy*, 4, n°45, p14-23
- HOUSSIER, F. 2015. Passage ou recours à l'acte dans la psychothérapie de l'adolescent. *Cliniques*, 2015/1, 9, p. 24-38
- HOUSSIER, F. 2021. L'adolescent, un sujet récalcitrant dans l'histoire de la pratique psychanalytique, L'originalité de l'approche d'August Aichhorn, *Dialogue*, 2003/4, 162, p. 35-45
- JACOBI, B. 1998. Les mots et la plainte. Érès, Ramonville-saint - Agne
- JANIN, C. 1999. Figures et destin du traumatisme. Paris, PUF
- JEANNE, Y. 2005. Prendre en compte la « jeunesse à l'abandon », *Reliance*, 2005/4, 18, p. 132-139
- JUNG, J. et DiRocco, V. 2022. *Pratiques cliniques et dispositifs « aux limites, approche contemporaine*, Paris, Dunod
- KAES, R. et coll. 1984. *Contes et divans*, Malakoff, Dunod, 2012
- KAES, R. 2009. *L'appareil psychique groupal*. Paris, Dunod
- KAES, R. 2011. Les médiations entre les espaces psychiques dans les groupes, in BRUN A. sous la dir. 2011. *Les médiations thérapeutiques*, Paris, Dunod
- KAES, R. 2012. *Le maître*, Paris, Dunod
- KAES, R. 2014. *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod
- KLEIN, M. 1927. Les tendances criminelles chez les enfants normaux. *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1968
- KLEIN, M. 1934. La criminalité. In *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1989
- LAFFORGUE, P. 1995. *Petit poucet deviendra grand : soigner avec le conte*, Paris, Payot
- LECA, H. 2012. Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral. *Psychothérapies*, 32 (2), p. 137-146.

- LECOURT, E. 2003. Du chaos à l'effet d'ensemble, création d'un espace sonore de médiation : sons, bruits et voix de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41, p. 78 – 86
- LECOURT, E. 2005. Tension et détente en groupe. Rire musical. Rire familial, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2005/1, 44, p. 97-102
- LECOURT, E. 2008. Au sortir du bruit. *Le journal des psychologues*, 2008/8, 261, p. 42-44
- LHULLIER, D. 2001. *Le choc carcéral, survivre en prison*, Paris, Bayard
- MARTY, F. 2007, *Transformer la violence*, Champ Libre
- MASSON, A. 2002. Se rapporter à d'autres afin de se saisir soi-même » in LAURU D. Sous la dir. *Le transfert adolescent*, Paris, Érès
- MCDOUGALL, J. 1989. Théâtres du corps, Folio Essai, 2003
- MCDOUGALL, J. 1992. Corps et langage. Du langage du soma aux paroles de l'esprit. *Revue française de psychosomatique*, 1992/1, n°2, pp. 69 - 96
- MERCIER, C. (2003) : « Ni thérapeute, ni expert : dans quel entre deux s'autorise à jouer le psychologue ? », *Journal des psychologues*, n°210
- MOLL, J. 1989. *La pédagogie psychanalytique, origine et histoire*, Paris, Dunod, 1989
- MONZONI, S. (2005) : « Pratiques du conte : revue de la littérature », *La psychiatrie de l'enfant*, 2005/2, 48, pp. 593-634
- PARAT, C. 1995. *L'affect partagé*, Paris, PUF.
- PERROT, M., MISZTAL L. et LAURENT V. 2013. À la lumière du conte en milieu carcéral, *Santé mentale*, Hors – Série, p. 2-5
- PICARD, C. 2002. Contes et thérapies. *Dialogue*, 2002/2, 56, p. 15-22
- PINEL J-P. 2018. Adolescents, agirs délinquants et convocation du répondant. *Adolescence*, 2018/1, 36, p.133-146
- PINEL, J-P. 2016. Agirs violents, pathologies des limites et attaques hypermodernes des cadres institués, in DRIEU, D. et PINEL, JP, sous la dir. De., *Violence et institution*, Dunod
- PROPP, V. 1928. *Morphologie du conte*, Paris, Le Seuil
- RAVIT, M. 2010. Du traumatisme à la fascination dans la clinique du passage à l'acte, *Psychologie clinique et projective*, 2010/1, 16
- RAVIT, M. 2015. Penser les logiques subjectives dans la logique criminelle. Les apports de René Roussillon., *Le carnet psy*, 2015/1, 186
- RAVIT, M. 2016a. Évaluation des dispositifs à médiation en milieu carcéral in Ravit M. et Di Rocco V., *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*, Paris, Dunod
- RAVIT, M. 2016b. *L'entretien en prison*, Paris, Armand Colin

- RAVIT, M. 2016c. Les aménagements paradoxaux de la subjectivité dans la clinique de la criminalité, *Cahiers de psychologie clinique*, 2016/2, 47
- RAVIT, M. 2020. Une rencontre interdite avec la violence, *Le carnet psy*, 235, pp. 22-27
- ROUSSILLON R. 1991. *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF
- ROUSSILLON R., 1999. *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, Collectif Quadrige, 2008
- ROUSSILLON, R. 2004. L'intersubjectivité, l'inconscient et le sexuel. *Le Carnet PSY* 2004/8 (n° 94), pages 22 à 28
- ROUSSILLON, R. 2005. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In FURTOS, J. et LAVAL, C. 2005. *Santé mentale en actes*, Érès, Ramonville Saint Agne, pp. 221-238
- ROUSSILLON R., 2006. Pour introduire la question du langage du corps et de l'acte, *Carnet Psy*, 2006/7, n°111, p. 36-40
- ROUSSILLON R., 2007a. Manuel de psychologie et psychopathologie générale, sous la dir de, EM
- ROUSSILLON, R. 2007b. Violence et échec de l'intrication pulsionnelle. In Marty, Transformer la violence. Traumatisme et symbolisation. Paris pp. 39-60
- ROUSSILLON R., 2009. La destructivité et les formes complexes de la 'survivance' de l'objet
- ROUSSILLON, R. 2012. Inventer/penser un dispositif dans les situations limites et extrêmes. In *Manuel de pratique clinique*, Malakoff, Dunod.
- ROUSSILLON, R. 2014. Intersubjectivité et inter-intentionnalité. *Enfances Psy*, 2014/1, 62
- ROUSSILLON, R. 2018. La destructivité la déception narcissique in A. BRACONNIER et al. *Destructivité et exaltation, du bébé à l'adolescent*. Toulouse, Érès
- STERN, D. 1985. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris, PUF, 2003
- STERN, D. 1993. « L'enveloppe prénarrative », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 14, p. 14-65
- VACHERET. C, GAILLARD, G., GRANGE SENECHAL E. JOUBERT C. et RAVIT M. 2009. Les temps du groupe et la transformation de l'affect., *Cliniques méditerranéennes*, 2009/2, 80
- VACHERET, C. 2015. Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques, Paris, Dunod
- VACHERET, C. 2012. L'apport de la violence fondamentale à l'approche du groupe, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2010/2, 55, p. 11-24
- VIENI-KONTZ, M. 2006. L'utilisation des contes de fées dans le traitement d'enfants souffrant de troubles du comportement. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, X, 96
- WINNICOTT, D.W. 1955. Les formes cliniques du transfert, dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p. 279-284.
- WINNICOTT, D.W. 1956a, La préoccupation maternelle primaire, in Winnicott DW, 1960. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1989

- WINNICOTT, D.W. 1956b. La tendance antisociale, in WINNICOTT D.W, 1960. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1989
- WINNICOTT, D.W. 1967. Le rôle de miroir de la mère et de la famille, in *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard, 1975
- WINNICOTT, D.W. 1969. Objets de l'usage d'un objet in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Mesnil – sur l'Estrée, Payot, 2010
- WINNICOTT, D.W. 1971. *Jeu et réalité : l'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 2004
- WINNICOTT, D.W. 1975, La crainte de l'effondrement, in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n°11, Figure du vide, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D. W. 1994. *Agressivité, culpabilité et réparation*. Paris : Petite bibliothèque Payot