

Un dispositif multi et interdisciplinaire pour le suivi ambulatoire de l'auteur de violence sexuelle

André Ciavaldini

Docteur en Psychopathologie clinique – Psychanalyste (SPP – IPA)
Directeur de recherches. LPCP, Université René Descartes, Paris 5
Directeur de programme CRIAVS Rhône-Alpes

Intervention journées nationales de l'ARTAAS (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles) **Vendredi et samedi 18 et 19 septembre 2009**

Marseille, le vendredi 18 septembre 2009

RESUME

Dans cet article, l'auteur se propose d'explorer les qualités que doit présenter un dispositif interdisciplinaire pour accompagner, dans une prise en charge psychique, les auteurs de violences sexuelles judiciairisés dans l'espace libre (hors prison). Après un rappel des présupposés psychopathologiques permettant de comprendre que le soin, avec ces sujets, est permis par la loi fonctionnant comme un méta-cadre, l'auteur indique la complexité de l'emboîtement des étayages successifs auquel sera confronté le probationnaire. Le premier étayage se fait d'abord sur l'appareil psychique de l'équipe intra carcérale et le second sur l'interdisciplinarité dans l'espace libre permettant une restauration de la notion de lien chez l'agresseur sexuel. L'auteur montre ensuite dans quel espace peut se développer ce second type d'étayage. C'est le maillage santé-justice reliant les trois sphères intéressées par la prise en charge de ces sujets, justice, santé et social qui devront devenir intercontenantes l'une de l'autre. Il est indiqué l'impact principal d'un tel dispositif : le mantèlement environnemental. Cela montre qu'un tel espace fonctionne psychiquement comme une topique transversale d'appui dont sont définis les qualités. Ce maillage participe d'une forme de promotion de la sécurité humaine et citoyenne sans pour autant contribuer à une position idéologique sécuritaire. L'auteur conclue que, dans la prise en charge de ces sujets, il est fondamental que soit préservé, dans le soin en liberté une liberté du soin pour le soignant, faute de quoi c'est la notion de soin elle-même qui chute.

Sommaire

La loi, un méta-cadre	4
L'emboîtement des étayages.....	5
L'étayage sur l'équipe de soin : l'unité avant la diversité.....	6
Le processus de transmission	7
Le second niveau d'étayage	7
Multidisciplinarité et interconenance	7
Qualités de cet environnement maillé.....	9
L'interdisciplinarité nécessaire	9
L'effet de l'interconenance et de l'emboîtement des étayages : le mantèlement environnemental.....	10
Création d'une topique transversale	11
Qualités d'une topique transversale.....	12
Promotion de la sécurité humaine et citoyenne versus idéologie sécuritaire	12
Pour conclure : du soin en liberté à la liberté du soin	13

Lorsqu'à la demande de Sophie Plantade j'ai rédigé l'argument qui se trouve au dos de la plaquette, il m'était venu que l'ARTAAS, via son antenne PACA, posait une question tout à fait fondamentale. J'avais alors posé la question de la continuité du soin en me demandant si le soin en liberté était un soin différent de celui dispensé dans l'espace carcéral ? Pouvait-on penser que le processus thérapeutique dépende des murs ? J'avais alors interrogé, dans le contexte actuel d'une automaticité de l'injonction de soin, la liberté laissée au soignant d'exercer le soin comme son art le lui laisse apprécier dans sa relation avec ce patient-là, à ce moment-là de son histoire et dans les conditions de faisabilité qui sont les siennes.

Il m'est apparu, en relisant ces lignes pour rédiger mon intervention d'aujourd'hui, que j'avais été un peu vite en besogne en mettant en parallèle soin en liberté et liberté du soignant. En effet, la liberté du soignant, si elle est fondamentale, est cependant liée à toute une histoire apprise, expérimentée au cours de sa formation et développée dans sa pratique régulière. En quelque sorte la liberté est toujours sous caution de l'histoire passée dont elle est le produit, c'est là le tribut qu'elle lui doit et dont elle émerge. Aussi, pour qu'il y ait liberté du soin dans un soin en liberté, est-il nécessaire qu'il y ait eu une chaîne qui parvienne à ce point où deux sujets se rencontrent dans une contractualisation partagée et conventionnelle librement consentie. Vous conviendrez que cela ne va pas de soi avec les auteurs d'agressions sexuelles sous main de justice que nous prenons en charge.

Je vais donc tenter de mettre au travail une modélisation de ce que pourrait être un "soin en liberté" qui aboutisse à une réelle liberté du soignant dans son rapport à l'AAS judiciaire. Bien entendu, toute tentative de cet ordre se situe toujours dans un espace idéal, j'espère que chacun m'excusera de ne pas faire intervenir toutes les composantes qui constituent pour nous soignants le poids d'être sous la commande publique.

Un tel soin en liberté suppose qu'il y en ait eu un autre avant et ailleurs qui lui, ne fut pas en liberté. Il y a donc un premier temps à ce soin en liberté, un avant coup à cette liberté-là. D'emblée, chacun l'aura compris, nous avons affaire à deux temps, deux temporalités du soin : le soin dans l'espace contraint, l'espace carcéral et le soin en espace libre, dit "soin en liberté". En réalité ces deux-là définissent un troisième temps, temps du passage entre le premier temps et le second, temps de liaison mais aussi de transition et si possible de transmission. Je vais donc tenter d'articuler ces trois temps pour montrer la complexité du processus de soin avec l'AAS. Cela pour dire qu'il n'y a pas un processus de soin qui soit dissemblable au-dedans et au dehors, même s'ils sont différents, mais qu'il nous faut penser le soin comme un continuum, comme un processus général de reconstruction, voire pour certains de construction psychique (mais dans quelle mesure toute reconstruction n'est-elle pas une construction nouvelle ?) où interviennent en des temps différents les notions de multidisciplinarité, d'interdisciplinarité, d'interconenance qui participe à l'élaboration d'une topique psychique transversale pouvant permettre au sujet de développer une capacité de transitionnalité qui participe à la recomposition de la qualité de ses liens psychiques et alors rendent moins nécessaire le recours à la violence expulsive et parfois prédatrice de l'acte.

Pour ce développement, je vous propose le plan suivant : après un rappel des présupposés qui constitue à tous ici notre viatique psychopathologique nous permettant de comprendre que le soin, avec ces sujets, commence par la loi comme méta-cadre, je montrerai la complexité de l'emboîtement des étayages, d'abord sur l'appareil psychique de l'équipe intra carcérale puis sur l'interdisciplinarité dans l'espace libre permettant une restauration de la notion de lien chez l'auteur de violence sexuelle. Je montrerai ensuite dans quel espace peut se développer ce type d'étayage. C'est le maillage santé-justice reliant les trois sphères intéressées par la prise en charge de ces sujets, justice, santé et social qui devront devenir intercontenantes l'une de l'autre. Je passerai en revue les qualités d'un tel espace pour en montrer l'impact principal : le mantèlement environnemental. Cela m'autorisera à montrer que cet espace fonctionne psychiquement comme une topique transversale dont je définirai les qualités. Espace qui participe d'une forme spécifique de prévention dans le cadre d'une démarche en Santé publique par la promotion d'une sécurité citoyenne respectueuse du sujet et s'opposant aux idéologies sécuritaires. Je conclurai alors en revenant sur le passage du soin en liberté à la liberté du soin.

La loi, un méta-cadre

L'acte violent, exercé *a fortiori* contre un tiers, peut-être le produit d'une pathologie mentale mais principalement, pour les auteurs d'agressions sexuelles, il est le produit d'une rupture, plus ou moins ponctuelle, de contenance psychique qui relève le plus souvent d'un trouble de la personnalité. Une surcharge interne, correspondant à l'impossibilité de traiter une excitation entraîne un risque majeur de désagrégation de ses liens internes qui met en danger l'identité de l'appareil psychique. Celui-ci échappe alors au danger d'effondrement par un acte salvateur qui évacue la tension. Dans ces instants de rupture, indiquant une incapacité de régulation interne (la pensée, la mise en représentation sont mis en péril), on dit que l'objet externe, la victime, participe en tant que partie de l'environnement extérieur au rétablissement d'une sorte d'homéostasie, qui se vérifie par le retour au calme post-agression qui est principalement recherché par le sujet. Ainsi, ces sujets utilisent l'environnement extérieur comme élément de régulation de leurs processus de liaisons internes. Ils présentent, du fait de leurs histoires, si ce n'est traumatiques tout au moins traumatogènes, une carence dans l'intériorisation des éléments transmis fondateurs du lien social (le surmoi) qui ne leur permet pas, en certains endroits précis de leurs psychismes, de considérer l'autre dans sa totalité de sujet. Dans ces lieux psychiques, qui peuvent être plus ou moins étendus et qui ne sont que les stigmates de leurs histoires traumatiques, l'autre dans la liberté que lui accorde son altérité est un élément dangereux, simplement car il peut refuser de participer à la régulation demandée et laisser alors le sujet dans un état de souffrance psychique non soutenable, le plus souvent à l'image de ses modèles d'objets internes, en général les figures parentales, qui ne l'ont pas aidé à se construire suffisamment. L'autre donc, en ces endroits, va perdre sa qualité d'objet ayant une identité spécifique. Il est désobjectalisé. Le degré de cette désobjectalisation est proportionnelle à l'éprouvé du péril que vit le sujet qui se désobjective. Situation psychique pouvant entraîner des angoisses intenses voire une dissociation psychotique. L'indice de désobjectivation d'un AAS, au moment de l'acte nous est en général donné par la violence qui s'adresse à

l'objet et qui correspond à sa désobjectalisation. Pour survivre, C. Balier nous l'a suffisamment appris, le recours à l'acte détruit parfois l'objet.

Dans une telle conceptualisation, l'acte de violence sexuelle est considéré, quelle que soit la violence qui est engagée, comme une stratégie de survie que le sujet n'est donc pas prêt à abandonner, d'où l'une des raisons majeures à ne pas chercher de l'aide. C'est en ce point précis que la loi intervient et contraint le sujet aux soins. La loi de 98 vient forcer le sujet à entrer dans un protocole thérapeutique. Ainsi, la violence de la Loi répond à la violence qui a fait loi dans l'acte d'agression. Elle rompt le temps circulaire de la répétition par l'interpellation du sujet qui se trouve ainsi nommé dans son acte comme auteur et l'inscrit dans une nouvelle temporalité progrédiente cette fois-ci, le temps judiciaire. En instaurant des temps thérapeutiques vectorisés, elle tente d'apporter un espace de résolution à la souffrance formant l'insu du sujet. C'est là souvent que les idées achoppent, entraînant méprise et incompréhension des professionnels du soin : mais que va-t-on faire avec des sujets qui ne veulent rien savoir d'une souffrance, qui ne demandent rien et de surcroît qui semblent jouir de leurs actes ? Il semble que cette position soit encore celle trop souvent rencontrée dès lors que l'on est dans un espace libre. Il suffit de voir la grande difficulté à trouver des praticiens traitants pour eux.

Pour autant, il est possible de dire aujourd'hui que la loi portant sur l'injonction de soin fonctionne, pour ces sujets présentant une incapacité actuelle de demander des soins psychiques, comme un méta-cadre permettant la mise en place d'un cadre réellement thérapeutique et leur permettant d'en faire l'expérience. La loi, avec la violence qui l'anime, est donc le réquisit premier pour penser un soin avec ces auteurs de violences sexuelles. Elle devient le premier garant du déploiement d'un cadre thérapeutique adapté à la configuration psychique de ces sujets permettant alors de concevoir des stratégies thérapeutiques qui seront certes différentes selon les temps judiciaires et les lieux de prise en charge mais qui doivent s'inscrire dans un continuum éprouvé comme tel par le sujet. Elle ouvre ainsi la voie à une multidisciplinarité.

L'emboîtement des étayages

La loi définit des temps judiciaires, on en retient en général quatre : le présentiel et le procès, la peine à temps, l'excarcération (la sortie) et le suivi en milieu libre. Ces temporalités définissent corollairement des temps thérapeutiques, dont nous avons vu plus haut qu'ils sont au nombre de trois : le suivi en incarcération et celui en milieu libre, et, entre les deux, un temps frontières celui d'une liaison entre les deux temps thérapeutiques qui est un temps de transmission. Entre les temps thérapeutiques intra et extra carcéraux, nous aurons affaire à des déclinaisons d'un même processus que je vais tenter de mettre à jour.

L'étayage sur l'équipe de soin : l'unité avant la diversité

Si l'on considère les divers travaux décrivant les procédures de soin à destination des AAS en prison, dont Éric Guillon nous a fourni un exemple dans ARTAAS info¹, on peut se représenter ce travail, qui pour beaucoup d'AAS est la première rencontre avec une dimension réellement thérapeutique, comme étant de fournir au sujet un nouveau pôle d'étayage psychique. C'est alors l'équipe, au travers de ces représentants, le plus souvent les deux premiers accueillants, qui se propose comme pôle d'étayage. Si l'investissement se fait d'un processus qui, à défaut d'être thérapeutique peut être d'un aménagement de l'angoisse, cela suppose que le sujet va s'identifier au fonctionnement de l'équipe de soin, qui certes, en retour réagit à l'investissement du sujet. Je parle d'une identification au fonctionnement psychique de l'équipe et de ce qu'elle peut proposer et non de transfert qui, dans ce premier temps, n'est peut-être pas encore directement négociable. Pour exemple, le sujet va commencer à s'intéresser à son fonctionnement psychique par identification à l'équipe qui, elle s'y intéresse. Le phénomène du transfert n'apparaissant que dans un temps second et suppose déjà une première différenciation. Ce qui fera support d'identification pour le sujet est ce qu'il perçoit de la position empathique de l'équipe soignante, c'est-à-dire sa capacité à s'identifier à des parts de lui. Or, le développement d'une capacité empathique est la base première d'une subjectivation et c'est précisément une telle capacité qui fait défaut à nombre d'auteurs. Cette identification, à la capacité empathique de l'équipe à son encontre, développe chez le sujet son répertoire d'affects qui inévitablement modifie sa position interne par rapport à son acte et à sa signification.

Pendant ce premier temps thérapeutique, le sujet va s'étayer psychiquement sur l'équipe de soin qui, du fait de sa diversité, constitue une unité hybride, multiple, protéiforme avec une hiérarchie et une différenciation de niveaux intérieurs et de responsabilités. Cependant, l'enjeu psychique des différences est tenu et contenu par la nécessité qu'à chacun de mettre en œuvre sa fonction pour parvenir à l'accomplissement de la tâche fixé par l'institution, ce qui constitue sa contrainte historique. C'est avec cette histoire que l'équipe abordera le patient et qu'elle mettra en œuvre le soin. L'équipe, possède une vie psychique qui est le produit de son histoire et qui se situe au lieu de l'articulation entre deux sollicitations, celle de l'institution et celle du patient. En permanence elle a à effectuer un compromis entre ces deux contraintes parfois totalement hétérogènes. Une telle place et fonction est souvent source, pour les individus constitutifs de l'équipe d'angoisse ou de souffrance qui constituent des enjeux majeurs avec les sujets qui nous importent.

Ainsi, dans une équipe de soin s'il y a une multidisciplinarité, celle-ci n'est pas principale même si elle est importante. Ce qui comptera c'est l'objectif du compromis permis par la rencontre des deux sollicitations. Le patient rencontre ainsi non pas un appareil psychique, mais une mise en perspective de psychismes qui augmente inévitablement ses perceptions affectives (et donc son répertoire d'affects) à propos d'un même objet, en l'occurrence lui, via le lien dans sa prise en charge. Aussi le sujet a bien un lien avec une partie de l'équipe incarné par tel ou tel de ses membres, mais dans le même temps il fait l'expérience que, par ce biais, il est en lien avec toute l'équipe. Chaque patient fait

¹ Guillon E. (2004) : Procédure d'accueil à la maison d'arrêt de Blois, un facilitateur thérapeutique, ARTAAS info, n°7, avril 2004.

ainsi l'étrange et fondatrice expérience d'avoir pour lui seul l'équipe en entier et d'avoir à la partager entre et tous les patients et tous les membres de l'équipe. Unité et diversité sont ici liés dans ce premier niveau d'étayage qui se fait sur l'objet externe groupal "appareil psychique de l'équipe de soin".

Le processus de transmission

La fin de la peine d'emprisonnement correspond à un moment thérapeutiquement difficile mais fécond. C'est celui du passage du milieu clos à celui libre, moment où s'activera certes l'injonction de soins mais surtout où il faudra quitter l'équipe de soins intra-carcérale. Pour qu'il n'y ait pas un vécu de perte, voire d'abandon, dont l'éprouvé peut être masqué par la préparation à la sortie, il est nécessaire qu'une transmission s'effectue entre la dernière équipe ayant eu en charge l'auteur d'agression sexuelle et la future équipe ou le futur praticien acceptant de prendre le relais. Cette tâche relève aujourd'hui, et *a priori*, du médecin coordonnateur. C'est à lui d'organiser cette liaison sans que cela n'oblitére la possibilité pour le praticien traitant d'assurer aussi une liaison direct. En effet, ainsi faisant, avec ces sujets dont la difficulté maintenant connue est celle de traiter l'absence, s'organise ainsi un processus qui tient compte de cette difficulté et qui poursuit donc l'expérience avec un objet bienveillant. L'équipe de soin n'abandonne pas, elle transmet, elle connaît la difficulté du sujet, en tient compte et s'institue en place de ce qui fait défaut comme étayage. Dès lors le processus de transmission devient un élément important de la prise en charge puisqu'il désigne que l'objet qui est laissé est encore là et accompagne. Le travail du médecin coordonnateur est donc aussi de pouvoir endosser cette fonction de passeur, de garant de cette transmission qui désigne des objets sur lesquels le sujet pourra investir.

Le second niveau d'étayage

Une fois dans le milieu libre le sujet va se trouver face à une sorte d'éclatement de la contenance. Le cadre institutionnel disparaît dans sa réalité matérielle qu'était l'espace confiné carcéral pour ne survenir que dans celle des contraintes qui lui sont faites au travers des multiples obligations auxquelles le probationnaire se doit d'émarger. C'est là qu'intervient tout le sens de la multidisciplinarité.

Multidisciplinarité et intercontenance

La dimension d'inscription dans le milieu est actuellement reconnue comme étant une nécessité dans l'intervention thérapeutique auprès des sujets agresseurs sexuels. Elle appelle un fonctionnement multidisciplinaire (Balier, 1988 et 96; Aubut, 1993; Hayez, de Becker, 1997; Archer, 1998; Ciavaldini, 2000) qui nécessite, pour qu'un travail thérapeutique s'avère efficace, que les différentes institutions, auxquelles ont affaire ces sujets, travaillent en alliance.

Une telle alliance va plus loin qu'un simple emboîtement des cadres. Ce travail interinstitutionnel sera "réglé" par les professionnels qui auront à en gérer le poids. En effet, c'est dans le travail en inter-institution que se révélera *in fine* le poids des intertransferts que génère la prise en charge de tels sujets, particulièrement les effets de

déni et de clivage. Ces effets sont encore sensibles entre la sphère judiciaire et celle du soin psychique. Dans le milieu libre c'est encore le cadre judiciaire qui servira d'étayage au cadre du soin permettant à ce dernier d'être reconnu et validé par le premier lors de la rencontre avec l'auteur de violences. À ces deux cadres, il faudra en inclure un troisième, celui des travailleurs sociaux de l'insertion et de la probation (les SPIP²). Ces trois cadres sont intimement interdépendants dans la prise en charge. Ils devront devenir "intercontenants" (Ciavaldini, 2001). C'est cette fonction d'intercontenance qui se révélera, à terme, véritablement thérapeutique.

L'intercontenance implique que puisse apparaître une "porosité" entre les enveloppes de ces cadres. La « porosité » participe d'un moment de travail figuratif transitionnel (Kaës, 1993). Elle suppose que les travailleurs des diverses institutions intervenantes soient informés du fonctionnement des autres institutions et des missions de leurs membres. Cela passe par des rencontres interinstitutionnelles préalables entre les différents partenaires de la justice, du soin et de l'insertion. Ces réunions permettent à chacun de prendre la mesure, et donc la limite, de l'identité professionnelle de l'autre. Une fois les modalités de fonctionnements établies, pour chaque prise en charge, le sujet délinquant bénéficiant de celle-ci pourra être inscrit dans ces échanges selon des modalités spécifiques définies par les équipes porteuses de ces projets (ex. équipe de Niort, le PARI à Grenoble). Pour autant, porosité ne signifie nullement "fuite", c'est-à-dire que les informations qui filtrent de ces réunions doivent respecter le seuil informatif tolérable par chaque intervenant. C'est la connaissance des autres modes de fonctionnements institutionnels qui permet de faire ce travail de filtrage qui correspond à une forme de "capacité de rêverie" interinstitutionnelle. On comprend dès lors, au plan des règles de confidentialité, qu'il ne saurait être question dans cet espace d'échange de « secret partagé ». Il s'agit plutôt que s'instaure une « confiance partagée », qui passera par l'élaboration, non d'un discours commun, mais d'un *langage commun* permettant l'échange avec ses règles connues de tous et élaborés en commun dans le respect des missions et des règles de déontologies de chaque champ professionnel.

Produit d'un processus maturatif institutionnel, la rencontre de ces espaces institutionnel définit un maillage Santé-Justice qui n'est pas la simple juxtaposition de divers professionnels aux missions divergentes : à la sphère judiciaire reviendrait la probation et le contrôle et à la sphère de la Santé, le soin. La construction de cet espace particulier qu'est le maillage présente un fondement identitaire signifié par ce *langage commun* autorisant l'échange interdisciplinaire dans le respect d'identités différentes mais où chacune d'entre elles est nécessaire à l'existence de l'autre. Le maillage se constitue comme le développement d'un environnement « favorable » où peuvent pleinement se déployer les potentialités du soin. Le sujet probationnaire fait, dans cet espace « attentif » et fiable, deux expériences : la première, en sa présence, qu'une rencontre peut être un lieu d'échange, dont il est l'objet et qui respecte son intégrité corporelle et subjective ; la seconde en son absence, d'être pensé ailleurs et par d'autres dans le souci de « baliser » un terrain d'avenir potentiel pour qu'il puisse poursuivre son chemin vers l'intersubjectivité humaine.

² SPIP = service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Qualités de cet environnement maillé

Ce que l'on nommerait "qualités" fonctionne ici comme des devoirs sans lesquels la qualité intercontenante perd radicalement sa spécificité. Le premier de ces devoirs est un « Devoir de fiabilité ». Cela suppose que, quoiqu'il advienne l'environnement qui va être proposé au sujet ne se dérobe pas. Le deuxième devoir est celui de cohérence. Il signifie que l'ensemble des partenaires œuvre à la fois dans le même sens, cela dans le respect de leurs différences. En tous lieux des actions qui seront menées par les différents partenaires, le sujet n'y fera pas l'expérience de positions antinomiques ou paradoxales. Le troisième devoir est celui d'être clair, c'est-à-dire compréhensible dans les actions qui vont être menées ou demandées au sujet. Trop souvent ces sujets sont sollicités pour des actions dont ils n'ont du mal à comprendre les enjeux. Être clair suppose que le sujet est placé dans un environnement dont il comprend les repères qui y sont posés et qu'il peut donc s'approprier. Enfin, cet environnement se doit d'être accessible. Cela signifie qu'il est inutile de demander au sujet ou de mettre en place un soin qui exige trop de lui. Le soin, l'action qui est mise en place, se doit d'être dans sa forme négociée, c'est-à-dire suffisamment "malléable" pour lui donner le sentiment qu'il participe réellement à sa mise en place et non qu'il s'agit strictement, par exemple d'une mesure de sûreté supplémentaire. Il s'agit pour le sujet de devenir acteur de son soin et non passivement d'en supporter les conséquences. L'exemple le plus banal est celui de la rythmicité du travail thérapeutique. Il serait par exemple faux de croire qu'un sujet disant qu'« une fois par semaine c'est trop » est uniquement une tentative d'échapper au travail. C'est aussi la perception que, dans l'immédiat, il perçoit confusément qu'il ne peut pas en négocier autant. Il est donc souvent de bon aloi de pouvoir, dans un premier temps, donner l'impression au sujet qu'il peut contrôler la situation, que celle-ci est manipulable mais il revient au praticien assurant le soin de faire en sorte qu'elle ne soit pas pervertissable, et donc une fois définies les règles d'accord, que celles-ci soient respectées.

L'interdisciplinarité nécessaire

Les éprouvés entraînés par cette intercontenance vont enclencher un second étayage, non plus directement sur l'appareil psychique de l'équipe de soin ou le praticien traitant, mais sur le processus de liaison entre les membres c'est-à-dire l'interdisciplinarité elle-même, représenté par la capacité qu'ont les divers partenaires à rester intercontenants les uns des autres malgré les attaques inévitables dont ils seront l'objet (clivage et déni). Plus donc que la multidisciplinarité, qui bien sûr est une nécessité, c'est cette interdisciplinarité qui permettra ce second étayage.

Le premier étayage, où le sujet s'étayait sur la capacité de l'équipe à l'investir en tant qu'objet suffisamment bon, a permis que s'étoffe, par la voie de la croissance du répertoire des affects, les capacités de liaison avec un objet introjectable qui se plaçait en décalage avec les figures parentales défaillantes. L'équipe lui montrant ainsi la voie d'un investissement possible non destructeur. Dans ce second étayage, qui reprend le premier et le complexifie, c'est le lien lui-même à l'objet interne qui se trouve mis en perspective. Cela signifie que le sujet pourra, dans l'espace intercontenu, percevoir que les différents partenaires s'investissent les uns les autres autour de sa propre figure et

en lien avec elle, sans que ces investissements, tout en étant différents, ne deviennent destructeurs. Plusieurs liens de différentes natures peuvent donc coexister à propos d'un même objet (en l'occurrence, lui), ce qui signifie qu'un lien à l'objet est fait de plusieurs brins où l'un ne détruit pas l'autre. Nous pourrions dire que si le premier étayage a permis un enrichissement du répertoire des affects, dans ce second étayage on assiste à une mise en action de ces affects à propos des différents acteurs avec lesquels le sujet est en lien forcé. Ici, le sujet s'étaye sur la plurivocité des liens entre les partenaires, c'est-à-dire la multidisciplinarité en action représenté par l'interdisciplinarité. Ce second étayage développe ainsi les liens de socialisation aux objets dans leur ambivalence inévitable.

On comprend dès lors que la multidisciplinarité est, en milieu libre, certes une dimension nécessaire dans la prise en charge de ces sujets principalement organisés sur des modes états-limites ou encore "trouble de la personnalité", mais qu'elle n'est pas suffisante. Il faut qu'intervienne une liaison réelle et effective entre ces partenaires. L'interdisciplinarité est constituée par l'ensemble des rapports qui se développent entre les partenaires multidisciplinaires du maillage santé-justice. Cette interdisciplinarité est une action rendu possible par l'intercontenance où chaque cadre institutionnel (Justice, Santé, Social) devient un pôle d'étayage pour les autres.

Le support de ce second étayage, qui s'emboîte sur le premier et le complexifie, est donc l'interdisciplinarité.

L'effet de l'intercontenance et de l'emboîtement des étayages : le mantèlement environnemental

Un tel maillage, par l'intercontenance que propose ce dispositif, engendre un effet fondamental de mantèlement. Ces sujets ont le plus souvent un Moi parcellisé, archipèlisé ce qui engendre de nombreuses zones qui ne sont pas véritablement unifiées par un processus de liaison, ce qui génère, face à une surcharge excitative, des angoisses d'effondrements. Pour s'en défendre, ces sujets peuvent retrouver, très ponctuellement, un état très primaire de leur psychisme qui a été mis en évidence chez les enfants autistes par Donald Meltzer : le démantèlement. Il correspond à une errance sensorielle de chacun des sens, qui se trouvent éparpillés et qui sont attirés par l'objet le plus excitant du moment, cela nous permet aussi de comprendre la place que peut prendre une victime. Dans ces instants, l'éparpillement et la mobilisation de chaque sens par des objets différents engendrent une suspension de l'attention qui suspens du même coup toute angoisse. Le prix à payer en est une disparition du Moi, une dissolution par là même des possibilités de croissance et de développement psychique. Un tel mécanisme primaire est à distinguer du clivage³. Le dispositif d'intercontenance propose une **réunion ferme** des zones du Moi du sujet⁴. D'une certaine manière, les contenants sont contraints de coexister, l'attention à lui est alors restaurée dans

³ Meltzer D. (1975) : *Exploration dans le monde de l'autisme*, Paris, éd. Payot, 1980 pour la traduction française, 266 p.

⁴ Que l'on songe au dispositif inventé par Temple Grandin qui était le seul à être à même de calmer ses angoisses. Et qui était constitué par des pressions très fermes sur l'ensemble du corps. Voir : Grandin T. (1986) *Ma vie d'autiste*, Paris, éd. O. Jacob, 1996 pour la traduction française, 200 p.

l'éprouvé reconstitué et protégé d'une unité. Offrant ainsi au sujet l'expérience particulière qu'il sera le centre de gravité de cet effet. Ce mantèlement ferme évoluera ultérieurement vers une contenance et, dans le meilleur des cas, vers une fonction conteneur telle que René Kaës l'a travaillée dans le sens d'une capacité transformatrice. Cela suppose, et j'insiste sur ce point fondamental, que le maillage doit être ferme et donc que les règles en vigueur à l'intérieur de cet espace doivent être appliquées avec fermeté. Toute déroboade de la part des professionnels risquant de nouveau d'entraîner, pour le moins, des angoisses non négociables par le sujet.

Ce type de dispositif, permis par le maillage santé-justice, définit ainsi un environnement favorable au sujet, correspondant à une présence vigilante qui développe, autour de lui, un environnement qui va chercher à s'adapter à lui et qui, à terme, évite les clivages défensifs qui ne sont que les stigmates de modes d'adaptations à un environnement défaillant. Ainsi l'intercontenance, autorisant un espace où peut se développer l'interdisciplinarité, génère un affect fondateur du travail thérapeutique en milieu libre : le *holding psychique*.

Création d'une topique transversale

Nous avons vu que dans le cadre du maillage santé-justice le sujet était pensé ailleurs et en son absence, ce qui correspond pour lui à une forme de contenance spatiale mais aussi temporelle, puisqu'il est anticipé psychiquement par les divers partenaires. Cela n'est rendu possible, dans cet espace multidisciplinaire, que par les règles partagées qui sont mises en œuvre d'un commun accord ou tout à la fois il y aura échange entre les partenaires sans qu'il y ait rupture de confidentialité. Cela caractérise le travail thérapeutique en milieu libre qui différencie l'intime du partageable et institue ainsi une différence qui entraîne un effet de déclivage : pour maintenir une différence, on n'est pas obligé de cliver l'objet du sujet. Dès lors se crée, avec le sujet, un espace psychique actif inter-partenaires, qui est une nouvelle groupalité centré sur lui. Cela définit une topique transversale, fonctionnant comme un champ culturel créateur de lien dans lequel le sujet évoluera tout le temps de sa mesure judiciaire.

Au plan des processus psychiques, dans chacune des 3 sphères, le sujet perçoit deux dimensions conjointes. D'abord une unité : "on" parle de lui et ensuite, une singularité "on" tient compte de lui, de ses capacités, même en son absence. C'est ce type d'éprouvé qui entraîne pour lui une meilleure adaptation puisqu'il est dans un environnement négocié, ce qui est très différent de son environnement primaire. Ainsi nous avons affaire, avec le maillage santé-justice, à une dimension plurimodale qui organise, module, rend préhensible, adapte la réalité du probationnaire-patient. Autant d'éléments qui interviennent en l'absence du sujet, mais cette fois-ci, c'est une absence non vide qui vient développer une négativité : en son absence, il se passe quelque chose qui le concerne et dont il perçoit des effets qui sont, à terme, calmants. Ainsi perçoit-il la construction d'une unité (il est le centre de ce dispositif) dans le respect des singularités de chacun des partenaires pour qui il est à chaque fois et quelqu'un de différent et d'identique à lui-même. L'ensemble de ces deux perceptions, unité et singularité se déployant dans le même lieu, celui de la rencontre, définit ainsi une dimension tierce au cœur de cette topique transversale.

Qualités d'une topique transversale

Essayons de comprendre les qualités de cette topique. Elle est d'abord **interpsychique** puisqu'elle réunit des partenaires de différents ordre qui se doivent de fonctionner ensemble dans un espace commun défini par le maillage. Ensuite elle est **transpsychique**, puisque l'ensemble de ces partenaires œuvrent dans une sorte de communauté psychique. Tous ensemble sont rassemblés autour d'un but commun : la réadaptation de ce sujet au centre de leur préoccupation. Cette topique potentialise ainsi un espace **inter et transsubjectif** dans lequel se trouve inclus le sujet puisqu'en position d'attracteur forcé. C'est, peut-il penser – et il n'aurait pas tort de le faire – que si cela est ainsi, c'est parce qu'il est là, lui. Ainsi se crée à la fois un espace d'illusion ainsi qu'une forme de groupalité psychique introjectable et donc structurante.

Par cette introjection il place à l'intérieur de lui les qualités intercontenantes de cet environnement. Ainsi se construit un espace interne différencié lui permettant de développer sa capacité d'être seul en face de cet environnement-là, prémisses d'être seul en face de tout environnement sans trop craindre un débordement excitatif, prémisses surtout d'une subjectivation à venir.

Promotion de la sécurité humaine et citoyenne *versus* idéologie sécuritaire

Avant de conclure, je voudrai m'avancer sur des brisées qui, aujourd'hui, me semblent nécessaires à qui veut comprendre et participer à ce soin en liberté. L'espace développé par le maillage ainsi organisé permet au sujet de se réinscrire dans un réseau de liens, certes dans un premier temps "forcé" mais qui lui permet de développer ou de recomposer et d'organiser, à l'intérieur de son psychisme, des liens ambivalents à des objets internes non destructeurs et non abandonnants. L'instauration, ou la restauration de ces liens, suppose une réelle reconnaissance de l'altérité et donc s'inscrit dans le travail de subjectivation que l'on est en droit d'attendre de tout accompagnement ou prise en charge de type thérapeutique, sans pour autant y parvenir, l'obligation étant de moyens et non de résultats. Une telle action participe inévitablement, à terme et en termes de prévention, à une amélioration de la sécurité citoyenne. C'est en ce point précis que le dispositif que j'ai décrit tente de parvenir.

Pour faire bref, par sécurité j'entends non le sentiment de sécurité largement exploité par certaine idéologie sécuritaire dont nous avons senti quelques effluves dans des textes de lois récents, mais la sécurité de base où tout sujet citoyen considère tout autre comme un autre lui-même, un semblable. Sur cette position il me paraît que le dispositif que j'ai tenté de modéliser promeut véritablement une position active de sécurité d'abord humaine, puisque le sujet s'en trouve narcissiquement suffisamment renforcé pour ne plus avoir recours à une utilisation de l'autre comme une chose au travers de passages par l'acte violent sexuel, mais ensuite une position de sécurité citoyenne au sens où elle augmente la sécurité citoyenne de notre vie en société. Une telle position correspond à un réel engagement des multiples partenaires auxquels auront affaire ces sujets lors de leur sortie d'incarcération. Il me semble qu'il s'agit ici d'une sorte de changement de position où le soignant n'est plus seul mais participe d'un mouvement

qui engage la totalité de sa présence dans le champ social compris comme une communauté humaine organisée par des différences reconnues comme nécessaires.

Pour conclure : du soin en liberté à la liberté du soin

Parvenu au terme de mon parcours on perçoit le travail thérapeutique qui est à mettre en place pour, qu'en liberté, le soin puisse s'inscrire dans un continuum appréhendable par le sujet. D'abord, il n'y a pas de prêt-à-porter du soin, mais que du "sur mesure", centré sur le sujet probationnaire, sur ce que lui-même peut négocier de son lien à son environnement. Le pré requis de tout travail thérapeutique à venir sera donc de faire communiquer entre eux les différents espaces qui constituent son environnement dans l'espace libre (la justice, la santé et l'accompagnement social). Il s'agira ensuite d'abord d'élaborer entre eux des règles partageables d'échanges dans le respect des missions et des déontologies de chacun, ici les centres ressources peuvent être des garants de telles règles et des organisateurs de tels espaces d'interdisciplinarité en mettant en œuvre leur intercontenance.

C'est l'articulation de ces différents champs qui assure une contenance psychique à ces sujets et qui leur fait faire l'expérience fondatrice du soin non seulement d'être contenu ici et maintenant mais d'être aussi pensée ailleurs et en leur absence, développant ainsi une contenance temporelle définissant une historicité du soin qui sera pour eux la base d'une intégration de leur propre histoire. Avec cette mise en place, nous venons de définir l'action fondatrice capable de réduire le risque de passage à l'acte.

Il reste à préciser que ce modèle de l'emboîtement des étayages n'est qu'une manière de pouvoir continuer à penser le soin en liberté quand, parfois, la liberté du soignant est assignée à résidence par l'automatisme de l'injonction de soin. Si j'ai tenté de montrer la complexité de ce qu'est un soin en liberté, j'ai bien peu parlé de la liberté du soin, ni de celle du soignant. Or, et vous savez combien je suis vigilant à cette dimension, cette question est actuellement fondamentale quand on sait le poids qui pèse sur les soignants, avec le risque d'une instrumentalisation du soin au service d'une idéologie sécuritaire qui viendrait transformer tout processus thérapeutique en prédictibilité de la récurrence.

Un soin en liberté ne saurait être donc sans une liberté du soignant à l'exercer, sans que son inventivité n'y puisse s'y entraîner. Pour autant, et je le disais en introduction, la liberté, en matière de soin, est le produit d'une histoire tant personnelle qu'institutionnelle. Elle est, quoi on en rêve, dépendante des contingences de formations faites, de missions à réaliser et d'exercices à remplir. Ainsi, cette liberté du soignant à exercer son art ne peut, à son tour, n'être que le produit d'une histoire à venir et à défendre coûte que coûte et où l'ARTAAS à une place importante à tenir, c'est à ce prix, et à ce prix unique, que le soin en liberté pourra continuer d'être exercé au bénéfice de ceux à qui il s'adresse.