

pratique soignante

Un dispositif de soins adapté aux détenus

■ Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui ont remplacé en 1986 les centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) créés en 1967, constituent le pivot du dispositif de la psychiatrie publique de secteur au sein de la population carcérale

■ Au sein de ces structures, des équipes psychiatriques œuvrent depuis de longues années pour pratiquer des soins auprès d'auteurs de violences sexuelles (AVS) ■ Les soignants, dans la rencontre avec les détenus, sont garants d'une position thérapeutique, qui se révèle éprouvante ■ L'infirmier doit développer des capacités de prise de recul ou d'analyse et participer aux supervisions des pratiques.

PIERRE-YVES EMERAUD

MOTS CLÉS

- Auteur de violences sexuelles
- Cadre thérapeutique
- Contre-transfert
- Détention
- Psychanalyse
- Psychiatrie
- Service médico-psychologique régional

NOTES

1. Circulaire du 30 juillet 1967, disponible sur www.sante-sports.gouv.fr
2. Circulaire Santé-Justice du 28 mars 1977, disponible sur www.sante-sports.gouv.fr
3. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, disponible sur www.legifrance.gouv.fr
4. Falissard B, Rouillon F. Enquête de prévalence des troubles mentaux parmi les personnes détenues. Actes du colloque "Santé en prison", 2004.

.../...

Contrairement à ce que pourraient laisser croire les décideurs politiques, et plus largement les médias, depuis longtemps, en France, des équipes psychiatriques se sont confrontées à la pratique des soins auprès des sujets auteurs de violences sexuelles (AVS) en prison, d'abord au sein des centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) devenus par la suite des services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

■ **Historiquement, les CMPR ont été créés en 1967¹.** Ces derniers prennent leur indépendance vis-à-vis du ministère de la Justice en 1977, à l'initiative de Simone Veil². En 1986, dans le cadre de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique³, les CMPR deviennent des SMPR. Ils représentent le pivot du dispositif de la psychiatrie publique de secteur au sein de la population pénale. Il existe actuellement 26 SMPR en France, répartis dans autant de maisons d'arrêt.

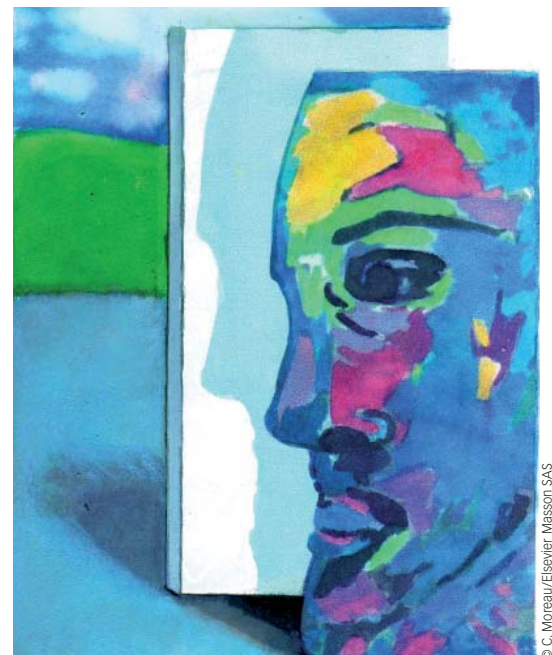
■ **L'expérience poursuivie au sein du SMPR de Grenoble-Varces (38)**, créé en 1978, dans la maison d'arrêt du même nom, est particulièrement intéressante. Même si aujourd'hui ce SMPR est confronté, comme tous les autres, à l'arrivée massive de patients psychiatriques en prison (24 % de la population pénale⁴), avec toutes les conséquences que cela implique sur la pratique quotidienne, il fut un temps où l'équipe pouvait consacrer une grande part de son activité à la prise en charge des AVS sous la direction de Claude Balier, psychiatre et psychanalyste⁵⁻⁸.

■ **Cette expérience clinique**, même ancienne, puisque Claude Balier a cessé de travailler au SMPR fin 1992 pour se consacrer à la recherche sur les AVS

et à la création de l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (Artaas)⁹, constitue un dispositif de soins en cohérence avec une approche analytique. À ce titre, elle mérite aujourd'hui encore d'être connue.

LES PROFILS CLINIQUES DES AUTEURS DE VIOLENCES SEXUELLES

Les AVS reconnus responsables dans des affaires d'agressions sexuelles (viols, incestes et actes pédophiles), ne relèvent pas, pour la majorité d'entre



© C. Moreau/Elsevier Masson SAS

eux, d'une pathologie psychiatrique, mais de troubles sévères de la personnalité qui les classent parmi les "organisations limites" (selon la Classification du psychanalyste Jean Bergeret¹⁰) avec leurs caractéristiques: un Moi¹¹ très fragile, une relation d'objet en étayage¹², "en appui sur" (l'objet étant trop souvent une victime), des angoisses sous-jacentes du registre de l'abandon¹³ voire de l'anéantissement, des mécanismes de défense comme l'identification projective¹⁴, le déni¹⁵, le clivage du Moi¹⁶. Dans leur histoire, la présence d'un traumatisme antérieur (un tiers d'entre eux ont subi au moins une agression sexuelle avant l'âge de 10 ans¹⁷) et d'un environnement primordial défaillant (climat incestueux, maltraitances, etc.) est fréquente.

PROJET THÉRAPEUTIQUE DU SERVICE

Le projet thérapeutique consiste à mettre à disposition une zone transitionnelle institutionnelle située entre la réalité interne du détenu patient et la réalité externe pour restaurer chez celui-ci, au fur et à mesure de la thérapie, un "contenant de pensée".

LE DISPOSITIF

■ **Chaque détenu entrant dans l'unité d'hospitalisation** après une demande d'admission motivée est accueilli par une équipe de soignants, à la fois ceux qui vont le suivre dans son travail psychologique individuel et ceux, plus largement, qu'il va côtoyer à travers la vie institutionnelle. Dans son travail individuel, il pourra s'appuyer sur des soignants référents: une infirmière et un infirmier avec qui il aura des entretiens individuels hebdomadaires, en face-à-face, à horaire et jour fixes, ainsi qu'un médecin avec qui il aura des entretiens plus espacés. Chaque entretien fait l'objet d'un compte-rendu obligatoirement consigné dans le dossier du patient et donc accessible à tous les intervenants.

■ **Ces comptes-rendus portent non seulement sur le contenu strict des entretiens** mais également sur des éléments contre-transférentiels: ce qu'ont vécu, éprouvé ou pensé les soignants. Cette dimension du travail prend tout son sens dans la mesure où les éléments recueillis en entretien sont retravaillés sous l'expertise du chef de service, psychanalyste, et, en partie, au cours de la supervision d'équipe. Les propres réactions transférentielles des soignants qui se traduisent en émotions et en ressentis, "parlent" de ce que vit et exprime l'inconscient du détenu patient qui projette ainsi sur les soignants ce qu'il est incapable de vivre par et pour lui-même. Au-delà du contenu verbal des

entretiens, ce qui se vit de sujet à sujet, y compris en partie à l'insu des protagonistes, constitue la dynamique de la relation thérapeutique. Mais encore faut-il le repérer!

■ **Des réunions de synthèse régulières**, tous les deux mois, viennent ponctuer la prise en charge. Celles-ci se déroulent en deux temps. Le premier regroupe les divers intervenants auprès du patient: le médecin et les infirmiers référents, la psychologue de l'unité (qui rencontre le patient avant la synthèse pour aider celui-ci à la préparer), les animateurs soignants des activités et l'assistante sociale. Le second temps s'effectue en présence du patient et avec les référents directs de ce dernier: médecin et infirmiers référents et la psychologue.

■ **Parallèlement à ces entretiens**, le patient est sollicité pour une participation à la réunion hebdomadaire institutionnelle rassemblant soignants et soignés, à des séances de psychodrame (groupe fermé, sur indication médicale), de photo-langage, de relaxation et autres activités de médiation (cuisine, enseignement, activité manuelle ou artistique). Ce sont autant d'espaces de création, de rencontres et de vie collective qui favorisent les échanges entre soignants et détenus et, à travers eux, les processus identificatoires, de restauration narcissique, d'apprentissage de mode de résolution des conflits surgissant dans le rapport à l'autre, etc.

■ **En outre, un travail de thérapie familiale psychanalytique** a pu être réalisé pendant plusieurs années dans les locaux de la prison, dans un espace intermédiaire entre la détention, dans laquelle les familles n'ont pas le droit de pénétrer, et l'extérieur auquel, bien entendu, le détenu n'a pas accès.

METTRE LE CORPS AU REPOS

■ **Les séances de relaxation**, pour ne prendre qu'un exemple, représentent un dispositif spécifique, que l'on peut appeler "relaxation à inductions multiples" parmi lesquelles l'utilisation des sons a une place privilégiée. Cette activité thérapeutique a été créée à la suite du constat d'une grande pauvreté fantasmatique et d'un défaut de mentalisation chez les patients. L'idée était de mettre le corps au repos, d'aider les patients à se déconnecter des idées du moment, le plus souvent liées à la réalité vécue, et d'encourager la survenue de fantasmes dont on pourrait ensuite parler en séance et, plus tard, en entretien.

■ **Cette formule a permis de recueillir un matériel clinique** particulièrement riche et quasiment impossible à atteindre au cours des entretiens. Il se compose principalement de fantasmes archaïques et menaçants, auxquels les patients sont inconsciemment en proie, et qui peuvent expliquer le

NOTES

.../...

5. Balier C.

Un psychanalyste en prison. *L'Information psychiatrique* 1983; 2(59): 181-92.

6. Balier C. Psychiatrie en milieu carcéral: soin ou traitement? *Perspectives Psychiatriques* 1989; 19: 237-42.

7. Balier C. Psychanalyse des comportements sexuels violents: une pathologie de l'inachèvement. PUF, 1996.

8. Ciavaldini A, Balier C. Agressions sexuelles: pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Masson, 2000.

9. Emeraud PY. L'idéologie sécuritaire autour de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. *Soins Psychiatrie* 2010; 267: 42-3.

10. Bergeret J.

Les états limites et leurs aménagements. *In*: Psychologie pathologique. Masson, 2004 (1972): 218-35.

11. Le Moi: il est dans une relation de dépendance face aux revendications du "ça", des impératifs du "surmoi" et des exigences de la réalité. Médiateur chargé des intérêts de la totalité de la personne, son autonomie n'est que relative. Ses opérations défensives sont, en grande partie, inconscientes. Cette instance est particulièrement fragile dans les organisations limites.

12. La relation d'objet par étayage:

la relation d'objet désigne d'abord le mode de relation du sujet avec son monde, à la fois l'appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et tels types privilégiés de défense. La relation d'objet par étayage signifie que le sujet s'appuie sur l'objet des pulsions d'autoconservation (pulsions de vie) dans son choix d'objet d'amour.

.../...

NOTES

.../...

13. Angoisse d'abandon ou de perte d'objet : angoisse par excellence des organisations limites, angoisse de dépression profonde relative à un vécu malheureux (traumatisme éventuel) sur un plan plus narcissique qu'érotique.

14. L'identification projective : mécanisme de défense qui se traduit par des fantasmes. Le sujet introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder, le contrôler.

15. Dénier : mode de défense inconscient consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.

16. Clivage du Moi : coexistence au sein du Moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, partie adaptée, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes persistent, côte à côte, sans s'influencer réciproquement.

17. Balier C, Ciavaldini A, Girard-Khayat M. Rapport de recherche sur les agresseurs sexuels. Direction générale de la santé (DGS), La Documentation française, 1996.

18. Pare-excitation : fonction qui consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire.

.../...

► passage à l'acte violent (auto ou hétéro-agressif) comme un recours pour éviter la menace interne.

■ **Cette activité thérapeutique de groupe** à laquelle de nombreux soignants ont participé à tour de rôle, a contribué, pour de nombreux patients, à une évolution positive de leur fonctionnement psychique.

LE SMPR, UN TRAVAIL D'ÉQUIPE GARANT DU CADRE THÉRAPEUTIQUE

Le cadre thérapeutique mis en place, adossé à un solide travail d'équipe, poursuit trois objectifs menés en parallèle : renforcer le système de pare-excitation¹⁸ du patient, restaurer son narcissisme défaillant et favoriser un réel engagement relationnel.

RENFORCER LE SYSTÈME DE PARE-EXCITATION DU PATIENT

■ **La prison, protectrice, représente par elle-même un système de pare-excitation**, même si, pour les soignants, elle n'est qu'un cadre externe à l'intérieur duquel s'inscrit leur propre cadre d'institution soignante. Chaque cadre a sa fonction propre : de protection contre les excitations de l'extérieur, de sanction et de discipline pour le premier cadre (la prison), de compréhension et de protection contre les excitations venant de l'intérieur du patient pour le second (l'institution soignante). Ils sont complémentaires en articulant la réalité sociale avec la réalité individuelle.

■ **Plus précisément, renforcer cette fonction pour les soignants**, c'est permettre à la psyché du patient de faire face aux grandes quantités d'énergie qui surgissent dans son fonctionnement économique habituel (angoisses, cauchemars, mouvements pulsionnels) alors que la fuite en avant dans le passage à l'acte est interdite. Ces quantités importantes d'énergie psychique doivent être transformées en petites quantités pour que puisse s'instaurer une pensée. C'est tout le sens des entretiens formels et informels, des réunions, etc., mais aussi, parfois, du recours aux médicaments pour gérer des angoisses devenues trop envahissantes.

RESTAURER UN NARCISSISME DÉFAILLANT

■ **Un traitement de fond ne peut s'instaurer** sans se préoccuper des assises narcissiques du patient. Les actes d'agressions sexuelles ne relèvent pas d'abord de pulsions sexuelles devenues incontrôlables mais d'une tentative de régulation psychique d'un sujet aux prises avec un risque d'explosion identitaire.

■ **Afin que le sujet abandonne ses positions défensives de surestimation de soi** et d'étalage de toute

puissance dans son monde totalement égocentrique ou l'Autre est réduit à une chose, il lui faut se découvrir d'autres valeurs et potentialités. Les entretiens et activités créatrices contribuent à restaurer sa capacité à réfléchir sur lui-même, à chercher du sens et à s'apercevoir qu'il existe quelque chose d'intéressant en lui en dehors de ses positions d'emprise. Des éléments surgissent, peu à peu, de la reconstitution de l'histoire du patient, souvent "pleine de trous" et de traumatismes, et des représentations qu'il peut en avoir (bien plus que les faits eux-mêmes). Le patient a un nouveau regard sur lui-même lorsqu'il observe l'intérêt qu'il suscite près des soignants capables de se réunir, y compris sans lui, pour parler de lui.

FAVORISER UN ENGAGEMENT RELATIONNEL RÉEL

■ **Le professionnel du soin, qu'il soit médecin, psychologue ou infirmier**, doit pouvoir se départir un peu de son rôle dans l'institution pour prétendre instaurer une réelle relation de sujet soignant à sujet patient, indispensable pour un processus thérapeutique qui vise un changement de personnalité.

■ **Dans ce processus, le soignant est l'objet externe du patient**, or cette qualité revêt une importance particulière pour ce type de patient. Cet objet externe, comme, par exemple, les victimes des délits ou crimes, est utilisé défensivement par le Moi de ce patient face à la menace de plongée dans la psychose lorsque des éléments archaïques, comme une angoisse d'anéantissement ou une trace d'un post-traumatisme enkysté dans la psyché du sujet, ne peuvent plus être tenus à distance par le clivage. Le soignant peut représenter cet objet externe face au patient tout en étant le lieu de ses projections internes. En effet, le mécanisme d'identification projective étant massivement employé par ces patients, ceux-ci font jouer aux soignants, dans leur propre appareil psychique et entre eux, les mouvements pulsionnels en souffrance de représentation dans leurs propres psychés.

■ **Il s'agit donc d'éprouver, à la place du patient**, le vide, le chaos et les affects qui y sont liés qu'il ne peut lui-même éprouver sans recourir au passage à l'acte, la folie ou la mort. C'est dans la théorisation sans cesse remise en chantier de l'activité soignante que les professionnels trouvent un secours essentiel pour résister aux projections mortifères. Par "théoriser", il faut comprendre penser, envers et contre tout, à côté du patient et progressivement avec lui. Il s'agit de penser individuellement, comme la mère qui ne se laisse pas

détruire devant les angoisses de son tout jeune enfant et qui lui restitue, après les avoir en quelque sorte “digérées” psychiquement, quelque chose de l’ordre d’une émotion représentable ou d’une perspective de “mise en sens” du vécu qui était incompréhensible de prime abord. Il faut également penser collectivement par la communication entre les intervenants ce qu’ils éprouvent autour du patient et par l’analyse des inévitables conflits d’équipe dont, on s’aperçoit, en dernier ressort, qu’ils sont souvent activés par des projections de celui-ci.

■ **Un autre défi à relever dans la thérapie** est de contribuer significativement à “lever le clivage” sur lequel s’est organisée la personnalité du patient. Cette partie de sa personnalité, mise en temps habituel “hors psychisme”, revient dans son passage à l’acte. Le clivage s’illustre d’abord par le déni des faits à l’origine des délits ou crimes et celui de la souffrance de la victime, vue comme un objet, le plus souvent. C’est aux soignants de renvoyer au patient la réalité des faits, y compris en s’informant par des voies externes.

■ **Ainsi, l’équipe du SMPR a réalisé un questionnaire directif** où les premières questions explorent la description minutieuse des faits qui ont amené le sujet en prison. L’enjeu est de tenter de se rapprocher de l’état émotionnel qui a présidé à l’instauration de ce clivage du Moi, rendu nécessaire, lors de l’expérience traumatique, comme tentative de survie psychique.

UNE APPROCHE DES SOINS ÉPROUVANTE

Une telle approche du soin visant à un changement de la personnalité est exigeante et éprouvante, autant pour les patients détenus que pour les soignants.

POUR LES PATIENTS

■ **Ce changement est difficile pour les patients** qui doivent abandonner les “avantages” que procurent le fonctionnement en “personnalité clivée”. En effet, leur personnalité est constituée d’une partie socialement adaptée (personnalité en “faux-self”) à distance des émotions et d’une autre, plus archaïque, où siègent des angoisses très importantes qui sont “enkystées” par le clivage dans les tréfonds du psychisme. Bien entendu, lorsqu’à la faveur d’un facteur environnemental, la charge émotionnelle contenue dans la partie archaïque explose, elle met en défaut le clivage et ne parvient à se réguler que dans un recours à l’acte. Le préjudice destructeur est alors important et profond pour tout le monde.

■ **Cependant, le fonctionnement en personnalité clivée** peut être opérationnel pendant des années et assurer pendant cette période un relatif équilibre psychique. Quand, au fur et à mesure du travail thérapeutique, les grandes quantités d’énergie psychique contenues dans la partie “folle” sont diffusées par petites quantités dans les entretiens, le sujet devient plus réceptif aux émotions, plus vivant, mais également, c’est le corollaire, plus fragile à court terme, d’autant plus qu’il est plongé dans un environnement carcéral avec la perspective d’une longue peine devant lui.

POUR LES SOIGNANTS

■ **Pour les soignants, occuper une position thérapeutique**, c’est-à-dire à la fois “être l’objet externe” du patient détenu tout en étant le lieu de ses projections internes et en conservant son intégrité psychique est éprouvant, notamment lorsqu’ils n’ont pas préalablement effectué d’analyse personnelle. Sigmund Freud perçoit le contre-transfert comme le résultat de « *l’influence du malade sur les sentiments inconscients du soignant* »¹⁷ et souligne « *qu’aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne lui permettent* »¹⁷. Ceci a pour corollaire la nécessité pour l’analyste de se soumettre à une analyse personnelle.

■ **Le soignant infirmier au SMPR n’est pas en position d’analyste** et ne saurait être soumis à cette obligation. En revanche, il doit déployer plusieurs capacités : se connaître *a minima*, être capable d’une prise du recul, par rapport à son propre fonctionnement psychique, et d’analyse, être capable de fonctionner au sein d’une équipe pluridisciplinaire sous la direction d’un psychanalyste au plus près de ce qui se passe “chez” le patient. Enfin, il doit participer régulièrement à la supervision de l’équipe réalisée par un analyste extérieur à l’institution. Dans ces conditions, le soignant peut prendre toute sa part au travail thérapeutique sans risque de confusion psychique trop déstabilisatrice pour lui-même.

CONCLUSION

Cette expérience, qui s’est surtout déployée de 1978 à 1992 avec Claude Balier, a valu au SMPR la reconnaissance d’une réelle expertise sur le sujet mais a permis aussi d’inspirer, au-delà de la prison, la nécessité d’un soin ambulatoire s’appuyant sur le domaine judiciaire pour cette population *a priori* non demandeuse et difficile à fidéliser dans le soin. C’est bien cet esprit qui a inspiré la loi du 17 juin 1998¹⁸ sur le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins au moment de son instauration. ■

NOTES

.../...

17. Freud S. La technique psychanalytique. PUF, 2010 (1977).

18. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu’à la protection des mineurs, disponible sur www.legifrance.gouv.fr

POUR EN SAVOIR PLUS

- Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles Rhône-Alpes (Criavs-RA), www.criavs-ra.org
- Association pour la recherche et le traitement des auteurs d’agressions sexuelles (Artaas), www.artaas.org

L’AUTEUR

Pierre-Yves Emeraud, infirmier de secteur psychiatrique, SMPR, Maison d’arrêt de Grenoble-Varces (38), infirmier en charge de la prévention, Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles Rhône-Alpes (Criavs-RA), Grenoble (38), membre de l’Association pour la recherche et le traitement des auteurs d’agressions sexuelles (Artaas), Paris (75) pierre-yves.emeraud@laposte.net