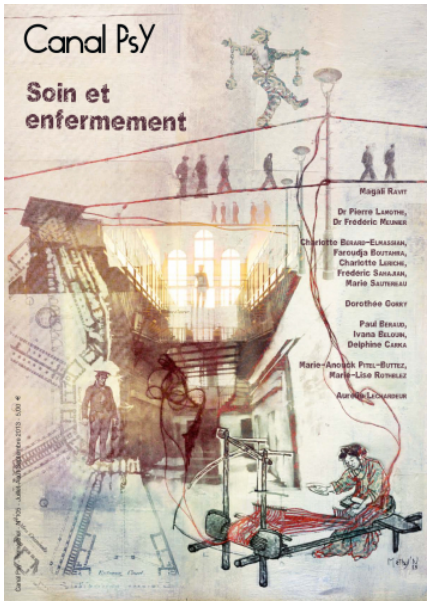


Illustration : Adeline Bidon (http://methylaine.blogspot.fr)

Canal Psy
ISSN : 2777-2055
Publisher : Université Lumière Lyon 2

105 | 2013
Soin et enfermement

https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=305

Electronic reference
« Soin et enfermement », *Canal Psy* [Online], Online since 11 septembre 2020, connection on 08 juin 2024. URL : https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=305

DOI : 10.35562/canalpsy.305

ISSUE CONTENTS

Frédérik Guinard
Édito

Dossier. Soin et enfermement

Magali Ravit
Soin et enfermement

Pierre Lamothe and Frédéric Meunier
Le soin en milieu pénitentiaire : nouveau challenge et continuité éthique

Charlotte Bérard-Elmassian, Faroudja Boutahra, Charlotte Leriche, Frédéric Sahajian and Marie Sautereau
Spécificité de la prise en charge médico-socio-psychologique des personnes souffrant d'addiction en milieu pénitentiaire

Dorothée Gorry
Prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire

Paul Béraud, Ivana Belouin and Delphine Carka
Quelles pratiques cliniques autour de l'enfermement ?

Marie-Anouck Pitel-Buttez and Marie-Lise Rothblez
Approche clinique du filicide auprès de femmes incarcérées

Portrait

Méthyl'N – Adeline Bidon – illustratrice

À propos

Aurélie Lechardeur
Expérimentation d'une pratique de « psychologue de rue » dans un service de Prévention Spécialisée

Édito

Frédérik Guinard

TEXT

1 Avec ce numéro sur la thématique « Soin et enfermement » nous parfaisons un cycle de quatre numéros consacrés aux « nouvelles » cliniques auxquelles sont consacrées les praticiens d'aujourd'hui : cliniques « sans demandes », cliniques sans psychopathologie clairement identifiée, cliniques de « l'aller-vers », de l'intolérance à la frustration, au différé… cliniques du difficile accès à la subjectivation.

2 Ce sont de nouvelles postures professionnelles que nous avons vu apparaître au contact de ces cliniques, des postures que nous avons pu identifier comme en « côte à côte », de « mêmes niveaux » et « en première personne » où se déploient tout un faisceau de partage sensoriel et de partage d'affect auprès de personnes et dans des situations où les praticiens se retrouvent confrontés aux limites de leur dispositif « classique » de *prise en soin*[1].

3 Nous avons ainsi exploré les logiques du travail clinique à domicile, avec le numéro 101 sur les pratiques en SESSAD et en HAD, puis les logiques de l'intervention « hors les murs » avec les différents témoignages présents dans le numéro 102 et enfin au travers des pratiques du psychologue en Mission Locale auprès de jeunes en souffrance d'exclusion.

4 Dans la continuité de ces travaux qui interrogent les « limites » des dispositifs cliniques, Magali Ravit nous invite au fil des cinq textes qui composent ce dossier à découvrir les différentes déclinaisons d'une approche soignante en milieu carcéral.

5 Les spécificités de la prise en charge médico-socio-psychologique des personnes souffrant d'addiction en maison d'arrêt illustrent bien ce délicat travail de tissage d'un dispositif soignant : entre « nécessité et opportunité », les intervenants du CSAPA de Lyon Corbas décrivent la manière dont un travail de liaison inter-institutionnel dans l'accompagnement du détenu toxicomane rend possible chez celui-ci l'enclenchement d'un processus de soin.

6 Il serait donc question d'*aller à la rencontre* du patient-détenu en souffrance, comme le rappelle Dorothée Gorry, afin de créer de « nouveaux espaces de rencontre », comme le suggèrent Ivana Belouin, Delphine Carka et Paul Béraud, où il devient possible de ramener de l'extérieur à l'intérieur, en partageant avec le patient des éléments du dehors au sein de ce qui se crée/trouve une aire intermédiaire d'expérience.

7 Enfin, Marie-Anouck Pitel-Buttez et Marie-Lise Rothblez nous présentent leur travail auprès de femmes auteurs d'infanticide auprès de qui il va s'agir de progressivement réamorcer la dynamique psychique de subjectivation et de mentalisation d'un acte qui confrontent les professionnels du soin aux limites de leurs repères identificatoires et de leurs capacités de représentation et de contenance.

8 Les passerelles sont donc nombreuses entre ces cliniques de l'enfermement et celles de l'errance et de la souffrance d'exclusion. En rubrique, le témoignage d'Aurélie Lechardeur, à l'instar de celui de Claire Garnier et de Lucia Clouzeau dans le précédent numéro, rend bien compte des tâtonnements qui sont nécessaires dans le cadre d'une pratique de psychologue de rue afin de trouver une juste distance relationnelle avec ces jeunes, ni trop « à distance », ni trop « intrusive ».

9 Nous saluons enfin l'implication de notre illustratrice Adeline Bidon qui s'est engagée pour ce dossier à des recherches graphiques *in situ*, en se rendant sur le chantier d'une ancienne prison lyonnaise bien connue. Elle se présente et nous détaille son processus de création ci-contre.

10 En vous souhaitant une excellente lecture.

NOTES

1 Pour reprendre la formulation de Matthieu Garot et Mathias Poitau dans leur contribution pour la 3e journée du Master 2 Professionnel : Trouvons-créons nos pratiques clinique, Canal Psy, Hors-série n° 4.

AUTHOR

Frédérik Guinard
Rédacteur en chef
IDREF : https://www.idref.fr/196831296

Dossier. Soin et enfermement

Soin et enfermement

Magali Ravit

DOI : 10.35562/canalpsy.1651

TEXT

1 Si le fou est déjà depuis longtemps sorti des murs de l'hôpital, le délinquant et *a fortiori* le criminel sont ces nouveaux monstres à figure inhumaine à exclure du tissu social voire à bannir de ce qui fonde les termes du contrat humain. Un rapport particulier se noue au XIX^{e} siècle entre la criminalité, la maladie et la violence, mais le chemin est encore long pour que l'idée d'une conception psychique du sujet violent et des soins dispensés en détention se fasse jour. La Loi de 1994 a été un véritable bouleversement dans la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral puisqu'elle prévoit que chaque établissement pénitentiaire bénéficie de soins psychiatriques. Initialement, c'est dans les années 70 que les CMPR (Centres Médico-Psychologiques Régionaux) sont créés, mais les professionnels du soin qui exercent alors en détention sont placés sous l'autorité du chef d'établissement pénitentiaire. Ce n'est qu'en 1986 que ces structures sont remplacées par les SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux). La psychiatrie pénitentiaire devient alors officiellement le troisième type de secteur de psychiatrie, à côté de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile (J.-L. Sénon, 1998).

Adeline Bidon (http://methylaine.blogspot.fr).

2 Humainement et cliniquement, cette évolution marque un réel essor dans la prise en compte de la souffrance psychique et de ses expressions les plus insolites, mais c'est aussi un véritable changement qui invite à penser et à créer des dispositifs de soins spécifiques adaptés à des patients finalement peu connus, en dehors d'un présupposé erroné qui viserait à considérer ces organisations psychopathologiques sans tenir compte des enjeux singuliers du cadre de prise en charge.

3 Dans cette optique, les travaux de C. Balier ont considérablement contribué à prendre en compte à la fois la dynamique psychique sous-tendue dans les actes les plus divers (en particulier dans les crimes et délits de nature sexuelle), mais aussi à envisager le contexte des soins dispensés en détention (C. Balier, 1988).

4 Ces dernières années, les nombreux débats concernant les risques de récidives ont donné lieu en France à un certain nombre de réformes avec notamment l'introduction de « mesures de rétention de sûreté [1] ». C'est dans cette logique sécuritaire que la notion de dangerosité a pris une place considérable à partir notamment de l'évaluation des facteurs de risques. La prise en compte globale et singulière du sujet criminel s'est vue s'amoindrir au profit de l'évaluation de critères comportementaux avec l'idée désopilante d'une prédiction du passage à l'acte suivant de près le principe de précaution dont le danger est réellement celui du risque zéro, comme le souligne D. Zagury (2006). Dans le contexte actuel de normalisation et de contrôle social, les institutions et structures de soins psychiatriques ont considérablement évolué vers une standardisation des protocoles et des procédures de soin. La « traçabilité », véritable casier psychiatrique, s'inscrit dans une logique de quantification, d'évaluation et de découpe du comportement humain qui ne permet pas d'intégrer l'ensemble de la personnalité du sujet, ni de considérer l'histoire de l'individu.

5 La connaissance du fait criminel nécessite justement des approches et méthodologies diversifiées pour donner relief et perspective aux effets précisément écrasants d'une clinique qui sidère, déroute, fascine, mais demeure profondément humaine tout autant qu'inaccessible. Les actes les plus violents et les plus difficiles à saisir représentent une entrave à la pensée. C'est sur ces traces subjectives informes, impropres pour le psychisme, que le clinicien est convié.

6 L'acte a une logique qui n'appartient pas à l'univers névrotique ; il n'utilise pas le langage des mots, mais celui du corps ; il n'est pas seulement décharge. L'acte criminel ou l'acte antisocial se rapporte à des expériences précoces non-intégrées et réactualisées. Autrement dit, en suivant les propositions de R. Roussillon (2008), l'acte a une valeur messagère qui s'est perdue dans les méandres d'une expérience subjective précoce désarticulée, expérience toujours présente, mais dépourvue de sens qui ne cesse de vouloir se faire entendre et de tenter de se faire reconnaître. C'est sur les traces de cette histoire énigmatique et perdue aux confins de la subjectivité que le clinicien est appelé, interpellé. Ces cliniques traduisent des formes extrêmes de la subjectivité parce qu'elles correspondent, sur le plan métapsychologie, à des aménagements paradoxaux de la

subjectivité qui est désaxée, en commémoration des traumatismes précoces.

7 Les actes les plus fous conduisent à des mouvements contre-transférentiels de déni, d'évitement, de délitement de la pensée, de glaciation sensorielle ou de fascination. Le clinicien se transforme parfois en « enquêteur » allant chercher quelques indices (de la subjectivité perdue dans l'acte) en dehors de la parole qu'il entend, pensant parfois qu'elle ne lui est pas véritablement adressée… Ces cliniques convoquent ainsi et toujours des modalités de présence et d'écoute spécifiques.

8 Les professionnels qui s'engagent dans ces cliniques, comme en témoignent les auteurs de ce numéro, savent combien il est question d'accueillir une demande difficilement formulable, toute demande supposant en amont une adresse potentielle et la reconnaissance d'une souffrance psychique repérable. La rencontre clinique, et les règles qui l'aménagent, comporte une situation extraordinairement complexe qui revient de toute évidence à questionner en permanence la coalescence entre les caractéristiques du dispositif dans l'invitation qu'il suscite et les processus psychiques en rapport qui s'y déploient.

9 Un élément typique de ces cliniques est leur fort degré de non-transformabilité. La difficulté du travail clinique auprès de ce type de patients se situe dans une exportation très délicate, « en dehors des murs », de situations qui se présentent soit comme abjectes et effrayantes, soit comme trop identifiantes, soit comme « quasi inexistantes » tant il y aurait peu à en dire… La difficulté transformationnelle que pose cette clinique, de par l'incapacité des patients à jouer avec de la matière psychique malléable rattachée aux propriétés de la représentation, implique des configurations transférentielles où le jeu se déplace sur l'objet externe : on peut évoquer en ce point la manipulation du professionnel (que les soignants redoutent et dénoncent régulièrement tant les identifications à la victime sont prégnantes), comme vestige de l'utilisation d'un objet peu malléable, car peu utilisable ; on comprendra aisément que c'est à ce titre aussi que ces patients « viennent chercher » le professionnel dans un jeu paradoxal qui peut prendre la forme d'un « cours moi derrière que je t'attrape ». C'est sur

le terrain de l'intime, comme cela est toujours le cas, que la rencontre clinique s'effectue ; mais dans ces configurations psychopathologiques, le travail de l'intime qui se tisse avec le patient peut très vite prendre une coloration peu licite et illégitime… parce que ces cliniques convoquent l'identité même de l'objet, c'est-à-dire du professionnel, en deçà des mots, là où il est vital pour le patient de se rencontrer dans un Autre d'abord semblable avant d'être différent. L'ouvrage récemment paru d'Élisabeth Clavairoly, psychologue ayant exercé durant 34 ans en milieu psychiatrique carcéral, retrace ces moments de rencontre singuliers.

BIBLIOGRAPHY

Balier C. (1988) *Psychanalyse des comportements violents*, Paris, PUF.

Clavairoly E. (2013) *Soigner en prison ? Parcours d'une psychologue*, Lyon, Césura.

Roussillon R. (2008) « Corps et actes messagers », in Chouvier B., Roussillon R., *Corps, acte et symbolisation*, Bruxelles, De Boeck.

Sénon J.-L (1998) *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF.

Zagury D. (2006) *Place et évolution de la fonction d'expertise psychiatrique*. Paris : Rapport de l'Inserm, février 2006.

NOTES

1 La rétention de sûreté vise le placement de détenus ayant exécuté leur peine, mais présentant un risque de récidive élevée. Cette procédure a été particulièrement critiquée puisqu'elle implique l'enfermement de personnes pour une infraction « non encore » commise.

AUTHOR

Magali Ravit
Psychologue clinicienne, maître de conférences
IDREF : https://www.idref.fr/060558040
ORCID : http://orcid.org/0000-0002-8669-4394
HAL : https://cv.archives-ouvertes.fr/magali-ravit
ISNI : http://www.isni.org/0000000431889025

BNF : https://data.bnf.fr/fr/16764606

Le soin en milieu pénitentiaire : nouveau challenge et continuité éthique

Pierre Lamothe and Frédéric Meunier

DOI : 10.35562/canalpsy.1653

OUTLINE

La pression de la défense sociale
La prescription du soin par l'extérieur
Les changements dans la clinique
L'UHSA symbole du maintien de l'éthique dans l'évolution technique

TEXT

1 Alors que la loi fondamentale de 1994 établissant le principe de l'égalité de l'offre de soins aux détenus avec le milieu civil atteint ses 20 ans d'application, force est de constater que des changements considérables sont intervenus, aussi bien dans le paysage institutionnel et social que dans la population pénale et ont nécessité une constante adaptation des pratiques avec parfois des risques de perversion sur lesquels il est important de maintenir la réflexion.

La pression de la défense sociale

2 La fascination médiatique autant que les orientations politiques ont mis un accent tout particulier sur les crimes sexuels, stigmatisant leurs auteurs et enfermant souvent leurs victimes dans le compassionnel jusqu'à créer de vraies complications pour des prises en charge déjà difficiles. D'indignation en fascination, les exigences à l'égard du délinquant sexuel créent un modèle qui tend à s'étendre à l'ensemble de la population pénale dans une logique d'élimination plus que de réinsertion, dans l'illusion de la possibilité de prévenir la récidive, de prévoir la dangerosité et l'évolution des délinquants avec certitude.

3 Cette culture du résultat, logique managériale impliquée de façon inappropriée dans le domaine médico-social, aboutit à des réactions

d'adaptation ou de défense qui sont également désastreuses.

4 L'ambivalence socio-médiatique rend également insupportables, et qualifiés de dysfonctionnements, aussi bien le suicide du détenu alors que l'aggravation des peines conduit à la désespérance malgré « l'hygiène » croissante de la prison, que l'incapacité à appliquer un traitement efficace à la délinquance ou au moins à l'évaluer de façon criminologique certaine.

5 L'administration pénitentiaire qui était dans un premier temps soulagée de trouver en l'hôpital un partenaire partageant avec elle la prise en charge de la personne détenue, s'organise face aux pressions de plus en plus comme gestionnaire de la peine, sous traitant à l'éducation nationale ou à la médecine des prestations de service dont elle se défausse et sur lesquelles elle peut demander des comptes.

La prescription du soin par l'extérieur

6 Face à cette attitude, la tentation est grande pour certains professionnels de se défausser à leur tour, en ne déclarant « malades » que ceux qu'ils savent soigner et en renvoyant les troubles du comportement à la gestion disciplinaire de la prison, ou d'organiser dans le meilleur des cas une « médecine d'organes » avec une dichotomie des spécialités sans implication réelle par rapport à la complexité de la prise en charge psychiatrique et psychologique des personnes et de leur situation.

7 Cette prestation, calibrée sur les critères de l'administration comme la fourniture de maintenance ou de blanchisserie, aboutit à une responsabilité limitée, commode, souvent retranchée derrière l'alibi des moyens qui donnent le niveau de prestations à l'intérieur de la mission générale confiée aux professionnels de terrain. Cette réponse à la prescription par l'extérieur du soin (par l'expert, par le juge, par l'avocat… ou même par le patient pervers qui exige qu'on change ses pulsions de façon « chirurgicale », en restant passif dans le seul acte de présence…) aboutit, au contraire de ce que devrait être la prise en charge multidisciplinaire : au lieu d'être dans une solidarité de responsabilités communes avec des territoires de spécialités propres

dans lesquelles chacun respecte le domaine de l'autre, les professionnels se consacrent à la définition des limites au-delà desquelles chacun n'est plus responsable de ce qui arrive. La logique du « dysfonctionnement » dénoncé amène ainsi à pointer l'insuffisance de l'autre supposé être responsable de l'échec de tous. La culture du résultat et la politique médiatisée aboutissent à une espèce de « soin-télé-réalité » où l'on peut même voir des stratégies d'alliance d'élimination du maillon faible pourtant indispensable au but de tous sous prétexte qu'il vaut mieux être irréprochable individuellement que responsable collectivement !

Les changements dans la clinique

8 Dans le même temps, la population pénale a changé tout autant que le cadre passé du silence au bruit, la prison étant devenue aussi excitée et excitable que le milieu extérieur. On assiste à une diminution nette des grands syndromes classiques de la psychopathologie, dont la prise en charge est d'ailleurs, sinon facile, au moins bien codifiée, au profit de troubles de personnalité majeurs, coexistant dans une apparence de bonne prise en compte de la réalité avec des habiletés sociales et des capacités cognitives normales, mais laissant place à un fonctionnement très pulsionnel avec une impatience extrême chez des patients ne supportant pas la frustration avec une esthésie narcissique à fleur de peau et à fleur de mots.

9 Il ne s'agit même pas de la relation sado-masochique bien connue chez les psychopathes abandonniques d'autrefois, mais d'un fonctionnement de décharge, astructuré, volontiers pervers et naturellement dans une relation d'emprise, vis-à-vis duquel les thérapeutiques traditionnelles sont désarmées. Ces « clients » du soin, même s'ils ont la « tchatche », sont peu accessibles à la parole et à la mentalisation… pas plus d'ailleurs qu'à une chimiothérapie efficace avec notre pharmacopée actuelle, et les accompagner demande des techniques adaptatives difficiles dans lesquelles le professionnel ne doit pas être seul.

L'UHSA symbole du maintien de l'éthique dans l'évolution technique

10 Face à ces nouveaux défis, la réponse technique s'est aussi sophistiquée avec des moyens mieux répartis et mieux mutualisés calqués sur les trois niveaux de l'offre de soins extérieure, les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) constituant le troisième niveau de l'accueil des détenus par rapport à la psychiatrie ambulatoire des UCSA (Unité de Consultation et de Soin en Ambulatoire) et aux SMPR (Services Médico-Psychologiques Régionaux) qui assurent les deux premiers niveaux. Si leur importance numérique peut paraître dérisoire par rapport au nombre de psychotiques susceptibles d'y être accueillis, surtout si, pour des raisons économiques, le programme reste arrêté à sa première tranche de neuf établissements, leur importance symbolique est quand même déterminante : les UHSA, sont des unités hospitalières où l'admission est prononcée par les médecins et non par l'administration pénitentiaire, sur des critères cliniques. Avec leur plateau technique équivalent aux meilleurs hôpitaux psychiatriques et une éthique du contact avec le détenu confié exclusivement aux équipes de santé, l'administration pénitentiaire n'assurant que la garde périphérique, elles ne sauraient être réduites au rôle d'UMD (Unités pour Malades Difficiles) réservées aux patients détenus malades mentaux dangereux. Elles sont au contraire des lieux d'accueil de personnes dont l'état mental nécessite des soins qui ne peuvent être réalisés dans l'établissement d'origine et qui peuvent être admises certes sans consentement, mais aussi sur leur propre demande dans une proportion importante.

11 Cet abandon du critère de dangerosité au profit du critère de la *nécessité de soins* replace l'ensemble de l'action des soignants en prison dans la continuité éthique qui a été jusqu'ici issue de notre réflexion et moteur de notre action dans des conditions difficiles. C'est la souffrance qui est prise en compte plus que formellement la maladie, ce qui permet d'ailleurs de faire table rase d'idées toutes faites issues d'une conception mièvre des droits de l'homme : le

psychotique a tout autant sa place en détention que dans la cité et sa présence n'y est pas forcément objet de scandale. Mais cela permet aussi de dépasser la notion du soin ponctuel technique pour aller vers l'accompagnement dans le sens le plus souple et le plus large (« *cure and care* »), ce qui est la seule façon de soigner valablement en prison et, avantage non négligeable en même temps, la meilleure réponse de défense sociale aux préoccupations concernant la dangerosité et la récidive !

AUTHORS

Pierre Lamothe
Psychiatre des hôpitaux, Pôle SMDPL, Lyon
IDREF : https://www.idref.fr/148141102

Frédéric Meunier
Chef de pôle au Vinatier
IDREF : https://www.idref.fr/088783529

Spécificité de la prise en charge médico-socio-psychologique des personnes souffrant d'addiction en milieu pénitentiaire

Charlotte Bérard-Elmassian, Faroudja Boutahra, Charlotte Leriche, Frédéric Sahajian and Marie Sautereau

DOI : 10.35562/canalpsy.1656

OUTLINE

La rencontre avec le soin : entre nécessité et opportunité
La lutte contre les illusions
L'illusion de maîtriser la consommation
L'illusion de concordance du temps judiciaire et du temps clinique
D'un travail de liaison à un travail de lien : la question du relais et de la continuité des soins

TEXT

1 Une des caractéristiques principales du travail psychique en milieu pénitentiaire est de se trouver dans un milieu fermé avec toutes ses particularités. Ce travail en milieu carcéral induit, dans la rencontre avec le patient, et tout particulièrement avec le patient toxicomane, des modifications comportementales du sujet. Il est alors nécessaire pour chaque praticien de pouvoir en tenir compte afin d'aider au mieux le sujet dans l'élaboration d'un travail psychique.

La rencontre avec le soin : entre nécessité et opportunité

2 Les usagers de substances psychoactives (licites ou illicites) arrivant en Maison d'Arrêt se retrouvent dans un rapport au produit différent de celui qu'ils ont à l'extérieur. Ce changement dans leur accessibilité aux substances les conduit à adopter un autre comportement face à l'absence : ils auront le choix de solliciter ou non les professionnels de santé afin de soulager, dans l'immédiat, le manque. Quand l'angoisse est trop forte, quand les modalités de fonctionnement psychique de

l'extérieur ne fonctionnent plus à l'intérieur, il s'agit d'adopter de nouvelles stratégies afin de pouvoir s'apaiser et ne pas se sentir *mourir à l'intérieur de ces murs*.

3 À la Maison d'Arrêt de Corbas, la prise en charge est différente selon le type de substance consommée : pour les usagers d'alcool, ce sont les médecins généralistes de l'UCSA qui préviennent le risque de *delirium tremens* alors que pour les usagers d'opiacés ce sont les psychiatres du SMPR qui prescrivent la substitution. Rencontrer un psychiatre plutôt qu'un médecin généraliste est un point de différence avec l'extérieur.

4 Au sein de la détention, le patient sous méthadone se trouve en prise contrôlée. Chaque jour, il vient prendre son traitement au SMPR. Il se trouve alors dans l'impossibilité de gérer lui-même son traitement comme cela aurait pu être fait à l'extérieur. Ce contrôle induit certes un transfert de dépendance vers les soignants qui sont vus tous les jours, mais permet au patient de faire l'expérience d'un lien à l'autre.

5 Le manque, l'absence, enclenche potentiellement un processus de soins.

6 *M. O. est usager de cannabis. Son incarcération a entraîné une restriction de ses consommations de produits psycho-actifs, il se sent mal, très angoissé, et demande à voir une psychologue. Sans les produits qu'il utilise habituellement, il ne trouve plus aucun apaisement. Il se heurte à ses difficultés, aux autres, enchaîne les problèmes en détention. Sans domicile depuis qu'il est jeune majeur, il a un vécu de honte très important. La séparation de ses parents a entraîné une désorganisation familiale importante, son propre père vit dans un foyer d'accueil. Sa mère ne peut pas l'accueillir lorsqu'il va trop mal, qu'il ne travaille pas. Il accepte de venir à des entretiens régulièrement, face à notre acceptation de son désarroi et de son déséquilibre lié à la situation actuelle et à son histoire. Dans un moment d'angoisses particulièrement fortes, il accepte notre proposition de rencontrer une psychiatre, malgré sa peur de la « folie », sa terreur des « médicaments ». Petit à petit, M. O. adhère à cet accompagnement respectueux de sa défiance vis-à-vis de l'aide qui peut lui être proposée ici, ou à l'extérieur. Sa participation à un Programme de Mobilisation et d'Accès au Soin va lui permettre de commencer à investir des liens, avec l'éducatrice chargée du*

programme, avec d'autres intervenants. Il accepte alors de reprendre contact avec une structure qui lui avait paru offrir une « aide acceptable » dans sa région.

La lutte contre les illusions

L'illusion de maîtriser la consommation

7 Dès lors qu'ils ont pu se recréer un semblant d'équilibre psychique au sein du milieu carcéral, certains patients ont tendance à penser qu'ils sont guéris. Ils se trouvent alors dans l'illusion de maîtrise de leur consommation, ils pensent que celle-ci n'est plus problématique puisqu'elle n'envahit plus leur esprit.

8 *M. K., 45 ans, est un ancien usager d'héroïne, produit utilisé jeune adulte, en injection. Sous méthadone depuis plus de dix ans, suivi par un addictologue au sein d'un service spécialisé.*

9 *M. K. a été incarcéré à sept reprises, sans que la moitié de celles-ci ne fasse trace dans son histoire. M. K. propose une reconstruction, un récit où la mort est très présente : depuis le décès d'un membre de sa famille il y a cinq ans, il dit avoir sombré dans la dépression et évoque un problème avec les médicaments psychotropes. Une addiction forte qui l'entraîne à commettre des délits pour se procurer des « cachets ». M. K. a longtemps travaillé et eu une insertion sociale correcte. Hypnotiques, tranquillisants, benzodiazépine, M. K. s'assomme et consomme des doses invraisemblables. M. K. est signalé par son médecin au CSAPA : nous lui proposons un accueil et dans un premier temps une prise en charge groupale. Il intègre le groupe Réduction des Risques, puis le Programme de Mobilisation et d'Accès aux Soins. Enfin, il est orienté vers une psychologue du CSAPA. La prise en charge de M. K. va durer un an et demi. En dehors de ses entretiens individuels, avec son psychiatre et sa psychologue, M. K. participe à différents groupes (PMAS, sophrologie, Photolangage®, TCC…), différents programmes. M. K. s'inscrit à tous les ateliers qui peuvent aussi exister en détention, organisés par le SPIP.*

10 *M. K. consomme-t-il du groupe, du temps de soin, de la même manière qu'il utilise les psychotropes ? Ou a-t-il désespérément besoin de s'animer, de se sentir vivant et porté par le groupe ?* Nous nous

interrogeons, nous avons parfois le sentiment de tourner en rond, d'être bloqués avec lui dans ce fonctionnement. Néanmoins, nous continuons à tenter avec lui de trouver un peu de sens à ces comportements qui lui posent tant de problèmes : échecs de ses aménagements de peine, son « état » parfois comateux fait douter de ses possibilités de réinsertion. Une permission de sortie vient donner de la réalité à son impossibilité à contenir son besoin de consommer compulsivement. Cet événement nous décourage, mais nous invite avec lui à mieux affronter la situation, avec moins d'illusion ? Un autre temps dans la prise en charge s'ouvre alors, qui permet à M. K d'aller à la rencontre de choses bien plus sombres et mortifères que ce qu'il pouvait approcher au départ.

11 *M. K. souhaite reprendre le suivi qu'il avait depuis longtemps avec son addictologue, et souhaite poursuivre une prise en charge psychologique. Il n'est nullement question de sevrage, mais l'illusion de pouvoir maîtriser ses consommations a cédé et un accès à son histoire, au manque et à l'absence qui l'habite commence à se dessiner pour lui. M. K. est peut-être davantage entré dans le soin…*

L'illusion de concordance du temps judiciaire et du temps clinique

12 Beaucoup de patients sont dans la demande de baisser voire de stopper leur traitement psychiatrique ou de substitution. Pour eux, dans l'idéal, le temps clinique devrait rimer avec le temps carcéral et judiciaire. Beaucoup imaginent que, soit sous la pression du juge, soit sous la pression des familles, il faut qu'ils arrêtent leur traitement avant de sortir. Souvent cette illusion peut être déconstruite lorsque le sujet fait l'expérience de la sortie, et qu'il prend conscience que les tentations à l'extérieur sont plus fortes que ses propres résolutions.

13 *M. C, âgé de 35 ans, multiplie depuis sept ans les incarcérations pour des courtes peines, toujours pour des délits commis dans des états d'imprégnation toxique. Il présente une polyaddiction à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. M. C. n'accepte une prescription de TSO* que lors de ses incarcérations et dès les premiers rendez-vous, il réitère inlassablement son souhait de diminuer progressivement les doses pour sortir sans aucun traitement. L'histoire se répète : M. C. sort sevré, retrouve un contexte difficile avec peu de ressources pour y faire face*

(refusant l'idée d'une maladie chronique et donc d'un soin indispensable) et consomme à nouveau.

14 Ainsi, notre principale mission en milieu carcéral est d'offrir au détenu la possibilité de rencontrer un soin psychique qu'il n'aurait peut-être pas pu rencontrer ailleurs, de lui permettre la prise de conscience que ce soin n'est pas dangereux pour lui, qu'il peut au contraire lui apporter un mieux-être et lui permettre d'entamer une première rencontre avec son intériorité.

Le CSAPA « Antenne Toxicomanies »

Chronologie d'un dispositif

1986 Une réponse de l'époque à une problématique qui apparaît dans la complexité de l'imbrication de ses dimensions sanitaire et sociale : création à titre expérimental de quatre Antennes Toxicomanies en maison d'arrêt, dont celle de Lyon, destinées à la prise en charge non médicalisée des détenus toxicomanes. Elles sont financées par un budget spécifique du ministère de la Santé. Placées sous l'autorité médicale des médecins-chefs des SMPR*, elles dépendent administrativement de l'hôpital de rattachement de ce service.

1992, 2003, 2009 : du CSST* au CSAPA*, d'un financement spécifique à l'intégration au budget de l'Assurance Maladie : une évolution réglementaire qui inscrit l'Antenne Toxicomanies dans le champ sanitaire de droit commun pour la prise en charge des addictions et qui lui assure une pérennité d'existence.

Depuis 2008, le CSAPA Antenne Toxicomanies, structure médico-sociale régie par la loi n° 2002-2, est intégré au

pôle SMPR-CSST-UHSA qui deviendra le pôle SMDD-PL* en 2009.

La composition de son équipe

Deux psychologues pour un temps global de 1,30 ETP, deux éducateurs spécialisés à temps plein dont 1 ETP dédié à la coordination du CSAPA et de programmes spécifiques, deux médecins alcoologues pour un temps global de 0,75 ETP, un médecin de santé publique pour 0,20 ETP et une secrétaire pour 1 ETP.

Ses missions

L'accueil ; l'information ; l'évaluation médicale, psychologique et sociale ; la prise en charge et l'orientation de personnes détenues à la maison d'arrêt de Lyon-Corbas en difficultés avec l'usage des substances psychoactives licites et illicites. L'offre de soins proposés par les professionnels du CSAPA s'exerce avec la libre adhésion du patient pour qui, s'il le souhaite, l'anonymat de sa prise en charge est garanti.

Ses publics

L'Antenne *Toxicomanies* accueille des patients jeunes, parfois très jeunes (18 % ont moins de 25 ans) avec des caractéristiques spécifiques : immaturité sociale pour beaucoup (notamment dépendance aux parents : logement, emploi), fragilité scolaire aussi pour ceux qui n'ont pas terminé leur formation initiale ou l'ont terminée par des échecs, précarité de leur inscription sur le marché du travail. L'inscription dans un parcours de délinquance a

majoritairement précédé de plusieurs années leurs comportements d'addiction. Ces spécificités ne sont pas sans marquer de leur empreinte les rapports de ces publics à la toxicomanie : faible conscience de la dépendance, minimisation de la gravité de ses effets, difficulté à se projeter dans son avenir à plus ou moins long terme.

L'alcool représente le produit à l'origine de la prise en charge pour 53 % des patients, les opiacés, pour 21 % des patients, le cannabis pour 18 %, les autres produits (cocaïne, psychotropes et substitution détournée, autres) pour 8 %.

75,3 % des patients pris en charge présentent une dépendance à un ou plusieurs produits consommés et 23,4 % un usage à risque ou nocif. 2,2 % des patients ont utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent leur prise en charge par l'Antenne Toxicomanies et 8,3 % antérieurement.

On peut souligner que la population accueillie à l'Antenne, malgré ses caractéristiques épidémiologiques, a rarement eu accès aux soins et à une prise en charge de ses dépendances. L'incarcération est pour beaucoup de ces personnes une première occasion d'accéder aux soins du secteur spécialisé dans le traitement des addictions et de prendre conscience de leurs toxicomanies. Cette spécificité oblige à aller au-devant de la demande des sujets. Le CSAPA dispose de trois sources d'adresse des détenus concernés : le SMPR de la prison de Lyon-Corbas, l'UCSA*, le SPIP* et de façon minoritaire le personnel de surveillance de l'administration pénitentiaire.

Ses pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles actuelles héritent de l'histoire de l'Antenne Toxicomanies qui est marquée par son statut expérimental à l'origine et par sa dimension minoritaire : structure du secteur médico-social au sein même d'une institution hospitalière. Cette existence en quelque sorte « en marge » a poussé les équipes à occuper une position réflexive permanente pour maintenir la nature de ses missions spécifiques qui s'adressent à un public qui ne s'inscrit pas d'emblée dans une démarche de soin et pour lesquels la question sociale est très présente dans toutes les prises en charge quelle que soit leur nature. La typologie des publics, les contraintes du milieu pénitentiaires et leurs effets délétères sur les équipes obligent à la créativité.

Ainsi, les membres de l'équipe participent-ils à la conception et à la mise en place de modalités d'action souvent renouvelées pour répondre à l'évolution des politiques publiques, des problématiques des personnes prises en charge et des contraintes du milieu. Les pratiques professionnelles fondées à l'origine sur l'accompagnement individuel se sont enrichies d'une offre multiple de travail de groupe : Photolangage®, Sophrologie, Découpage-Collage, Réduction des Risques, Approche des Thérapies Cognitivo-Comportementales, Tabac, Information sur l'Alcool. Ces groupes sont majoritairement animés par des prestataires de services.

Pour favoriser, chez les personnes concernées, le recours à son offre d'accompagnement et de soin, le CSAPA a conçu un programme destiné à cette fin : le Programme de Mobilisation pour favoriser l'Accès aux Soins (PMAS). L'expérience acquise par les travailleurs sociaux dans l'organisation de programmes spécifiques (UPS*, PMAS) a fait évoluer leur approche du sujet de la focalisation sur ses difficultés vers une mise en évidence de ses ressources qui vont être travaillées à l'aide de médiations (artistiques,

sportives…). De plus, depuis sa création, l'équipe de l'Antenne Toxicomanies prend en compte la question de l'insertion sociale de ses patients qui se concrétise dans l'élaboration d'un projet de sortie en étroite collaboration avec les institutions chargées de cette problématique en milieu carcéral (SPIP*, délégués des Missions Locales et de Pôle Emploi, associations intéressées à la question du logement et du soin) et en milieu ordinaire : spécialisées dans la prise en charge des addictions et de droit commun. La préparation à la sortie répond à la fois à une problématique concrète : l'accès au logement, au travail, à la formation, aux structures de soins, mais peut être aussi utilisée, comme médiation pour un travail d'élaboration psychique auquel est invité le sujet. La prise en charge proposée par l'Antenne Toxicomanies est inscrite dans deux paradoxes : proposer un soin à des personnes qui à l'instant de la première rencontre bien souvent ne demandent rien sur ce plan et tenter d'instaurer un espace de liberté de penser dans un lieu de contraintes maximum. Cette situation oblige les professionnels à la négociation permanente entre un idéal de fonctionnement porté par chacun et à la réalité de l'exercice.

D'un travail de liaison à un travail de lien : la question du relais et de la continuité des soins

15 Néanmoins ce travail n'est qu'une amorce et si nous souhaitons pouvoir réellement accompagner les détenus toxicomanes, un travail de liaison avec l'extérieur est primordial. Nous ne pouvons pas imaginer, à l'inverse du détenu, que son passage en prison, que son sevrage éventuel l'ait conduit à un changement radical vis-à-vis du produit. Il est très important que le sujet puisse continuer le travail entrepris avec les différents professionnels de santé. Ainsi, en milieu carcéral, nous ne pouvons travailler seuls, il nous faut sans cesse créer du lien entre l'extérieur et l'intérieur. Liens inter-équipes, inter-structures, qui, s'ils sont maintenus vivants, « ramifiés », permettront

peut-être au sujet de nouer à son tour des liens moins « toxiques » avec d'autres. Ce maillage, ce travail autour des liens, ce travail de liaison, pourrait alors soutenir un travail de liaison psychique. Le sujet pouvant alors « relier » des parts déliées de lui-même, de son histoire.

16 C'est dans la réalité de nos rencontres partenariales, de réseau, que nous tissons une trame, sur laquelle pourra s'appuyer le sujet, dans ses liens aux autres et ses liens intra-psychiques. Il nous faut alors lutter avec des mouvements de déliaison et de désintrication très présents.

17 *M. D. a 35 ans, il est incarcéré pour la seconde fois pour conduite en état d'ivresse, pour une courte peine. Cette deuxième incarcération, prend forme de répétition pour lui, et semble l'aider à prendre conscience de ses difficultés avec l'alcool. Lors de son arrivée en maison d'arrêt un traitement lui est prescrit pour un sevrage à l'alcool. M. D. mesure alors la dépendance physique au produit et pourra ensuite dire que cela lui semble alors grave. M. D. accepte de s'engager dans un programme groupal pour favoriser l'accès aux soins qui dure quelques semaines. Il fait ensuite une demande d'entretiens individuels avec une psychologue du* CSAPA.

18 *M. D. évoque alors un parcours d'errance, tout en travaillant, à travers l'Europe. Il ne se fixe jamais plus de quelques mois à un endroit. Il évoque une histoire transgénérationnelle où l'alcool et la violence, ainsi que l'exil sont présents. Sa sortie de prison approchant, il souhaite rencontrer un médecin alcoologue et mettre en place un traitement de soutien. Il évoque une situation précaire en termes de logement et de travail à sa sortie. Nous envisageons avec lui les relais possibles sur les services compétents au sein de la maison d'arrêt, ainsi que les relais sur les partenaires extérieurs. Mais les délais sont courts, et M. D. risque de ne pas avoir de situation satisfaisante/sécurisante à sa sortie. La continuité des soins est difficile dans un contexte fragile. Comment vivre ? Où dormir ? Ces questions peuvent parfois en évincer d'autres.*

19 *Ces quelques mois de prise en charge spécifique auront permis à M. D. de nommer petit à petit ses difficultés, sur différents plans, et de s'y arrêter un moment.*

20 Une poursuite de la prise en charge dans un CSAPA en ville lui est proposée, avec un relais entamé dès la maison d'arrêt par la rencontre d'une éducatrice effectuant une permanence d'accueil au sein de nos locaux avant la sortie de prison. M. D. accepte de se présenter comme démuni, dans l'urgence, chose peut-être nouvelle pour lui. Un temps pour le dire, et peut-être un temps suivant pour le travailler, même si pour l'instant traverser les frontières semble le moyen le plus sûr pour M. D. de laisser derrière lui les choses les plus douloureuses.

21 La prise en charge des détenus toxicomanes demande donc d'être vigilant sur les différents mouvements que peut engendrer un milieu fermé. Le soin en milieu carcéral avec des personnes présentant une problématique addictive nous apparaît le plus souvent être les prémices d'un soin, d'une rencontre avec leur vie psychique. Nous faisons alors le pari que les patients auront pu construire de petites accroches leur permettant de pouvoir poursuivre une demande lors de leur sortie, de pouvoir faire face à la réalité extérieure et de mettre en place des modifications dans leur rapport aux produits…

Glossaire

SMPR : Service-Médico-Psychologique Régional

CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

Pôle SMPR-CSST-UHSA : Pôle Service-Médico-Psychologique Régional/Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes/Unité d'Hospitalière Spécialement Aménagée

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Pôle SMD-PL : Pôle Santé Mentale des Détenus et Psychiatrie Légale

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UPS : Unité pluridisciplinaire de Préparation à la Sortie

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

AUTHORS

Charlotte Bérard-Elmassian
Psychologue, Antenne Toxicomanies à la Maison d'arrêt de Lyon-Corbas

Faroudja Boutahra
Éducatrice spécialisée, Coordinatrice CSAPA, Antenne Toxicomanies à la Maison d'arrêt de Lyon-Corbas

Charlotte Leriche
Psychologue, Antenne Toxicomanies à la Maison d'arrêt de Lyon-Corbas

Frédéric Sahajian
Médecin Santé Publique, Antenne Toxicomanies à la Maison d'arrêt de Lyon-Corbas

Marie Sautereau
Psychiatre, Antenne Toxicomanies à la Maison d'arrêt de Lyon-Corbas

Prise en charge thérapeutique en milieu pénitentiaire

Spécificité de la place du psychologue et du soin psychique auprès de « patients-détenus »

Dorothée Gorry

DOI : 10.35562/canalpsy.1662

OUTLINE

Le SMPR : entre statut de détenu et statut de patient
Présentation de la structure et organisation du service
  Pourquoi des demandes si vagues ?
Réflexion clinique aux limites de notre pratique, « le thérapeute face au patient-détenu : l'impensable rencontre ? »
  L'entretien arrivant : prémisses d'une rencontre
  Vignette clinique
La résistance (du psychologue), les résistances (du patient, du judiciaire, de la pénitentiaire) : un long chemin vers la rencontre
  Vignette clinique
Conclusion

TEXT

1 Après deux ans passés en tant que psychologue clinicienne au sein du SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) du Centre pénitentiaire de St-Quentin-Fallavier, il m'apparaissait nécessaire de pouvoir prendre du recul sur mon activité et ainsi de réinterroger la question de ma place et de ma pratique dans un tel lieu, et surtout, auprès d'une telle population : Qu'est-ce qu'être psychologue auprès de détenus ? Quelle place du soin psychique en institution pénitentiaire ? Que soigne-t-on : un acte, des troubles du comportement, de la personnalité, une pathologie, une souffrance occasionnée par l'enfermement ? Comment ?

2 Ces questions reviennent régulièrement, voire m'accompagnent au quotidien, telle une rumination constante qui pourrait se poser ainsi : « A quoi je sers ici ? ». La question de « l'utilité » du psychologue en prison, fréquemment rencontrée au détour d'un entretien difficile

avec un patient, ou à l'occasion d'un problème d'organisation avec l'administration pénitentiaire, est à la fois déstabilisante, mais stimulante, puisqu'elle amène à toujours se repositionner et à se réajuster dans sa pratique clinique.

3 Aujourd'hui, elle me permet plus particulièrement de repréciser ma place et mes missions dans un SMPR, un besoin de comprendre, expliquer et transmettre les spécificités du travail du psychologue en milieu pénitentiaire, auprès de « patients-détenus ».

Le SMPR : entre statut de détenu et statut de patient

4 Voilà déjà posée la première interrogation : avec quelle population travaillons-nous ? Des détenus ? Des patients ?

5 Pour répondre, il faut avant tout être au clair avec la nature de notre intervention : la clinique, c'est-à-dire, *aller à la* ***rencontre*** *de*. Ceci renvoie dès lors à une position de soignant, dans son acception initialement médicale : porter une attention, *prendre* **soin**, soigner une personne souffrante, un *patient* en *souffrance*.

6 Les jalons sont alors posés : le terme « détenu » renvoi davantage à un statut pénal, judiciaire, « qui est enfermé », plus spécifiquement pénitentiaire, « objet d'une sanction ». Or, pour le rappeler, c'est encore aujourd'hui un « comportement » qui reste punissable, imputé à un individu.

7 Nous allons donc tenter d'aller à la rencontre de ces individus, qui ont commis un « passage à l'acte » répréhensible et punissable, parfois monstrueux, mais qui vient justement mettre l'accent sur un mode de fonctionnement interne particulier : l'agir, en lieu et place de la pensée.

8 Nous voyons ici le point d'ancrage de notre cadre d'intervention : l'acte, comme processus de survie psychique, et donc comme symptôme, s'inscrirait comme objet constitutif d'un premier lien thérapeutique. La sanction vient ainsi mettre fin à ce processus, chez des sujets dans l'incapacité de se limiter eux-mêmes. Ces patients qui, à défaut de pouvoir exprimer une demande, ne se ressentant pas « souffrant », vont finir par nous solliciter en détention, alors qu'ils ne

l'auraient pas fait d'eux-mêmes à l'extérieur, si la sanction n'était pas venue poser une limite.

9 Pour reprendre les propos d'André Ciavaldini : « La sanction est ce qui vient redéfinir les espaces et signifier une transgression, elle restaure la limite ; elle crée un espace, espace médian, médiatisé par la Loi, et reconstitue ainsi un espace et un temps humainement partageable [1]. »

10 La première pierre étant posée, nous voilà à nouveau dans des questionnements complexes : finalement qui va à la rencontre de qui ? Le psychologue clinicien n'interroge pas (directement) l'acte, mais c'est l'acte qui vient poser l'objet de la clinique !

11 Pour éclairer le propos, il apparaît nécessaire de décrire le contexte dans lequel nous travaillons au SMPR.

Présentation de la structure et organisation du service

12 Le SMPR partage les locaux avec les UCSA (Unité de Consultation en Soins Ambulatoires), constituant ainsi le service médical, bien identifié et repéré au centre pénitentiaire, que ce soit par les professionnels ou par les détenus. Le service, interne à la détention, est situé entre les bâtiments administratifs et ceux de la détention à proprement parler. Ces derniers sont séparés en deux parties : Maison d'arrêt/Centre de détention. De manière générale, le service médical fonctionne comme un service hospitalier de jour, en ambulatoire, les détenus devant venir sur place pour être « soignés ».

13 Si les demandes somatiques apparaissent plus clairement identifiables, parfois abusives et utilitaires, les demandes « psy » sont régulièrement floues. Elles doivent, en principe, être formulées à l'initiative du patient par courrier : « les mots ».

14 En quoi consistent ces « demandes » ? Quels en sont leur formulation, leur sens, leur destinataire ?

15 Pour un certain nombre d'entre eux, les *mots* qui nous parviennent sont relativement indifférenciés : « Je souhaiterais voir un "psy" », laissant le doute sur l'orientation à donner : psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique ? Je me vois assez régulièrement devoir

clarifier les spécificités de chacun, lors des entretiens « arrivants » (entretien systématique d'évaluation et d'orientation pour tout arrivant en détention) ou lors des premiers entretiens (premiers rendez-vous suite à une demande).

Pourquoi des demandes si vagues ?

16 Avant tout semble-t-il parce que, comme le souligne André Ciavaldini : « Une grande majorité de ces patients sont dans l'impossibilité d'adresser une demande, faute de savoir quoi demander (autre que le besoin), et par conséquent, faute de disposer des liaisons nécessaires avec des représentants de mots, et surtout, faute de savoir à qui l'adresser [2]. »

17 Demander quoi ? À qui ? tel est le difficile exercice auquel doit se soumettre cette population, qui n'en a pourtant pas toujours les moyens.

18 L'autre écueil est de savoir d'où provient cette demande et nous nous rendons bien compte qu'en majorité, elle est extérieure au patient lui-même. Souvent judiciaire : « J'ai une obligation de soin », « c'est le juge qui m'a dit de venir vous voir », « ça permet d'avoir des RPS » (remises de peine supplémentaires) ; parfois familiale ou de l'entourage : « On me dit que je suis impulsif et que ce serait bien que je voie un psy ». Elles sont au contraire plus personnelles et clairement formulées lorsqu'il s'agit de pouvoir évoquer les difficultés en lien avec l'incarcération et les conditions de détention.

19 C'est souvent par ce biais que le patient va pouvoir formuler « une souffrance » : celle de l'isolement (du monde extérieur, social et familial), de la perte (des liens, des biens, de l'identité), voire du sentiment, réel ou non de l'abandon. La confrontation au « choc carcéral », à cet univers en vase clos, où règnent agressivité, violence ou indifférence, est souvent ce qui va conditionner une première demande à venir voir le « psy ». Le psychologue peut alors être plus spécifiquement convoqué dans sa fonction d'écoute et d'accueil de la parole.

20 Quoi qu'il en soit, nous voyons bien que cette demande, au-delà de son adresse et de sa formulation, est assez systématiquement un premier pas, actif, vers une demande de soin psychique.

Réflexion clinique aux limites de notre pratique, « le thérapeute face au patient-détenu : l'impensable rencontre ? »

21 Nous retrouvons là la question initiale : celle du soin psychique et de la place du psychologue auprès de patients-détenus.

22 J'ai évoqué plus haut qu'en position de soignants, de cliniciens, notre rôle était ainsi d'*aller à la rencontre* de ces sujets. Plus précisément, est-ce qu'une **rencontre**, thérapeutique, un lien authentique, une rencontre intersubjective, est possible avec ces patients ?

23 Question pas si évidente loin de là, et en amenant d'autres : Quel travail psychologique est-il possible de réaliser avec ces sujets, en absence de demande, qui fuient la confrontation à la réalité psychique ?

24 En parlant du soin psychique, A. Ciccone écrivait : « Penser implique d'assumer le risque de souffrir. Or, ce risque est parfois intolérable [3] ». Postulat d'autant plus vrai pour notre population, où le risque apparaît vital : celui de s'effondrer, faire éclater les défenses au risque d'être « percé à jour », et que tombe ce qui reste de pseudo-identité (*faux-self*). « La violence du soin psychique » (P. Aulagnier, 1975) vient ainsi mettre une barrière qu'il va falloir franchir, contourner, au prix d'efforts qui parfois nous maintiennent dans le doute.

L'entretien arrivant : prémisses d'une rencontre

25 B. Savin décrit la manière dont le « premier temps du travail thérapeutique doit permettre d'évaluer la capacité du sujet à nouer une relation qui lui soit tolérable et utile [4] ».

26 En pratique, il s'agit à la fois de comprendre les « besoins » du patient, de l'amener à faire émerger une demande, mais également de

pouvoir se dégager des mécanismes d'emprise, afin que cette demande devienne interne, personnelle.

27 Ces prémisses d'un lien thérapeutique vont pouvoir s'élaborer dans le cadre des « entretiens arrivants ». Ces entretiens consistent à recevoir tout arrivant sur l'établissement, par un professionnel du SMPR, afin de repérer notamment les besoins en termes de traitement médicamenteux, les risques suicidaires, les troubles éventuels des conduites ou de la personnalité. Ces entretiens systématiques représentent un moment clef où vont pouvoir se bâtir les fondements d'un cadre thérapeutique. Ils donnent généralement le ton à l'accompagnement psychologique qui peut s'engager ensuite.

28 Si certains patients n'expriment aucune demande particulière et vont accepter passivement la proposition d'un suivi, d'autres en revanche semblent se saisir de ce premier temps de rencontre pour exprimer, à leur manière, la volonté de s'engager dans un *processus*, mesurant parfois, qu'il est « peut-être temps de travailler et réfléchir » sur son parcours. C'est souvent le cas de sujets au passé judiciaire et carcéral lourd, et qui, à l'aube d'un besoin de « changement », d'un désir d'« être (enfin) comme tout le monde », vont demander d'être accompagnés dans ce travail de « bilan de vie et de parcours », pour « trouver les outils », les ressources pour rebondir et se (re)construire.

29 D'autres vont vouloir poursuivre un travail déjà engagé sur un autre établissement. Pas facile à ce moment-là, si un lien de confiance s'était établi avec le précédent thérapeute, « de recommencer à zéro ».

Vignette clinique

30 Je repense à ce jeune homme de 20 ans, condamné à 8 ans pour des faits de braquage et en attente de nouveaux jugements pour des affaires similaires, transféré d'une Maison d'arrêt au Centre de Détention de Saint-Quentin-Fallavier.

31 Lors de l'entretien *arrivant*, il se présente d'emblée froid et distant, le visage dur, le regard fuyant, les épaules basses. Je n'arrive pas à savoir s'il est mal à l'aise ou défensif. Je me dis intérieurement que *ça ne va pas être simple* !

32 Il m'apprend qu'il a fait l'objet d'un transfert disciplinaire suite à une agression d'un surveillant. Assez agressif dans ses propos sur le sujet, il va, contre toute attente, répondre sans trop de résistances aux diverses questions que je lui pose par la suite. Il rapporte clairement les éléments de son parcours tant familial que judiciaire. Au-delà d'un positionnement défensif, il y a comme une pudeur à parler de lui, une sorte de honte qui se traduit notamment par son incapacité à me regarder dans les yeux, fixant le sol.

33 Il montre par ailleurs une certaine maturité et apparaît authentique dans l'analyse de son parcours, reconnaissant sa responsabilité et la gravité de ses actes. Sa problématique, d'apparence psychopathique, se situe davantage dans une grande intolérance à la frustration, une agressivité latente prête à exploser à tout moment, en particulier face à ce qui le confronte à l'autorité.

34 Il explique qu'il a commencé un suivi en Maison d'arrêt, mais qu'il n'a finalement « pas beaucoup vu la psychologue », qui « ne l'appelait pas souvent ». Il y a derrière cette formulation, cette *attente*, une manière d'exprimer une demande d'attention, d'écoute et de verbalisation de ce qui ne semble plus pouvoir se contenir.

35 Je lui propose en fin d'entretien la mise en place d'un suivi régulier qui, s'il le souhaite, lui permettra de venir évoquer à la fois son vécu de la détention, mais également de pouvoir reprendre les éléments de son parcours afin de l'aider à mieux comprendre là où il en est. Il accepte le cadre proposé. Je ne suis toutefois pas convaincue de le revoir au prochain rendez-vous.

36 Il vient pourtant et l'entretien qui suivra va mettre en lumière toute la problématique identitaire, la profonde fragilité narcissique et les angoisses d'anéantissement qui se cachent sous cette apparence de « caïd ».

37 Le patient évoque sa grande difficulté avec le personnel pénitentiaire, les surveillants éveillant chez lui, comme il l'explique lui-même, un vif « sentiment de persécution ». Il réalise que le problème semble davantage venir de lui que de l'extérieur, mais ce sentiment l'envahit. Il le met en lien avec l'incident qui a valu son transfert, expliquant que ce ressenti est ancien et ravivé à chaque contact avec un surveillant.

38 Il évoque par ailleurs des cauchemars d'une grande violence et dont la tonalité terrifiante et morbide me laisse sans voix. L'angoisse qu'il communique est palpable. Je lui demande s'il a déjà parlé de ces angoisses précédemment. Il répond qu'il a toujours peur d'en dire trop, d'« être pris pour un fou », d'être jugé. Il ajoute que si les gens pouvaient voir ce qu'il avait « à l'intérieur », ils prendraient la fuite. Il explique qu'il a « le sentiment d'être deux en lui » : un jeune homme calme, aimant aller à la pêche, apprécié de son entourage, et un autre, impulsif, rongé par la haine, qui fait peur et semble également lui faire peur.

39 Nous aurons là de nombreux éléments sur lesquels revenir lors de nos entretiens ultérieurs. Ce patient vient régulièrement aux séances. Il semble investir le cadre qui lui est proposé pour tenter de mettre en mot ce qu'il craint d'agir, mais également pour trouver un écho à ce qu'il vit. L'écoute, la neutralité, la *résistance*, lui permettent d'expérimenter un cadre rassurant et étayant, où il ne craint pas de faire fuir et où ses « deux personnalités » peuvent se rassembler.

40 La rencontre avec ce jeune semble avoir eu lieu : celle d'un être en souffrance qui vient demander de l'aide.

La résistance (du psychologue), les résistances (du patient, du judiciaire, de la pénitentiaire) : un long chemin vers la rencontre

41 Être résistant, voilà un impératif dans notre pratique.

42 C. Balier évoquait en effet que la difficulté, auprès de ces patients, est « moins de rester neutre que d'être indestructible, c'est-à-dire de continuer à penser malgré les affects déclenchés ».

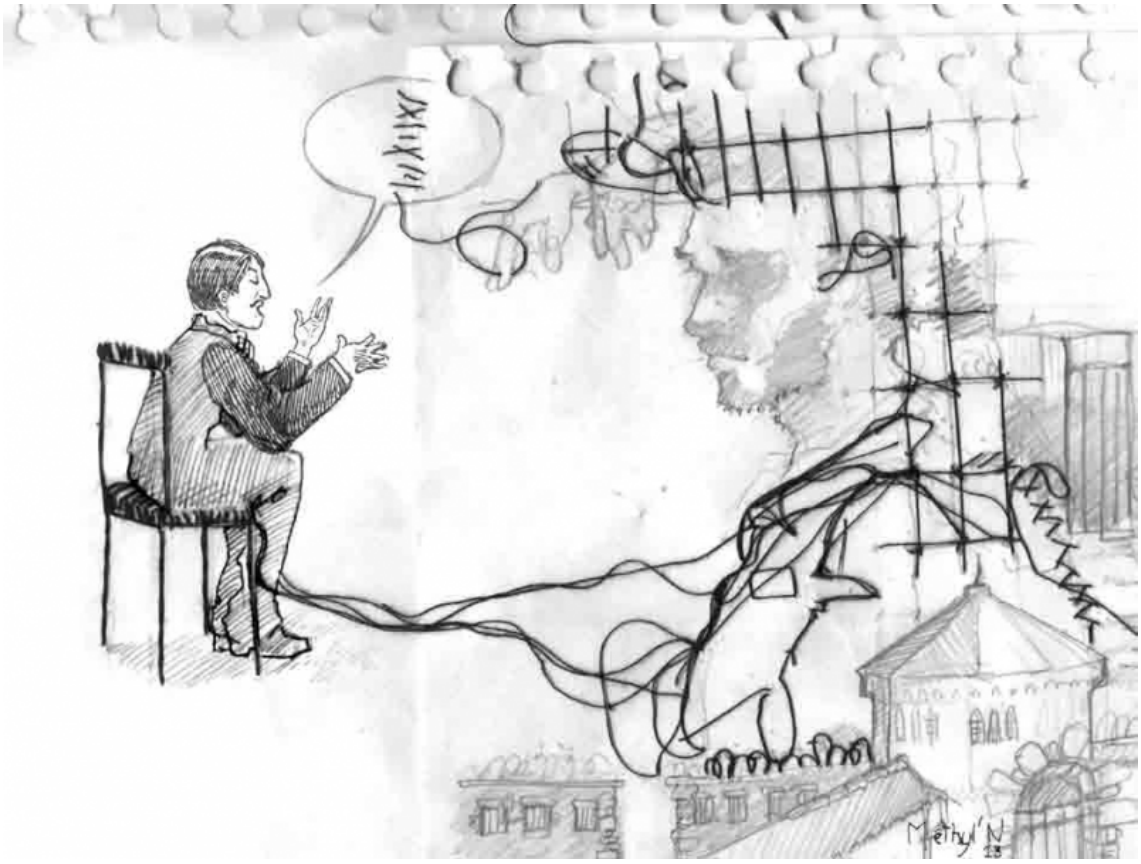
43 Nous nous retrouvons face à des sujets dont le discours reflète bien souvent une certaine pauvreté fantasmatique, des sujets qui présentent des difficultés à exprimer leurs ressentis ou à reconnaître leurs affects. Certains entretiens apparaissent longs et pesants, épuisants, car toute notre énergie est mise au service du patient qui

attend du psychologue, de les faire aller mieux, de comprendre à leur place.

44 On voit comment le registre de la passivation, qui caractérise un certain nombre de ces sujets, conduit à un retournement actif auprès du thérapeute : « C'est vous qui savez, c'est vous le psychologue ». Position de toute-puissance où le narcissisme du soignant vient répondre au narcissisme du patient, cette position peut rapidement laisser place à un vécu de frustration et d'impuissance. L'attente externe du sujet évite la responsabilité. Celle du thérapeute y est alors convoquée et le sentiment de culpabilité associé, porté en place du sujet.

45 Se rejoue bien évidemment dans le cadre des entretiens le mode de relation privilégiée de ces patients : l'emprise, que ce soit sur le mode de la séduction, voire du collage, que celui de l'attaque ou de la destructivité. Obstacle à l'émergence d'une rencontre thérapeutique, ce mode de relation, bien plus que les actes qui les conduisent en détention, nous confronte à notre propre ressenti face à ces sujets : le contre-transfert est souvent massif, allant de l'agacement à la colère, du rejet à la violence, en passant par la sidération ; ou à l'inverse, la compassion, le désir de « sauver », réponse qui vient coller non pas à la demande, mais davantage aux besoins du patient.

46 L'enjeu est toujours d'arriver à trouver la bonne distance, la distance suffisamment bonne, c'est-à-dire, être suffisamment empathique pour laisser la place, sans se laisser envahir, déborder.



Adeline Bidon (http://methylaine.blogspot.fr).

Vignette clinique

47 Cela me rappelle un patient dont j'ai repris l'accompagnement suite au départ d'une collègue.

48 Reçu régulièrement depuis plus d'un an par cette collègue, j'ai à l'occasion de notre premier entretien, invité M. J. à évoquer ce qu'il avait pu mettre en travail jusque-là, et ce qu'il souhaitait que l'on poursuive ensemble.

49 M. J. est incarcéré pour des faits de viol et d'agression sexuelle. Déjà condamné à deux reprises pour les mêmes faits, il purge une troisième peine de 12 ans de réclusion criminelle.

50 J'avais fait le choix de ne pas entrer dans le détail de son dossier et de ses expertises, pour le laisser se présenter.

51 D'emblée, M. J. m'évoque l'image d'un brave Grand-père, peu soigné mais de bon contact. Il s'exprime facilement et précise rapidement ce qu'il a pu travailler avec la précédente psychologue. Il dit avoir « déjà ouvert des tiroirs, certains étant quasiment vides et refermés, d'autres restants encore fermés et pleins ».

52 Les entretiens se mettent en place et M. J. semble suffisamment en confiance pour demander à travailler plus particulièrement sur le contexte qui a conduit à son passage à l'acte. De ce qu'il rapporte, je me fais une représentation toute faite des événements : Père de cinq enfants, M. J. était alors marié. Au chômage, il restait au domicile familial pour s'occuper des contraintes ménagères et des enfants.

53 Il rapporte qu'une distance affective s'est peu à peu installée avec son épouse, avec laquelle il ne communiquait plus, mais pour laquelle il dit avoir été pleinement dévoué. Il explique ainsi qu'au fil du temps, en quête d'amour envers une femme pour laquelle il ne semblait plus exister, il aurait surinvesti ses enfants et notamment sa fille aînée, qui elle, aurait su répondre à sa demande affective.

54 Confusion d'une demande qui a entraîné une confusion des places et des générations, M. J. explique son geste comme une « bêtise », un « glissement » où sa fille a pris la place de sa femme. « Scénario » vraisemblable et relativement courant, au moins dans le discours de ces pères incestueux, je garde en tête cette représentation et commence à travailler, par le biais de dessins, sur la question du glissement et de l'interdit. M. J. est toujours demandeur, actif dans les échanges et les réflexions menées, ce qui m'amène à le considérer comme un patient agréable, avec lequel un *réel* travail thérapeutique a pu se mettre en place.

55 M. J. est par ailleurs suivi régulièrement par la psychiatre du service. Cette dernière n'a pas le même ressenti avec ce patient, qu'elle perçoit comme relativement antipathique et surtout « manipulateur ». Elle dit parfois le déstabiliser, le renvoyant régulièrement à la réalité, notamment de ses actes et de son mode de relation à l'autre.

56 Je garde toutefois mon opinion, trouvant plutôt intéressant cliniquement que M. J. puisse investir de manière singulière des cadres et des intervenants différents.

57 Après plusieurs mois dans une dynamique où M. J. estime qu'il avance bien, moi-même le confortant dans cette position, le patient m'apprend qu'il a changé de SPIP et que le premier échange avec ce nouvel interlocuteur a été fort désagréable. Il s'est à nouveau senti jugé, n'a pas compris les questionnements du SPIP sur des affaires « classées », et a le sentiment que cela remet en cause tout le travail que nous avons effectué jusque-là. Il dit se sentir très mal. Je tente de rassurer M. J. reclarifiant les missions propres au SPIP, mais me trouve malgré moi agacée que le suivi psychologique soit requestionné dans ces conditions.

58 L'entretien suivant, M. J. me demande une feuille et un crayon et écrit trois questions. Il dit avoir revu le SPIP qui l'aurait invité à travailler sur ces questions avec la psychologue. Elles interrogent notamment la répétition des faits, sur ses deux filles puis sur son petit-fils, la commission de ces faits au sein de la cellule familiale, enfin le passage d'abus sexuels sur des adolescentes vers un très jeune enfant.

59 Je réalise à ce moment-là que ces éléments m'avaient échappé, que j'avais construit, peut-être défensivement, une représentation *acceptable* des passages à l'acte de M. J., mais que le travail que je pensais avoir mis en place avec ce patient reposait sur des bases erronées.

60 Je n'avais en effet pas en tête l'âge de ses filles au moment des faits (18 et 16 ans) ni le contexte précis du déroulement des agressions, encore moins ceux commis sur son petit-fils (9 mois), fils de sa fille aînée. J'ai pu échanger avec le SPIP référent, qui a permis de repréciser la manière dont M. J. s'était approprié ces questionnements, ainsi que de clarifier la chronologie des faits et des condamnations. Depuis, j'ai pu rectifier mon positionnement auprès de M. J., ne me laissant plus conforter dans une complaisance passive où le patient m'avait menée, restant ainsi dans l'évitement.

61 J'ai pu par ailleurs lui renvoyer que la confrontation au SPIP et aux éléments de réalité allait peut-être enfin permettre de travailler sur une problématique essentielle : la particularité de sa relation à l'autre.

62 Comme un petit garçon pris en faute, M.J. craint que désormais le lien soit rompu. Il répète systématiquement qu'il souhaite poursuivre nos entretiens, où il s'est jusque-là toujours senti en confiance. Il

exprime de manière détournée, sa peur que dorénavant je le *regarde* différemment. Je lui renvoie alors que partir de la réalité ne changera en rien le lien thérapeutique et qu'au contraire, lui-même en demande « d'*avancer* », il est grand temps de s'y confronter.

63 Cette vignette clinique permet à la fois de mesurer combien on peut rapidement coller à la demande du patient et se faire envahir, la relation perverse conduisant à être utilisé comme le souhaite le patient. Elle montre également l'importance du travail thérapeutique en équipe et en partenariat, afin d'éviter le clivage propre au fonctionnement de ces patients, et ainsi favoriser la continuité et la cohérence d'un cadre contenant.

64 Le processus thérapeutique peut ainsi être long à s'enclencher et différentes étapes sont parfois nécessaires afin que la rencontre ait lieu.

65 La résistance des patients à finalement « se montrer authentique », se livrer, s'exposer, est bien souvent à comprendre comme le risque de rompre et de perdre le lien, avec le psychologue, et plus largement avec les soignants et l'ensemble des professionnels qui les entourent.

66 Ainsi, faire l'expérience de résister aux résistances du patient, voilà ce qui attend le thérapeute dans un service de soin en détention.

67 Ajoutons que l'univers carcéral n'est pour le moins pas un lieu neutre et sans effet sur les prises en charge. Le cadre de la détention, les missions du service pénitentiaire, les contraintes judiciaires viennent régulièrement se confronter aux exigences du soin psychique. Deux univers se côtoient, mais pour lesquels la réalité n'est pas située sur une même temporalité. Le temps du soin ne correspond pas forcément au temps judiciaire, ni même carcéral. La prise en charge n'aura pas les mêmes objectifs selon que le patient est prévenu ou condamné. Les transferts, les sanctions disciplinaires peuvent par ailleurs venir entraver la continuité des soins, voire parfois créer une rupture et réactiver des vécus traumatiques antérieurs.

68 Dans ce contexte, la rencontre thérapeutique représente ce qui fait lien. Elle constitue une expérience inédite sur laquelle le patient-détenu va pouvoir s'appuyer pour être répétée, en d'autres lieux, à travers d'autres rencontres.

Conclusion

69 Le soin psychique en détention ne tient pas tant du cadre proposé, entre étayage, accompagnement ou thérapie, que de la manière dont le patient va pouvoir s'en saisir. Nos « objectifs » doivent rester humbles : une écoute, une attention, un cadre contenant et rassurant ; « Être là » (film documentaire de R. Sauder, 2012) et permettre que ce qui était agi jusque-là puisse trouver un espace de pensée et de parole.

70 Peut-être pourrait-on parler de la nécessaire advenue d'une démarche active du sujet, de l'intérêt de favoriser le passage d'une commande à une demande. Mais cette attente ne tiendrait-elle pas davantage du soignant ?

71 La question est aussi et surtout de savoir où se situe notre mission : entre prévention et soin ? Probablement, la prévention n'étant pas exclusivement réduite à la prévention de la récidive…

72 Pour reprendre les termes de B. Savin (2009), je crois que notre travail est essentiellement de pouvoir « tisser-retisser-réparer ». Pour cela, des aménagements apparaissent indispensables dans la rencontre : médiations thérapeutiques, travail en appui sur une équipe pluridisciplinaire, partenariat interne et extérieur… Voilà ce qui peut constituer une *spécificité* du soin psychique auprès de « patients-détenus ».

NOTES

1 Ciavaldini A., « Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2004/3, n° 57, pp. 23-30.

2 *Ibid.*

3 Ciccone A., « Violence du soin psychique », in Marcel Sassolas, *Conflits et conflictualité dans le soin psychique*, ERES « Hors collection », 2008, pp. 125-139.

4 Savin B., « "À l'ombre… vers la lumière". Quels dispositifs de soin "psy" en prison ? » *Dialogue*, 2003/4, n° 162, pp. 59-70.

AUTHOR

Dorothée Gorry
Psychologue clinicienne, SMPR de Lyon (pôle SMD-PL) CH Le Vinatier

Quelles pratiques cliniques autour de l'enfermement ?

Paul Béraud, Ivana Belouin and Delphine Carka

DOI : 10.35562/canalpsy.1664

OUTLINE

Espace de soin, espace d'enfermement
Le positionnement du thérapeute
Un espace transitionnel au sein d'un espace mortifère
Introduire de l'extérieur à l'intérieur
Conclusion

TEXT

1 Depuis quelques années, sont apparus dans le paysage sanitaire français de nouveaux types de services psychiatriques : il s'agit d'*unités fermées spécialisées*. Elles accueillent les patients les plus durs à prendre en charge, ceux qui sont résistants aux traitements, qui mettent les équipes soignantes en situation d'échec, qui n'ont plus leur place en service de soins classiques ou encore, qui nécessitent un enfermement strict durant leur hospitalisation. Ces bâtiments en béton gris, dotés de systèmes de vidéosurveillance, aux murs surmontés de grilles, aux portes closes imposantes, n'offrent qu'une seule entrée, *via* un sas, dont l'ouverture est contrôlée. Ils accueillent des hommes et des femmes, parfois mineurs, des patients dits « difficiles », pour ne pas dire dangereux. Arrivants avec leurs antécédents de passage à l'acte, tel un CV bien rempli, ils ont vécu, pour la plupart, de très longs séjours en chambres d'isolement durant leur parcours psychiatrique. Plus spécifiquement, retenons l'idée de patients auteurs de crime ou délit, pouvant être déclarés irresponsables au titre de l'article 122-1, 1er alinéa du Code pénal, ou en attente de jugement. Il peut s'agir de détenus présentant des troubles psychiatriques, une souffrance psychique, un comportement dangereux pour eux-mêmes et/ou pour autrui, accueillis en hospitalisation libre ou sous contrainte. Enfin, nous pouvons aussi

rencontrer des patients avec de tels troubles du comportement qu'ils ont épuisé les équipes soignantes, rendu leur service d'origine impuissant et nécessitent alors un séjour de rupture.

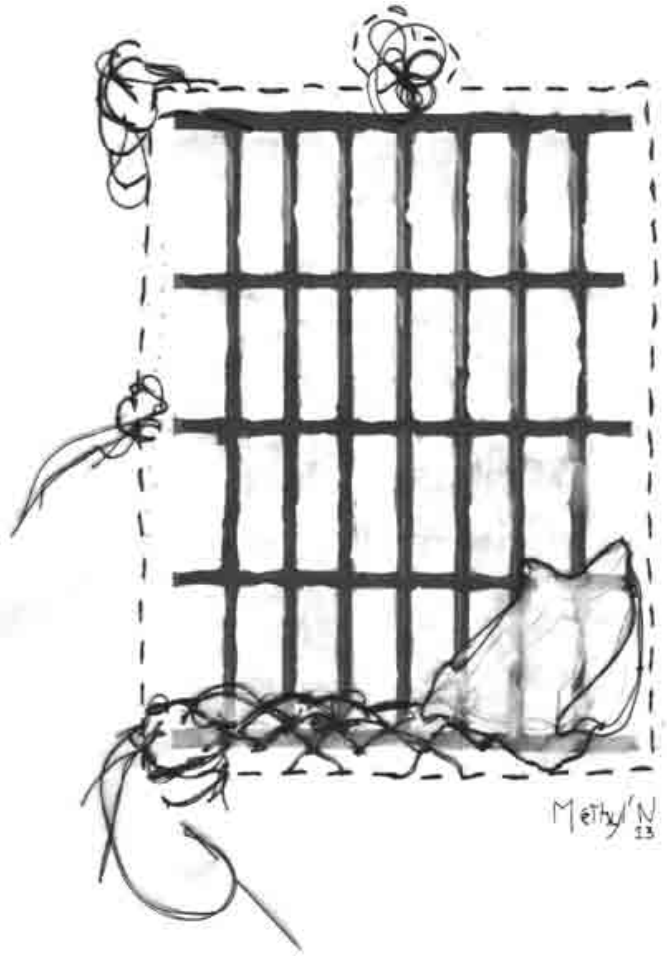
2 Comment prendre en charge ces patients qui font peur et qu'il faut donc enfermer, pour leur bien et pour celui de la société ? Comment les aider à sortir un jour de cette souffrance, cette terreur constante que nous ne parvenons pas toujours à soulager et qui les ont menés à se défendre, à agir et parfois, à tuer ?

Espace de soin, espace d'enfermement

3 L'enfermement n'est pas vécu uniquement dans l'espace physique, mais touche différentes sphères de la personne. À un niveau psychopathologique la maladie constitue également un véritable enfermement qui peut déboucher sur le handicap. Parmi les pathologies rencontrées, les plus courantes sont les maladies psychotiques, les troubles dépressifs, ou encore, mais plus rarement, les troubles de la personnalité comme la psychopathie. Les patients sont décrits comme schizophrène, paranoïaque, pervers, psychopathe, ayant un trouble schizo-affectif type maniaque, une personnalité histrionique, une personnalité dyssociale… Le tableau clinique est si complexe et les symptômes tellement labiles qu'un même patient peut se voir attribuer trois diagnostics différents, parfois incompris, souvent inquiétants, pour lui.

4 **L'enfermement** désigne « le fait d'enfermer (quelqu'un ou quelque chose) ou d'être enfermé. Enfermer signifie mettre dans un lieu d'où il est impossible de sortir, fermé de tous côtés et plus particulièrement dans un asile psychiatrique ou dans une prison. » Cela veut également dire « serrer, mettre une chose dans un lieu, dans un meuble, que l'on ferme, pour mieux la conserver, pour la soustraire aux regards, pour la garder plus sûrement. Mettre à l'abri, en sûreté et enfin environner de toutes parts, contenir et comprendre » (Larousse). Cette définition limite donc un espace clos dans lequel l'objet ou la personne est retenu, contenu, parfois même par la contention, contre son gré, mais aussi, afin de mieux la comprendre.

5 Il apparaît très vite que pour créer du lien dans ces espaces clos, il faut détourner le cadre, faire preuve de souplesse. Il s'agit avant tout d'avoir un métacadre et de nouveaux dispositifs trouvés/créés. De nouveaux dispositifs adaptés à ce qui existe, mais que nous ne connaissons pas, ou mal, car la clinique de tels patients et les possibilités de soins qui existent en milieu fermé sont peu enseignées. *Soins psychiatriques et enfermement*, c'est-à-dire comment le psychologue tente de créer un espace de soin dans un espace fermé ? Une seconde notion apparaît en conséquence toute aussi intéressante : celle d'espace. Le mot vient du latin *spatium*, qui définit « un lieu plus ou moins délimité, un endroit où peut se situer quelque chose ». Il signifie également, « un lieu créé par l'imagination hors du monde réel, pour y placer des chimères ». Au contraire de l'enfermement, il devient alors possible, avec cette notion d'espace, d'envisager différents types d'espace, à étendue variable, susceptibles à la fois de renfermer un vide sans fond que de rendre possible le voyage hors du temps vers des contrées imaginaires. Dès lors, on peut décliner la notion d'espace d'incarcération comme un prolongement de la notion d'enfermement, de même que les questions d'*espace de pensée*, d'*espace d'éprouvés*, vont prolonger la question du soin dans un enfermement psychopathologique.



Adeline Bidon (http://methylaine.blogspot.fr).

Le positionnement du thérapeute

6 Parmi les fonctions saillantes du psychologue qui nous intéressent ici, nous retrouvons sa capacité d'écoute, tant des patients que de l'institution et de ses intervenants, d'intégration et de cohésion de l'équipe hospitalière, de maintien, de restauration de la continuité narcissique, de contenance, ainsi qu'une fonction de pare-excitations et d'objet externe. D'après Bleger J. (1979), « le cadre est donc une institution à l'intérieur des limites de laquelle se produisent certains phénomènes auxquels nous donnons le nom de comportements ». Il se compose d'hommes et de femmes avec des rôles et des places à tenir. La contenance physique des lieux, de l'espace a pour corollaire la contenance psychique allouée par chacun d'entre nous ; celle-ci

passe alors par notre capacité à reconnaître et analyser nos liens transférentiels. Il va de soi que cette démarche est inhérente au métier de psychologue afin d'entrer en relation avec la juste distance relationnelle. Toutefois, dans ce cadre de rencontre entre le sujet et les professionnels de la santé, se pose d'emblée la question de notre capacité à subjectiver une violence associée aux troubles psychiques, nommés ou pas. Autrement dit, ne pas appréhender l'autre exclusivement pour et par sa violence, ni méconnaître celle-ci, mais l'entendre comme symptôme d'une souffrance, gérer les contre-attitudes, les potentiels mouvements de répulsions, de fascinations, etc.

7 Prenons par exemple le cas d'Arnaud qui a d'abord tué son père pour ensuite le mutiler et agir, sur ce dernier, un fantasme d'incorporation cannibalique : la prise en charge de ce patient tient en premier lieu sur la façon dont nous aurons de le porter en deçà et au-delà de son acte afin de ne pas le réduire à ce dernier.

8 Comment soigner et communiquer avec et autour de cette violence sans rapporter systématiquement le projet identitaire à cet agir ? Ceci nous amène à mettre en évidence la difficulté à maintenir une neutralité bienveillante lorsque nous sommes face à des victimes ou des agresseurs. La violence peut devenir l'objet de résistance, de dénégation et en ceci nous devons interagir en gardant à l'esprit qu'il est important d'humaniser, de ré-humaniser même, le sujet. Pour ce faire, il nous faut également nous attacher à symboliser, à penser, théoriser, impulser des échanges autour de ces agirs qui nous entourent et nous animent. Sans cela, sans une connaissance assez large de nous-mêmes et des autres, sans une mise au travail continuelle, le risque est de déplacer sur l'institution la violence de notre clinique.

9 En tant que thérapeutes, nous sommes amenés à investir une aire transitionnelle, située entre le dedans et le dehors, qui peut s'avérer par moments délicat. Nous partons donc d'un espace, tel que nous l'avons défini plus haut, confiné derrière des murs, des barreaux et/ou des grilles, qui possède une temporalité singulière. Pour certains le temps s'est arrêté à l'entrée de l'hôpital ou de la prison, pour d'autres, en cours de détention, d'autres enfin ne parviennent plus à se projeter tant la durée de leur condition les sidère dans un *ici*

et maintenant. De cet espace et de ce temps, la psyché essaie de se frayer un passage et nous, nous sommes là pour les accompagner dans ce mouvement.

10 Il nous arrive ainsi d'aller chercher les patients dans leurs chambres, ce qui revient à ouvrir leur porte pour les emmener dans le bureau, puis à les ramener et refermer cette porte derrière eux. Nous pouvons ainsi nous interroger sur le caractère violent, ou non, en tant que soignant de devoir tenir cette place qui suggère une privation de liberté, alors qu'au cours de l'entretien nous avons tenté d'ouvrir un espace tiers. De là, naît une des spécificités de notre travail de psychologue en milieu fermé : il s'agit de travailler en lien avec une institution qui a pour vocation d'enfermer et de contenir là où nous tentons de créer ou libérer un espace psychique.

Un espace transitionnel au sein d'un espace mortifère

11 Dans cette volonté de ramener un espace d'ouverture au sein d'un milieu fermé, le travail de médiation représente un outil thérapeutique adéquat. En effet, puisque nous n'avons pas la possibilité de sortir le patient des murs pour le confronter aux éléments de réalité, nous tâchons de les lui apporter de façon détournée. Cela permet non seulement de recevoir les projections du patient, que le soignant ne peut assumer seul, mais également de matérialiser l'accès symbolique à un extérieur. L'incarcération, l'hospitalisation privent les sens de tout ce que le dehors nous propose. Le champ visuel est largement réduit, les palettes olfactives et auditives sont limitées. Ces bâtiments renferment toujours les mêmes odeurs, les mêmes bruits et rappelons que les patients peuvent y rester plusieurs mois, voire plusieurs années. Il est donc intéressant de travailler autour de la sensorialité et c'est notamment ce qui peut être proposé avec le groupe « Photolangage ». Au-delà du travail d'élaboration et de projection que sous-tend ce matériel, il y a la perception. Et à travers les images, le patient accède à la vision de percepts, qui ne font plus partie de son quotidien.

12 Par ailleurs, le travail de stimulation cognitive (exercices pratiques d'attention, de mémoire ou encore de langage), permet d'axer le soin

sur la perte du niveau intellectuel que provoque l'enfermement. En ces lieux, le cerveau n'est plus stimulé par toute la diversité des actions que propose l'extérieur et qui le sollicite de façon automatique (conduite automobile, paiements en espèces, entretien d'un foyer…). Les patients se retrouvent alors dans une forme d'inertie, de routine, qui peut altérer leur fonctionnement cognitif. Les exercices ludiques viennent donc faire office de reproductions artificielles des stimulations extérieures. Enfermés physiquement, socialement, nous pouvons, à travers diverses médiations, mettre au travail avec le patient d'autres compétences. Par exemple, l'éducation thérapeutique (ou psycho-éducation) permet au patient de se saisir des enjeux de sa maladie, afin de ne plus se sentir aux prises d'un phénomène obscur, mais de nommer, comprendre et finalement, apprivoiser, ce qui fait partie de lui. Travailler autour des compétences sociales permet également au sujet enfermé de retrouver ou découvrir des situations de la vie courante qui n'ont plus cours dans l'espace au sein duquel il évolue. Peuvent alors être abordées la détection et l'expression des émotions, la communication verbale et infra verbale, la prise de décision et les normes sociales, ou encore le rapport à l'autre et à la loi.

Introduire de l'extérieur à l'intérieur

13 Entre les murs, le thérapeute se retrouve également enfermé, filmé et ses déplacements supervisés. Cependant, cet enfermement ne dure qu'un temps et en fin de journée, il retrouve sa « liberté ». Si nous évitons de rappeler cet élément de réalité au patient, ramener de l'extérieur à l'intérieur des murs, pour que le sujet puisse s'en saisir, représente cependant une possibilité d'entrer en relation.

14 Dans notre pratique, il est fréquent que nous soyons sollicités quant à ce que nous ramenons de nous-mêmes et plus particulièrement, du dehors. En effet, à nos retours de congés, les patients nous interrogent spontanément sur ce que nous avons pu voir ou faire. Ils s'y intéressent authentiquement et s'en saisissent positivement. Aussi, souhaiter une bonne journée, dire *bonjour*, apparaissent des échanges précieux dans la mesure où ils permettent d'éprouver le sentiment d'exister, d'être reconnu et respecté, malgré l'enfermement. Le

patient est en demande, à travers notre propre subjectivité, d'un lien, nécessaire pour lui, vers l'extérieur. De la même façon, les visites des proches ramènent toujours un peu de vie et ne semblent pas être vécues comme un rappel cruel de ce qui peut être manqué dehors. Au contraire, cela laisse entrevoir l'idée, au moins inconsciente, qu'un passage, une ouverture reste possible entre cet intérieur isolé de tout et, cet extérieur, hors de portée. Certes, il peut s'avérer difficile pour un soignant de renvoyer un vécu de liberté à ces patients, néanmoins, s'en défendre et s'y opposer paraît tout aussi compliqué. Les murs et les barreaux leur rappellent à tout instant, qu'une vie, dont ils sont privés, se poursuit hors des murs. Nier cet espace extérieur, c'est finalement cloisonner l'espace psychique du patient déjà physiquement enfermé.

15 À ce propos, Cédric avait exprimé l'importance, voire la nécessité pour lui, de communiquer avec une personne extérieure. C'était ainsi une façon de ne pas perdre notion de l'existence d'une vie « normale », de conserver des repères et de ne pas demeurer barricadé entre quatre murs et, par là même, de se mettre à rêver. Nous sommes souvent l'objet et l'enjeu de pulsions de vie chez les patients, nous représentons ceux qui font le va-et-vient entre ces deux espaces. De ce fait, nous sommes en mesure de leur amener des éléments de ce qui se déroule dehors, de ce avec quoi ils tentent de maintenir un lien. Il apparaît alors important de ne pas redouter de donner un peu de soi et ainsi, de favoriser un lien plus authentique. Le passage à l'acte peut faire peur et pousser à renforcer le dispositif, la distance thérapeutique. Pourtant, ces patients sont au contraire en quête d'un vrai lien, qu'ils n'arrivent pas à établir entre eux et les autres et qu'il nous appartient, en tant que garants du soin, de leur transmettre le plus possible. Les murs sont solides et bien épais, à nous donc, de faire preuve de souplesse, de malléabilité, pour qu'ils puissent reprendre le contrôle sur leur condition de vie déjà bien figée. Il est important de ne pas se sentir manipulé ou attaqué lorsque nous accédons à une demande qui va à l'encontre des modalités de rencontres préalablement définies. Nous travaillons avec l'humain, tout est sans cesse en mouvement et, accepter ce mouvement, c'est finalement accéder à une forme de constance, apaisante et contenante, qui permet au patient de redevenir sujet.

Conclusion

16 Il existe donc différentes possibilités de soins en milieu fermé pour des patients aux profils riches et complexes, qui souvent, ne sont considérés que par rapport à leur « faire » et non à leur « être », mais dont la finalité demeure la même. Les aider à se remobiliser, grâce une autorité bienveillante, pour mettre en relation et en mots le travail qui est fait entre l'associativité verbale et sensori-motrice, l'implication du corps et de la pensée, le travail de symbolisation et de subjectivation par la médiation. Double mouvement donc de l'extérieur vers l'intérieur et de l'intérieur vers l'extérieur. Double mouvement du soin, entre crainte et contrainte, d'une co-construction d'un travail entre clinique de l'acte et clinique du lien pour tenter de relier les perceptions en représentations, de relancer une dynamique de vie dans un enfermement mortifère.

17 Accepter l'autre, enfin, dans sa différence, dans son humanité et sa souffrance, même s'il peut apparaître incompréhensible, dangereux et criminel. On ne peut pas guérir les fous les plus fous, mais tant qu'il y aura des hommes pour les accompagner, il sera possible d'enfermer et de soigner.

BIBLIOGRAPHY

Bleger J. (1979) « Psychanalyse du cadre psychanalytique », in Kaës R. (et coll.), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, pp. 257-276.

AUTHORS

Paul Béraud
Psychologue clinicien et criminologue, UMD CH Le Vinatier
IDREF : https://www.idref.fr/256628343

Ivana Belouin
Psychologue clinicienne, spécialisée en neuropsychologie, UHSA, CH Le Vinatier

Delphine Carka
Psychologue clinicienne et criminologue, UHSA, CH Le Vinatier

Approche clinique du filicide auprès de femmes incarcérées

Marie-Anouck Pitel-Buttez and Marie-Lise Rothblez

DOI : 10.35562/canalpsy.1668

TEXT

1 Notre pratique clinique en maison d'arrêt nous confronte de façon très régulière à des femmes auteurs d'infanticide, de leur mise sous écrou jusqu'à leur transfert en établissement pour longues peines. En effet, rares sont celles que nous rencontrons qui se verront pénalement irresponsabilisées par l'Article 122-1 du CPP ou qui pourront sortir en liberté provisoire. Le lecteur doit être averti que cela constitue un biais dans les réflexions que nous avançons. Qu'elles soient incarcérées immédiatement après le passage à l'acte, suite à une longue instruction judiciaire ou suite à une hospitalisation, les patientes que nous rencontrons donnent le sentiment que l'acte vient juste de se produire, qu'elles sont encore dans un certain degré de sidération psychique. Elles peuvent apparaître effondrées, anesthésiées (voire catatoniques) ou simplement défensives ; elles dégagent pour la plupart une atmosphère dramatique, sur fond de médiatisation (actuelle ou rappelée par le bouche-à-oreille), qui les inscrit d'emblée dans la « catégorie » des détenues sous vigilance pénitentiaire. Pour que l'incarcération agisse comme un signifiant du réel, il faut que la mise sous écrou s'accompagne de soin, c'est-à-dire que soit clairement signifiée la possibilité d'une écoute non-directive, ouverte, bienveillante, dans un échange soutenant avec le soignant (psychiatre, psychologue, infirmières, éducatrice). Alors seulement, il est possible de réamorcer la dynamique psychique et de commencer le long processus de mentalisation et de réappropriation de l'acte, qui prendra plus ou moins longtemps et sera plus ou moins possible selon chacune.

2 Avec ces patientes, nous proposons chaque fois que possible, un premier entretien d'accueil en binôme (infirmier-psychiatre) : ceci nous permet, dès la première rencontre, de croiser les regards sur la problématique singulière de la patiente et de discuter en équipe du

dispositif à proposer, en fonction du tableau clinique et de la demande exprimée par la patiente. Souvent, il s'agira dans un premier temps d'entretiens individuels, qui viendront s'étayer sur le travail de réflexion institutionnelle. C'est l'équipe comme groupe-soignants qui sert de support à la construction du soin. Celui-ci est d'abord individuel, comme si l'intime du drame nécessitait une intimité de cadre pour y être accueilli, avant de permettre des prises en charge groupales complémentaires. Ce temps d'accueil ouvre peu à peu des espaces de soins davantage ciblés sur le travail thérapeutique selon les capacités psychiques et mentales des patientes : entretiens psychologiques, groupes thérapeutiques à médiation (Photolangage©, arthérapie, cuisine, relaxation, etc.). Le soin, dans sa dimension institutionnelle, est ainsi intriqué, « maillé », à sa dimension individuelle pour chaque patiente.

3 Qu'en est-il de la dynamique psychique propre à cette clinique de la destructivité des liens, mais également de la pensée ?

4 À quelles logiques psychiques l'acte meurtrier obéit-il si insensé soit-il ? Nous repérons de façon schématique et pour des raisons de clarté d'exposé deux « catégories » d'infanticides, celles-ci faisant écho à deux types de problématiques psychopathologiques.

5 Nous pourrions donc commencer par repérer les **néonaticides**, commis dans les heures ayant suivi l'accouchement. Dans notre expérience, il s'agit de femmes plutôt bien insérées socialement, sans pathologie mentale avérée, ou alors de façon bénigne (ou banalisée), tels une dépression, un alcoolisme, etc. Le tableau clinique est plutôt celui d'un état limite dont la gravité se révélera au fil des rencontres, à travers leur béance narcissique, leur vide identitaire. L'infanticide pourra être isolé ou répétitif : il semble que l'incarcération, la mise au jour judiciaire, les soins, constituent un fort facteur de prévention : peu de récidives post-carcérales à notre connaissance.

6 *Agnès a 34 ans et vit toujours chez ses parents dont elle est la fille unique. Elle est auxiliaire de vie à domicile. Il y a deux ans, elle apprend simultanément qu'elle est enceinte de 5 mois et qu'elle doit subir une interruption médicale de grossesse. Elle n'en parle à personne et ressort de l'hôpital le lendemain refusant un arrêt de travail. Quelques mois plus tard, elle est à nouveau enceinte et ne se fait pas suivre. Agnès sait qu'elle est enceinte et fréquente le père de son futur enfant depuis*

quelque temps. Elle vient de rompre avec un homme dont elle décrit être sous l'emprise. Cet homme la harcèle, la suit. Il est menaçant. Agnès ne portera pas plainte. Elle vit dans un climat de menace interne perpétuelle. Elle se dit irritable. Elle travaille beaucoup, remplace ses collègues absentes lorsqu'on le lui demande. Elle ne met aucune limite. Lorsqu'elle est au domicile d'une personne âgée, elle ressent des maux de ventre. Elle termine son travail et part s'isoler pour accoucher dans son véhicule. Elle décrit une intense sensation de solitude et de mort.

7 Les situations semblent bien différentes dans les cas d'**infanticides** impliquant des enfants plus grands, de 8 mois à 18 ans dans notre expérience. Parmi les patientes rencontrées, il s'agit alors majoritairement d'un acte isolé, dans un contexte de tableau clinique psychotique franc avec la présence d'un délire voire d'hallucinations, ou plus masqué (cas de psychoses blanches).

8 *Élodie a 38 ans. Isolée, cette jeune femme a étouffé son fils de 11 ans après lui avoir fait boire une grenadine contenant des somnifères. Elle avait développé insidieusement un délire persécutoire à bas bruit dans lequel elle était convaincue de ne jamais parvenir à récupérer la garde de son fils. L'infanticide s'est inscrit dans un mouvement mélancoliforme de suicide à deux, où la mort lui semblait la seule issue possible, tant la séparation lui était impensable. Ce délire est resté très silencieux, à peine nous en a-t-elle dévoilé un pan. Elle nous a, le plus souvent, affiché une image de douleur emmurée. Notre vécu d'impuissance, d'inaccessibilité, voire parfois de désespoir à son contact, nous laisse seulement entrevoir son propre fonctionnement, à la façon d'un transfert par dépôt* (Vacheret C., 2004).

9 Que l'enfant ait quelques heures, quelques mois, ou quelques années, comment comprendre de tels actes qui viennent dénier la loi fondamentale de l'interdit du meurtre ?

10 Dans les cas de néonaticides, le déni qui s'opère porte davantage sur la réalité psychique de la grossesse que sur sa réalité corporelle. Daniel Zagury (2013) montre que ce processus défensif porte sur une pluralité d'objets et non un seul (déni de la conception, de la métamorphose du corps, d'altérité, etc.). Nous pensons que le clivage interne et la toute-puissance de ces auteurs barrent la porte d'accès à leur désir. Il ne peut se développer en elle pas plus que le fantasme d'un enfant imaginaire. Nombreuses sont celles qui

témoignent du fait de savoir de façon rationnelle qu'elles étaient enceintes et attendaient un réveil de ce qui ne serait qu'un mauvais rêve. L'accouchement ne réinscrit pas ces mères dans le réel, il vient au contraire effracter cet état oniroïde, de façon traumatique : soudaineté de l'évènement, plongée dans un trou noir, vécu d'extrême solitude confinant au marasme, à la frontière de la vie et de la mort, puis reprise des activités de façon automatique, recouvrement de ce qui s'est passé jusqu'à effacer toutes traces visibles, jusque dans la psyché de l'entourage. Le récit de Sophie Marinopoulos (2008) décrit avec finesse ces éprouvés bruts. Les accouchements passent bien souvent inaperçus de tous. Les processus primaires sont à l'œuvre et contaminent, de fait, l'inconscient familial. La découverte des corps des victimes pourra souvent se faire de façon imprévue par des personnes extérieures au cercle familial. Lors de l'accouchement, ce qui sort du corps ne rencontre pas la représentation psychique du bébé, encore moins du sexuel par lequel il s'origine ; le nourrisson n'est pas regardé, reconnu comme tel et mis au monde comme sujet. Certaines patientes s'interrogent après plusieurs mois sur le sexe, le nom éventuellement donné au bébé, le devenir de sa sépulture. Cela nous semble parler de cet état d'indifférence que décrit Dominique Cupa (2012), un « au-delà de la haine » : « Ce mouvement qui est au service de la mégalomanie narcissique marque une distance absolue avec l'autre par l'indifférence, l'autre n'étant plus de la même espèce, déraciné de son humanité par un sujet qui ce faisant a perdu son humanité. »

11 Dans le prolongement de ces réflexions, nous sommes amenés à nous interroger sur le phénomène qu'est la congélation de la petite victime. Selon notre distance et notre regard, il n'y a pas une seule façon de considérer ce phénomène complexe. Au fil des siècles, la toute-puissance de l'être humain ne change pas. La science ne fait que lui ouvrir d'autres voies de passage telles que la généralisation à tous les ménages de l'électricité et des équipements frigorifiques, ainsi que le phénomène d'urbanisation. Sur le plan clinique qui nous concerne, le processus reste le même : garder l'objet pour toujours en soi, figer le temps, se débarrasser du corps ET ne pas s'en séparer… le paradis perdu de l'oralité et son angoisse de destructivité anale trouve alors un semblant de compromis à travers le congélateur : blanc comme leur psychose et lisse comme leur *faux-self*. À l'image

de leur psychisme où tout est compartimenté… ça, moi, surmoi… étanches et atrophiés. Dans ce système, les affects ne peuvent être liés. Cet appareil ménager qui soumet au froid et dévitalise sans tuer, n'est autre que la figure de l'objet primaire, cet autre ni moi ni non-moi… une force dure et froide. Impossible rencontre avec la souplesse et la chaleur d'un objet à utiliser que l'on détruit-trouve. Pas d'illusion winnicottienne possible, seulement la quête perpétuelle d'un paradis perdu, celui du ventre de leur mère, un utérus où tout y est. L'idéal est là béant, pauvre d'imaginaire moteur de projets et de rêveries, mais riche d'images de normalisation auxquelles coller. Ces femmes n'ont pas rencontré de figure d'attachement suffisamment sécurisante.

> « Le meurtre de l'enfant serait ainsi une tentative de suture de la symbiose originelle créée-trouvée sous l'exercice d'un narcissisme mortifère exécutant sur fond de déni l'échec de la rencontre avec l'objet et l'histoire d'une subjectivité mortellement blessée. » Ravit, M. et Pitel-Buttez, M-A. (2013).

12 Dans les cas d'infanticides impliquant des victimes plus âgées, la situation se décline de façon plus complexe : l'enfant reste l'objet d'un investissement narcissique et n'est pas considéré comme un sujet individualisé. Il est ainsi la surface privilégiée de projections maternelles, donnant le sentiment qu'en tuant l'enfant, elles ont tué une partie d'elles. L'acte se noue dans un contexte articulant leur « être au monde », au sein d'enjeux psychiques mêlant « secret, séparation et quête de conformité à un Idéal » comme nous l'explique Odile Verschoot (2007). Se condensent, sur un seul et même acte, différents niveaux de lecture et de compréhension, qui évoquent ce par quoi ces femmes sont traversées, la mélancolie notamment. Très souvent, elles souffrent d'un vécu d'abandon, de débordement avec leur enfant, lequel se généralise souvent au conjoint : « je lui ai demandé de m'emmener à l'hôpital, de rester avec moi ; il m'a dit : "c'est dans ta tête", et il est parti en fermant la porte » répétait Nadia, qui a tué son fils de 18 mois. Camille raconte ce moment précédant le passage à l'acte : « Jean a téléphoné pour dire qu'il quittait sa cure de désintoxication avant la fin. J'ai alors compris qu'on ne serait jamais une famille idéale ». Ces homicides, par leur survenue autour d'événements clés du développement de l'enfant,

et/ou de la vie conjugale, nous permettent de considérer un profond vécu de perte du sujet, comme facteur précipitant son crime filicide. Mais ce qui pourrait constituer un deuil échoue sur les rives de la régression narcissique propre à la mélancolie où perte de l'objet rime avec perte du moi. L'accès à l'ambivalence amour/haine est barré et le meurtre ne fait que l'enterrer dans le tombeau de leur clivage : tuer pour garder à jamais en soi l'objet perdu. Et comme le précise Freud (1914), les auto-reproches que s'inflige le mélancolique ne sont que les reproches adressés à l'objet d'amour. La révolte qui en constitue l'essence est enfermée dans un noyau psychotique lui-même verrouillé par un *faux-self* de haut conformisme social. C'est ce qui explique que ces crimes sont très difficilement prévisibles. Ce qui ne peut être vu par l'autre, l'entourage, mais aussi les professionnels, se fait l'écho de la haine destructrice irreprésentable chez celui qui est habité par elle. Aussi, dans la moitié des cas rencontrés, la haine déversée sur la petite victime se retournera contre soi à travers une tentative de suicide tout aussi impressionnante dans sa destructivité (défenestration, arme blanche, etc.).

13 *Camille a 34 ans lorsqu'elle tente de tuer ses trois enfants. Ses deux filles aînées parviennent à s'échapper, mais elle tue son fils de deux ans avant de se défenestrer à son tour devant son conjoint. Camille était soignée pour une dépression, avait commis trois tentatives de suicide dans les années qui précédèrent ce qu'elle nomme « l'accident ». Après des années de suivi pour tenter de comprendre avec elle ce qui s'était passé en elle cette nuit-là, il semble que le passage à l'acte s'inscrive dans un moment d'effondrement mélancolique, se déroulant dans un climat d'allure oniroïde. L'élément déclencheur est la confrontation avec son incapacité à réaliser un idéal de vie : « il fallait que tout le monde parte, puisqu'on ne pouvait plus être ensemble »*

14 Nous pensons que la femme auteur d'un infanticide a d'abord elle-même subi un processus de meurtre psychique lui ôtant toute construction possible d'une subjectivité propre : elle n'a pas pu s'étayer sur l'appareil à penser maternel. Elles ont déjà été mortes, anéanties, là où leur environnement a empiété sur leur continuité d'être. Elles donnent le sentiment qu'elles n'ont pas pu psychiquement sortir du ventre maternel. Ainsi, une patiente répète : « ma mère ne m'a jamais mise au monde ».

15 La plupart n'ont pas de souvenirs de leur enfance ou très peu, bons comme traumatiques. Il n'est pas rare que des pans entiers soient littéralement reclus laissant peu de place à une réappropriation de leur histoire. Leur accompagnement se focalise essentiellement sur leurs enjeux relationnels rejouant inlassablement la présence d'un objet insatisfaisant, insuffisamment bon. Tantôt idéalisés, tantôt incapables, nous sommes pris dans les rets d'un transfert narcissique qui nous met au défi d'une naissance de leur subjectivité. Ce défi repose plus sur notre désir que le leur, car pour elles exister fait peur autant qu'envie. Il suppose comme l'étymologie le rappelle, sortir de… autrement dit se séparer de l'objet primaire. Leur crime est avant tout un cri d'existence à défaut de pouvoir chanter, raconter leur histoire. Une portée, des notes : la rencontre clinique doit proposer la mélodie… Mais les processus de déliaison auxquels nous devons faire face ne sont pas propices aux accordages. C'est pourquoi l'équipe est primordiale : mettre en signe, mettre en sens déjà pour nous, partager nos vécus transféro-contre transférentiels, diluer la pulsion de mort dans la vie de l'équipe, celle qui porte la créativité et donc le désir : « Et si on lui proposait l'enveloppement chauffant à Madame C. ? » ou bien encore « Le groupe n'est pas encore possible pour elle, mais si on lui proposait la médiation socio-esthétique avec une ou deux d'entre nous ? »…

> « Nous avons le désir de vous rencontrer », « Nous avons des désirs de vie et de liberté (psychique) pour vous… »

16 La rencontre clinique est l'occasion d'expérimenter une relation de désir sans abus, un « plaisir licite » dirait Piéra Aulagnier. Les abus sexuels ne sont pas rares dans leur histoire ainsi que celles de nombreuses détenues. Ils ne sont que le symptôme d'une famille où les liens sont ligaturés, les places indifférenciées, les sexes déniés. L'incestuel et l'abus narcissique constituent les deux faces d'une lame qui transperce perpétuellement le psychisme et empêche son développement. L'immaturité psychoaffective de nos patientes n'en fait pas des capricieuses, ou des collectionneuses de peluches. Elle signe leur impossibilité de communiquer un vécu interne, leur soumission à leur besoin de fusion et d'indifférenciation. C'est là le terreau des somatisations en tout genre : de la « simple » posture figée à la maladie grave en passant par les dysfonctionnements

corporels, le corps parle. À nous d'y être sensibles et de nous articuler avec l'équipe somatique (unité de consultations et de soins ambulatoires des Hôpitaux généraux). Là encore, parler entre nous, faire du lien, à contre-courant du flot clivant de nos patientes…

17 Être sujet, exister : le vœu est louable, mais ce chemin est fragile, car se reconnaître comme sujet passe par la reconnaissance de l'autre et de sa différence. Au-delà de la honte, c'est ouvrir l'accès à une culpabilité insoutenable et ainsi réveiller leur culpabilité primaire d'être la toute-mauvaise fille de leur mère… si archaïque soit-elle. La porte de la mélancolie et du suicide est toujours une issue possible. En tant que soignants, nous prenons ce risque, nous l'entendons, nous acceptons non sans douleur que cela nous échappe. Cette solution-là existe en elles, leur crime le prouve, mais il y en a d'autres, moins sombres, moins radicales. Nous leur soulignons souvent qu'elles gardent la maîtrise, leur liberté et nous leur montrons qu'il existe d'autres chemins possibles où nous les accompagnerons.

18 La particularité de notre pratique tient au fait que, comme nos patientes, nous devons faire avec la réalité judiciaire. Car si le soin ne contraint à rien, la Justice, elle, oblige à se souvenir, à parler de son histoire. C'est un petit peu comme si on ne pouvait plus faire comme si de rien n'était (comme dans la famille). La société par l'action du Ministère public et de la Justice s'intéresse à ce qu'elles ont vécu. La vie de nos patientes est étalée lors de leur procès, cela dans ses aspects les plus intimes. C'est une réalité que nous avons en tête lorsque nous sommes amenés à accompagner nos patientes durant les deux à trois premières années de leur détention provisoire précédant leur jugement. Le soin, tiraillé par la rythmicité judiciaire, offre l'occasion de se réapproprier son histoire, différenciée du roman familial.

19 « C'est comme si ma bibliothèque s'était renversée et que je devais tout ranger maintenant, un à un, chaque livre de ma vie » nous raconte Bénédicte, auteure d'un néonaticide. Identifier ce qui appartient au passé, au présent et se libérer du poids de la répétition inconsciente. Identifier ce qui appartient à soi et ce qui appartient à l'autre, ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, etc. Voilà le chemin thérapeutique.

20 Depuis leur garde à vue jusqu'aux Assises, la loi entre avec fracas dans leur vie et celle de leur famille. Elle marque de façon irréversible un avant et un après, ceci venant satisfaire plusieurs desseins : sur le plan de la réalité externe, la levée d'un lourd secret (« j'ai tué mon enfant ») et la recherche d'un châtiment, qui n'est que l'écho de leur réalité psychique inter-dite où le fantasme inconscient de culpabilité est omniprésent. Coupable d'être l'égale de sa mère, coupable d'une destruction de l'objet primaire, coupable de ne pas être le parfait serviteur d'un idéal… Leur toute-puissance à détruire l'objet se fait l'écho de leur toute-impuissance à le trouver. Des retrouvailles qui pourraient être source de satisfaction pulsionnelle. Le plaisir d'une relation de désir est absent, seul compte la réponse à un besoin de fusion où bien souvent elles se laissent absorber par l'autre, dans des positions masochiques.

21 Le lecteur percevra ainsi tout l'enjeu du soin et l'ampleur de la tâche. Face à un système défensif aussi fragile qu'opérant, il s'agira de co-construire avec la patiente et entre les membres de l'équipe le cadre d'une psychothérapie d'attention plus que d'interprétation. Se voir régulièrement, ne pas oublier, faire trace, proposer des mots, inviter à mettre en forme son vécu, partager des moments émotionnels… pour que le soin offre l'opportunité d'une rencontre sémaphorisante (Roussillon R., 2008, p.30). Soyons humbles, il faudra des années pour qu'elle devienne métaphorisante. Il nous faut accepter qu'elle ne le soit peut-être jamais, mais le déni sur ce genre de pronostic a des vertus : l'immaîtrisable et donc l'espoir d'une possible naissance.

22 La clinique auprès de ces femmes vient interroger sans cesse nos propres repères identificatoires : comme femme, mère, fille, humain, tout autant que comme professionnel du soin. Dans leurs difficultés à se laisser éprouver, elles semblent s'étayer sur nos propres ressentis et les mots que nous leur proposons. Parfois, ces représentations ne nous viennent pas, ou ne suffisent pas. Nous ressentons parfois le risque d'une dévitalisation lente et progressive de notre psychisme au fil des entretiens individuels, souvent envahis par la pulsion de mort. Nous sommes traversés par des contre-attitudes particulières : le vécu de non-sens, le recours à l'intellectualisation, le sentiment d'être décevante, jamais suffisamment bonne, l'envahissement par la tristesse et l'impuissance, etc. Nous ne pouvons que souligner, à cet

égard, l'intérêt de l'équipe et de la pluridisciplinarité : il faut être plusieurs, plusieurs voix et plusieurs regards, pour élaborer une pensée commune de leur souffrance. Il s'agit d'un travail de réanimation psychique par le portage, en appui sur nos désirs de vie pour la patiente. Directement dans le soin clinique, ou plus à distance comme référence groupale, l'équipe nous inscrit dans une filiation générationnelle soignante, qui nous sert de maillage « pensant ». Du *handling* au *holding*, le soin aurait comme objectif (idéal) de permettre à ces patientes de (re)naître à elles-mêmes. Il nous est même arrivé parfois de les prendre en charge autour d'une autre grossesse. Il s'agit d'ouvrir la voie à un futur, à nouveau possible… pensable cette fois-ci. De même, le soin ne se limite pas à notre rencontre, il doit être toujours ouvert sur l'autre, l'ailleurs, où il se poursuivra, en d'autres temps et lieux, en dehors de nous…

23 L'infanticide est un acte complexe à comprendre. Il vient signer l'impossibilité d'une filiation censée réinscrire le sujet dans la différence des générations. La mort de leur progéniture constitue « le compromis » le moins douloureux face à l'abandon que les enjeux de séparation sont venus réveiller : naissance, sevrage, mise en crèche, scolarisation, divorce, deuil, etc. Invisible, indicible, irreprésentable : les pulsions de déliaisons sont à l'œuvre dans leur vie psychique depuis longtemps, ancrées au plus profond des racines transgénérationnelles.

24 « L'accident », « la catastrophe »… au-delà des mots utilisés par nos patientes pour décrire leurs naufrages criminels, l'acte parle de l'histoire d'un effondrement perpétuellement craint. Il leur faudra des années pour faire confiance à ce filet soignant et se laisser aller à traverser à nouveau cet effondrement « déjà éprouvé » (Winnicott D.W.). Une crainte qui prend la forme d'une crainte de la mort ou d'une quête du vide chez nos patientes.

25 Enfants noyés, étouffés, étranglés… ces homicides constituent le langage de l'histoire d'une ligature avec l'objet tué, figure de l'objet primaire anciennement détruit… jamais trouvé ni créé. Le crime fillicide est une rencontre qui échoue ceci dans sa double acceptation : là où elle signe l'échec d'une rencontre entre la mère et son enfant, elle marque un passage par l'acte (Claude Balier) qui échoue quelque part : Cela peut être nulle part, noyé par la psychose

et la mélancolie, ou bien encore dans une impasse, amarré à la dépression, la somatisation. Dans tous les cas, la Loi parle, le soin propose la parole, pour qu'une voix puisse peu à peu sortir de son tombeau. Que cette réalité fasse réalité en elle, cela reste leur liberté…

BIBLIOGRAPHY

Cupa, D. (2012) « L'indifférence : l'"au-delà" de la haine », in *Revue française de psychanalyse*, vol. 76, n° 4, Paris, PUF, pp. 1021-1035.

Freud S. (1914) *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.

Marinopoulos, S. (2008) *La vie ordinaire d'une mère meurtrière*, Paris, Fayard.

Ravit, M. et Pitel-Buttez, M-A. (2013) « L'infanticide ou l'écho du désêtre », in *Cliniques méditerranéennes*, n° 87, Toulouse, Erès.

Roussillon R. (2008) *Le transitionnel, le sexuel, la réflexivité*, Paris, Dunod.

Vacheret C. (2004) « La diffraction du transfert et la chaîne associative groupale dans un groupe Photolangage© », in *Bulletin de psychologie*, tome LVII, 472, « L'Art-thérapie », pp. 382-390.

Verschoot, O. (2007) *Ils ont tué leurs enfants : approche psychologique de l'infanticide*, Paris, Imago.

Winnicott, D. W. (1975) *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Éditions Payot, 1989.

Zagury, D. (2013) « Le déni de grossesse est-il un déni ? », in *Cliniques méditerranéennes*, n° 87, Toulouse, Erès.

AUTHORS

Marie-Anouck Pitel-Buttez
Psychiatre, Service Médico-Psychologique Régional CH Le Vinatier, Maison d'arrêt Corbas

Marie-Lise Rothblez
Psychologue clinicienne, Service Médico-Psychologique Régional CH Le Vinatier, Maison d'arrêt Corbas

Portrait

Méthyl'N – Adeline Bidon – illustratrice

OUTLINE

Illustratrice pour Canal Psy
  Illustrer le travail des techniciens de l'affect
  Contact
laMezz
  Atelier partagé
  Prochain rendez-vous laMezz

TEXT

1 Illustratrice indépendante depuis 2009, diplômée de l'école Émile Cohl, je suis attirée par divers médias, qui m'amènent à exercer ma profession dans différents domaines : dessin de presse, édition jeunesse, affiche de spectacle, fresque… Les images que je crée sont

le fruit d'un travail composite : collage de croquis, dessins personnels, photos, anciens visuels et textures variées. Je travaille à partir d'une bibliothèque d'images que je me suis constituée en chinant en brocante, en scannant des tissus… une collection de « trésors graphiques ».

2 Mes inspirations sont multiculturelles, multiethniques, tournent souvent autour de l'univers du spectacle, c'est une manière de donner une portée universelle et onirique au propos que je « traduis » en image. En tant que « scribe », il est important pour moi de « faire sens », d'amener un second niveau de lecture à un texte.

Illustratrice pour Canal Psy

Illustrer le travail des techniciens de l'affect

3 Les sujets de ce numéro, l'emprisonnement et les soins apportés en milieu carcéral, demandaient une attention toute particulière pour ne pas tomber dans l'illustration anecdotique, assez sombre. Tout commence par la création d'un « champ lexical graphique », d'un univers onirique et symbolique, en extrayant des textes les mots clés. Pour ce thème tout est parti de la synthèse de B. Savin décrivant le travail des professionnels dans ce cadre : « Tisser-retisser-réparer » auquel j'ai ajouté démêler. L'univers du tissage, de la couture, s'est imposé comme fil conducteur, pour évoquer les soins apportés à ces patients en déséquilibre sur un fil, vivant l'enfermement tant « corporel » que « mental ». J'ai donc dessiné en tissant, cousant littéralement mes collages avec du fil et une aiguille. Le fil, matière flexible, raconte ce « cadre », le soin en prison, qui se doit d'être un « lieu de protection, d'apaisement et d'étayage », « contenant et rassurant ».

4 Il dessine ce cadre, en pointillé, autour des barreaux, contournant certains nœuds, passant au travers d'autres, décrivant les contours d'un lit, d'un oreiller : l'espace d'une pause. Les nœuds émotionnels que l'on voit dès la couverture, sont issus de l'architecture de la prison, causes et effets de la présence des détenus-patients en ces lieux. Des nœuds qui sortent de leur bouche… Les cheveux en bataille

telles leurs idées, emmêlées… Un châle troué… Une maille a sauté. Le tisserand les démêle, grâce à son outil, son métier à tisser. Psychologue clinicien : un métier à tisser, sa recherche de « pratiques flexibles », comme pour la couverture de « Trouvons-créons », où je l'avais représenté en technicien-chercheur-bricoleur. C'est celui qui créé sa pratique en tissant des liens, qui « créé le dialogue, la rencontre ». Assis sur sa chaise, stable, il parle et le lien noue deux univers, réunis deux dessins. Il s'efforce d'être « suffisamment empathique pour laisser la place, sans se laisser envahir, déborder ». Il laisse se dérouler le fil des idées du patient, s'emberlificoter, s'accrocher à sa jambe, tout en cadrant le dialogue dans la bulle. Il tisse, retisse, répare les motifs qu'ils portent en eux, devant eux sans les voir. Il « ramène de la vie de l'extérieur vers l'intérieur », trouve « une passerelle pour un extérieur ». Il tisse à partir des nœuds démêlés, dénoués, une multitude cordes, de fils d'Ariane, tendus au-dessus des barbelés et des miradors, où les équilibristes déambulent, s'élèvent.

Contact

5 adeline.bidon.illustration@gmail.com
methyln.ultrabook.fr
www.facebook.com/MethylN.illustration

laMezz

Fresque conception graphique Méthyl'N

Atelier partagé

6 Les activités en *freelance* sont souvent solitaires, c'est pourquoi je me suis installée en tant que résidente permanente à laMezz, un projet d'atelier partagé concrétisé en juillet 2011 en s'implantant à Pierre Bénite (au sud de Lyon). Cet espace de travail regroupe 17 créatifs : plasticiens, graphistes, designers, costumières, scénographes… animés d'envies communes : investir un lieu de travail dynamique, partager nos expériences pour développer nos projets professionnels et des projets communs hors les murs. Nous organisons ainsi plusieurs événements ouverts au public : exposition, concert, ouverture d'atelier, marché de créateurs.

Prochain rendez-vous laMezz

7 Les comptoirs de laMezz les 31/11 et 01/12/2013, plus d'info : http://www.lamezz.fr.

À propos

Expérimentation d'une pratique de « psychologue de rue » dans un service de Prévention Spécialisée

Aurélie Lechardeur

OUTLINE

Qu'est-ce que la Prévention Spécialisée ?
Les attentes sociales et institutionnelles
Le public
La pratique clinique
La clinique face à la non-demande
Romain
  « Être là » et « aller vers »
  Les entretiens cliniques
Pour conclure

TEXT

1 À travers un poste[1] intitulé « Psychologue de rue », j'avais pour mission de « faciliter l'accès aux soins des publics 16-25 ans marginalisés ou en risque d'exclusion, en développant une démarche de proximité ». Mon intervention était intégrée à la pratique d'un Service de Prévention Spécialisée (SPS), représenté par ceux communément nommés « les éducateurs de rue ». Ce poste était envisagé comme un intermédiaire : un soignant intégré à une institution sociale qui puisse « aller vers » les jeunes en « non-demande » et, à travers l'offre d'un espace de subjectivation, leur permette d'accéder à l'idée de soins puis à une structure spécialisée. Mon travail consistait à aider les jeunes à mener un travail psychique de liaison. « L'aide à l'élaboration d'une demande » qualifie donc plus justement ce travail que « faciliter l'accès aux soins ».

Qu'est-ce que la Prévention Spécialisée ?

2 La Prévention Spécialisée se situe dans le champ de l'Aide Sociale à l'Enfance. Elle développe des « *actions individuelles et collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale, des jeunes [le plus souvent 12-25 ans] et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu, dans les zones sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale* [2] ». Le SPS utilise « l'aller vers » et fonctionne selon des principes d'intervention : la libre adhésion, l'anonymat, l'absence de mandat nominatif, la non-institutionnalisation de l'action et le travail en équipe pluridisciplinaire et en partenariat. Les accompagnements réalisés par le SPS se font à partir de la demande des jeunes ou de leurs parents. En amont, cela nécessite un travail sur l'émergence d'une demande, mené à travers l'implantation et la reconnaissance des éducateurs au sein d'un territoire, auprès de la population et des partenaires.

3 Ainsi, il s'agissait de créer un poste de psychologue dans un SPS existant depuis plus de 20 ans, au sein d'une équipe de 17 éducateurs spécialisés répartis sur 7 quartiers d'une ville de 120 000 habitants. Chaque équipe éducative (deux ou trois éducateurs/trices) est installée dans un appartement, « le local des éducateurs », situé au cœur du quartier. Les équipes y reçoivent les jeunes sur rendez-vous ou lors de temps de permanence d'accueil.

Les attentes sociales et institutionnelles

4 L'ampleur des difficultés rencontrées par les professionnels pour accompagner ces jeunes vers le soin conduisait à attendre du psychologue, tel un sauveur, qu'il apporte une solution magique… Le vécu d'impuissance face à ces jeunes engendrait une confusion des rôles et fonctions de chacun : un article de journal indiquait par exemple que le psychologue allait proposer des solutions de réinsertion aux jeunes ! Il ne suffit pas de mettre un psychologue

dans la rue pour en sortir les jeunes : leurs comportements ont un sens et constituent des mécanismes de défense, notamment pour leur survie psychique. Dès lors, vouloir supprimer leurs symptômes pour les insérer absolument consisterait à nier leur dimension psychique et leur statut de Sujet. C'est parce qu'il porte cette dimension au sein d'une équipe qu'un psychologue m'apparaît nécessaire auprès de cette population. En outre, face à des jeunes déstructurés, l'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire me semble indispensable.

5 En prenant mes fonctions, je présageais les difficultés de mon intervention auprès des jeunes : comment les amener à élaborer autour de leur situation ? J'avais moins mesuré les freins relatifs à l'intégration dans une équipe d'un nouveau professionnel aux fonctions et compétences différentes. Ainsi, j'ai dû développer un « aller vers » les éducateurs pour « aller vers » les jeunes… Je me suis retrouvée face à des attentes de conformité et de similarité avec la pratique éducative : il m'était demandé de développer une pratique, comme on me l'a souvent dit, d'« *une psychologue pas comme les autres, plus souple* », « *pas au-dessus, au même niveau* ». Il fallait du « même » pour être acceptée. Dans ce contexte, je me suis attachée à introduire de la différenciation dans le service en développant une pratique professionnelle différente et complémentaire de l'accompagnement éducatif. Pour ce faire, j'étais partagée entre deux positions : d'un côté, me résoudre à adopter une posture éducative, garantissant une bonne intégration, mais une impossibilité de tenir mes fonctions et, d'un autre côté, être une psychologue vécue comme trop rigide pour l'équipe, ce qui empêcherait tout travail de collaboration. Cet équilibre était également à trouver dans l'adaptation de ma pratique clinique auprès de ce public.

Le public

6 J'intervenais auprès de deux publics sensiblement différents : les jeunes des quartiers (zones prioritaires du contrat urbain de cohésion sociale) et les jeunes du centre-ville, nommés « jeunes en errance ». Au sein du service, ceux que l'on appelle « les jeunes » vivent en logement autonome, chez leurs parents, dans la rue, en squat ou en foyer de jeunes travailleurs.

7 Que les jeunes soient des quartiers ou en errance, leurs problématiques se recoupent : des adolescents et des jeunes adultes en grande difficulté d'insertion sociale et professionnelle présentant une importante souffrance psychique. Ces jeunes ont une très faible estime d'eux-mêmes, leurs parcours sont marqués par des vécus de carences affectives, des ruptures familiales et/ou sentimentales, une précarité économique et/ou psychique… Leurs souffrances sont le plus souvent narcissiques et identitaires, accompagnées fréquemment de conduites addictives (alcool et/ou drogues) qui dévoilent des failles importantes de leur construction identitaire, en lien avec des troubles de la réflexivité. Leurs problématiques psychiques et sociales correspondent en partie à celles décrites par Christis Demetriades au sujet des « jeunes en souffrance d'exclusion » qu'il rencontre dans sa pratique en Mission Locale.

8 Le fonctionnement dans « l'ici et maintenant », caractéristique de l'adolescence, est renforcé chez ces jeunes qui sont dans l'impossibilité de se projeter. La majorité d'entre eux, plus particulièrement les « jeunes en errance », ont recours au déni : ils se pensent capables de changer leur situation simplement en le décidant. Les mécanismes projectifs sont importants : à travers de longs discours sur la société, l'extérieur est désigné comme la cause de tous les empêchements. Pour les jeunes des quartiers, comme pour ceux « en errance », toute mobilisation autour du soin, somatique ou psychique, est complexe. Leur corps est souvent marqué par le sceau d'une souffrance interne qui les envahit et peut se manifester par des automutilations. Ils sont par ailleurs dans l'évitement de toute forme d'aide, en lutte contre la dépendance à l'autre, l'autre étant vécu comme non fiable. J'ajouterais que, s'adressant à un public jeune, mon action concernait également des parents dans un travail de soutien à la parentalité, mais aussi, d'orientation vers les lieux et les espaces de soins.

La pratique clinique

9 Psychologue « de rue » ne signifie pas une intervention exclusivement « dans la rue », mais une adaptation des modalités d'intervention à la problématique du jeune et à ses capacités d'élaboration. Je rencontrais les jeunes là où ils étaient,

psychiquement et physiquement, l'un déterminant l'autre ; ce pouvait être à domicile, dans la rue, au centre médico-social, au local éducatif, etc.

10 Dans cette optique, mon action prenait différentes formes : travail d'élaboration en équipe psycho-éducative, rencontre informelle d'un jeune en travail de rue, entretien individuel planifié, accompagnement physique dans un lieu de soin… La modalité de rencontre avec un jeune était déterminée en équipe. Les rencontres avec les jeunes étaient d'ailleurs le plus souvent rendues possibles par le contact établi entre l'éducateur et le jeune. En effet, le cadre éducatif implique une proximité relationnelle et une certaine familiarité qui visent à faciliter la création de liens et l'instauration d'une relation de confiance avec les jeunes.

11 J'intervenais également sans objectif fixé au préalable envers un jeune en particulier. Dans ce sens, je participais au travail de rue [3] avec des éducateurs auprès des « jeunes en errance », à des permanences éducatives sur les quartiers ainsi qu'à des actions collectives (sorties familiales, fêtes de quartier…). Cette démarche contribuait à démystifier et dédramatiser la dimension « psy ». De plus, en se rendant visible et accessible auprès des personnes, cet « être-là » par petites touches pouvait être le point de départ d'un travail sur l'émergence d'une demande vis-à-vis d'un psychologue.

12 Tout en m'appuyant sur les modalités d'intervention mises en place par l'équipe, je m'attachais pour ma part à proposer aux jeunes un accueil différencié, qui laisse davantage de place au vide, d'un espace en creux. Doutrel-Evont (2006) souligne l'importance, dans cette pratique clinique, d'ériger des « frontières » pour faciliter une organisation intrapsychique. Cette plus grande distance relationnelle vis-à-vis des jeunes a pu être mal vécue par les éducateurs.

13 Cette clinique interroge le sens de l'adaptation, aux jeunes comme aux équipes. Jusqu'où va-t-on pour rencontrer l'autre, tout en restant aidant ?

La clinique face à la non-demande

14 Lors du travail de rue, j'étais fréquemment confrontée à une absence totale de demande de la part des jeunes à mon égard. Pour eux, la présence d'un psychologue dans la rue, ils « trouvent que c'est bien, mais pour les autres ». La non-demande fait partie de leur problématique, elle peut s'apparenter à celle des grands exclus décrite par l'équipe de l'Orspere [4]. Notre travail, avec les éducateurs, d'« aller vers » ces jeunes visait alors à susciter une demande, en créant un lien d'une forme différente (Rodembourg G., 2010) de celle à laquelle ils sont habitués.

15 Comment susciter la demande ? Qu'est-ce qu'un psychologue peut mettre au travail dans « l'aller vers » ?

16 Au niveau contre-transférentiel, la clinique auprès des « jeunes en errance » et, dans une moindre mesure auprès des jeunes des quartiers, peut conduire le professionnel, soignant ou travailleur social, à se vivre comme « la » personne qui pourrait sortir un jeune de sa situation. Dans ce contexte, élaborer constamment sur sa pratique, travailler en équipe et en partenariat est indispensable afin de ne pas se sentir « tout » pour l'autre, et de l'entendre « là où il est », en acceptant sa situation ainsi qu'un certain vécu d'impuissance.

17 Dans cette pratique, en travail de rue ou en entretien formel, ma présence régulière et ma reconnaissance apportaient à ces jeunes une écoute et une parole différenciées qui leur offraient l'opportunité de prendre du recul, de les confronter à leur propre discours et permettaient à ce que des espaces de subjectivation s'ouvrent un peu (Mercuel A., 2012) et facilitent un travail psychique de liaison. Or, c'est justement cet espace vécu comme vide qui pouvait être insupportable et faire violence à ces jeunes en grande souffrance psychique. À ce propos, lors de précédentes rencontres, ils ont souvent perçu le psychologue comme froid et indifférent à leur égard.

18 Afin que les jeunes les plus déstructurés puissent supporter les prémisses d'un travail psychique, je proposais un cadre clinique au plus près de leurs capacités psychiques et d'un dispositif de soins,

entre « aller vers » et permettre que le Sujet et son désir puissent émerger. Il s'agit de s'adapter en adoptant une certaine attitude clinique décrite par Christis Demetriades où « le "je vous écoute" [...] laisse la place au "nous allons [...] essayer de comprendre ensemble ce qui vous met en difficulté" » (2004, p.14). À travers cette posture, je suis active dans la construction du lien avec les jeunes.

19 Tout au long de cette expérience, quelques jeunes en grandes difficultés et souffrance psychique se sont saisis de ma présence. Ils ont pu formuler, après un long travail d'apprivoisement mutuel, une demande de soins de plus en plus élaborée et s'engager peu à peu dans un véritable travail thérapeutique. En voici une illustration...

Romain

20 Lorsque les éducateurs me sollicitent au sujet de Romain, ils sont très inquiets et préoccupés par la situation de ce jeune de 18 ans qui se met quotidiennement en danger par des alcoolisations massives et l'absorption de divers toxiques. Romain est exclu de tous les dispositifs d'insertion sociale et professionnelle et s'isole de plus en plus des autres jeunes.

21 Connaissant Romain depuis deux ans, les éducateurs sont parvenus à établir une bonne relation de confiance avec lui. Ils l'accompagnent dans diverses démarches d'insertion qui aboutissent rarement. Ils mènent un important travail d'écoute et de soutien auprès de lui, en essayant de le conduire vers une démarche de soins qu'il refuse. Dans son long parcours institutionnel, il a rencontré de nombreux psychologues, mais « ça ne lui a servi à rien », dit-il.

« Être là » et « aller vers »

22 Dans les premiers temps, mon intervention se situe dans un rôle de soutien et d'appui technique auprès de l'équipe éducative. En parallèle, je rencontre Romain lors du travail de rue. Notre relation se limite aux salutations : je me montre discrète et attentive à son égard, mais il fuit mon regard.

23 Après six mois de rencontres informelles en travail de rue, Romain m'interpelle : « C'est vous la psy, hein ? Faudrait qu'on se voie ! » La

parole éducative devenait sienne. Il préfère tout de même différer, il n'est pas encore prêt. Je le laisse venir tout en allant à sa rencontre… Deux mois plus tard, Romain demande ma présence à son prochain rendez-vous avec l'éducateur. Lors de cet entretien mené en binôme, Romain répète sans cesse l'inutilité des psychologues. Pourtant, suite à ma proposition, il demande à me rencontrer seule, « Je veux bien essayer, pour voir », dit-il.

24 Le travail de rue et l'important étayage de la relation éducative ont permis la création d'un lien, augural d'un suivi psychologique régulier qui durera un an [5].

25 Romain est fréquemment absent ou en retard à nos rendez-vous. Dans les débuts, suite à ses absences, je vais à sa rencontre dans la rue (il n'est pas joignable autrement). Malgré son état d'ivresse, le plus souvent, il n'a pas oublié notre rendez-vous, mais il n'est pas en mesure de venir, soit il a beaucoup trop bu et trouve inutile de se rencontrer dans ces conditions, soit il va trop mal. Sa présence apparaît aléatoire, comme si son engagement n'était jamais garanti. Même si, peu à peu, ses absences se font plus rares, il met régulièrement à l'épreuve ma disponibilité et la permanence de notre lien.

26 Je vais à sa rencontre dans la rue pour lui signifier, simplement, ma disponibilité et mon absence de rétorsion à son égard, mais c'est lui qui demande la prise de rendez-vous. À travers cette démarche, je cherche à instaurer une relation de confiance avec Romain, mais aussi à valoriser sa personne, lui qui se vit comme un déchet. Je le fais exister même en son absence. Une fois la relation de confiance davantage installée, je ne pratiquais plus ce type de « relances ». Cependant, Romain a intégré qu'en cas d'absences, nous pouvons nous rencontrer lorsque j'effectue du travail de rue avec les éducateurs. Il passe aussi par leur intermédiaire pour s'excuser d'une absence et me demander un nouveau rendez-vous. Avec le temps, il a ainsi pu se saisir de ce qui lui était proposé pour devenir davantage acteur et Sujet.

Les entretiens cliniques

27 Lorsque Romain se présente à nos rendez-vous, il « déboule » avec son chien, son gros sac, telle une tortue et sa carapace, ainsi que de nombreux autres sacs ! Il est enivré et fréquemment énervé, ou bien, au contraire, il est abattu et déprimé. Romain fonctionne sur le registre du passage à l'acte, arrivant le plus souvent avec une violence et un énervement massif innommable. Je l'accepte tel qu'il se présente en portant attention à mettre en place un accueil contenant pour favoriser son apaisement.

28 Nos rencontres permettent à Romain de se poser un temps ; elles lui offrent une parenthèse au contexte de la rue et des institutions d'accueil d'urgence.

29 En ce qui concerne ses possibilités de travail psychique, Romain fonctionne à l'image d'une huître : à peine il s'ouvre, aussitôt, il se referme. Insaisissable : dès qu'une souffrance peut émerger, Romain l'évite, soit en changeant de sujet, soit en quittant furtivement la séance. Je m'attache à ne pas avoir d'attentes à son égard, à ne pas projeter sur lui mes propres désirs, cette attitude semble le sécuriser. Ainsi, malgré sa méfiance et sa résistance à me faire confiance, Romain me donne petit à petit accès à son intériorité et commence à élaborer autour de sa situation.

30 La posture clinique et les modalités d'intervention mises en place semblent avoir progressivement permis à Romain d'accéder à une démarche thérapeutique avec la mise en place d'un important lien transférentiel.

Pour conclure

31 Qu'ils débutent par le travail de rue ou l'orientation d'un éducateur, l'essentiel des suivis psychologiques mis en place consiste à amener le jeune adulte à quitter la place et le statut de victime de son enfance, pour faire advenir le Sujet. Le travail clinique vise la mise en sens de son vécu à travers une élaboration autour de ce qui se rejoue sur la scène du social à travers les objets sociaux (Furtos, 2001). Tout en poursuivant ces objectifs, je me retrouvais face à l'absence de possibilité d'élaboration de la part de nombreux jeunes. Il me

semblerait alors important d'adjoindre au travail « d'aller vers » des dispositifs cliniques de groupe.

32 Malgré l'objectif poursuivi, peu de relais vers des structures de soin ont pu être réalisés. Certes, l'expérience était trop courte pour en tirer des conclusions, mais ce dispositif « entre-deux » n'est-il pas à envisager comme une fin en soi pour une partie de ces jeunes ? Deux années ont été nécessaires pour poser les bases d'un véritable travail d'équipe psycho-éducative, il est dommageable que l'absence de financements mette un terme à l'action et fasse éprouver à ce public précaire la répétition de vécus d'abandons.

33 Enfin, développer ce type de pratique de proximité auprès d'un public en très grandes difficultés psychiques et sociales, se retrouver alors confronté à l'absence de demandes et de cadre externe, déstabilise, interroge et fait vivre une certaine insécurité. La nécessité de s'appuyer sur son cadre interne prend alors tout son sens.

BIBLIOGRAPHY

Chobeaux, F. (2004) *Les nomades du vide : Des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*, Paris, La découverte.

Ciccone, A. (2001) « Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques », in *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17, pp.81-102.

Cinq Mars, J.-M. (2010) *Psy de banlieue*, Toulouse, Erès.

Demetriades, C. (2004) « Dispositifs cliniques médium malléable pour jeunes en souffrance d'exclusion », in *Rhizome*, n° 17, pp.14-15, p.14.

Demetriades, C. (2011) *Dispositifs orioplastiques pour des jeunes en souffrances d'exclusion : Nouvelles perspectives de médium malléable dans la clinique du social ?* Thèse Psychologie clinique, Lyon, Université Lumière Lyon 2.

Doutrel-Evont, F (2006) « Un psychologue en CLSC exerçant auprès des jeunes de la rue », *in Revue québécoise de psychologie*, n° 27, pp.147-165.

Douville, O. & al. (2012) *Clinique psychanalytique de l'exclusion*, Paris, Dunod.

Furtos, J. & al. (2008) *Les cliniques de la précarité – Contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson.

Furtos, J. (2001) « Précarité du monde et souffrance psychique », in *Rhizome*, n° 5, pp.3&5.

Lefèbvre, A., & Vandecasteele, I. (2006) « De la fragilisation à la rupture de lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale », in *Cahier de psychologie clinique*, n° 26, pp.137-162.

Mercuel, A. (2012) « Il n'existe pas de soin particulier pour les SDF, mais un "prendre soin" spécifique », in *ASH*, n°2787.

Rodembourg, G. (2010) « Psychologue en rue », in *Confluences*, n° 25, pp.16-17.

Roussillon, R. (2001) *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France.

NOTES

1 Financé sur deux ans par l'État (Fond Expérimentation Jeunesse).

2 http://www.social-sante.gouv.fr.

3 Le travail de rue consiste à déambuler, à heure et jour fixes, à la rencontre des personnes, isolées ou en groupe, présentes dans la rue, que ce soit sous

un porche, sur un banc, dans un hall, etc.

4 www.orspere.fr.

5 Le suivi se verra interrompu par la fin de mon contrat.

AUTHOR

Aurélie Lechardeur
Psychologue