

Ce travail de recherche a été réalisé en 2008 dans le cadre d'une nomination au SPF Justice (Belgique). Il a été la première étape de ce qui deviendra notre Thèse de doctorat en psychologie (2012) qui porte le même titre principal – *Le corps du détenu* – et présente un sous-titre différent. Le propos ne consistera plus à se limiter à *Une étude psychosomatique de l'univers carcéral*, mais bien à réaliser des *Études psychopathologiques de l'homme en situation*. Le troisième (et dernier) temps du *Corps du détenu* est la publication sous forme de livre chez Hermann (Paris) de ce travail de thèse. Sa sortie est prévue pour novembre 2013. Le titre de ce livre est *Psychopathologie de l'homme en situation : Le corps du détenu dans l'univers carcéral*.

Ce présent premier texte conserve pour nous une grande importance et nous continuons à lui trouver plusieurs éléments intéressants. Cependant, il est certain que c'est la dernière version – bien plus importante et, trouvons-nous, mieux arrivée à maturité – qui reflète nos préoccupations actuelles et les plus avancées.

J.E. (juillet 2013)

Le corps du détenu

Une étude *psychosomatique* de l'univers carcéral

En couverture :
Francis Bacon, *Figures en mouvement*,
Peinture, 1976
Genève, Collection privée

Mai 2008

Table des matières

AVANT-PROPOS	5
TABLE DES OBSERVATIONS CLINIQUES	6
INTRODUCTION	7
— <i>Les limites de l'approche psychanalytique</i>	
— <i>Un cadre à temporalité particulière</i>	
— <i>Une approche psychosomatique ?</i>	

Livre 1

EPISTEMOLOGIE - METAPSYCHOLOGIE

CHAPITRE I – Le corps comme fondement de la projection et à l'origine de l'imaginaire	14
— <i>Fondements</i>	
— <i>Origines de l'imaginaire</i>	
— <i>Imaginaire refoulé</i>	
CHAPITRE II – L'inscription corporelle dans l'espace et dans le temps	22
— <i>Le temps et l'espace : thème d'étude indispensable</i>	
— <i>L'espace imaginaire</i>	
— <i>Le temps imaginaire</i>	
— <i>Synthèse</i>	
CHAPITRE III – Identité – altérité – pathologie du banal	28
— <i>Le paradoxe de l'identité</i>	
— <i>Du banal</i>	
— <i>Psychose adaptative : banal et neuroleptiques</i>	
— <i>De l'impasse</i>	

Livre 2
CLINIQUE - PSYCHOPATHOLOGIE

CHAPITRE IV	– Le gate fever « cas princeps »	38
CHAPITRE V	– Deuil et mélancolie : le rythme maternel perdu	42
	— <i>Éléments anamnestiques</i>	
	— <i>Une organisation temporelle vouée au sacrifice</i>	
	— <i>Une rythmicité incoercible</i>	
	— <i>La désorganisation fondamentale sur fond de deuil</i>	
	— <i>Mélancolie ou situation mélancolique</i>	
	— <i>Hypothèses psychanalytiques</i>	
	— <i>Hypothèses psychosomatiques</i>	
	— <i>Hypothèses éthologiques</i>	
	— <i>Élément transférentiel spatio-temporo-rythmique</i>	
	— <i>Synthèse intégrative</i>	

Livre 3
CLINIQUE - ANTHROPOLOGIQUE

CHAPITRE VI	– La question de l'espace et du temps en prison	58
	— <i>Ouverture sous forme de prélude anecdotique</i>	
	— <i>Le temps carcéral</i>	
	— <i>L'espace carcéral</i>	
	— <i>L'organisation carcérale : une rythmique sans sujet</i>	
	— <i>Postlude artistique</i>	
CHAPITRE VII	– Vers une définition du « corps carcéral »	71
	— <i>La corporéité de la prison</i>	
	— <i>L'architecture comme signifiant fondamental</i>	
	— <i>Le corps du détenu : la prison comme surmoi carcéral</i>	
	— <i>Identité et impasse carcérales</i>	
	— <i>L'univers carcéral</i>	
PERSPECTIVES		86
	— <i>Chronicité ?</i>	
	— <i>Transfert corporel</i>	
	— <i>De l'interprétation ?</i>	
	— <i>La liberté carcérale</i>	
	— <i>L'activité onirique en prison</i>	
	— <i>Esthétique de l'univers carcéral</i>	
BIBLIOGRAPHIE		94

Avant-propos

Le mémoire qui suit est réalisé dans le cadre d'un stage de nomination. Dans son essence même, ce travail est inclus dans un temps forcément limitatif. Cette période d'un an pose certainement le problème de la relecture, mais aussi celui de l'obligation de clôturer une réflexion qui va déjà au-delà de ce qui suit. Tout en envisageant de prolonger cette étude, il fallait néanmoins lui donner une première structure de présentation qui devait faire fi de plusieurs éléments que nous aurions voulu aborder et que nous aborderons ultérieurement¹.

En revanche, il nous semble que ce qui peut être considéré comme une coupe transversale dans un travail qui se développe, donne un échantillon conséquent de ce que nous entendons par l'*univers carcéral*.

Ce travail doit beaucoup aux cours de Jean-Marie Gauthier qui faisait subtilement naître en nous une compréhension critique de l'être humain et nous stimulait, sans avoir l'air d'y toucher, à découvrir les écrits de Sami-Ali. Nous tenons à le remercier pour l'encadrement qu'il a bien voulu nous apporter pour ce travail.

D'autre part, les séminaires dispensés par Sami-Ali à Paris auxquels nous avons pu assister ont permis de mettre une voix et un visage sur des écrits parfois difficiles. Sa rencontre qui a pu parfois nous conforter dans nos hypothèses, parfois les infirmer restera pour nous très enrichissante.

Enfin, nos remerciements vont également à Patrick Derleyn pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail, à l'équipe psychosociale de la prison de Jamioulx qui nous a accompagné dans nos premiers pas en tant que psychologue et à l'équipe psychosociale de l'établissement de défense sociale de Paifve, notre équipe, qui nous a déjà beaucoup fait évoluer et qui n'en a pas fini.

¹ Nous proposons d'indiquer le signe * à la suite des idées que nous avons simplement citées et que le présent mémoire ne nous permet pas d'approfondir.

Table des observations cliniques

Est repris ci-dessous l'ensemble des cas cliniques présentés dans le mémoire. Nous avons choisi de mentionner explicitement lorsque ces cas relèvent de la défense sociale. Les autres études cliniques sont issues du parcours carcéral « classique ». Il est à remarquer que nous avons utilisé le mot *patient* pour les sujets qui sont internés à l'Etablissement de Défense Sociale de Paifve et le mot *détenu* pour les sujets incarcérés à la Prison de Jamioulx. Les cas cliniques sont issus de ces deux établissements. La présentation des cas se fait, contrairement au reste du mémoire, à la première personne du singulier puisqu'il s'agit de notre implication propre dans la relation clinique

Monsieur C	chap. 3	(note bas de page) p. 30
Monsieur B (défense sociale)	chap. 3	p. 33
	chap. 6	p. 63
Monsieur W (défense sociale)	chap. 3	p. 33
Monsieur D	chap. 4	p. 38
	chap. 6	p. 66
Jonas	chap. 5	p. 42
Monsieur L (défense sociale)	chap. 6	p. 58
Monsieur Z	chap. 6	p. 60
Monsieur F	chap. 6	p. 69
Monsieur N	chap. 7	p. 71
Monsieur M (défense sociale)	chap. 7	p. 74
Monsieur A	Perspectives	p. 87

Introduction

Le caractère intuitif de toute connaissance constituant un « obstacle épistémologique »¹, l'objectif de notre réflexion est de dire, aussi complètement que possible, ce que sont le corps et ses deux coordonnées fondamentales, l'espace et le temps, dans une interface avec le concept, oxymore par excellence, d'*univers carcéral*. Dès lors, le propos sera, via une approche psychosomatique que nous définirons, de saisir et conceptualiser le « corps des condamnés »².

Corps, enfant pauvre de la psychanalyse³, que nous inscrirons dans le temps et dans l'espace en espérant, à partir des thèses de Sami-Ali, dégager une « anthropologie » du *détenu*, celui qui subit une *privation de liberté*⁴. La psychanalyse freudienne, référent de base, sera revisitée et révisée. D'un inconscient ne connaissant pas le temps⁵ à un espace psychique réduit à la métaphore de la « fiction topique » de l'appareil⁶, nous pointerons certains raisonnements freudiens aporétiques jusqu'à nous réapproprier cette constatation de C. Castoriadis mettant en évidence que *Freud parlait tout le temps d'imaginaire mais n'avait pas*

¹ BACHELARD G. (1947), *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 1989, chap. I.

² FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, chap. I.

³ « Ce qui était refoulé du temps de Freud (...) c'était le sexe (...). Presque tout au long du troisième quart du XX^e siècle, le grand absent, le méconnu, le dénié dans l'enseignement, dans la vie quotidienne, dans l'essor structuraliste, dans le psychologisme de beaucoup de thérapeutes et parfois même dans la puériculture, ce fut, cela reste pour une grande part le corps, comme dimension vitale de la réalité humaine, comme donnée globale présexuelle et irréductible, comme ce sur quoi les fonctions psychiques trouvent leur étayage » ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, p. 43.

⁴ Une réflexion sur la *liberté carcérale* nous semble être une voie intéressante d'étude et de réflexion*.

⁵ « Les processus du système Ics sont intemporels c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés temporellement, ne se voient pas modifiés par le temps qui s'écoule, n'ont absolument aucune relation avec le temps » et à l'inverse, « la relation temporelle est [...] rattachée au travail du système-Cs » FREUD S. (1915), L'inconscient, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988, p.226. Qu'il suffise aussi, pour mettre en évidence la relation ambiguë que Freud entretient avec le temps, de citer le titre évocateur de *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin* (1937).

⁶ ASSOUN P.-L. (1981), *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, PUF, 1993, chap. III, pp. 46-62.

de définition de cet imaginaire¹. Gageant de vulgariser les réponses qu'apporte Sami-Ali à ces apories, nous les ferons résonner à notre pratique clinique quotidienne. Effectivement, il sera question d'illustrer nos hypothèses à travers quelques *biographies cliniques*² que nous avons rencontrées dans notre pratique en milieu pénitencier.

L'*identité* sera l'île ultime vers laquelle nous voulons amener le lecteur. Une *identité* qu'il ne sera plus possible de définir sans son complément dialectique, l'*altérité*. Une identité qui devra faire face à l'impasse ; une impasse relationnelle mais aussi *carcérale*... Cette impasse menant, *in fine*, à la question de la thérapeutique et de son acte³.

La réflexion s'articule autour de deux points distincts mais intrinsèquement indissociables. D'une part, il nous faut aborder la spécificité de l'*univers carcéral* et dès lors l'influence de ce monde à part sur le *détenu* (réflexion transversale) ; d'autre part, c'est une réflexion sur l'historique corporel et imaginaire du *sujet*, sa psychologie, sa psychopathologie qui sera abordée (réflexion longitudinale). Il est à noter qu'une *réflexion transversale* renvoie à une approche anthropologique, presque sociologique, alors que la *réflexion longitudinale* sera clinique et engendrera une réflexion métapsychologique. Mais, telle une seule et même réalité à plusieurs entrées, comme un corps à la fois réel et imaginaire, il ne sera possible de concevoir le détenu sans le sujet mais bien comme une seule et même réalité. L'un influant l'autre et l'autre influant l'un.

Les limites de l'approche psychanalytique

Il ne viendra à l'esprit de personne d'allonger un détenu sur un divan. De même, personne n'imaginera un prisonnier entamer une cure analytique en prison. Très vite se pose comme une évidence l'oubli du dispositif de base de la psychanalyse mais reste la métapsychologie qui semble demeurer le référent théorique privilégié. Ce dispositif théorique n'est pas sans

¹ CASTORIADIS C. (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil. & (1978), *Les carrefours du labyrinthe*, Paris, Seuil.

² Nous empruntons ce terme à un condensé de pensées dont nous revendiquons notre pratique et cette réflexion ; condensé représenté par les œuvres de Jean-Paul Sartre (*La psychanalyse existentielle* et *La méthode progressive-régressive* 1943, 1947, 1960, 1971) et plus récemment Michel Legrand (*L'approche Biographique*, 1993). Il est à noter que les limites de ce présent travail ne permettent pas de présenter l'ensemble des illustrations cliniques que nous aurions voulu analyser *.

³ Ce dernier point ne sera pas présenté dans le présent mémoire *.

poser plusieurs difficultés, voire apories, qui hantent la psychanalyse. La question de l'inconscient – qui demeure un pur postulat –, l'influence de la thermodynamique dans le modèle des pulsions (Suloway 1979, Gauthier 1993a), mais aussi la prise en compte de l'évolution de la recherche scientifique (neurosciences, biologie, éthologie, ...) notamment sur l'activité onirique, la place problématique de l'altérité (Mendel 1981, 1988, 1992 ; Kaës 1976, 1993 & Anzieu 1981) sont autant de critiques qui nous apparaissent judicieuses et qui font de la psychanalyse strictement orthodoxe une doctrine quasiment séculaire.

En redonnant place au corps, l'objectif est de dépasser ce que Sami-Ali appelle la « psychopathologie freudienne » pour donner des outils conceptuels qui permettent de dépasser son champ de compétence, la psychonévrose. L'hétérogénéité des personnalités et des psychopathologies rencontrées oblige à réfléchir une autre épistémologie que la psychanalyse, du moins une épistémologie qui la complète.

Le dispositif de la cure était dans l'écrit freudien très strict mais paradoxalement peu justifié¹. Le travail en face à face qui s'impose en clinique carcérale n'est pas sans incidence et sans répercussion sur la métapsychologie qui doit certainement être réinterrogée. Ce passage du divan à la relation face-à-face, par le média de la vision, incite à la critique de la métapsychologie qui devra s'ouvrir au corps qui émerge.

Un cadre à temporalité particulière

Pour le lecteur qui ne serait pas d'emblée accoutumé au cadre que nous offre la clinique carcérale, une première réflexion sur la temporalité doit être présentée. Nous allons, tout au long de cette dissertation, tenir compte de cette coordonnée de base mais dès maintenant il est nécessaire d'aborder le cadre temporel dans lequel le clinicien se retrouve *enfermé*. Tout travail thérapeutique classique voit une temporalité émerger qui appartient d'une part au clinicien et d'autre part au patient. Là où les thérapeutes comportementaux imposent un « quota » de séances, les psychanalystes ont fondé une part de leur notoriété sur l'interminable longueur de leurs cures. Au demeurant, c'est toujours au patient qu'appartient

¹ Voir GAUTHIER J.-M. & al. (2002), *L'observation en psychothérapie d'enfants*, Paris, Dunod, pp. 25-28. Voir aussi, concernant le statut épistémologique du dispositif de la cure, ROUSSILLON R. (1998), Quelques remarques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face-à-face, *In collection des débats de psychanalyse de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.

la liberté de mettre fin unilatéralement au processus. Le travail d'expertise s'inscrit lui aussi dans un cadre temporel qui voit un tiers, l'autorité mandante, donner prescription dans un jeu temporel fait d'accords et de compromis.

La clinique carcérale se joue, elle aussi, dans un cadre temporel très particulier. Un contenant, qui se révèle même déstabilisant, qui n'est pas sans influencer le contenu du travail clinique. Classiquement, trois situations se présentent : la *détention préventive sous mandat d'arrêt*, la *peine à temps* – avec la spécificité de la perpétuité –, et l'*internement*. Voici l'ébauche de ce qui peut être appelé *temps carcéral* que nous définirons en détail au chapitre VI. Ce qu'il est important de retenir, pour permettre notre introduction, c'est cette temporalité problématique qui fait, dans beaucoup de situations cliniques, de chaque séance une hypothétique dernière séance ; à l'inverse d'autres qui voient le travail clinique temporalisé dans la longueur, voire à l'infini.

Il paraît maintenant évident de dire que le clinicien doit adapter son acte, son intervention à la dimension temporelle. Très vite, le clinicien ressent le besoin d'agir, de se mobiliser, de transmettre quand il sait que l'entretien peut être le dernier. A l'inverse, la question de la fin ne peut que se poser dans une situation où le cadre se maintiendra toujours (dans certains cas de perpétuité pour lesquels une libération conditionnelle est difficilement envisageable ou dans certains cas d'internements). Les cas cliniques qui suivent s'inscrivent tous dans une temporalité spécifique et nous invitons le lecteur à rester attentif à ce paradigme qui aura influencé chacune de nos prises de parole mais aussi chacun de nos silences.

Une approche psychosomatique ?

A présent, la pertinence d'une réflexion psychosomatique de l'*univers carcéral* doit être interrogée. Il faut, pour ce, définir ce qui est entendu par psychosomatique. Il n'est pas de notre propos de faire la généalogie, ni même l'historique complet du concept¹. De Freud à Sami-Ali, l'objectif est de définir notre acceptation. La tentation, à laquelle beaucoup ont succombé et succombent encore, est de considérer la psychosomatique comme une

¹ Voir à ce sujet SAMI-ALI. (1987), *Penser le somatique : Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod ; KAMIENIECKI H. (1990), *Histoire de la psychosomatique*, Paris, PUF, 2004 ; MARTY P. (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF, 2004 & FINE A. (1996), Psychopathologie psychosomatique, in Mijolla (de) A & Mijolla-Mellor (de) S (éd), *Psychanalyse*, Paris, PUF, 2003, pp. 538-548.

explication de la pathologie organique en plaquant, indépendamment de toute étiologie, une grille de lecture symbolique, faisant partout apparaître des significations sexuelles, sur le modèle de la conversion hystérique. Cette position fait de toute pathologie organique une pathologie hystérique potentielle. Le principe est d'attribuer, de manière presque intuitive, à des symptômes ou affections corporels une signification symbolique. Comme l'a montré Gauthier (1993, 2001), l'hystérie constitue l'horizon épistémologique de la psychanalyse. Cela signifie qu'il est impossible de penser le corps sans en faire l'expression de désirs inconscients : le célèbre retour du refoulé. La pathologie psychosomatique freudienne pense le corps comme une scène de théâtre sur laquelle s'exprime le désir, la pulsion au travers du jeu du *symptôme-acteur*. L'exemple freudien classique décrit le jeune enfant qui voit son bras paralysé par le désir masturbatoire refoulé. La conception psychanalytique classique de la psychosomatique, mais aussi de toute la psychopathologie s'articule donc autour de cette conversion hystérique. Le corps est toujours conçu *a priori* comme lieu d'expression d'un conflit psychique dont les manifestations pathologiques – les symptômes – ne seraient que symboles métaphoriques. La possibilité de réduire tout le réel à la seule réalité de notre univers symbolique semble scientifiquement indéfendable et risque de mener à une aporie inextricable : « L'hystérisation du corporel marque, en fait, les limites du savoir psychanalytique »¹.

Sami-Ali, nous allons le constater, propose plutôt une anthropologie du sujet basée sur un rapport constant entre le corps et le psychique. Plutôt que de séparer la psyché du somatique, il invite à penser l'unité. Proposant de ne plus envisager l'un sans l'autre, il suggère une approche novatrice et originale de l'individu qui permet de dire *que toute réalité est une réalité psychosomatique*. Non au sens où le psychologique *explique* toute réalité corporelle mais plutôt où le psychologique ne peut s'exprimer sans le corporel et inversement : « Ainsi se découvrent des *liens entre les nosographies* qui parfois paraissent fort éloignées, et ceci justement dans la mesure où *toute pathologie se définit comme un processus psychosomatique* soumis à un principe de variabilité tel que *le psychique alterne avec le somatique et inversement* »². Un mot encore pour dire que ce choix épistémologique n'est pas sans incidence : le corps n'est plus ici un corps pulsionnel, un corps libidinal hystérisé mais un corps en tant que réalité phénoménale, en tant qu'instance ontologique qui n'aura aucun point de comparaison avec le corps freudien.

¹ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 62.

² SAMI-ALI. (1987), *Penser le somatique : Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod, p. 67. Souligné par nous.

C'est dans cette acception de la définition qu'il nous paraît judicieux de réaliser une étude psychosomatique de l'*univers carcéral*. Une étude où il s'agira *in fine* de dresser à notre tour une approche anthropologique du détenu et de son corps.

Livre 1

EPISTEMOLOGIE - METAPSYCHOLOGIE

I

Le corps comme fondement de la projection et comme origine de l'imaginaire

« ... l'histoire est entièrement vraie, puisque je l'ai imaginée d'un bout à l'autre ».

Boris Vian, *L'écume des jours*, 1947, p 17.

C'est à partir du concept *primordial* de *projection* qu'il faut saisir cette réflexion psychosomatique de l'*univers carcéral*. La projection, sorte de « pierre d'angle », ouvre la voie vers une théorie de l'imaginaire (Sami-Ali 1974, 1977) intégrant, à l'image de Kant (1787), comme données fondamentales l'espace et le temps (Sami-Ali 1974, 1990) et menant à une compréhension du corps qui, dès lors, se conçoit comme véritable cariatide de la vie psychique.

Il ne nous est pas possible de définir la projection sans l'imaginaire et inversement, tant ces concepts semblent intrinsèquement liés. D'une certaine manière, il pourrait être dit que ce ne sont que deux habillages, deux conceptions d'un seul et même phénomène. Ce phénomène n'est autre que la subjectivité même : « L'imaginaire en fait pour moi c'est quelque chose qui est tout à fait précis à savoir que ce ne sont pas des images, ce n'est pas l'imagination, ce n'est pas non plus une fonction qui prend place comme chez Lacan, en rapport au symbolique, pour moi l'imaginaire c'est le rêve nocturne, et ce que j'appelle les équivalents de rêves »¹. Ces équivalents, pour dresser une généalogie de cette fonction, sont le fantasme, la rêverie, le délire, l'hallucination, l'illusion, la croyance, le jeu, l'affect, le transfert, la pensée magique ... En somme, toutes ces activités seraient l'oriflamme d'une projection qui devient fondamentale.

¹ GAUTHIER J.-M. (1993b), Interview du professeur Sami-Ali, in *Cahiers de psychologie clinique*, n°2, p. 207.

Pour Sami-Ali, ce qui constitue le noyau même de l'être humain est l'activité onirique. Cent ans après *L'interprétation des rêves* de Freud (1900), il est permis de dire que le rêve est biologiquement déterminé. Les recherches les plus récentes¹ s'accordent à démontrer que le rêve suit un *rythme* qui ne relève d'aucune explication psychologique. Dès lors, la célèbre maxime freudienne qui fait du rêve l'accomplissement d'un désir sur un mode hallucinatoire semble, partiellement du moins, remise en cause. L'activité onirique doit donc être repensée : « Le rêve existe indépendamment de toute réalisation de désir »². Synthétiquement, le rêve existe plus *en-soi* que *pour-soi*. De plus il semble que l'activité onirique ne se limite pas à la phase de sommeil paradoxal mais s'étend également aux autres phases du rêve³ ; en somme, il n'est pas possible de ne pas rêver pendant le sommeil. De manière similaire, il est impossible de ne pas penser dans la vie éveillée.

Notre approche est similaire à celle de M. Khan (1972) qui émet l'hypothèse que les adultes peuvent « utiliser l'espace du rêve exactement comme l'enfant utilise l'espace transitionnel ... »⁴. Il nous donne une recommandation tout à fait intéressante de « réduire au minimum l'interprétation du contenu du rêve ; une surélaboration du processus du rêve ne ferait que servir d'écran à l'incapacité du patient d'instituer son espace de rêve »⁵. De fait, il semble qu'il importe de donner une attention particulière à la fonction contenante du rêve au détriment du contenu – paradigme freudien. Finalement, « Il s'agit moins d'interpréter que de véritablement découvrir »⁶.

Alors que Freud confine le rêve à un rôle spécifique et identifiable, il semble donc plutôt que l'on rêve tout le temps ; que l'activité onirique soit le paradigme du sommeil. Sami-Ali (1997) fait correspondre à la fonction de pensée et la fonction onirique la conscience vigile et la conscience onirique, cette dernière étant entièrement fondée sur le processus de projection. Ces deux formes de la conscience semblent avoir une relation particulière : « ...entre

¹ Voir notamment DEBRU C. (1990), *Neurophilosophie du rêve*, Paris, Hermann ; DEMOTES-MAINARD J. (1992), *à quoi bon dormir ?*, Paris, Frison-Roche ; HOBSON J.A. (1992), *Le cerveau rêvant*, Paris, Gallimard ; JOUVET M. (1968), Phylogénèse et ontogénèse du sommeil paradoxal : son organisation ultradiurne, in *Cycles biologiques et psychiatrie*, Paris, Masson ; JOUVET M. (1992), *Le sommeil et le rêve*, Paris, Odile Jacob & SAMI-ALI. (1997), *Le rêve et l'affect : une théorie du somatique*, Paris, Dunod, chap. I, pp. 11-47.

² SAMI-ALI. (2003), *Corps et âme : Pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Dunod, p. 10.

³ Le rêve se produirait pendant les cinq phases du sommeil rencontrant son acmé lors de la phase du sommeil paradoxal. Voir notamment Jouvét (1992).

⁴ KHAN M. (1972), La capacité de rêver, in *L'espace du rêve*, Paris, Gallimard, p. 458.

⁵ *Ibid.*, p. 459.

⁶ SAMI-ALI. (1997), *Le rêve et l'affect : une théorie du somatique*, Paris, Dunod, p. 47.

conscience onirique et conscience vigile, il existe une double relation d'inclusion et d'exclusion réciproques, par quoi se détermine tout moment, pour tout un chacun, *le rythme fondamental du fonctionnement psychique* »¹. La conscience² (vigile et onirique) est donc un processus perpétuel.

Ce qui est appelé projection n'a, dès lors, que peu à voir avec le concept freudien qui en limite la portée à sa fonction défensive. C'est, en effet, une définition de l'histoire et de la conception, grâce à une analyse fine et rigoureuse, du concept chez Freud qui permet à Sami-Ali dans *De la projection* (1970) d'élargir considérablement le champ d'application du concept. Ce mécanisme de projection primordial du vécu corporel et sensoriel qui coïncide donc avec le processus onirique fait dire que « rêver c'est projeter »³ et cette caractéristique du rêve sera bien plus prépondérante que, celle postulée par Freud, d'un rêve accomplissant un désir particulier, camouflé par les méandres du déplacement et de la condensation, bref du travail du rêve. « La projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui »⁴. Mouvement fondateur de la vie psychique, ce mécanisme, non plus de défense, mais de création, tend, en établissant des équivalences entre le corps et l'environnement, à constituer la possibilité de penser. Cette véritable pétition du principe psychique est définie comme un mode particulier de relation du sujet à son environnement condamnant l'ensemble du réel sous le joug de l'imaginaire. La perception même est troublée, transformée : « le réel devient un arrière plan occulte sur lequel se découpent les figures de l'imaginaire »⁵.

Ce phénomène projectif est à la base de la reconnaissance de la polarité dedans-dehors et donc de la différence entre soi et non-soi. Cette projection primordiale se mettrait, dès lors, en place à ce moment où la réalité externe commence à exister comme *autre*. Un paradoxe fondateur apparaît dès lors que, d'une part, la projection est liée à la différenciation de l'objet au moi mais, d'autre part, il y a la négation radicale de cette différenciation via ce constat qui fait du réel un cas particulier de l'imaginaire ; « Le réel n'est pas l'imaginaire : l'imaginaire

¹ *Ibid.*, p. 23.

² Il est remarquable que Freud n'ait jamais véritablement défini ce concept de *Conscience*. Voir notamment CANNON B. (1993), *Sartre et la psychanalyse*, Paris, PUF & SARTRE J.-P. (1943), *L'être et le néant*, Paris, Gallimard.

³ SAMI-ALI. (2003), *Corps et âme : Pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Dunod, p. 11.

⁴ SAMI-ALI. (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod, 1998, p. 137.

⁵ GAUTHIER J.-M. (1986), Le corps et l'imaginaire : un parcours dans l'œuvre de Sami-Ali, In *Revue belge de psychanalyse*, n°8, p. 76.

implique le réel comme une de ses modalités »¹. C'est lorsque le réel apparaît comme *non moi* que la projection va troubler ce *réel autre* comme une figure de l'imaginaire propre ; le réel une fois identifié est synchroniquement un *analogon* du moi. Ce système n'est pas sans rappeler à l'origine de cette réflexion les apports de Winnicott (1971) sur l'*aire transitionnelle* qui est défini comme un espace paradoxal intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure.

Une caractéristique essentielle qui doit encore être attribuée à la projection est son ancrage fondamentalement corporel. Ce corps qui est, plus qu'une interface entre l'interne et l'externe, le schéma structurant de représentation par excellence. L'une des meilleures illustrations de ce pouvoir corporel est l'étude que Sami-Ali (1977) réalise à partir d'un cas de dépersonnalisation. Dans cette étude, vécus corporel et perceptif subissent des modifications. Dans un phénomène d'inclusion réciproque, l'individu est le monde qu'il perçoit mais est aussi envahi par lui. Les fantasmes sont réels et le monde réel est fantasmatique ; être ce qu'il voit, c'est aussi se réduire à être envahi par ce qui est perçu. Vient poindre une problématique dans l'organisation du dedans-dehors. Ces phénomènes sont, dans ce cas, systématiquement associés à d'intenses vécus de modifications corporelles. L'expérience de dépersonnalisation trouve donc son origine dans une confusion qui n'est possible que parce que le corps a cessé d'exister comme schéma fondamental de l'expérience perceptive. Un corps qui normalement doit permettre au sujet de se repérer dans l'espace en situant toute réalité par rapport à ce corps propre par les coordonnées classiques devant/derrière, à gauche/à droite, en haut/en bas.

Les caractéristiques de la projection données, il faut tenter maintenant de tracer les origines de l'imaginaire et par la suite poser la question de son absence.

Origines de l'imaginaire

Bien qu'attribut anthropologique, l'imaginaire est une fonction qui se constitue et trouve à s'exprimer via le média de la relation précoce mère-enfant (Sami-Ali, 1997, 2003 ; Gauthier,

¹ SAMI-ALI. (1970), *De la projection. Une étude psychanalytique*, Paris, Dunod, 2004, p. 150.

1992, 1999). Cette mère, que la psychanalyse confinait à un rôle de pare-excitation, endosse le rôle de *synchroniseur, d'organisateur de la rythmicité* de l'enfant¹.

Rythme, le mot est lâché. La vie psychique se trouve inscrite dans un rythme spatio-temporel d'une part et dans une relation originelle à l'autre bien antérieure à la relation d'objet freudienne d'autre part. Ce qui existe à la naissance – et même avant comme nous le révèle l'éthologie (Tinbergen 1950, 1951 ; Harlow 1966 ; Bowlby 1969 & Lorenz 1965, 1973, 1978) – c'est une relation à l'autre qui a la particularité de préexister aux termes qu'elle relie. Ces rythmes biologiques fondamentaux synchronisés par la mère sont la régulation thermique, le cycle sommeil-veille, l'alimentation², ... Une des thèses de *L'enfant malade de sa peau* (1993) et *Du corps de l'enfant psychotique* (1999), deux ouvrages de Jean-Marie Gauthier, est d'insister sur l'essentiel de cette qualité rythmique dans les soins apportés à l'enfant.

De ce point de vue, l'organisation psychique ne débute pas, comme le suggère Freud, par une sexualité infantile prégénitale fondée sur la pulsion orale (Anzieu, 1985 ; Sami-Ali, 1997). Tout au plus l'oralité en est une des modalités si l'on veut bien y inclure la notion de relation (Mendel, 1988).

Imaginaire refoulé

Comme expliqué *supra*³, le corps psychanalytique est résolument le corps de l'hystérique. La psychopathologie freudienne, comme aime à l'appeler Sami-Ali, est effectivement construite sur le modèle du fonctionnement hystérique et du refoulement. Le concept freudien de refoulement porte sur le contenu, la représentation⁴. Sami-Ali (1980, 1997), à côté de ce modèle de la névrose hystérique, postule une autre forme de pathologie qui est le fonctionnement dirigé par le banal. La caractéristique première de cette pathologie du banal

¹ Voir à ce sujet les précieux travaux de Daniel Marcelli, notamment MARCELLI D, (2000), *La surprise : chatouille de l'âme*, Paris, Albin Michel & MARCELLI D, (1992), Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, in *Psychiatrie de l'enfant*, vol 35, n°1. C'est une fois encore, assurément, à Winnicott (1971) que revient la primauté intuitive de cette pensée.

² Les évolutions récentes de la psychiatrie biologique permettent de confirmer ces hypothèses, notamment en observant les effets secondaires qui accompagnent les médications psychiatriques. Il est remarquable que ces effets soient généralement liés à des troubles de l'alimentation, une prise de poids, une modification de la température corporelle, de l'insomnie, ... Voir à ce sujet notre chapitre III, page 32.

³ Cfr. notre introduction « Une approche Psychosomatique ».

⁴ FREUD S. (1915), Le refoulement, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988 & SAMI-ALI. (1997), *Le rêve et l'affect : une théorie du somatique*, Paris, Dunod.

est le refoulement de la fonction de l'imaginaire et dès lors la possibilité du refoulement de l'affect. Ce que Sami-Ali appelle le « métarefoulement »¹ est donc un refoulement réussi qui ne connaîtra pas l'échec. Là où le mécanisme portait sur le contenu avec Freud, c'est l'ensemble de la fonction, le contenant, qui subit le refoulement. « Désormais, il n'y a ni rêve, ni fantasme, ni affect, comme si tout devait se réduire à un réel extérieur au sujet. (...) La pathologie de l'adaptation ou du banal est cette forme particulière de fonctionnement normal dans laquelle les traits de caractère remplacent les symptômes névrotiques ou psychotiques, alors que l'adaptation s'effectue au détriment du rêve et de ses équivalents »². C'est la *nihilisation* de la projection.

L'exemple *princeps* de ce refoulement de l'imaginaire est le sujet qui ne rêve pas, ne s'en souvient pas ou n'y accorde aucune importance. L'ensemble des équivalents de rêve devient des activités objectives, vides de sens imaginaire. Ce qui caractérise, en fait, le banal au niveau de l'activité onirique n'est pas tellement l'absence de rêve mais le peu d'intérêt pour ces derniers. Ces patients répétant souvent à l'envi qu'ils rêvent mais que cela ne les concerne pas ou ne les intéresse pas – ce qui interpelle tant l'activité onirique est un phénomène intime et propre à soi. M. Khan, une fois de plus très proche de nos hypothèses, décrit des patients qui tirent de leur rêve « ... bien peu de satisfaction et ont-ils un sens très pauvre de la réalité vécue du rêve rêvé »³.

Ce constat théorique nous emmène vers une première implication clinique très fréquemment rencontrée par le psychologue travaillant en prison. Les épreuves projectives (généralement le test du Rorschach et le Thematic Aperception Test) voient les protocoles issus de l'administration aux détenus souvent qualifiés de « pauvres » ou du moins de « pas très riches » traduisant un nombre restreint de réponses, généralement pas très élaborées. Le raccourci théorique fréquemment fourni est la faible capacité de mentalisation de nos sujets testés, ce qui nous semble totalement réfutable. Il s'agirait plutôt de la mise en évidence d'un fonctionnement banal qui traduit une capacité projective problématique. Cette remarque nous fait penser à la querelle théorique qui oppose les acceptions classiques définissant l'*alexithymie* à celle de Sami-Ali (1977). L'*alexithymie* qui désigne la difficulté de trouver des mots pour exprimer les émotions est théorisée comme une carence de mentalisation sur le

¹ SAMI-ALI. (1997), *Le rêve et l'affect : une théorie du somatique*, Paris, Dunod, p. 43.

² SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998, pp. 84-85.

³ KHAN M. (1972), La capacité de rêver, in *L'espace du rêve*, Paris, Gallimard, pp. 458-459.

modèle de la névrose actuelle chez Freud. Sami-Ali (1977) invite quant à lui à penser cette difficulté comme la mise en évidence d'un imaginaire refoulé qui pose le problème de la projection. Pour revenir à cette faiblesse que nous qualifierons d'imaginaire des protocoles des tests projectifs en prison, cette hypothèse est un premier élément qui nous permettra de définir le *Surmoi carcéral* et l'*impasse carcérale*¹. Evidemment, cette hypothèse d'un refoulement de l'imaginaire qui d'une part expliquerait, partiellement du moins, la qualité des protocoles de tests projectifs et d'autre part serait directement mise en rapport avec la *situation carcérale*, a pour effet d'influencer considérablement le travail d'expertise.

Une autre caractéristique du banal est l'adaptation par répétition stéréotypique : « Le banal correspond à un ensemble de règles adaptatives dont l'application aboutit à la reproduction du même à l'intérieur d'un comportement conforme. C'est la subjectivité sans sujet »², c'est une conscience vigile sans conscience onirique, c'est le corps réel sans le corps imaginaire. C'est ce que met, magistralement et par l'absurde, en scène le sulfureux écrivain autrichien Peter Handke (1966) dans sa pièce de théâtre *Outrage au public* en interrogeant le spectateur sur son attente, son besoin de projection.

En plus de donner au concept de banal des échos anthropologiques et culturels (Sami-Ali, 1971, 1980) et même artistiques (Sami-Ali, 1980, 1990b) géniaux, c'est dans ce creuset du vide imaginaire que Sami-Ali situe la pathologie somatique mais aussi dégage comme une piste pour expliquer la psychopathologie en général³ : « Ainsi se découvrent des *liens entre les nosographies* qui parfois paraissent fort éloignées, et ceci justement dans la mesure où *toute pathologie se définit comme un processus psychosomatique* soumis à un principe de variabilité tel que *le psychique alterne avec le somatique et inversement* »⁴.

Dans ce contexte, nous voudrions maintenant insister sur la bipolarisation circulaire du *Corps réel, Corps imaginaire*. Freud, déjà, initiait cette réflexion avec la célèbre citation : « l'hystérique ne connaît pas l'anatomie »⁵ ce qui signifie que l'hystérique invente son corps selon des schémas qui ne sont pas superposables au corps médical. Sami-Ali (1977) s'attardant sur cette distinction fondamentale invite à penser le corps entre deux pôles idéaux

¹ Voir notre Chapitre VII.

² SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998, pp. 84-85.

³ Cfr notre introduction « Une approche Psychosomatique ».

⁴ SAMI-ALI. (1987), *Penser le somatique : Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod, p. 67. Souligné par nous.

⁵ FREUD S. (1893), Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, in *Résultats, idées, problèmes*, vol I, Paris, PUF, 1984.

dialectiques incluant toute réalité somatique et psychique, le *corps réel* étant le corps objectif du médical et le *corps imaginaire* étant le corps soumis au processus de projection. Mais ces deux extrémités ne peuvent se concevoir l'une sans l'autre tant ces deux corps sont l'unique et même réalité d'un phénomène singulier. Aucune des deux formes n'existe à l'état pur et donc, il est permis de dire que toute pathologie somatique a un versant imaginaire et psychologique et que toute psychopathologie a certainement une intrication somatique.

Alors que Freud (1913, 1917b) promettait un travail d'ensemble sur la projection qui ne verra jamais le jour, il semble bien que celle-ci « est à la fois au-dedans et au-dehors de la théorie freudienne »¹. Une projection qui est d'emblée transformation du réel, qui devient imaginaire, cependant que se créent un espace et un temps également imaginaires comme nous allons l'exposer au chapitre suivant.

¹ SAMI-ALI. (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod, 1998, p. 13.

II

L'inscription corporelle dans l'espace et dans le temps

« *L'espace et le temps* : un thème qui mériterait le traitement le plus fondamental ».

Sigmund Freud, *Au-delà du principe de plaisir*, 1920, p 299.

Le temps et l'espace : thème d'étude indispensable

Bien que Freud (1920) relève qu'il s'agit d'un thème qui mériterait d'être approfondi, l'étude de l'espace et du temps reste singulièrement restreinte dans le texte. A quelques rares exceptions près, la prise en compte de ces variables reste remarquablement obscure, comme « une limite vers laquelle tend continuellement l'élaboration théorique »¹. Sami-Ali (1990) montre qu'il faut retourner à l'histoire personnelle de Freud pour saisir une étrange omission de l'espace. En effet, le savant viennois fait état, dans une lettre à Fliess datée du 4 janvier 1898, de sa latéralité problématique. C'est en parlant de sa *gaucherie contrariée* que Freud utilise ces mots pleins de sens « j'ai en général une capacité de représentation spatiale lamentablement réduite, ce qui m'a rendu impossible toutes les études géométriques et celles qui en dérivent »².

Le temps n'est guère mieux traité, puisque l'objet même de la psychanalyse, l'inconscient, se voit privé de toute réalité temporelle : « Les processus du système *Ics* sont intemporels c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés temporellement, ne se voient pas modifiés par le temps qui s'écoule, n'ont absolument aucune relation avec le temps » et à l'inverse, « la

¹ SAMI-ALI. (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod, 1998, p. 9.

² FREUD S. (1887-1904), *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2006, p 372.

relation temporelle est [...] rattachée au travail du système-Cs »¹. Tout se passe comme si pour Freud, la temporalité en tant que fonction mentale ne pose pas question, il se contente, dans sa clinique, d'utiliser le sens commun d'une temporalité linéaire. Alors que, de manière évidente, « la psychanalyse est habitée par la question du temps »² ; plutôt que de se poser la question d'un temps imaginaire, que nous définirons plus loin, Freud semble préférer relier la temporalité³ à la répétition et à la pulsion de mort (Gauthier, 1993).

Dans *La Critique de la raison pure*, Kant estime que le temps et l'espace sont les « formes pures de l'intuition sensible »⁴. Il s'agirait donc des deux conditions indispensables à la possibilité même de penser. Il faut pouvoir se distinguer des objets environnants, se ressentir comme séparé d'eux, comme intuition de l'espace mais, est tout autant indispensable à la pensée de posséder une organisation temporelle minimale. Le vécu de tout un chacun confirme que tout phénomène accessible à la pensée humaine s'inscrit par définition dans un espace et un temps propres. Pour Kant, ces intuitions sont pures dans la mesure où elles seraient antérieures à toute connaissance empirique et irréductibles à toute forme de pensée dont elles seraient dérivées. Le temps et l'espace constituent donc la condition *sine qua non* à toute expérience de pensée mais aussi le socle originel de la capacité de penser.

Le temps et l'espace précèdent toute autre forme possible de sensation puisque nous ne pouvons parler de sensation que si nous nous percevons comme différents des objets environnants. C'est le corps qui permet l'expression de l'espace et du temps comme va le proposer Schopenhauer, une trentaine d'années après le philosophe de Königsberg. Pour Schopenhauer, l'expérience corporelle est l'expérience métaphysique fondamentale. Reprenant les thèses de Kant, il définit comme formes de toute connaissance le temps et

¹ FREUD S. (1915), L'inconscient, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988, p.226.

² GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 83.

³ Il est piquant de constater que cette (in)variante se retrouve dans les trois grandes métaphysiques que P. Ricoeur (1969) qualifiera de « soupçon ». Sans entrer dans les détails de ces grandes métaphysiques, il est un fait qui ressort de l'analyse ; le temps est un paradoxe propre à ces trois grands penseurs. Marx semble considérer la temporalité comme une « répétition historique » (Assoun, 1978) ; Nietzsche avec le concept d'*éternel retour* place aussi sa philosophie dans un temps qui ne peut être que répétitif à l'infini – nous renvoyons à l'étude de P.-L. Assoun (1980) sur les rapports entre Freud et Nietzsche ; Freud, enfin, à travers les notions de névrose infantile, d'après-coup, de compulsion de répétition ou de pulsion de mort conçoit lui aussi la temporalité comme un phénomène répétitif et circulaire. Bref, tout se joue comme si pour ces trois maîtres, le temps ne pouvait être qu'un retour incessant au même, à l'identique. Mais, le paradoxe se liant en ce point, la question du temps semble hanter ces penseurs de manière à être continuellement présente sans être fondamentalement prise en compte, sorte de refoulement caractéristique ...

⁴ KANT E. (1787), *Critique de la raison pure*, Paris, [PUF](#), 1986, p. 55.

l'espace « d'où procède la pluralité »¹. Le corps, dans ce contexte, s'inscrit sobrement dans ce paradigme spatio-temporel : « objet parmi d'autres objets, soumis aux mêmes lois... il est une représentation comme toutes les autres »². Mais, clairement, le corps se distingue des autres objets en ce sens qu'il est l'objet des objets, sorte de *méta-objet*, qui permet la connaissance de tous les objets (Schopenhauer, 1813). Temporalité et spatialité sur fond corporel sont ainsi au centre de toute expérience humaine reconnue comme telle.

Le temps et l'espace comme *ingrédients essentiels* à la connaissance humaine doivent certainement se définir en rapport à la projection que nous avons caractérisée de fondamentale qui va frapper cet espace et ce temps pour les rendre imaginaires, c'est-à-dire subjectifs. Cela explique d'ailleurs que nous ayons tous un rapport à l'espace et au temps qui nous soit propre.

L'espace imaginaire

Sami-Ali (1974) montre qu'il n'est plus possible de concevoir une théorie psychanalytique sans poser la question de l'*espace imaginaire* grâce à une nouvelle élaboration du *jeu de la bobine* décrit par Freud (1920). Le petit-fils du savant viennois accède à la verbalisation et à la symbolisation par la mise à distance de la bobine qui tour à tour le représente aussi bien que sa mère. Ce jeu, expérience imaginaire par excellence, est une tentative de maîtrise du réel (l'absence de la mère). Le phénomène projectif est limpide en ce sens que le réel instantanément se réduit à un cas particulier de l'imaginaire. C'est, comme nous l'avons exprimé au premier chapitre, le corps propre en tant que schéma fondamental de représentation qui permet cette expérience projective. Soumis à la projection, l'espace est donc modifié et frappé par la fonction de l'imaginaire. Bachelard avait déjà tout compris en faisant de la *Poétique de l'espace* une étude à part entière : « L'espace saisi par l'imagination ne peut rester l'espace indifférent livré à la mesure et à la réflexion du géomètre. Il est vécu. Et il est vécu, non pas dans sa positivité, mais avec toutes les partialités de l'imagination »³.

C'est donc dans un espace caractéristique que se développe ce mouvement de projection créatrice d'imaginaire. L'espace imaginaire est un espace qui possède une structure

¹ SCHOPENHAUER A. (1818), *Le monde comme volonté et comme représentation*, PUF, Paris, 1966, pp. 27.

² *Ibid*, p. 27.

³ BACHELARD G. (1957), *La poétique de l'espace*, Paris, [PUF](#), 2004, p. 17.

d'*inclusion réciproque* qui est le mode d'expression fondamental du rêve, de l'inconscient, du jeu et même du délire. A la manière de poupées russes qui s'incluraient mutuellement, cet espace est sans surface, sans profondeur, sans contradiction, sans besoin de cohérence, sans différenciation de l'autre. Le rêveur y est à la fois l'acteur, l'objet de l'acte et le réalisateur du scénario ; la topique onirique est singularité et réciproquement totalité. « ... l'espace du rêve dont la structure, essentiellement ambiguë, comporte *une régression de la tridimensionnalité à une organisation topologique se passant de la troisième dimension.* (...) De ces ébauches d'être s'accumulant sans souci de cohérence, le désir du rêve sait créer un monde dans lequel l'espace, au lieu de permettre aux choses de s'y fixer, sert au contraire à les livrer à une force incommensurable qui en annule l'altérité et la séparation »¹. Dans cet espace, il y a équivalence entre contenu et contenant, entre le dedans et le dehors, entre le corps propre et l'espace.

Dans une perspective développementale, alors qu'elle est superposée à un imaginaire pur lorsqu'elle est organisée dans un espace d'inclusion réciproque, la réalité est, petit à petit, appréhendée de manière à se désincarner partiellement de l'imaginaire. L'autre n'apparaît encore que comme un complément imaginaire du moi et l'espace s'organise suivant les lois d'une *symétrie spéculaire*. L'enfant se réfère à un espace structuré par l'autre.

Parallèlement à une meilleure appropriation du corps propre comme futur schéma de représentation, la maîtrise de l'espace tridimensionnel va se substituer à l'espace spéculaire voué à l'autre. Cet espace sonne le glas de la différenciation entre contenu et contenant, dedans et dehors, corps propre et espace². Il n'est, malgré tout, pas question, dès ce moment, que représentation et perception se chevauchent exactement car grâce au mécanisme de projection, le réel est pour toujours frappé d'imaginaire.

Cette définition de l'espace imaginaire que nous venons de donner comble un vide dans une élaboration du fonctionnement psychique. Ce domaine d'étude se révèle incontournable et il semble, après analyse, difficile d'en faire l'économie dans une élaboration d'une métapsychologie. Freud n'avait probablement pas les capacités attentionnelles suffisamment développées en ce domaine pour en extraire un substrat théorique. Comment quelqu'un, si

¹ SAMI-ALI. (1974), *L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard, p. 137.

² SAMI-ALI (1990) étudiera génialement l'évolution de cet espace à travers la théorie de la perspective chez Alberti (XV^e siècle).

grand génie soit-il, qui présente « une capacité de représentation spatiale lamentablement réduite »¹ aurait-il pu prendre en compte un espace autre qu'uniquement fictionnel dans sa théorie ? Freud ne s'amende-t-il pas pour cet handicap qui lui « a rendu impossible toutes les études géométriques et celles qui en dérivent »² ? C'est précisément cette approche géométrique qui caractérise l'étude de *L'espace imaginaire* de Sami-Ali.

Le temps imaginaire

La perspective d'un écart entre le temps social – il vaut mieux éviter de le qualifier de réel car le temps n'est jamais qu'une représentation – et le temps psychique propre à l'individu n'est pas abordée chez Freud. Pourtant, pour G. Bachelard, « Le temps doit (...) s'enseigner et ce sont les conditions de son enseignement qui forment non seulement les détails de notre expérience mais encore les phases mêmes du phénomène psychologique temporel »³ ou encore selon J-M Gauthier, « le temps, pas plus qu'une autre fonction psychique ne jouit d'un privilège particulier, il doit être construit »⁴. Sa construction progressive est étroitement liée au processus d'*individuation/différenciation* et dès lors, nous l'avons vu plus haut, à l'acquisition de l'*espace tridimensionnel*. Ces processus étant envisageables, une fois de plus, lorsque le corps fonctionne comme schéma de représentation. Effectivement, pour Sami-Ali (1974, 1977), le temps imaginaire est avant tout spatial : « il semble dès lors que, du point de vue de l'inconscient, seul l'espace soit imaginable et que le temps ne devienne perceptible qu'une fois ramené à des formes spatiales »⁵. Sami-Ali (1990) propose que, si l'inconscient ne connaît pas le temps, c'est que cette temporalité est réversible, c'est dire qu'elle s'inscrit dans un espace d'inclusion réciproque. Cette possibilité de remonter le temps – fantasme fondamental – repose sur la possibilité d'avoir un temps imaginaire qui est corporel. Le corps apparaît, une fois de plus, comme le lieu même où s'origine toute possibilité de représentation grâce au pouvoir fondamental de la projection.

Lewis Carroll semble traduire au mieux l'esthétique de l'imaginaire (Sami-Ali, 1974 & Gauthier, 1999). En ce sens, les meilleures définitions de l'espace et du temps imaginaires se

¹ FREUD S. (1887-1904), *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2006, p. 372.

² *Ibid.*, p. 372.

³ BACHELARD G. (1950), *La dialectique de la durée*, Paris, PUF, 1989, pp. 31-32.

⁴ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 83.

⁵ SAMI-ALI. (1974), *L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard, pp. 242-243.

trouvent probablement entre les lignes d'*Alice au pays des merveilles* (1865) et *De l'autre côté du miroir* (1871). En ce qui concerne le temps, puisque c'est ce qui nous intéresse à présent, il y est circulaire (et non pas linéaire), réversible et ouvre la voie à une confusion entre cause et effet. Enfin, ce temps imaginaire est aussi le temps du jeu lorsque l'enfant va suspendre son activité ludique pour aller rejoindre sa mère et la reprendra plus tard comme si le temps avait été arrêté.

Synthèse

D'*utopie*¹ en *uchronie*², l'enfant crée sa réalité spatio-temporelle qui, bien que se situant dans le réel de la convention sociale, se verra frappée constamment par l'imaginaire propre de l'individu. L'imaginaire est donc, plus que jamais, une fonction qui se constitue. Cette constitution est médiatisée par la relation précoce mère-enfant. C'est à travers cette relation que s'instaure un rythme biologique fondamental³. Une rythmicité qui devient essentielle et qui interrogera, autant que l'espace et le temps, le carcéral plus loin dans notre réflexion.

Sami-Ali (1974, 1977, 1990, ...) et Gauthier (1993, 1999, ...) ont exposé à de multiples reprises que la pathologie psychosomatique d'abord et la psychopathologie enfin, sont à mettre en rapport avec des difficultés à construire ces fonctions essentielles à la pensée que sont l'espace et le temps. L'étude de ces deux concepts est compliquée puisqu'elle nous entraîne aux confins de la possibilité même de penser, au cœur du paradoxe : « il faut penser ce qui reste à la limite du dicible »⁴. Comment, dès lors, penser ces troubles multiples qui nous montrent que ces fonctions de pensée sont loin d'être constituées a priori, ce que par déni nous oublions d'interroger dans notre pratique⁵.

¹ Voir le célèbre roman de Thomas More (1516) *L'utopie*.

² C'est le néologisme proposé par Charles Renouvier, *Uchronie* (1901) désignant un royaume hors du temps.

³ Cfr. notre chapitre I « L'imaginaire refoulé ».

⁴ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 82.

⁵ Cfr. nos chapitres IV, V et VI.

III

Identité – altérité – pathologie du banal

« J'avoue que j'ai mis du temps à comprendre que c'était mon visage que j'apercevais. J'ai tout simplement cru que c'était celui de ma mère. J'ai supposé qu'elle était là depuis des mois, inlassable, solide. Comment ai-je compris que ce n'était pas elle ? D'abord, ce visage ne parlait pas. Et il se tenait trop près du mien pour être celui de ma mère : si elle avait collé à moi de la sorte, front contre front, aurait-elle pu résister si longtemps à la tentation de me manger ? Ce reflet incolore qui venait me tenir ne pouvait être que le mien, le seul capable de supporter que je me développe et m'épanouisse, le seul qui ne m'obligera jamais à lui dire "bonjour" ou "comment ça va ?" ».

François Weyergans, *La vie d'un bébé*, 1986, p 173.

Le paradoxe de l'identité

Dans *De la naissance à la parole* (1965), Spitz observe que l'enfant vit un état d'angoisse vers le huitième mois lorsqu'il est confronté au visage d'un étranger. Spitz interprète la réaction d'angoisse comme la manifestation d'un déplaisir face à l'absence potentielle de la mère. L'angoisse serait une angoisse de *séparation* où l'enfant manifeste une crainte d'abandon. Cependant, émettre l'hypothèse de ce vécu de séparation postule la constitution de l'espace comme espace de séparation. Un espace qui doit être, nous l'avons montré au second chapitre, psychologiquement tridimensionnel. De plus, émettre la supposition de la séparation d'avec la mère comme source d'angoisse laisse en suspens la question du visage de l'étranger qui précisément déclenche cette angoisse. En quoi la présence de l'étranger est-elle requise pour que l'enfant exprime cette angoisse ? « Parce que c'est l'étranger qui stimule cette réaction et non un espace qui serait d'emblée conçu comme potentialité de séparation »¹.

¹ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 145.

Enfin, confronté en présence de la mère à une personne inconnue, l'enfant continue à réagir avec la même anxiété, ce qui ne saurait donc se reporter à l'absence de la figure maternelle.

Une fois de plus, Sami-Ali (1977) réalise une théorisation fine et novatrice de cette angoisse du huitième mois. Il faut situer la signification de cette angoisse à la fois dans le processus de différenciation où l'enfant acquiert la capacité d'investir sa mère en tant que telle ainsi que dans le processus d'acquisition par l'enfant de son visage propre. L'apparition d'une figure inconnue – l'étranger – prend sens comme manifestation de discontinuité menaçante. A travers ce visage étranger, l'enfant découvre qu'il pourrait être différent du visage de sa mère, celui qu'il a toujours connu : « être d'abord sans visage, puis avoir le visage de l'autre, le troisième temps du processus de reconnaissance de soi se définit par la perception du visage de l'autre comme étant autre »¹. Parallèlement à cette différenciation, l'enfant se retrouve finalement étranger à lui-même : « Percevoir le visage de la mère dans sa différence avec d'autres visages, c'est donc pressentir la possibilité d'avoir un visage différent de celui de la mère. L'angoisse du huitième mois, quand elle vient à se produire, trahit cette double constitution de l'autre comme autre et de soi comme autre de cet autre. C'est pourquoi, grâce à l'introduction de la dimension d'altérité, l'étranger s'avère être précisément le sujet »². Ce visage qui constitue pour les autres l'indice *princeps* de notre identité ne nous est accessible que par la médiation du miroir ou du regard de l'autre. Ce qui définit le mieux notre identité est donc condamné à être ce que nous avons de moins propre, pour en arriver à cette amphibologie : l'autre est au cœur intime de notre identité.

En ce sens, l'angoisse du huitième mois n'est pas une angoisse de *séparation* mais bien une angoisse de *différenciation*, même de *dépersonnalisation*. L'hypothèse de Spitz semble omettre qu'avant d'envisager une séparation, l'enfant doit, au préalable, dans un mouvement d'inclusion indissocié, construire l'altérité et constituer sa propre identité.

Une réflexion similaire peut être faite sur la confrontation au miroir³ étudiée par Winnicott (1967) qui lui-même reprenait le dispositif imaginé par Lacan (1949). L'enfant lorsqu'il est

¹ SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998, p. 117.

² *Ibid.*, p. 118.

³ A ce sujet, le rêve que monsieur C nous rapporte en entretien est tout à fait intéressant. La porte d'entrée de notre bureau se trouve dans un petit sas dans lequel il y a un évier et un grand miroir. Lors de notre cinquième entretien, monsieur C nous confie donc ce rêve : « J'étais devant la porte de votre bureau mais le bureau n'était plus dans la prison mais ailleurs, peut-être dans la maison de mon enfance. J'attendais indéfiniment notre rendez-vous mais vous n'arriviez pas. En patientant, je regardais dans votre miroir et me voyais avec vingt ans de

porté par sa mère et confronté au reflet du miroir, dirige son regard vers le visage qu'il connaît le mieux, celui de sa mère. C'est précisément sur ce point que Lacan se trompe (Sami-Ali, 1998) en identifiant une « assomption jubilatoire » antérieure à la « dialectique de l'identification à l'autre »¹ face au dispositif spéculaire. Ce que Sami-Ali propose est tout à fait ce que Narcisse vit lorsqu'il est confronté à son reflet : « Narcisse perçoit un autre en lieu et place de lui-même ; il identifie cet autre comme étant lui-même ; et cet autre renvoie de nouveau, au plan de l'imagination matérielle, à un autre qui n'est pas lui-même »². Le narcissisme doit donc être repensé et élargi, non plus comme « le complément libidinal à l'égoïsme de la pulsion d'autoconservation »³ mais plutôt comme la prise en compte de l'altérité dans le processus d'identité. Mieux, il semble que « la relation à l'autre vient avant le narcissisme »⁴. Le visage est la voie royale d'accès au narcissisme, et semble supporter le corps comme l'atlante soutient la structure architecturale.

Semble donc se dessiner la problématique de l'*identité* qu'il faut comprendre en opposition à celle de l'*identique* comme le propose Sami-Ali (1980). L'identité est un processus – ce qui veut dire qu'elle est constamment en évolution progressive – ancré dans le paradoxe qui est fondé sur le *principe de l'hospitalité* – au sens de l'accueil de l'étranger chez soi. « L'identité surgit de la répétition de l'identique, elle engendre un même pourtant immédiatement différent de l'autre grâce à un jeu analogique où tout est équivalent à soi, c'est-à-dire non-différent »⁵. Ce mouvement dialectique entre ce que Ricoeur (1990) nomme *ipse* et *idem* est la manifestation de la mise en route du processus de projection sensorielle primordiale. Cette construction inachevée garde en elle la trace de la dialectique paradoxale de la reconnaissance dans la même unité à la fois de la « mêmeté » et de la différence, de la continuité et de la discontinuité, de l'identité et de l'altérité ; « c'est dans l'autre que naît le soi, doublement autre : l'autre comme source de représentation de soi, pourtant radicalement différent »⁶. C'est en effet la thèse centrale du considérable ouvrage de P. Ricoeur *Soi-même*

moins, je ressemblais comme deux gouttes d'eau à la photo de mon père à vingt ans que j'ai dans mon portefeuille ». L'analyse détaillée de ce rêve nous apparaît tout à fait essentielle mais ne pourra être menée à son terme dans ce mémoire (*). Relevons pour l'instant que Sami-Ali (1977) explique que le rêve du miroir apparaît généralement lorsque se pose la question de l'identité dans le travail thérapeutique. Une identité qui ici est interrogée aux abords de l'espace propre du clinicien.

¹ LACAN J. (1949), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, in *Écrits*, Paris Seuil, 1966, p. 93.

² SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998, p. 107.

³ FREUD S. (1914), Pour introduire le narcissisme, in *Œuvres complètes*, vol XII, Paris, PUF, 2005, p. 218.

⁴ SAMI-ALI. (2003), *Corps et âme : Pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Dunod, p.6.

⁵ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, pp. 97-98.

⁶ *Ibid.*, p. 98.

comme un autre qui traite de ce paradoxe de l'altérité dans la constitution de sa propre identité¹. Comme l'avait si bien pressenti le poète : « Je est un autre »².

Du banal

Alors que nous avons déjà abordé ce thème dans le premier chapitre en le reliant à un refoulement réussi de l'imaginaire, examinons derechef le concept de *banal* qui se révélera essentiel et très stimulant dans notre travail clinique.

« Il y a pathologie du banal dans la mesure où la perception remplace la projection et l'intérêt pour le réel le besoin de se projeter ... »³ ou, qu'en est-il lorsque l'identité est coupée de son alimentation fondamentale : la projection ? Le banal est la fonction dont l'objectif est de réduire toute différence et de ramener sans cesse l'identité à l'identique, au non différent, à la répétition du même. Ce fonctionnement induit l'impossibilité des processus de mémoire et d'historisation. Un fonctionnement mental dominé par le banal interdit toute ébauche d'identité, dès lors de sens. Le banal réduit toute possibilité d'imaginaire : « Ce qui fait problème dans le banal, c'est que le réel, qui est à la fois le rationnel et la technique, tend de plus en plus à prendre la place de l'imaginaire. L'imaginaire qu'un lien fondamental unit à la projection de sorte que, par le truchement du banal, c'est toute la problématique de la projection qui se trouve de nouveau abordée dans son aspect négatif d'absence de projection : le réel n'est plus que ce qu'il est »⁴.

Cette capacité de réduction du banal explique la fragilité de certains patients : sans imaginaire possible, il ne subsiste que la soumission à un prescrit qui ordonne la répétition et empêche toute individuation. Le banal explique aussi les difficultés de fonctionnement de la

¹ Outre Ricoeur (1990), plusieurs philosophes célèbres ont abordé cette question de l'altérité. De Levinas (1947) à Sartre (1943) qui aura cette sentence terrible « L'enfer c'est les autres », mais aussi, plus récemment Le Breton (1992) : « La figure humaine abrite l'insaisissable de l'Autre au cœur du je ». Nous pensons aussi à Gérard Mendel (1981, 1988, 1992), le fondateur de la sociopsychanalyse, qui a dénoncé les *apories sociales* de la psychanalyse.

² RIMBAUD A. (1871), Correspondance, à Paul Demeny, in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, La Pléiades, 1972, p. 250.

³ SAMI-ALI. (1980), *Le banal*, Paris, Gallimard, p. 79.

⁴ *Ibid.*, pp. 9-10.

mémoire ; « si on est aux prises avec un univers chaotique ou parfaitement répétitif¹, quel que soit notre équipement neuropsychologique, la fonction de mémoire devient inutile car incapable de nous aider à anticiper et à devenir sujet ... »².

Cette abrasion maximale de l'imaginaire n'est pas sans incidence sur le social. Il peut être observé une adaptation sans faille de la part du sujet (sans subjectivité) au social. Cette ouverture anthropologique du banal en fait la pathologie du conformisme, de l'hyper-adaptation réussie. S'établissent alors progressivement des défenses caractérielles rigides qui s'opposent au retour du refoulé – de sorte que l'imaginaire est exclu d'un véritable diallèle – ce qui est la voie inverse des psycho-névroses où les défenses s'établissent en raison d'un retour du refoulé et donc de l'échec du refoulement. Ici, les défenses se développent avant et contre le retour du refoulé.

Psychose adaptative : banal et neuroleptiques

Dans le travail quotidien en défense sociale, un élément retenant notre attention est la répétition stéréotypique de comportements et l'apparent vide imaginaire chez les patients psychotiques traités par neuroleptiques³. Ces molécules semblent éliminer la fonction de l'imaginaire et le processus de projection⁴ avec comme objectif d'éliminer une pathologie de l'imaginaire qu'est la psychose. L'effet de la molécule devient l'équivalent d'un refoulement infaillible de la fonction de l'imaginaire (Sami-Ali 1987, 1997). Ce refoulement « chimique » transforme la pathologie psychotique en une « psychose adaptée » qui semble suivre un fonctionnement du banal par excellence. Il est d'ailleurs interpellant d'interroger ces patients sur leurs activités oniriques et de remarquer, qu'en général, elles se réduisent au néant ou du moins à un désintérêt total⁵.

¹ Comme ce jeune détenu qui nous révèle que son seul et unique hobby, qu'il appelle un *passe-temps*, est de faire le tour de la place de son village en mobylette.

² GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 97.

³ Les neuroleptiques ont comme effet secondaire d'altérer la phase de sommeil paradoxal qui est, rappelons-le, la phase du sommeil privilégiée du rêve (Voir notre chapitre I).

⁴ GOROT J. (1981), Processus projectif et neuroleptiques, in *Psychiatries*, vol 3, n°45, Paris.

⁵ Une étude plus significative et systématique devra être réalisée sur ce thème *. Voir notre dernier chapitre « Perspectives ».

Il est intéressant de comparer monsieur B et monsieur W, deux patients psychotiques incarcérés depuis plus ou moins un an et demi pour des faits de vols et arrivés à l'établissement de défense sociale depuis quelques mois. Monsieur B est traité par neuroleptiques qui répondent favorablement en éliminant complètement les épisodes délirants et les hallucinations. Confirmant la rémission quasi complète des symptômes dits « positifs », le patient se dit « déprimé », montre un manque d'énergie et de motivation caractéristique et s'isole socialement. La première représentation mentale qui me vient à l'esprit lorsque j'évoque ce patient est sa catastrophique relation au temps. Jamais il ne se présente à nos rendez-vous, s'excusant par la suite de s'être endormi. La seconde image me venant à l'esprit est ce patient faisant sempiternellement des allers-retours sur une distance de cinq mètres dans la cour sur laquelle donne ma fenêtre. Me révélant qu'il « souffre d'insomnie mais qu'il dort tout le temps », il m'interpelle par le rapport qu'il entretient avec la rythmicité¹. Autant de symptômes qui semblent témoigner d'un fonctionnement du banal mettant en évidence ce que nous appelons la « psychose adaptative ».

Monsieur W en revanche semble ne pas répondre adéquatement aux neuroleptiques, persistant dans son délire paranoïaque et dans ses hallucinations. La vie imaginaire de l'intéressé est pleine et est magistralement définie dans son discours : « Ce que je vous dis vous semble peut-être irréel mais vous ne pouvez pas dire que c'est inimaginable... Car moi je suis capable de l'imaginer ! »². Le comportement par excellence que ce patient m'évoque est, en plus de ses exubérants délires, son rituel quotidien consistant à passer par mon bureau pour me dire bonjour et me demander si j'ai quelques instants à lui consacrer. Lorsque j'accepte, très vite il me révèle un nouveau pan de sa création délirante. Qu'en sera-t-il lorsque cette vie onirique sera anéantie ? Une fois de plus, monsieur W nous donne la réponse : « Sans toutes ces histoires, ce serait le vide, ce serait toujours la même chose ».

Il est d'ailleurs très interpellant d'observer l'évolution d'un patient psychotique lorsqu'il entre en phase de « stabilisation ». Observation qui met en évidence, parallèlement à la

¹ La rythmicité en rapport avec la notion de psychose adaptative est probablement une piste pour expliquer différemment les prises de poids phénoménales de beaucoup de patients traités par neuroleptiques (ce qui n'est pas le cas de monsieur B) mais aussi le rapport problématique de certains à la régulation thermique comme ce patient qui se présente dans mon bureau avec plusieurs pulls lorsqu'il fait une température plutôt agréable et vient en revanche en simple t-shirt lorsqu'il y fait objectivement froid.

² Il nous semble important d'insister sur le fait que nous ne faisons pas l'éloge de la pathologie psychotique et insistons sur la souffrance personnelle et pour les proches que peut induire cet état. Néanmoins, ces hypothèses se rapprochent, de manière toute relative, à celles développées par Deleuze et Guattari (1972-1973) dans leur *Anti-Edipe : capitalisme et schizophrénie*.

diminution de la symptomatologie psychotique, une diminution générale de l'activité imaginaire et onirique en particulier. Une corrélation négative entre, d'une part, la stabilisation symptomatique du délire psychotique et, d'autre part, la fonction de l'imaginaire et sa capacité projective fondamentale peut être mise en évidence¹.

La théorie de l'imaginaire et du banal nous permet donc de définir ce concept de psychose adaptative comme un oxymore – la psychose étant l'opposé de l'adaptation sur le continuum de l'imaginaire – qui, par sa forme sémantique paradoxale, traduit la complexité dans laquelle les patients voyant leurs psychoses adaptées se situent. Complexité qui se traduit par une organisation rythmique souvent problématique. Une situation qui sera définie plus loin comme une des entrées vers ce que nous appelons l'*impasse carcérale*.

De l'impasse

L'impasse est probablement le concept qui permet le plus de s'éloigner du monisme freudien et de poser la question de la place de l'autre dans l'organisation psychique. Estimant que les pathologies psychique et somatique – qui doivent être comprises maintenant comme un seul et même phénomène – ne peuvent être réduites au seul dysfonctionnement psychique ou à la structure de personnalité ; Sami-Ali (1977, 2000, 2001b) remet en cause tant la psychanalyse, qui fait du fonctionnement hystérique son archétype théorique, que la psychosomatique enseignée par P.Marty (1980) qui se focalise quant à elle sur un fonctionnement carenciel pensé sur le modèle de la névrose actuelle. « Mettre en cause uniquement le fonctionnement revient à tomber dans l'abstraction de croire, avec Freud, qu'il existe un appareil psychique en soi, en dehors de toute relation à l'autre »². L'impasse permet de répondre aux apories sociales psychanalytiques en prenant en compte la fonction relationnelle essentielle de l'organisation psychique.

Pour appréhender au mieux ce qu'est l'impasse relationnelle, il s'agit d'abord de la distinguer du conflit, de saisir la structure logique qui sous-tend ces deux situations. *Le conflit* – apanage du névrosé –, dont la figure spécifique est l'alternative simple A ou non-A, permet

¹ Rappelons que nous envisageons de réaliser une étude statistique qui permettrait de confronter nos hypothèses issues du terrain clinique.

² SAMI-ALI. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998, p. 85.

de choisir, sans tomber dans la contradiction, l'un des termes de l'alternative, voire les deux termes à la fois, en réalisant un compromis dont l'ingéniosité témoigne de la richesse fantasmatique proprement névrotique. *L'impasse*, en revanche, se caractérise par la contradiction où les alternatives sont A ou non-A *et* ni A ni non-A. Une contradiction paradoxale qui ferme toutes les issues logiques. Les issues sont précisément illogiques, à savoir la formation délirante intégrant la contradiction ou la somatisation.

La situation d'impasse relationnelle serait donc à l'origine de la *pathologie psychotique* – le délire permettant de penser l'impensable, de donner une logique à l'illogique –, de la *pathologie du banal* – où l'impasse se substitue au vide imaginaire et contribue à renforcer cet état – et de la *pathologie somatique* – la solution proposée face au paradoxe de l'impasse étant la maladie somatique.

L'impasse est donc ce conflit insoluble, sorte de cul-de-sac qui doit se comprendre sur un mode relationnel. La naissance de ce concept, qui peut déjà être retrouvé chez Sartre (1971), trouve son origine dans deux disciplines éloignées du champ de la psychanalyse. L'impasse relationnelle est, effectivement, à rapprocher du *double-bind* ou *double-lien* proposé par G. Bateson (1972, 1977, 1980) et P. Watzlawick (1972) qui suggèrent une compréhension systémique de la psychose où le sujet souffrant se trouve pris dans une situation où le « oui » égale le « non ». Le double lien se définit dans une relation qui voit un sujet émettre une injonction paradoxale à un autre sujet. La structure du message est telle que l'émetteur affirme *quelque chose* et *quelque chose sur sa propre affirmation* avec la particularité que *ces deux affirmations s'excluent mutuellement*. Enfin, le récepteur du message ne peut s'extirper de cette situation ni par la *méta-communication*, ni par le *repli*. Le message étant paradoxal, on ne peut pas ne pas y réagir mais on ne peut pas non plus y réagir de façon adéquate.

La notion d'impasse est aussi à comprendre en relation à la notion de stress telle qu'elle a été définie par la psychophysiologie. Dans le dispositif expérimental, l'animal est placé dans une situation d'où il ne peut s'échapper, ni détruire le dispositif qui lui est imposé. Les animaux de laboratoire se retrouvent face à une situation d'impasse similaire à celle qui vient d'être définie en psychopathologie ; situation qui n'offre pas d'issue et contre laquelle il est impossible de se rebeller.

Se dessine au fil de cette élaboration théorique une autre notion, qui s'est révélée très pertinente dans notre travail : celle du Surmoi corporel. Le Surmoi corporel incarne une autorité à la fois physique et morale qui définit la façon de vivre son corps à un sujet qui devient objet. Sujet sans subjectivité qui agit de manière à atteindre l'adaptation sociale souhaitée et à diminuer les fonctions de créativité et d'imaginaire. Il est alors interdit de vivre son corps propre dans cette adhésion fondamentale qui fait entrer le sujet dans une tautologie relationnelle qui trace les prémisses de l'impasse.

Que faire face à l'impasse ? Bien que nous n'aborderons pas la thématique de la thérapie en détail (*), une méthodologie de travail peut être proposée en guise de mise en bouche. Il ne faut évidemment pas chercher à résoudre une impasse qui, par définition, est insoluble mais plutôt tenter de la nommer et de la saisir dans le détail, de *méta-communiquer* pour reprendre l'expression systémique. Il est ici plutôt question de *dissoudre* l'impasse que de la *résoudre*. La meilleure méthodologie étant, en fin de compte, de privilégier la question du *comment* et de ne pas se risquer à poser celle du *pourquoi*...

Livre 2

CLINIQUE - PSYCHOPATHOLOGIQUE

IV

Le gate fever : cas princeps

Il est de ces cas cliniques où la première rencontre apparaît déterminante. Lorsque je le vois pour la première fois, monsieur D est assis sur un banc réservé aux nouveaux « arrivants » attendant d'être écroués et de se voir attribuer une cellule. Ce monsieur semble calme et pensif, peut-être légèrement anxieux. Il est 8 heures du matin et, venant d'arriver à la prison, je déambule dans le secteur administratif pour recevoir différents documents avant d'aller vers mon service.

Enfin prêt, je traverse, comme tous les matins, différents couloirs et sections pour rejoindre mon bureau. En chemin, j'aperçois devant moi monsieur D qui, accompagné de deux agents, se dirige vers sa cellule. Ce petit groupe que j'observe de loin s'arrête au milieu de la section devant le nouvel espace de vie de monsieur D. Ayant mon regard porté vers ce point lointain, je me prépare à les rattraper. Le hasard fait que le moment où j'arrive à leur hauteur coïncide avec celui où les agents referment la porte et verrouillent la cellule dans laquelle se trouve le nouveau prisonnier.

A cet instant précis, monsieur D pousse un hurlement indescriptible et se met à cogner violemment contre les murs de la cellule. Ce contraste tellement saisissant avec l'attitude passive, voire soumise, qui semblait émaner de lui jusque-là nous interpelle les agents et moi. Un des agents lui demande alors ce qui se passe tandis que l'autre lui donne l'ordre de se calmer. Face à cette situation, je ne peux faire autre chose que m'arrêter et continue à observer la scène tandis que l'intensité des cris ne diminue pas. Je m'approche de la porte, regarde à travers le judas et vois à trente centimètres de moi un visage qui m'apparaît comme si je le voyais pour la première fois tant l'expression de rage qui en émane a métamorphosé ses traits. Les hurlements laissent alors place à un discours angoissé et délirant : « Ils m'en veulent, ils ont fermé, ils m'en veulent ... Il fait tout noir ». Cet état, qui semble correspondre à un épisode de décompensation psychotique aigu, aussi soudain qu'inattendu, m'interpelle et me fait penser que cette crise ne peut être que mise en relation avec les caractéristiques spatiales et architecturales de l'enfermement.

Lecteur à cette époque de *L'espace imaginaire* de Sami-Ali (1974), je pense retrouver à travers cette situation une exemplification magistrale de l'influence de l'espace carcéral sur la santé psychique des détenus.

Quelques heures après cette scène, je rencontre ce monsieur D en entretien dans un autre espace qu'est mon bureau. Il se présente avec un visage qui m'apparaît différent de celui de notre première rencontre – sur le banc – mais aussi de celui de notre seconde rencontre – à travers le judas. Ce visage est comme éclipsé par d'énormes sourcils foncés que je remarque pour la première fois.

Ne voulant pas aborder d'emblée cet épisode qui est encore frais dans nos mémoires respectives, je lui pose quelques questions d'ordre anamnestique. Monsieur D a une quarantaine d'années et est placé sous mandat d'arrêt pour vol avec violence. Il s'exprime lentement mais de manière tout à fait adéquate et ni son attitude discursive ni son attitude corporelle ne font penser qu'il a vécu il y a peu de temps un épisode psychotique. Au fil de la discussion, j'en arrive à l'interroger sur d'éventuels antécédents psychiatriques. Semblant ne pas très bien comprendre ma question, il me répond par la négative sans beaucoup de conviction. Il ne sera pas possible d'en savoir plus car l'intéressé ne peut que nous renseigner sa mère âgée de plus de quatre-vingts ans comme seule personne de contact. Personne qu'il était délicat d'interpeller à ce sujet alors qu'elle semblait vivre très difficilement la situation de son fils.

Après plus d'une demi-heure d'entretien, Monsieur D me facilite la tâche en abordant lui-même son épisode d'apparente décompensation. D'un air bizarre et quelque peu confus, il semble comme gêné mais désireux d'en parler. Il nous dit ne pas comprendre ce qui s'est passé. « J'ai d'un coup ressenti une angoisse comme jamais auparavant. Je ne comprends pas... J'étais mal dans la chambre (*sic*), il me semblait qu'il faisait tout noir... J'ai vraiment eu très peur ». Je lui demande alors s'il a déjà ressenti ce sentiment par le passé et il me répond qu'il a déjà appréhendé de telles sensations mais jamais aussi fortement. La tentative de ma part de rationaliser les angoisses se soldera par un échec : « Je ne peux pas vous dire ce qui m'angoissait réellement » comme si cette angoisse n'avait pas de sens mais seulement un vécu. Le sentant se refermer, tant dans son discours que dans son attitude corporelle, je lui propose de mettre fin à l'entretien en lui demandant s'il pense qu'il vivrait mieux l'enfermement à l'annexe psychiatrique – normalement réservée aux détenus internés – qui a

la particularité d'être un espace plus grand et d'accueillir plusieurs détenus. Sans beaucoup d'entrain, monsieur D accepte cette proposition et va s'installer à l'annexe psychiatrique après accord de la direction.

Je ne reverrai plus monsieur D. Il ne passera que quelques jours en prison, son mandat d'arrêt n'étant pas confirmé. Hormis cet épisode princeps, plus aucun symptôme délirant ne sera attribué à monsieur D lors de son court enfermement.

Nous choisissons de ne pas revenir outre mesure sur l'explication théorique de ce cas clinique qui demeure suffisamment éloquent par sa simple description. Néanmoins, il importe de dire que cette crise psychotique très particulière s'apparente à ce qui est décrit dans la littérature comme une *psychose carcérale* (Al Chaabani & Bataille 2002 ; Chastang, Cahen, Marchal & al 1991 ; Bezaury & Faruch 1991 ; Wulfman 1982) ou encore d'encellulement (Tesu-Rollier & Coutanceau 2007), à ceci près, et de tout à fait spécifique, qu'elle s'inscrit dans une temporalité de l'instant. Alors que classiquement, ces phénomènes « voisins » sont définis comme le développement d'une psychose qui est favorisée par l'enfermement, aucun d'entre eux ne fait mention de cas aussi aigus et instantanés. La seule description similaire est issue de la littérature américaine lorsque G. Scott (1969) donne le nom de *Gate fever*¹ au phénomène. Aucune autre occurrence de ce concept ne sera retrouvée par la suite. La querelle nosographique ne nous intéressant pas, nous trouvons malgré tout judicieux de nous réapproprier ce concept qui serait à considérer comme une variante à caractéristique aiguë de la psychose carcérale.

¹ Littéralement « la fièvre de la porte ».

Alors que plusieurs thèmes de ce cas cliniques doivent, pour des contingences limitatives, passer à la trappe – la question du visage sur fond de contre-transfert, une réflexion sur l’angoisse et l’affect –, nous renvoyons le lecteur aux chapitres VI¹ et VII pour des explications théoriques plus conséquentes.

V

¹ Spécifiquement à la page 64.

Entre deuil et mélancolie : le rythme maternel perdu

« La maladie n'est que le modèle que le médecin choisit en face d'un patient, et ce modèle n'est choisi qu'en raison des moyens d'action qui sont à la disposition des auteurs et des hypothèses pathogéniques qu'ils bâtissent ».

Daumezon, *Cité par J-P Tachon, Du délire des négations aux idées d'énormité*, 1997, p 16.

Alors que le cas clinique exposé au chapitre précédent met en évidence une symptomatologie que l'on pourrait qualifier d'anthropologique – au sens où elle doit être mise en relation avec la situation transversale d'un individu confronté à l'enfermement –, le cas présentement exposé va nous permettre d'étudier plus en détail le facteur historique – longitudinal – du sujet. Il s'agit de réaliser une biographie clinique avec la volonté d'élargir les horizons théoriques¹.

Jonas² a 64 ans, il est incarcéré, sous mandat d'arrêt, pour avoir utilisé une arme à feu en direction de policiers sur le devant de sa maison. Assez petit, de démarche athlétique, il entre dans mon bureau avec un visage que je ressens comme triste et un regard vide et obscur. Après les présentations d'usage, je lui demande pourquoi il se retrouve en prison. Il me répond avec beaucoup d'émotions dans la voix : « C'est parce que ma *maman* est ... est ... morte ». Il s'écroule et se met littéralement à *pleurer toutes les larmes de son corps*. Sa mère venait effectivement de décéder à l'âge de 94 ans « de sa belle mort » comme disait Jonas entre deux larmes.

Par soucis de clarté, nous allons exposer plusieurs empanes de la situation de l'intéressé tout en n'omettant pas que ces différents points de vues doivent faire l'objet d'une synthèse intégrative. Nous allons d'abord donner une brève anamnèse personnelle et familiale, nous

¹ Cette démarche permettant d'approcher la *globalisation* ; thématique – jamais assouvie au demeurant – qui nous est proposée par Sartre (1943, 1947, 1960, 1971) et reprise par M. Legrand (1993) et B. Cannon (1993).

² Nous avons attribué des prénoms aux différents protagonistes par soucis de clarté.

décrivons ensuite le déroulement des trois semaines précédentes – du décès de sa maman à son incarcération – tel que l'intéressé nous les raconte et retranscrivons, finalement, ce qu'il s'est dit lors de nos entretiens cliniques.

Eléments anamnestiques

Jonas est marié à Catherine depuis 30 ans. Ils ont un fils de 20 ans, Denis, qui recommence sa première année d'étude à l'université pour devenir ingénieur. Jonas dit avoir de bons rapports avec son fils, tels qu'un père doit selon lui en avoir. Bon et toujours là pour aider Denis, Jonas se décrit comme quelqu'un qui ne parle pas beaucoup de ses émotions, ni de son ressenti, ni de lui-même. En apparence sûr de lui mais aussi très discret, il me confie qu'il n'aurait jamais rencontré de psychologue s'il n'était passé par la prison.

Gradué en électricité, Jonas a travaillé toute sa vie pour la même entreprise. Il est parti à la retraite à 60 ans alors qu'il était chef d'équipe. Jonas était très apprécié par ses collègues et amis, en témoigne l'impressionnante liste des visites et le nombre de marques de soutien reçus. Jonas se décrit comme quelqu'un de franc et juste en toutes circonstances, apprécié par tout son village et toujours prêt à rendre service. De fait, le contact que nous avons en entretien inspirait la sympathie et la sincérité. Catherine, son épouse, a 58 ans. Elle est infirmière et travaille avec des patients diabétiques et anorexiques. Il est à noter que la famille vit aisément grâce à des héritages et aux loyers d'appartements que Jonas aménage.

Jonas, qui est fils unique, a été élevé par sa mère – Germaine – et ses grands-parents paternels. Le père de Jonas est décédé avant sa naissance. Lorsqu'est demandé le souvenir d'enfance qui lui vient à l'esprit, Jonas raconte ses promenades dominicales au cimetière pour fleurir la tombe de son père. Le thème de la mort est un thème particulièrement récurrent dans le discours de l'intéressé. C'est ainsi qu'après nous avoir parlé du décès de son père, il enchaîne sur celui de ses grands-parents. Lorsque Jonas avait 31 ans, sa grand-mère est décédée, à 94 ans, et six mois plus tard son grand-père, à 88 ans. Décrivant une famille organisée autour du couple grand-parental, Jonas dit avoir soigné ses aînés jusqu'à leur dernier jour et avoir toujours écouté leurs bons conseils. C'est non sans fierté qu'il dit avoir tenu ses engagements envers eux, notamment en respectant la volonté de son grand-père qui

ne voulait pas aller à l'hospice. Que ce soit avec ses grands-parents ou avec sa mère, Jonas nous décrit un altruisme bienveillant assez interpellant. Si de son propre point de vue, il nous parle d'une aide quotidienne tout à fait légitime, le dévouement qu'il portait – surtout à Germaine – paraît totalement envahissant, allant jusqu'à empiéter sur l'ensemble des sphères de sa vie.

Une organisation temporelle vouée au sacrifice

Jonas et Catherine habitent depuis leur mariage la maison voisine de celle de Germaine. De jour comme de nuit, Jonas ne laissait jamais sa mère sans surveillance plus de trois heures. Depuis huit ans, toutes les journées, du lundi au dimanche, étaient rythmées par un passage chez sa voisine de mère. Il importe de souligner que la santé de Germaine ne nécessitait pas de telles dispositions puisqu'elle ne souffrait d'aucune maladie. Même les médecins lui disaient qu'elle pouvait rester seule ; ce à quoi Jonas répond que « ces foutus médecins ils n'en savaient rien... Elle n'était pas malade mais elle a bien fini par mourir ! ». Ces arrangements rythmiques imposaient une organisation familiale entièrement pensée en fonction de cet unique objectif. Jonas s'absentait de son travail plusieurs fois par jour et, en cas de force majeure, confiait à sa femme le soin d'aller veiller chez Germaine. La nuit, le scénario était le même et se répétait inlassablement. Cette organisation interdisait à la famille de partir en vacances mais aussi de vivre toute activité qui n'aurait pu s'inscrire dans cette rythmique perpétuelle. Par exemple, Denis, le fils, qui participait régulièrement à des courses cyclistes voyait sa mère l'accompagner à l'épreuve et son père faire parfois une centaine de kilomètres pour ne rester qu'une demi-heure sur la ligne d'arrivée. Et il s'empressait de regagner aussitôt son village pour être dans les temps de sa propre course contre la montre. Le moment des repas, moment essentiel dans le vécu d'une famille (Lévi-Strauss 1968, Aymard & al 1993), était entièrement sacrifié car Jonas les passait sans exception avec Germaine. Il mangeait alors avec son fils et son épouse uniquement si ceux-ci venaient manger chez Germaine.

Lorsque l'intéressé lit sur notre visage notre interpellation face à ces comportements, il se contente de répondre : « c'est normal ! » ; un vocable qu'il emploie très régulièrement. On le saisit d'emblée, cette relation à la mère prenait pour Jonas et pour sa famille des proportions

telles qu'elles perturbaient l'ensemble des rythmes fondamentaux. Bien qu'il situe cette néo-organisation depuis plus ou moins huit ans, il semble bien que cette attitude de dévouement total soit présente depuis toujours – depuis le décès de son père diraient certains... – et que ces dernières années n'aient connu qu'une légère accentuation. S'éclaircit donc le tableau d'un homme – et d'une famille – qui organise toute sa vie en fonction de celle de Germaine.

Une rythmicité incoercible

Alors que bien des détails encore mériteraient d'être cités, nous allons maintenant nous intéresser aux trois dernières semaines écoulées depuis le décès de Germaine. Jonas éprouve des difficultés à parler du jour du décès. D'une part, il exprime que c'est un thème bien trop chargé en émotion mais aussi dit-il ne pas bien s'en souvenir : « Je peux juste vous dire que je l'ai trouvée, que j'ai très vite compris et que j'étais effondré ... Je ne sais rien vous dire de plus ». Quand il lui est demandé comment il a réagi lors des jours qui ont suivi, il répond de manière surprenante : « Sans vouloir nier ce qui s'est passé, je voulais continuer à aller la voir. J'allais toujours plusieurs fois par jour chez elle. J'y allais même en pleine nuit. Je mangeais là tout seul et j'allais nourrir ses chats ». Bien qu'il fût parfaitement conscient du décès de sa mère, Jonas semblait le nier sous l'angle comportemental. Cela poussa Catherine, son épouse, à lui dire après quelques jours : « Est-ce que tu vas finir par accepter que ta mère est morte... Arrête un peu de te comporter comme si elle était toujours là ».

Une explication éthologique de cette persistance rythmique au-delà du stimulus nous paraît intéressante et permet d'ouvrir la réflexion vers nos hypothèses. L'image de Jonas perpétuant ces rituels qui perdent tout leur sens après le décès de Germaine nous fait penser à plusieurs situations décrites dans la littérature éthologique. Cette discipline montre que le sens et la logique d'un comportement semblent moins prévaloir que la qualité d'un stimulus. Tel le petit singe de Harlow (1966) s'agrippant à un leurre velu plutôt qu'à une fausse mère nourricière ou l'oisillon suivant Lorenz (1978) plutôt qu'un congénère. Les études de Tinbergen (1950) sur le comportement alimentaire du goéland argenté vont encore plus loin en décrivant un leurre qui présente un pouvoir de séduction supérieur au stimulus naturel. Ce « super-stimulus » se révélant bien plus attractif pour le petit goéland mais bien moins opérant puisqu'il ne lui procurait aucune alimentation. Ces études montrent que la signification du

comportement demeure bien secondaire par rapport à l'intensité du stimulus déclencheur. Les précieuses observations de Lorenz (1973), encore lui, montrent l'existence de phénomènes hallucinatoires inhérents au comportement inné des animaux, lorsque les schèmes adaptatifs moteurs se mettent à fonctionner à vide, en l'absence de l'objet, pour créer l'objet absent. Ces expériences montrent qu'un comportement ne doit certainement pas se réduire à sa signification mais à beaucoup d'autres facteurs, tels l'intensité du stimulus ou encore l'inscription de ce comportement dans des phénomènes innés et instinctuels (Tinbergen 1951).

De ce détour par l'éthologie, nous pouvons aborder différemment¹ une explication du comportement de Jonas qui continue, en l'absence de Germaine, à se comporter comme si elle nécessitait toujours son attention. Un comportement sur fond de rythme quotidien qui met en évidence une perte totale de la subjectivité et qui détermine à une objectivité de l'acte qui ne parvient pas à être modifiée ni remise en question. Ces hypothèses issues de l'éthologie ne se veulent surtout pas exclusives et se devront d'être complétées. Nous pensons notamment aux hypothèses issues de la pensée de Sami-Ali et aux théories psychanalytiques sur lesquelles nous allons revenir.

La désorganisation fondamentale sur fond de deuil

Les éléments qui viennent d'être dits retracent à peu près ce qui s'est échangé lors de nos trois premiers entretiens. En parallèle à une relation fondée sur la franchise qui s'installe entre Jonas et moi réapparaît la thématique de la mort mais sous une forme nouvelle. Jonas me révèle, de manière affranchie, que depuis le décès de Germaine il pense régulièrement au suicide. Il déclare qu'il considère que la vie n'a plus de *sens*, qu'il se demande s'il va survivre à cette épreuve. C'est alors qu'il m'explique sans me laisser placer un mot toutes les dispositions qu'il a prises ces trois dernières semaines. Invoquant un prétexte financier lié à l'héritage, il se fit domicilier chez sa mère sans songer un instant aux considérations symboliques que cela pouvait représenter. Avec un détachement troublant, il me confiait que son départ ne pouvait s'envisager qu'une fois que le caveau de sa mère serait achevé. Un

¹ À la manière de ce que réalise A. Demaret (1979) en proposant que nombre de comportements humains considérés comme pathologiques à ce jour devaient avoir une valeur adaptative dans le milieu originel qui a façonné la morphologie et le psychisme de notre espèce.

tombeau dans lequel reposent Germaine et les grands-parents paternels de Jonas. Ce caveau familial pourra être aménagé pour accueillir une unique quatrième place... Un autre acte posé par Jonas quelques jours après le décès de sa mère est d'avoir contacté la Société Protectrice des Animaux pour qu'elle continue à nourrir quotidiennement les chats de Germaine lorsqu'il disparaîtrait. Il explique en pestant que, ces dispositions étant inédites, la société n'a pas encore pu lui donner de réponse. Il a aussi contacté un avocat et un notaire pour s'assurer que la maison de sa mère ne pourrait être vendue lorsque son fils en héritera¹.

Parallèlement à ces dispositions d'une lucidité glaçante, il s'est mis à boire pour la première fois de sa vie. Il buvait alors de grandes quantités de vin. Les journées et les nuits étaient rythmées par la consommation d'alcool et les visites dans la maison de sa mère. Un soir, se sentant au plus mal, il décida, en plus du vin, de prendre « *pour se soigner* » les médicaments restants de Germaine. Il s'endormit non loin de son ordinateur après avoir imprimé ce qu'il appelle un « *projet de testament* ». Son fils découvrit l'écrit et décida sur le champ de quitter la maison. Il le signala à Catherine et monta dans sa chambre pour préparer son sac. Catherine réveilla alors Jonas qui, ivre, se disputa avec son fils. Denis le repoussa en le frappant et franchit la porte de la maison. Jonas reprit ses esprits et sortit pour le rattraper. Très vite, la police, appelée par Catherine, arriva. Jonas prit alors le fusil de chasse de son père – seul objet qu'il possédait encore de ce dernier – et tira un coup de feu dans le vide². Jonas fut arrêté par la police et se retrouva écroué quelques heures plus tard.

Mélancolie ou situation mélancolique ?

L'histoire de Jonas nous interpelle beaucoup et ceci d'autant plus que, alors qu'elle nous semble mettre en évidence une véritable *folie*, Jonas reste quelqu'un de tout à fait adapté qui nous montre un fonctionnement psychique adéquat en entretien. Le diagnostic de mélancolie qui nous traverse l'esprit nous pose problème. Freud, dans son texte inaugural sur la mélancolie, laissait transparaître dès les premières lignes toute sa perplexité face à cette entité

¹ La question de l'héritage revient régulièrement lors de nos entretiens. L'héritage maternel qu'il a reçu et qu'il laissera mais aussi les héritages symboliques et des valeurs d'une génération à l'autre. C'est ainsi que j'apprends que Germaine a déshérité Catherine il y a 20 ans, faisant de Jonas son seul héritier. Jonas explique que la relation entre son épouse et sa mère a toujours été difficile. En revanche, Catherine est décrite comme ayant été toujours là pour s'occuper de Germaine lorsqu'il le fallait.

² L'expertise balistique montera que Jonas n'a pas tiré en direction des policiers mais en direction du sol.

nosographique : « La mélancolie, dont la définition conceptuelle est fluctuante, même dans la psychiatrie descriptive, survient sous des formes cliniques diverses dont le regroupement en une unité ne semble pas assuré, et parmi lesquelles quelques-unes font penser plutôt à des affections somatiques qu'à des affections psychogènes »¹. Freud semble, phénomène assez rare dans son œuvre, prendre toutes précautions utiles pour entamer une réflexion sur la mélancolie et même, va-t-il jusqu'à émettre un aveu de dédouanement quant au résultat obtenu : « ... il nous faut cette fois faire au préalable un aveu qui nous mettra en garde contre la surestimation du résultat »².

Cette ambiguïté du diagnostic de mélancolie trouve occurrence au-delà du texte freudien. *Le vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis (1967) met en évidence ce malaise par l'absurde en ne consacrant pas de définition au concept. C'est probablement jusqu'à Henri Ey (1974) qu'il faut remonter pour obtenir la définition la plus acceptable du concept compris comme « un état de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices »³. Enfin, le cas de Jonas semble correspondre en tout point à un *trouble dépressif majeur avec caractéristique mélancolique* selon les critères du DSM-IV-TR⁴. Sans entrer dans les détails d'une analyse fine, il semble que le diagnostic de mélancolie pose déjà problème quant à sa définition et son acception transnosographique. En effet, se profile tout autant que la mélancolie, le diagnostic de la dépression sur fond de deuil et d'objet perdu.

Hypothèses psychanalytiques

Ce qui nous intéresse finalement est plus la question du mécanisme, du processus que la classification. Freud propose une piste intéressante en reliant la mélancolie au processus de deuil. Les explications théoriques proposées sont à mettre en lien avec les processus dynamiques et économiques. L'investissement pulsionnel antérieurement dirigé vers l'objet d'amour est ramené sur le moi propre. Parallèlement à ce modèle explicatif de la mélancolie, la méthodologie générale psychanalytique permet une analyse certainement intéressante du

¹ FREUD S. (1917a), Deuil et mélancolie, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988, p. 261.

² *Ibid.*, p. 261.

³ EY H, BERNARD P, BRISSET CH. (1974), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, p. 247.

⁴ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000), *Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques*, Paris, Masson, 2004, pp. 169-170 & 198-199.

cas de Jonas. Son père, mort avant sa naissance, semble hanter sur un mode symbolique la vie psychique de Jonas. Comment expliquer mieux son premier souvenir d'enfance ou son acte de désespoir où, en utilisant le fusil de chasse de son père, il utilise le dernier objet hérité de celui-ci. Il est d'ailleurs probable que l'image du père fut véhiculée et entretenue par les grands-parents. Un père mort donc, comme les psychanalystes aiment à les étudier et une mère qui l'a accompagné à tous les instants de sa vie. Une mère très proche et parfaite qui assure une place de choix dans la reconstruction oedipienne aménagée par la vie fantasmatique. Le triptyque oedipien est assez facile à compléter : en plus de cette *mère phallique*¹ existe un père d'apparence déchu qui n'entretient pas la fonction du tiers castrateur. Cette absence de *castration/socialisation* expliquerait cette impossibilité fondamentale de Jonas à quitter sa mère et l'altruisme dévorant qu'il voue à cette dernière et à ses grands-parents.

Le bref épisode alcoolique de Jonas pourrait être expliqué comme une manifestation de la pulsion orale. Une théorie de l'oralité que nous avons contredite en réduisant la portée fondamentale que lui voue la psychanalyse à un épiphénomène qui est englobé dans l'apprentissage rythmique au même titre, notamment, que l'alternance sommeil-veille et la régulation thermique.

Ces explications métaphoriques, fantasmatiques et spéculaires dégagent certainement, à côté d'apories incontestablement critiquables², quelques pistes de réflexions intéressantes. Néanmoins, les critiques épistémologiques de Sartre nous font comprendre qu'il est erroné d'expliquer le destin d'une personne uniquement par ses conflits et fixations infantiles. C'est omettre le milieu social³ dans lequel l'individu a vécu et surtout omettre les choix que Jonas a pu ou n'a pu effectuer (Sartre 1943, 1971). De plus, cette reconstitution de l'historicité de la pulsion est une aliénation en soi ; n'étant pas vérifiable, il faut faire acte de foi en la théorie (le patient ne pouvant accéder à ses souvenirs préoedipiens suite à l'amnésie infantile). Nous sommes dans une reconstitution *a posteriori* qui est forcément spéculative. Ces idées psychanalytiques, que nous ne repoussons pas en bloc, ne nous apparaissent que partiellement vraies. Elles nous semblent comporter le risque d'occulter d'autres thématiques essentielles à

¹ C'est probablement ce qualificatif qu'utiliseraient les psychanalystes.

² Voir nos chapitres I, II et III.

³ Nous faisons référence à la notion de *Névrose de classe* telle que l'a définie V. de Gaulejac (1987).

notre volonté d'approcher la *Globalisation* que Sartre (1971) nous propose comme objectif épistémologique.

Hypothèses psychosomatiques

Après avoir, à l'occasion des premiers chapitres de ce mémoire, vulgarisé les principaux tenants de la théorie psychosomatique proposée par Sami-Ali, une réflexion qui inclut le corps et qui envisage le psychisme de manière relationnelle ne peut être délaissée. Sans nous référer aux modèles des théories systémiques classiques, nous pouvons relever une organisation familiale qui s'inscrit dans une situation d'impasse caractéristique (Sami-Ali 2000, 2001, 2003). Une impasse historique qui voit Jonas aux prises avec une alternative impossible : quitte le giron familial *et* reste-lui fidèle et dévoué *corps et âme*. Une impasse qui se traduit dans la vie quotidienne par un fonctionnement oblatif interpellant qui voit Jonas, tel l'aiguille du métronome, balancer sa vie entre les deux propositions de cette impasse. Une impasse qui s'exprime donc par une rythmique spécifique et à travers cette rythmique par un temps et un espace qui sont enfermés dans l'énoncé de l'impasse et non pas soumis à la subjectivité de Jonas.

La clinique du banal (Sami-Ali 1980) permet de mettre en évidence chez Jonas une perte de subjectivité où la capacité projective est mise entre parenthèses pour répondre à la rythmique altruiste effrénée. Les coordonnées fondamentales de l'espace et du temps perdent tout vécu imaginaire pour se retrouver organisées dans un fonctionnement du banal où la répétitivité et l'identique prennent le pas sur l'imaginaire et l'identité. Jonas met probablement cette équation en mots en répétant à l'envi « C'est normal » lorsqu'il caractérise son dévouement à sa mère. Cette dernière endosse avec tout ce qu'elle représente le rôle de Surmoi corporel (Sami-Ali, 1977). Ce Surmoi corporel, organisateur des dimensions spatiales et temporelles, laisse un Jonas totalement *désorienté* lorsque sa mère n'est plus là pour le guider. Désorienté, le mot est faible, puisque Jonas ne trouve plus de sens à la vie¹ sans cet organisateur corporel qui est présent depuis toujours.

¹ Évidemment, l'hypothèse d'une perte de repère rythmique lors du décès de Germaine n'efface pas l'affection que ressent Jonas envers sa mère. Germaine ne représentait, bien sûr, pas qu'un synchronisateur rythmique pour Jonas.

L'adjectif corporel du Surmoi est judicieux et se révèle particulièrement pertinent quand Jonas nous raconte un épisode difficile de son enfance. Alors qu'un jour je lui demande s'il a déjà rencontré des affections somatiques importantes, il nous révèle qu'il n'a jamais eu de problème, à l'exception d'un épisode d'eczéma très important qui s'étendait sur les jambes et les bras et qui se produisit à trois reprises. Ces affections pénibles à vivre pour Jonas se manifestèrent chaque année entre l'âge de 15 et 18 ans pendant ou peu de temps après les vacances de Pâques, période à laquelle la famille accueillait deux petits cousins éloignés que Jonas voyait uniquement à cette occasion. Ces deux enfants venaient séjourner deux semaines à la campagne dans la famille de Jonas alors que leurs parents partaient à l'étranger. La dimension corporelle du Surmoi organisateur que représente Germaine se révèle de manière limpide, les deux petits cousins demandant certainement un investissement tel que Germaine devait quelque peu modifier sa relation rythmique à Jonas. Ce dernier perdait alors tout repère et n'était probablement pas capable de profiter de cette « aubaine » pour injecter de la subjectivité, de l'imaginaire dans son vécu corporel. Il est probable que cet épisode psychosomatique et les événements qui ont suivi le décès de Germaine aient cette racine similaire et commune qui touche d'une part aux rythmes et d'autre part à l'interrogation de l'imaginaire et de l'identité.

C'est ainsi que doit probablement être expliqué l'épisode alcoolique de Jonas. Ce moment où, synchroniquement, correspondent la mort de la mère et le questionnement de l'identité, instaure le choix de la subjectivité. Nous pouvons assimiler la consommation d'alcool à ce que Sartre (1971) appelle *mauvaise foi* de manière à suspendre la temporalité et à mettre entre parenthèse cette question de la subjectivité nouvelle qui surgit. Le vin est donc ici une solution, bien précaire, à la difficile question identitaire.

Hypothèses éthologiques

Alors que nous abordions la rythmique incoercible que nous décrivait Jonas, nous proposons de nous référer aux travaux d'éthologistes célèbres (Lorenz 1973, 1978 ;

Tinbergen 1950, 1951 & Harlow 1966), pour faire un pont entre le comportement animal et l'évolution du psychisme humain. Demaret (1971, 1976), autre représentant de l'éthologie, propose une explication phylogénétique de la mélancolie avec ce souci de repérer les valeurs adaptatives originelles dans le comportement humain. Cette explication, qui s'inscrit dans le courant de la psychiatrie évolutionniste, nous semble attester aux plus hauts points les hypothèses psychosomatiques que nous propose Sami-Ali. Alors que nous avons montré que le diagnostic de mélancolie n'était pas sans poser quelques problèmes nosographiques, l'hypothèse proposée se révèle malgré tout séduisante pour mieux comprendre encore le cas de Jonas. Le modèle proposé s'articule autour des deux polarités de l'état maniaco-dépressif : le pôle maniaque et le pôle mélancolique/dépressif. Comparaison est faite avec l'activité de l'animal territorial : le poisson ou l'oiseau, lorsqu'ils délimitent leur domaine montrent une agitation psychomotrice qui évoque celle de l'état maniaque¹. Le comportement territorial est la défense d'un *espace* contre l'intrusion d'un *étranger*. Cet espace familier semble donner à l'autochtone un avantage psychologique et physique sur l'envahisseur. Avec des fonctions principalement sexuelle et alimentaire, la territorialité assure surtout la répartition de la population dans son milieu naturel².

Lorsque l'animal territorial est sur son domaine, ses caractéristiques essentielles sont l'agressivité, le succès facile lors de l'affrontement de congénères (même de taille plus imposante) et des comportements de séduction face aux femelles. Tant de caractéristiques qui sont retrouvées dans l'activité du maniaque. Ce qui fait dire que le maniaque « se comporte partout comme s'il était chez lui »³.

L'état mélancolique/dépressif, celui qui nous intéresse au plus haut point, se rapproche plutôt, de manière diamétralement opposée, à celui de l'animal qui s'aventure sur le territoire d'un congénère. L'animal perd aussitôt toute agressivité et toute séduction. Passé le Rubicon, le mâle fuit face au propriétaire même si ce dernier apparaît plus faible. Devant une femelle, peureux, il ne se risque pas à une parade amoureuse. Alors que le maniaque serait partout comme chez lui, le mélancolique se sentirait partout inopportun. Ces caractéristiques suggèrent que l'état mélancolique trouverait ses fondements biologiques dans les programmes phylogénétiques des comportements territoriaux.

¹ DEMARET A. (1979), *éthologie et psychiatrie*, Bruxelles, Mardaga, p. 115.

² *Ibid.*, p. 116.

³ *Ibid.*, p. 117.

Alors que l'éthologie de Tinbergen, Lorenz et Harlow nous permettait de décrire une rythmique temporelle particulière, cette hypothèse de Demaret met en évidence un rapport à l'espace particulier chez le mélancolique. Ce modèle éthologique, bien utile à la compréhension du cas de Jonas, corrobore au plus haut point celui de la théorie psychosomatique de Sami-Ali.

Élément transférentiel *spatio-temporo-rythmique*

Une fois ces explications théoriques assez clairement élaborées, se pose alors la question de savoir comment renvoyer ces analyses à Jonas. Comment toucher aux processus de prise de conscience ?

Pour des raisons de travaux dans mon bureau, je n'ai pas pu recevoir Jonas en entretien pendant une dizaine de jours. Lorsque je le reçois après cette période, c'est dans une pièce sombre et froide qui n'est pas mon « territoire », toujours indisponible. Ce bureau de fortune est petit, sans fenêtre avec simplement deux chaises et une petite table. Lorsque Jonas arrive dans cet endroit, je le sens très vite anxieux et peu à l'aise. Il parle peu et bégaye même légèrement lorsque j'insiste pour qu'il exprime quelques mots. Nous décidons de mettre fin à notre entretien assez rapidement et il me dit avant de me saluer : « On sent que vous n'êtes pas chez vous ici ! ». L'entretien d'après, qui se déroule dans mon bureau cette fois, est l'occasion de revenir sur cet étonnant malaise. Jonas me donne alors une théorie explicative peu évidente mais à laquelle il adhère parfaitement : « C'est mon codétenu qui avait fumé dans la cellule toute la matinée... Et je pense que c'était du hachich ». Je profite de cet événement pour lui dire que je vois une autre explication qui pourrait compléter la sienne. Je lui dis que j'ai été interpellé par la phrase qu'il a prononcée alors que l'entretien s'achevait. Pas du tout étonné par ma remarque, il adhère à mon idée : « C'est vrai que j'avais trouvé une petite habitude et là j'étais peut-être un peu déstabilisé... Ça faisait longtemps qu'on ne s'était plus vus et puis j'étais pas très bien avec le cannabis inhalé dans ma cellule ». Jonas nous confirmait donc que l'entretien précédent s'était vu perturbé, en partie, par les dimensions spatiales et rythmiques du cadre clinique.

Ces mobilisations particulières de l'espace et du rythme qui se révélaient spécifiquement dans le rapport clinique nous faisaient vivement penser à un mouvement de transfert¹. Un transfert qui a ceci de particulier qu'il met en jeu les coordonnées fondamentales du corps, comme définies dans notre second chapitre. Espace, temps et rythme dessinent les contours de ce qui pourrait être appelé un *transfert corporel*².

Tout en réinstallant un certain rythme entre nos séances, je propose peu à peu à Jonas de faire un lien entre cette perturbation rythmique qui l'a déstabilisé et celle, fondamentale, qui trouve son origine dans le décès de Germaine. Alors que ce long processus de prise de conscience se mettait lentement en place, la levée du mandat d'arrêt se précisait. Sa libération correspondra à quelques jours près à mon départ personnel pour aller travailler dans un autre établissement ; le rythme que je lui offrais pouvait perdre son alimentation et lui comme moi pouvions vivre un départ heureux sans éprouver un sentiment d'abandon ou de désorganisation. Lors des dernières séances, Jonas me parla beaucoup de son fils. Il m'avait habitué à toujours le comparer à lui-même en disant : « Il est comme moi », « il aime le travail », « il est dévoué », tout ce qui représentait pour Jonas la définition du « bon fils ». Mais, lors de notre ultime entretien, il me confiera cette réflexion énigmatique mais tellement significative à l'idée de revoir Denis : « C'est vrai qu'il me ressemble beaucoup... Mais lui, il a un père. Moi, le mien, je ne l'ai jamais connu... Je n'avais qu'une mère. Lui, il a deux parents... ». L'une des dernières phrases que Jonas me dira en me saluant aura probablement résumé à merveille tout ce récit clinique : « Je vous remercie beaucoup... Il y a peut-être quelques petites choses qui ont changé... J'ai parfois l'impression que dans ma vie, je cherchais midi à quatorze heures ! ».

Synthèse intégrative

¹ Un transfert pour lequel nous reprenons à notre compte plusieurs éléments de la définition proposée par Laplanche et Pontalis : « Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué » et « Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci » LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2002, p. 492.

² Ce thème du *transfert corporel* mériterait une attention toute particulière. Ce concept se rapproche certainement de celui de *corps relationnel* proposé par Gauthier (1999). Un transfert corporel qui ouvre la voie naturellement tracée au *contre-transfert corporel* que Gauthier (1999) proposait déjà lui aussi dans la clinique avec les enfants. Ces concepts seront élaborés ultérieurement dans le détail alors que sera abordée la thématique de la thérapeutique (*). Voir notre dernier chapitre « Perspectives ».

Ce cas clinique que nous venons d'analyser dans le détail offre bien des pistes. Le diagnostic, d'abord, incertain et volatil qui ne permet de donner à notre analyse aucune gageure ni aucune perspective généralisatrice au sens strict. Mais peut-être s'agit-il d'un écueil lié, plus qu'à notre démarche, à celle de l'entité nosographique elle-même. Freud qui, une fois encore, faisait preuve d'une étonnante prudence et surtout de lucidité lorsqu'il disait en essayant de théoriser l'entité mélancolique : « Nous abandonnerons donc d'emblée toute prétention à une validité générale de nos résultats (...) »¹. Nous ne pouvons que souscrire à cette éthique proposée.

Ce qu'il est, en revanche, bien possible de constater est la place d'absent qu'occupe le corps dans toute l'étude psychanalytique de la mélancolie. Le récent ouvrage de Lambotte (2007) sur la mélancolie, s'il est au demeurant remarquable en bien des points, laisse la question corporelle de côté pour ne s'intéresser qu'à la représentation psychique et à la dynamique pulsionnelle. Ce que nous avons proposé de notre côté, via des hypothèses issues de la psychosomatique et de l'éthologie, est de redonner une place centrale à l'analyse du corps² et de ses coordonnées fondamentales. Il nous était effectivement clairement apparu que le cas de Jonas devait avoir un lien avec le corps. Jonas, en épousant Catherine – en la choisissant, aurait dit Sartre –, a probablement, en plus de toute autre considération, comblé un *désir* ou un *besoin* inconscient de rencontrer une femme « spécialiste » des problèmes corporels qui travaille comme infirmière pour patients diabétiques et anorexiques.

Enfin, nous voudrions encore insister sur le caractère intégratif et non exclusif que représente ce modèle proposé. Un modèle qui redonne place au corps et qui se donne comme ambition d'articuler différentes notions issues de la psychanalyse, de l'éthologie et de la psychosomatique. Alors que ce chapitre était achevé, une évidence nous est apparue qui aurait probablement réconcilié et accordé ces différents courants. Freud comme Sami-Ali et les éthologistes auraient pu faire le rapprochement entre la rythmique fixée à trois heures des visites de Jonas à sa mère et la périodicité de l'allaitement maternel...

¹ *Ibid*, p. 261.

² Nous portons une attention toute particulière aux travaux précurseurs de Jules Cotard (1882) qui identifiera le syndrome éponyme en faisant un lien très intéressant entre mélancolie et vécu corporel. Voir COTARD J, CAMUSET M & SEGLAS J. (1997), *Du délire des négations aux idées d'énormité*, Tachon J-P (préface), Paris, L'Harmattan.

Livre 3

CLINIQUE - ANTHROPOLOGIQUE

VI

La question de l'espace et du temps en prison

Ouverture sous forme de prélude anecdotique

Il est de coutume dans notre établissement d'accompagner les patients dans leur processus de réinsertion. Lors d'une extraction, j'accompagne Monsieur L. dans une structure de réinsertion de type habitation protégée. Après un entretien à trois entre le psychiatre de l'institution, Monsieur L. et moi, le médecin m'invite, comme convenu, à patienter dans le salon communautaire pendant la fin de l'entretien qui se poursuivra sans moi.

Quittant le bureau, j'entre dans une pièce sombre dans laquelle se trouve un résident qui répond de manière très discrète à ma salutation. Cette personne semble âgée d'une quarantaine d'années mais, en superposition aux tapisseries murales vertes jaunâtres et au transistor avec un cadre en bois faisant office de télévision, elle dégage spontanément une forte impression de vieillesse. Pourtant, ce qui attire le plus mon attention est finalement son attitude et son positionnement corporel. Le résident est assis sur un divan, raide, il ne cesse de se balancer d'avant en arrière, oscillant tel un métronome donnant la rythmique à respecter. Après cette impression de vieillesse, la scène de ce balancement ininterrompu retient mon attention sans que je ne puisse l'en détourner.

Après quelques instants, l'observation de ce balancement me rend mal à l'aise. Cette gêne me pousse à détourner mon regard et à fixer mon attention sur une particularité remarquable de l'espace. La pièce commune aux résidents est garnie de deux horloges distantes de quelques mètres l'une de l'autre. De plus, comble de mon étonnement, ces deux pendules ne renseignent aucune des deux la bonne heure ; du moins celle qu'affiche ma montre. Celle-ci donne 15h35 et les deux horloges indiquent respectivement 15h25 et 15h45. Face à cet amusant constat je décide d'interpeller mon voisin qui n'en finit pas de se balancer.

- Vous aviez déjà remarqué qu'il y a deux horloges dans la pièce ?
- Oui !
- Et ça ne vous étonne pas qu'elles n'indiquent pas la même heure ?
- Monsieur, à quoi cela servirait-il d'en avoir deux si c'était pour qu'elles indiquent la même heure !

Mon interlocuteur s'est alors mis à sourire puis à rire dans sa barbe. Quant à moi, penaud face à tant de réalisme, je me suis mis à me balancer...

Le temps carcéral

Cette amusante anecdote montre que la temporalité est avant tout un phénomène subjectif et relatif qui implique autant de réalités qu'il y a de subjectivités différentes. Il est dès lors quelque peu périlleux de définir *un* temps carcéral, comme il le sera plus loin de parler d'*un* espace carcéral. Cette remarque nous permet d'insister, une fois encore s'il le fallait, sur l'inexistence du temps réel qui n'est jamais qu'un temps socialement défini que chacun appréhende avec son propre imaginaire. Néanmoins, structurellement, des spécificités semblent se dégager. Ce chapitre permettra d'observer les phénomènes spatio-temporels dans l'*univers carcéral* de la manière la plus descriptive possible. Essayant de nous éloigner de toute référence théorique, nous allons tenter de procéder à une sorte d'*epochè* husserlien¹. C'est dans le chapitre suivant consacré à la formalisation anthropologique que nous questionnerons à nouveau ces thèmes récurrents en les articulant autour d'un substrat théorique.

Il semble, effectivement, qu'un temps carcéral puisse être mis en évidence. La détention préventive sous mandat d'arrêt, l'internement et la peine à temps – avec la spécificité de la perpétuité – sont les différentes alternatives d'enfermement que rencontrent les détenus. Chacune de ces situations dégage des réalités temporelles spécifiques.

¹ HUSSERL E. (1913), *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris, Gallimard, 1950.

Le patient détenu préventivement sous mandat d'arrêt vit une temporalité rythmée par les passages mensuels devant la Chambre du Conseil. Pour certains, il s'agit du moment de l'espérance, de l'illusion, de la désillusion et pour d'autres encore de la résignation. Chacune de ces attitudes voit l'attente de la date fatidique influencée : certains attendent ce moment de pied ferme et d'autres voient ce moment arriver comme un supplice mensuellement répété. L'avocat du détenu joue aussi un rôle important dans l'appréhension du temps. Il est celui qui peut *prédire* l'issue de la comparution et donc celui qui peut évaluer l'éventuelle date de levée du mandat d'arrêt. Dans la relation qui s'installe entre le détenu et le clinicien, la temporalité se trouve évidemment rythmée par cette éventuelle levée du mandat d'arrêt. Cette rythmique mensuelle fait de chaque dernier entretien avant le passage en Chambre du Conseil un ultime entretien potentiel. Le discours du patient et l'acte du clinicien se voient, non pas influencés, mais déterminés fondamentalement par cette temporalité particulière.

Tel ce patient, Monsieur Z, détenu sous mandat d'arrêt pour trafic de stupéfiants. Cette détention préventive est son troisième passage en prison alors qu'il n'a que 20 ans. Orphelin d'un père médecin et d'une mère enseignante, Monsieur Z vit seul dans un petit studio et conserve comme seul lien familial sa tante, la sœur de sa mère. L'esprit vif, le jeune homme semble réfléchi et analyse avec beaucoup d'à-propos son engrenage dans la toxicomanie qui l'a vu s'isoler socialement et décrocher scolairement. Lors de notre troisième entretien, alors que tout porte à croire que son passage du lendemain en Chambre du Conseil va déboucher sur une levée du mandat d'arrêt, il nous exprime ses déceptions : « Vous voyez que cela ne sert à rien de voir un psychologue ! C'est comme pour tout le reste, ça se *termine* toujours avant la *fin* ! ». Nous renvoyons au détenu cet élément transférentiel caractéristique en lui répétant ses mots. Il nous exprime alors exactement l'interprétation que nous avons à l'esprit : « Pourquoi croyez-vous que je me drogue ? Ce n'est pas pour aller mieux, c'est juste parce que je n'arrive pas à vivre tout ce qui m'arrive ! ». Acquiesçant à ses propos, nous lui demandons si ce qu'il lui manque, ce n'est pas, plutôt que comprendre la situation, maintenir une relation qui n'est pas vouée à être limitée dans le temps. C'est bel et bien le cadre temporel de la relation clinique qui nous a permis de mettre en évidence la situation d'impasse temporelle dans laquelle se trouve Monsieur Z : *La solitude pousse à se droguer et se droguer isole encore un peu plus. Et tout se met en place par la peur que la relation se termine comme ici avec le psychologue.*

L'internement est une expérience tout à fait spécifique qui place le sujet dans une situation foncièrement paradoxale. En plus d'être déclaré irresponsable de ses actes¹, l'interné se voit placé dans une détention avec une temporalité sans fin. La situation a cette particularité de faire reposer sur un aréopage du monde juridique et psychiatrique la date de l'échéance de l'emprisonnement. Il est d'ailleurs tellement significatif d'observer que les internés sont appelés, non plus des détenus, mais des patients. Le terme semble adéquatement correspondre à la situation qui les incite à patienter, à la différence du détenu qui peut lui temporaliser avec un *début* et une *fin* la période de son emprisonnement. Cette indécision de l'avenir se manifeste fréquemment dans le discours des patients qui *ne veulent pas finir leurs jours ici*. Une fois encore, la relation clinique s'en trouve spécifiquement déterminée.

Ce que l'on appelle la *peine à temps* est populairement reconnue comme l'acceptation classique de l'emprisonnement. Le détenu reçoit une peine à subir avec un calcul immédiat des dates d'admissibilité à différentes alternatives à la détention (surveillance électronique, libération conditionnelle, ...). D'emblée, le détenu se voit attribuer toute une temporalité organisée qui va rythmer l'ensemble de sa détention et lui permettre de se représenter une ligne du temps de son emprisonnement. Cette connaissance de la temporalité va l'aider à envisager diverses spéculations et estimer, avec l'aide de l'avocat, la date d'une sortie sous conditions avant d'arriver au terme de la peine prononcée.

Reste le cas particulier de la réclusion à perpétuité. Bien qu'il existe des possibilités d'accès à la libération conditionnelle, se pose quand même la question de l'*interminable*, de l'*infini*. Il en est tout à fait de même dans les cas d'internement pour lesquels une libération semble difficilement envisageable. Ces questions demeurent extrêmement délicates et continuellement discutables du point de vue éthique. Bien qu'une possibilité de libération existe pour chaque situation, il n'en reste pas moins que, dans certains cas, la quête de liberté est fortement compromise. Dans ces situations, la temporalité carcérale, si elle n'est jamais infinie et véritablement perpétuelle, n'en demeure pas moins inscrite dans une durée extrêmement longue. On peut alors observer une superposition de la *temporalité carcérale* et ce qui pourrait être appelé la *temporalité vitale*. Encore une fois la relation clinique est conséquemment influencée et le cadre doit être adapté. *Il est donc permis de dire qu'une des spécificités de la clinique carcérale est que le cadre temporel n'appartient nullement ni au*

¹ Thème qui mériterait une étude toute spécifique (*).

patient, ni au clinicien. En revanche, et paradoxalement, en ce qui concerne la thématique du temps, elle semble hanter constamment le quotidien du sujet incarcéré.

Indépendamment de la qualité du titre de détention, le temps carcéral est aussi et avant tout un temps qui semble comme disparaître de l'appropriation du détenu quant à sa synchronisation. En effet, la prison est une organisation sociale qui a pour caractéristique première d'imposer un temps qui interdit toute appropriation subjective. Un temps qui se définit par une *rythmique imposée* où tous les rythmes fondamentaux¹, de manière plus ou moins importante, sont touchés. L'alimentation est probablement un des rythmes qui est le plus *désapproprié* : le détenu ne choisit ni ce qu'il mange, ni quand il mange. Il nous apparaît essentiel de prendre en compte cette perte de liberté et de l'interroger dans la clinique carcérale². L'alternance sommeil-veille est perturbée elle aussi : si on laisse le détenu se reposer pendant les heures de nuit, ces horaires lui sont imposés. De nouveau, le choix subjectif se retrouve impossible et le détenu est obligé de se soumettre au *standard carcéral*.

Les régulations thermiques posent, elles aussi, problème. Les détenus, s'ils peuvent généralement choisir la température de leur cellule, se plaignent souvent de la chaleur qui règne dans le couloir ou du froid glacial qu'il fait au moment des douches. Les régulations thermiques de la prison sont gérées au niveau d'une chaufferie centrale qui se modifie non pas en fonction de la température extérieure mais en fonction du calendrier dans un programme déterminé. Malgré un été plus froid ou une période d'hiver plus chaude, les diminutions et augmentations de températures n'ont lieu qu'à des dates précisément arbitraires. L'hygiène corporelle et le moment des douches subissent la même règle privative de subjectivité. Les détenus tiennent d'ailleurs généralement le discours suivant : « On a droit à une douche quand l'agent le choisit ». Les visites que reçoit le détenu sont elles aussi inscrites dans une temporalité imposée. Bref, *l'individu n'est plus maître de tout ce qui correspond aux rythmes fondamentaux de l'être humain*. Un patient, psychotique, met magistralement en évidence cette destitution dans son délire lorsqu'il marche en arrière et qu'il nous explique « remonter le temps ».

¹ Sur les rythmes fondamentaux, nous renvoyons à notre chapitre I, pages 16-17.

² Tel ce patient qui présente, lors de son incarcération, un épisode anorexique qu'il explique par la qualité de l'alimentation et par l'heure à laquelle les repas sont servis. Sans antécédents de ce genre, il semble plus pertinent d'interroger, comme nous le propose le patient, une problématique rythmique plutôt qu'émettre des hypothèses psychanalytiques certes intéressantes mais peu pertinentes pour la situation. Cette hypothèse se réfère notamment aux contributions de Gauthier (2001, 2007b) et Demaret (1979).

Un élément qui interpelle quiconque travaille en prison est d'observer que les aiguilles des horloges sont souvent arrêtées, usées par les toiles d'araignées. Comme si en entrant en prison le temps était figé, faisant de cet espace un univers séculaire où le temps aurait comme arrêté de s'écouler. Dans le remarquable reportage télévisuel *Une vie en prison*¹, consacré à la plus longue peine de prison en France, le détenu libéré après quarante et un ans d'emprisonnement donne une réponse tout à fait intéressante lorsqu'il lui est demandé ce qui fut le changement le plus important au cours de son emprisonnement. Alors que le journaliste lui propose comme réponse l'arrivée de la télévision en prison (en 1986 en France) que ce dernier imagine comme une ouverture sur le monde extérieur, l'ancien détenu révèle que le plus grand changement est assurément le jour où les détenus ont pu récupérer leurs montres (en 1973 en France). Les montres permettant de se réapproprier un peu plus subjectivement l'expérience temporelle.

Le contenu des entretiens avec Monsieur B s'articule autour de la nouvelle montre que le patient a reçue de sa marraine. C'est effectivement très fier que Monsieur B, patient psychotique stabilisé sous neuroleptiques, se présente dans mon bureau en arborant sa montre tel un trophée. Lors de cette première séance, plein d'entrain, il m'explique toutes les opportunités que cette montre va lui apporter : « Je serai enfin à l'heure ! ». Il est vrai que Monsieur B est un spécialiste du rendez-vous manqué ou des arrivées en retard à un point tel qu'il est difficile de maintenir un lien d'un entretien à l'autre.

L'entretien suivant, Monsieur B arrive en retard et me dit que c'est normal en désignant sa montre. Il se dit triste et fâché car sa montre retarde : « La trotteuse s'arrête, elle va vingt minutes trop doux (sic) ». Je lui dis que cela me paraît étonnant et lui demande comment il explique cela. Il ne répond pas mais me propose d'échanger ma montre contre la sienne : « Je sais bien que ce sera non ... mais... ». Il me dit alors, passant du coq à l'âne, qu'une coupure de courant a déréglé son radio-réveil. Je lui demande alors comment il a réglé l'heure par la suite. Il me répond tout simplement « Sans soucis, je l'ai réglée à l'œil ».

Lors d'une troisième séance, le patient entre avec un grand sourire en me révélant que le problème est résolu car il a fait déposer sa montre dans le coffre des objets prohibés. « Quand je sortirai, je la récupérerai et ce sera plus facile. Je pourrai alors régler ma montre sur les

¹ « Une vie en prison » de Didier Montiny, 2006.

églises ». Le cas de Monsieur B est intéressant dans la mesure où il met en évidence cette préoccupation essentielle d'une temporalité qui demeure continuellement interrogée et hypothétique. Lorsque le patient demande au thérapeute pour échanger les montres, probablement met-il en évidence que cette énigme du temps trouvera résolution ou apaisement dans la relation à l'autre.

Au terme de cette analyse du temps carcéral, nous pouvons mettre en exergue que *le paradoxe du temps carcéral s'énonce donc par ces deux propositions semblant contradictoires qui font du temps le thème de questionnement continu et récurrent pour le détenu mais aussi ce temps perd aussi toute subjectivité et toute organisation propre à travers un rythme carcéral qui impose une organisation de laquelle le sujet est étranger.*

L'espace carcéral

L'espace en prison est, lui aussi, une matière qui mérite le détour de l'étude¹. Dans le reportage *Une vie en prison*², cité plus haut, l'existence d'un espace carcéral spécifique se révèle lors de la mise en liberté du détenu. Le premier acte que ce dernier pose est de réorganiser, dans la chambre que met à sa disposition sa famille d'accueil, l'espace intérieur qui était celui de la cellule dans laquelle il a vécu quarante et un ans. Au détail près, d'un cadre de photos à l'orientation du lit, il réorganise son nouvel espace vital en expliquant qu'il ne saurait vivre dans un espace plus grand mais aussi qu'il va lui falloir du temps pour que ce nouveau lieu devienne sien.

On le saisit presque intuitivement, l'espace en prison a quelque chose de particulier. Qu'il suffise de retourner à l'étymologie des mots consacrés à dénommer le sujet privé de liberté. *Détenu, prisonnier, reclus, bagnard, enfermé, incarcéré, embastillé, interné* ; tous semblent intimement liés à la notion d'espace et renvoient à la réalité *ontologique* de la situation de l'individu. Dans le même registre d'analyse, la notion d'internement retient notre attention. Quel autre mot représenterait mieux un espace spécifique ? L'interné serait celui qui demeure

¹ Le petit prélude anecdotique que nous proposons en guise d'ouverture, s'il met en évidence que la temporalité est un phénomène subjectif que l'on se perd à vouloir maîtriser, l'espace n'en est pas moins essentiel à l'anecdote. C'est, en effet, l'organisation spatiale qui permet de mettre en évidence la présence des deux horloges ; c'est aussi ce même espace qui s'organise de manière à dégager une atmosphère particulière.

² « Une vie en prison » de Didier Montiny, 2006.

enfermé en lui-même ou celui qui n'est pas parvenu à en sortir : il est le *demeuré*. L'espace qui existe de manière intuitive dans le langage carcéral – comme un inconscient du texte – serait, dans le cas de l'internement, mis en lien avec un espace interne d'où le sujet n'aurait pu sortir. Par un processus similaire, l'expression « fou à lier » met elle aussi en lumière une intuition d'un espace bien utile. Une réalité spatiale reliée à la condition inextricable de la folie : le « fou » trouve un refuge ultime et inexorable dans un espace dans lequel il est confiné. Comme si ces intuitions du langage, telles des lapsus aménagés, révélaient un substrat caractéristique à la situation spatiale en prison.

Cette situation spatiale voit comme caractéristique principale une perte de subjectivité dans son organisation. Le sujet se voit enfermé dans une cellule, semblable à toutes les autres. Bien souvent, il n'est même pas seul à investir cet espace mais doit le partager avec un codétenu. Ce petit espace qui devient l'espace vital porte donc le nom de cellule, mot qui est plus communément le signifié de la plus petite organisation de la vie : la cellule qui est à l'origine de toute vie biologique. Il est remarquable de mettre en évidence cette régression linguistique qui fait porter au même signifié deux signifiants différents mais qui ont certainement des aspérités communes. Effectivement, l'espace de la cellule est cette organisation minimale qui se voit allouée au détenu comme s'il s'agissait du minimum vital¹. L'espace de la cellule est le seul endroit permettant un relatif investissement subjectif. Relatif car la cellule est toujours soumise aux codes et normes de l'établissement, toujours susceptible d'être fouillée² et toujours investie avec l'angoisse de s'en voir évincé.

Le changement de cellule ou le transfert d'établissement pourraient donc avoir un lien avec une perte de repères spatiaux. Décrits dans la littérature, les phénomènes d'*encellulement* (Tesu-Rollier & Coutanceau 2007), de *psychose carcérale* (Al Chaabani & Bataille 2002 ; Chastang, Cahen, Marchal & al 1991 ; Bezaury & Faruch 1991 ; Wulfman 1982) ou encore de *gate fever* (Scott 1969) mettraient en évidence sur un mode psychopathologique le thème de cet *espace carcéral*.

¹ Minimum vital à partir duquel plusieurs pratiques de torture s'inspirent. Notamment lorsque le martyr est placé dans un espace trop bas pour rester debout et trop étroit pour pouvoir s'asseoir.

² A ce sujet, les réactions de certains détenus face à la fouille de cellule ne devraient pas systématiquement être interprétées seulement comme un signe de « trafic » mais bien aussi comme un vécu de perte d'intimité et d'attaque du dernier bastion subjectif de l'individu.

Alors qu'au chapitre IV nous avons exposé la cas de monsieur D, qui s'apparente probablement à ce que Scott (1969) appelle le « gate fever »¹, revenons quelques instants sur cette manifestation psychopathologique aiguë pour la confronter à la notion d'espace carcéral. Il est effectivement évident que la réaction délirante de l'intéressé est à mettre en relation avec la modification de l'espace. Alors que petit à petit nous laissons se dessiner un espace comme thème d'étude incontournable, le « gate fever » met magistralement en évidence, dès que la porte se verrouille, et en quelques secondes, ce que nous nous échinons à décrire à travers ces pages. Cet épisode *princeps* est probablement la meilleure oriflamme de ce qui peut être entendu par *espace carcéral*. Comme si monsieur D avait cristallisé en un instant toute la problématique de l'espace en prison.

Un phénomène similaire est aussi parfois rencontré. C'est alors que des patients, *bien adaptés* au milieu carcéral présentent un épisode délirant lorsqu'ils goûtent à la liberté. Ce qui s'apparente à l'inverse du « gate fever »² voit les patients présenter un état de *désorganisation* ; une désorganisation qui est certes psychique mais aussi spatiale. Les nombreuses portes en prison, portes d'entrée, de cellule, d'un sas à un autre, les clefs détenues par les agents, les espaces clos, tous sont, non pas les symboles de l'espace en prison, mais la réalité même de cet *espace carcéral*. Une réalité qui frappe derechef par l'*a*-subjectivité, l'*allo*-organisation à laquelle doit se soumettre le détenu.

Une alternative à la détention s'inspirant de cette perte d'*auto*-organisation de l'espace est la mise sous surveillance électronique. Cette détention, qui n'en est pas tout à fait une ..., transpose dans la vie hors prison cette spatialité *allo*-organisée. Comme ce patient qui se disait plus prisonnier lors de sa mise sous surveillance électronique que lorsqu'il était en prison. « Je pouvais parcourir plus d'espace quand j'étais en prison qu'en liberté³ ... ».

Une détermination de l'espace carcéral ne peut faire l'économie de la réflexion, certainement inaugurale, que nous apportait Platon dans son *allégorie de la caverne*⁴. Ce récit célèbre met en scène dans une caverne deux hommes enchaînés depuis leur enfance tournant le dos à l'entrée et ne voyant que leurs ombres et celles d'objets au loin derrière eux. Si l'un d'entre eux était libéré de ses chaînes, il serait d'abord ébloui par une lumière qu'il ne

¹ Voir pages 37-40.

² Il s'agirait alors plutôt de la « fièvre de la porte » de *sortie*...

³ Le patient faisait alors un geste des mains mimant des guillemets lorsqu'il prononça le mot « liberté ».

⁴ PLATON. (1950), La République VII, In *Œuvres complètes I et II*, Paris, La Pléiade, Gallimard.

supporterait pas puis serait confronté à des bouleversements terribles. Probablement résisterait-il et ne parviendrait-il pas à percevoir ce que l'on veut lui montrer. C'est alors qu'il persévérera et découvrira le monde dans sa réalité ou qu'il décidera de revenir à la situation carcérale antérieure. La métaphore renfermée dans le texte traduit la difficile accession des hommes à la connaissance de la réalité ainsi que la question de la transmission de cette connaissance. Il n'est pas de notre propos d'étudier ce récit sous l'angle de la métaphore – comme il en est généralement en philosophie – mais plutôt de procéder à une approche descriptive du texte¹.

Le récit pris en tant que tel ne nous indique-t-il pas que le sujet soumis à un espace carcéral spécifique est perturbé lorsque cette coordonnée se trouve désorganisée et remise en cause ? Cet espace rassurant, comme plusieurs détenus d'ailleurs le décrivent, serait susceptible de générer une résistance comme une impasse dont on ne peut s'extirper. Car, ici, *espace carcéral* et *espace vital* se superposent de manière à donner des repères essentiels au sujet qui ne peut alors envisager de s'en départir, même au prix de la liberté. Une fois de plus, la problématique se situe dans l'*a*-subjectivité de l'organisation spatiale qui pousse l'esclave dans le récit de Platon à retourner chercher cette rythmique connue et stéréotypée. L'espace décrit par le philosophe se voit doté d'une caractéristique d'organisation quasi mécanique sans possibilité d'investissement subjectif. Le moment de la libération peut alors se comprendre comme une ouverture indécise vers la subjectivité.

Cette réflexion maîtresse de Platon fait écho à deux anecdotes que nous ont confiées des collègues psychologues en milieu pénitencier. La première est l'histoire d'un détenu décrit comme marginal qui réintérait la prison régulièrement, quasi volontairement, pour, selon ses propres dires, retrouver sa cellule et un rythme de vie sain. La seconde anecdote est celle d'un détenu qui voyait sa réinsertion en libération conditionnelle se dérouler fort bien. Il étonnait cependant particulièrement son entourage par les barreaux en bois qu'il avait installés aux fenêtres de sa maison. Le récit proposé par Platon, comme celui sur les deux détenus, met en évidence une sorte d'empreinte dans les schèmes comportementaux des individus. Une empreinte qui serait initiée par un espace carcéral qui propose une fonctionnalité rythmique tellement puissante qu'elle apparaît identitaire².

¹ Une analyse discursive structurale du récit de Platon mettrait probablement en évidence des éléments très intéressants (*).

² Voir notre chapitre suivant aux pages 81-82 consacrées à l'*identité carcérale*.

Comme pour le facteur temporel, *nous pouvons pour l'espace carcéral observer, derechef, un paradoxe faisant apparaître une rythmique sans subjectivité. Les deux prémisses du paradoxe étant que, d'une part, l'espace est un thème fondamental organisationnel pour le détenu mais aussi que, d'autre part, ce détenu est destitué de tout rôle dans l'organisation de cet espace.*

L'organisation carcérale : une rythmique sans sujet

De par les détours de l'analyse, s'imposent clairement plusieurs éléments récurrents. Que ce soit en posant l'objectif sur la thématique temporelle ou spatiale, un univers sans subjectivité semble se dessiner. La réalité objective prend le pas sur le vécu subjectif, définissant le détenu comme un sujet sans subjectivité. *Pour conclure que ce qui différencie le sujet du détenu est probablement la capacité de maîtriser sa temporalité et sa spatialité.* Cette rythmique spatiale a, de plus, la particularité de pouvoir provoquer comme un effet d'empreinte comportementale sur le sujet.

Dès les *premiers instants*, une temporalité et une spatialité organisatrices se voient greffées à la réalité du détenu. Tout au long de sa détention, le détenu va imaginer les ombres dansantes à partir de sa caverne au travers d'un temps et d'un espace qui vont jalonner tout son parcours.

Une perte de subjectivité qui va se retrouver dans une rythmique à laquelle nous avons, grâce à l'éthologie, redonné sa place fondamentale¹. Le quotidien de la clinique carcérale est de faire face, en tant que professionnel, à des personnes qui voient toute leur vie organisée, rythmée par des contraintes spatiales et temporelles particulièrement strictes. Les notions de temps et d'espace sont, à la fois, parfaitement dissemblables de celles du *monde extérieur* – où la subjectivité existe pour salutairement parasiter l'objectivité – mais aussi constamment organisées par l'*Autre*.

¹ Voir nos chapitres I pages 16-17 et chapitre V.

Une rythmique qui perd toute possibilité d'auto-organisation et qui plonge le détenu dans une adhésion totale au *standard carcéral*. Comme Monsieur F, patient d'origine étrangère qui me confie en entretien : « Je suis en décalage horaire ». *L'univers carcéral* voit donc ses premières caractéristiques énoncées avec un temps et un espace qui, s'ils demeurent des thèmes d'interrogation constants pendant l'enfermement, n'en sont pas moins paradoxalement remis à la responsabilité d'une altérité étrangère ; le tout s'organisant sur fond d'une rythmique sans sujet.

Postlude artistique

Pour en revenir à la question du temps, achevons ce chapitre en parlant brièvement d'une des œuvres maîtresses d'Olivier Messiaen (1908-1992). En 1940, le compositeur français est fait prisonnier en Allemagne. Il y compose et fait exécuter par ses compagnons dans son stalag le *Quatuor pour la fin du temps* pour violon, clarinette, violoncelle et piano. Cette célèbre performance interpelle le mélomane par la mélancolie qui s'en dégage et le lecteur de ce chapitre par l'intuition esthétique, née en prison, qui propose la fin de la temporalité. De plus, ne se contentant pas de composer le quatuor, le maître français tient dans des conditions difficiles à le mettre en musique (Massin & Massin, 1985).

VII

Vers une définition du « corps carcéral »

« La vie que je mène n'est pas la mienne : c'est celle d'organes qui ne savent rien. J'allais

m'instituer le gardien de mon corps comme si j'étais apte à le surveiller ».

François Weyergans, *La vie d'un bébé*, 1986, p 86.

Vient, à présent, le temps de la formalisation anthropologique de ce mémoire. En effet, un des objectifs de ce travail est de dégager un certain point de vue de l'*homme prisonnier*. Des principes théoriques, des cas cliniques présentés et de l'étude du temps et de l'espace en prison, nous pouvons aboutir à plusieurs constats qui permettent de dégager une *anthropologie du détenu*.

La corporéité de la prison

LINGUISTIQUE

Le langage, courant ou savant, est particulièrement prolix en ce qui concerne le corps. La prison, comme tout système clos crée ses propres codes et spécificités langagières. Il est piquant de faire la généalogie de cette « linguistique » en ce qui concerne son lien au corps. Au chapitre précédent, nous avons arrêté l'analyse sur la *cellule* du détenu en réalisant une analogie avec la cellule du corps humain. Nous constatons alors la présence d'un signifiant similaire qui semblait induire des ressemblances importantes entre ces deux organisations du minimum vital. Diversement, une des activités fréquentes des détenus, pour laquelle ils militent à foison, est l'utilisation de la *salle de body*. Cette salle de sport permet au détenu d'entretenir un rapport particulier au corps. Il est d'ailleurs toujours intéressant d'observer de jeunes détenus qui se métamorphosent physiquement en quelques mois en s'adonnant sans répit à la musculation.

Ce n'est pas tout pour ce qui concerne les mots « corporels » en prison. Citons encore la *visite hors surveillance* qui est ce moment de grande intimité corporelle où le détenu retrouve l'*espace de quelques instants* un vécu de liberté corporelle. Le langage juridique, lui aussi, présente beaucoup d'intérêt : *l'ordonnance de prise de corps*, les *assises*, ...

Enfin, le vocabulaire carcéral est passionnant pour quiconque est sensible au langage psychanalytique. Relevons-en les manifestations les plus fréquentes. Bien sûr, il y a le tant redouté, ou espéré, *transfert* d'établissement qui est pour le détenu source d'angoisses terribles ou objet de tous les espoirs. Citons aussi le *gardien* de la *cellule* ou du *sommeil*, la notion d'*évasion* qui est souvent autant *psychique* que *physique*. Enfin, il y a l'incontournable *rapport à la Loi* dont les lacaniens se régalent.

MONSIEUR N : LA « BLESSURE DE GUERRE »

Quiconque travaille en prison reconnaîtra ce besoin pour les détenus d'exhiber leurs balafres et blessures. Monsieur N est un patient emblématique dans ce registre. Alors qu'à chaque entretien il nous exprime un nouveau problème somatique, il pourrait être facile d'identifier chez ce monsieur un rapport tout spécifique au narcissisme et un fonctionnement hystérique. Mais, alors que ces pathologies somatiques s'avèrent bien réelles¹, nous pensons plutôt que ce patient nous révèle une relation à son corps tout à fait particulière. Lorsque monsieur N se lève et nous exhibe ce qu'il appelle lui-même ses « blessures de guerre », il faut certainement pouvoir intégrer ces manifestations dans un travail clinique autre qu'interprétatif et symbolique mais plutôt relationnel.

LES DIMENSIONS DU CORPS CARCÉRAL

Entre le clinicien et le prisonnier, se trouvent impliquées une multitude de dimensions représentatives du corps² : *celui du détenu* – le corps propre du détenu et la relation qu'il lui entretient – ; *celui du clinicien* – à la fois la vision que le clinicien a du corps du détenu et de son corps propre – ; *le corps du savoir scientifique* – celui tel qu'il est conçu par la médecine, la psychiatrie, la psychologie, la psychosomatique – ; *le corps psycho-socio-médical* – l'ensemble des cliniciens avec sa structure, son ensemble de règles, de rites, de jeux de pouvoirs, de rivalité – ; *le corps sécuritaire* – celui des agents avec leurs uniformes – ; *le corps directeur* – celui des différents responsables et directeurs et enfin *le corps architectural* – l'entité corporelle que peut représenter la prison en tant que structure architecturale. Chacune de ces dimensions représentatives s'appuie sur un versant réel, plus ou moins solide, mais surtout, ces dimensions relèvent de l'imaginaire. Le corps carcéral et toutes ces différentes modalités constitutives sont donc à prendre en compte mais aussi à étudier sous l'angle de leur bipolarité capitale réel/imaginaire.

¹ C'est ce que nous confirme l'équipe médicale.

² Ce passage s'inspire de la *Théorie des quatre corps* proposée par Jean-Marie Gauthier dans *L'enfant malade de sa peau* (1993a, p. 38)

Par mécanisme de surdétermination ou de métonymie, le corps carcéral est défini dans une illusion d'inclusion réciproque où toutes les entités dimensionnelles du corps sont constitutives d'un concept large et soumis à la subjectivité et à l'imaginaire de chacun, détenu ou autre. De manière à ce que quiconque, en fonction de son rapport propre à l'imaginaire et en fonction de son angle de vue situationnel, définira subjectivement sa propre acceptation du corps carcéral. Voici quelques grandes lignes tracées de ce que nous appellerons la *corporéité de la prison*.

PEAU COMMUNE ?

Le célèbre ouvrage d'Anzieu *Le Moi-peau* permet une voie de réflexion intéressante en la matière lorsqu'il propose l'analyse du « fantasme d'une peau commune »¹. Ce fantasme constitutif et fondateur jalonne l'écrit en étant peu à peu défini et conceptualisé. Anzieu place le *fantasme de peau commune mère/enfant* à l'origine des *enveloppes psychiques*². Ce fantasme se situerait *après* le fantasme intra-utérin, niant la naissance et *avant* l'étape d'effacement de cette peau commune qui fait naître les fantasmes de peau arrachée, volée, meurtrie ou meurtrière³. Le fantasme de peau commune s'inscrirait donc dans un processus de différenciation déjà ébauché. C'est tout le paradoxe du concept qui en fait une étape de différenciation alors qu'une première esquisse de cette différence est déjà bien présente. Cette thématique de peau commune, si elle est pertinemment définie dans son acceptation fantasmatique, n'est, en revanche, guère réfléchie dans une dimension ontologique de l'individu. Qu'advient-il du sujet qui est confronté à cette thématique de la peau commune en dehors de toute aspérité fantasmatique ?⁴ C'est dans cette perspective que nous souhaitons utiliser cette *intuition* de peau commune dans le contexte carcéral en la rapprochant de ce que nous venons d'appeler la *corporéité de la prison*. Il nous semble, en effet, que ce thème de la peau commune est proche de ce que nous cherchons à transmettre au lecteur lorsque nous constatons une inclusion réciproque entre les différentes dimensions corporelles pour former ce sentiment de *corporéité de l'univers carcéral*.

¹ ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995, p. 62.

² *Ibid.*, p. 270.

³ *Ibid.*, p. 85.

⁴ Cette étude du thème de peau commune ne peut certainement pas se réduire à la trop simpliste hypothèse psychanalytique de régression qui réactualiserait ce fantasme archaïque. Cette hypothèse caduque que l'on peut qualifier de « réaliste » s'explique par une conception linéaire du temps et de l'espace psychique selon laquelle la gravité et l'importance d'un trouble psychique correspondraient à la précocité de la fixation dans l'archaïque (Viderman 1982 & Gauthier 2002).

L'architecture comme signifiant fondamental

« Quand les cimes de notre ciel se rejoindront
Ma maison aura un toit ».

Paul Eluard, *Dignes de vivre*, 1941, p 115.

ARCHITECTURE ET PSYCHIATRIE

Nous ne sommes certainement pas les premiers à nous intéresser aux liens entre architecture et psychisme. Esquirol considérait déjà l'architecture asilaire comme un puissant « instrument de guérison »¹. Il est évident que penser la folie et la maladie mentale en général implique de réfléchir l'espace dans lequel elles s'expriment. Plusieurs auteurs (Baldizzone 1991, Weiss & Arques 2004, Oury 1967) vont même jusqu'à identifier et étudier les aspects psychothérapeutiques de l'architecture.

Craplet (2001) montre de manière minutieuse et détaillée toute l'animation sociale et utopique qui accompagne ce mouvement de réflexion. Asiles et hôpitaux psychiatriques sont d'excellents révélateurs sociaux et leurs évolutions accompagnent sensiblement les grandes évolutions sociétales et crises politiques mais aussi, convient-il de réinscrire l'histoire de ces établissements dans l'évolution de l'architecture elle-même (Crapelet 1987). Les institutions psychiatriques sont le reflet ou peut-être l'envers du monde qui se développe autour d'elles : « L'esprit du temps s'y lit avec ses contradictions »².

À son insu, toute la mouvance antipsychiatrique met en abîme, dans son idéal méthodologique, l'interrogation épistémologique de l'architecture et donc de l'espace. En effet, assurément, une innovation fondamentale de l'antipsychiatrie est le développement d'une psychiatrie alternative via le traitement ambulatoire. En proposant de considérer moins le malade dans son hôpital ou son asile que le sujet face à sa maladie, il est prescrit de renvoyer le malade chez lui. Cet irréfrénable mouvement contestataire qui trouvait son émergence dans une problématique sociale plus globale a engendré la fermeture de nombreux hôpitaux psychiatriques et l'ouverture de structures de psychiatrie alternative.

¹ KOVESS-MASFETY V, SEVERO D, CAUSSE D & PASCAL JC. (2004), *Architecture et psychiatrie*, Actes du colloque 2001, Paris, Edition Le Moniteur ; & LENIAUD, J-M. (1980), Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIXème siècle, In *L'information psychiatrique*, vol 56, n°6.

² CRAPLET M. (2001), L'institution psychiatrique, mise en scène architecturale des utopies sociales, in *Psychiatrie française*, vol 31, n°4.

Indubitablement, les théoriciens de l'antipsychiatrie ont saisi, par intuition, toute l'importance que recouvre l'architecture face à la maladie mentale et aux potentialités évolutives de l'individu.

ARCHITECTURE ET PRISON : MONSIEUR M OU L'IMPASSE GÉOGRAPHIQUE

Il est saisissant de constater qu'aucun de ces auteurs liant architecture et vie mentale n'aborde cette question dans l'environnement de la prison. Il nous paraît pourtant évident que ces réflexions s'appliquent tout particulièrement à l'*univers carcéral*. Il semble même essentiel de proposer une sorte d'*épistémologie de l'architecture carcérale* qui jusqu'à maintenant demeure uniquement réfléchi en fonction de ses contraintes sécuritaires. S'il est de volonté politique de développer l'aspect prophylactique et thérapeutique lors de l'incarcération, ce thème d'étude se doit de devenir incontournable.

A ce sujet, arrêtons-nous quelques instants sur la répartition des internés de l'EDS de Paifve. Un quart des patients sont *incarcérés* dans un pavillon dit « cellulaire », le restant *séjourne* dans un pavillon dit « communautaire ». Il est, évidemment, particulièrement intéressant d'observer l'évolution des patients lorsqu'ils transitent d'un pavillon à l'autre. En guise d'exemple, nous présentons la situation de Monsieur M. Il s'agit d'un patient de 37 ans, faisant partie des gens du voyage et qui porte le diagnostic de psychotique. Il est en séjour illégal sur le territoire belge et a reçu un ordre d'expulsion applicable dès sa libération de l'EDS de Paifve. Monsieur M est de nationalité yougoslave et lorsque nous faisons remarquer à l'Office des étrangers que ce pays n'existe plus, on nous explique qu'il faut se reporter à sa ville de naissance pour savoir dans lequel des nouveaux pays de l'ex-Yougoslavie il sera expulsé. Sa ville de naissance est Turin (Italie) ... ce qui ne fait qu'amplifier sa situation de *vide spatial*. Ce patient, qui a passé sa vie dans une caravane à arpenter les rues de l'Europe entière, se retrouve, sans aucun endroit où aller, dans une véritable *impasse géographique*, un incontestable sentiment d'« a-topie ».

Monsieur M a été interné il y a trois ans pour des faits de vols simples. Il a passé un an dans une annexe psychiatrique d'une prison et est arrivé à l'EDS de Paifve il y a un peu plus d'un an. Après quelques mois au pavillon cellulaire, il est maintenant au pavillon communautaire depuis huit mois. Son séjour en annexe psychiatrique était chaotique et a d'ailleurs conduit à accélérer son passage vers l'EDS de Paifve. Les différents rapports mettent en exergue une symptomatologie délirante florissante et une auto-agressivité

considérable qui le mettait en danger réel. Son passage dans la section cellulaire de l'EDS montrera une amélioration progressive et c'est lors de son arrivée dans la section communautaire que nous le rencontrons pour la première fois.

Lors des premiers entretiens, il est encore fort confus et s'exprime difficilement. Il révèle des épisodes hallucinatoires en témoignant d'une reconnaissance de la maladie étonnamment bonne. C'est après quelques mois, alors que son discours se fluidifie, que ses interactions sociales se révèlent de plus en plus adéquates, et parallèlement à l'éclaircissement de sa situation légale quant à son séjour, qu'il nous dit en connaissance de cause qu'il ne veut pas quitter l'EDS : « Ici je suis le roi, je mange à ma faim, je peux dormir, j'ai des habits propres... ». Alors qu'il avait fait un bref passage en institution psychiatrique, il argumente encore l'apparente syntonie qu'il revendique : « En plus, ici, il y a des barreaux aux fenêtres... Quand j'étais dans l'institution, j'avais peur de me jeter par la fenêtre... Ici avec les barreaux, je ne risque pas, c'est parfait ».

Ce patient nous démontre, à travers ses mots, toute l'importance que représente l'architecture de l'EDS de Paifve qui semble, dans son cas, convenir à merveille. On lui permet une certaine liberté, toute relative, mais on lui garantit un minimum de sécurité et de soutenance grâce à l'aspect carcéral. Cet exemple montre, surtout, qu'il est essentiel de ne pas proposer une architecture commune en fonction de la pathologie (Perelman 1994, Scotto 1988, 1997), ou du type d'infraction mais bien plus d'interroger, de manière singulière, chaque patient dans son rapport à l'espace et spécifiquement à l'architecture dans laquelle il est enfermé.

MAISON ET IMAGINAIRE

Il n'est, bien entendu, pas que le monde *intra-muros* qui permet de témoigner du lien entre organisations psychique et architecturale. La place et le rapport subjectif qu'a l'individu à sa maison, à son appartement, à son lieu de vie – quand il y en a un – devraient être systématiquement interrogés dans la clinique générale et carcérale en particulier. L'étude de ce rapport particulier qu'entretient l'homme moderne à son lieu d'habitation en est encore au rang d'exploration (Berry 1982, Duriez 1988, Eiger 2004) mais un précurseur comme Bachelard, dans sa *Poétique de l'espace* (1957), offrait déjà une réflexion magistrale. Alors qu'il donnait à l'imagination – qui se superpose en beaucoup de points à l'imaginaire de

Sami-Ali – une place toute particulière¹, il proposait de donner place à l'étude de la maison : « Il semble que l'image de la maison devienne la topographie de notre intime (...) il y a un sens à prendre la maison comme un instrument d'analyse pour l'âme humaine (...). Non seulement nos souvenirs, mais nos oublis sont "logés". Notre âme est une demeure. Et en nous souvenant des "maisons", des "chambres", nous apprenons à "demeurer" en nous-mêmes »². Bachelard invite le phénoménologue à étudier le rapport subjectif et imaginaire – projectif serions-nous tenté d'ajouter – à l'entité de l'habitat. C'est dans le cadre de cette démarche que nous pensons qu'il est fondamental d'interroger le sujet quant à son rapport à l'habitat. Son habitat *passé* – la « maison d'enfance » mais aussi celle avant l'entrée en prison –, son habitat *présent* – la cellule – et son habitat *futur* – le projet.

Ce primat que nous accordons au « territoire » est un thème privilégié du dernier ouvrage de Jean-Marie Gauthier (2007a) qui, s'il le formule quelque peu différemment, s'attelle à étudier l'évolution, lors de ce dernier siècle, de l'espace-temps dans nos sociétés occidentales. Les profondes mutations des concepts d'espace et de temps qui sont minutieusement observées montrent, entre autres parties, que la notion d'habitat s'est modifiée au cours de ces dernières décennies. Il apparaît judicieux, après analyse, de prendre en compte ces évolutions dans l'expérience clinique.

Plusieurs anecdotes passées à la postérité témoignent de cette relation bien spécifique du psychisme et particulièrement de l'imaginaire à l'architecture et à l'habitat. Pensons à la maison de Wittgenstein³, au palais imaginaire du facteur Cheval⁴ ou encore au syndrome de Stendhal⁵ ; enfin, rappelons qu'il est d'expression courante d'associer les doux rêveurs ou les

¹ « Nous proposons (...) de considérer l'imagination comme une puissance majeure de la nature humaine » et « L'imagination se place dans la marge où précisément la fonction de l'irréel vient séduire ou inquiéter – toujours réveiller – l'être endormi dans ses automatismes ». In BACHELARD G. (1957), *La poétique de l'espace*, Paris, [PUF](#), 2004, pp. 16-17.

² *Ibid.*, pp. 18-19.

³ En 1926, Ludwig Wittgenstein vécut un important épisode dépressif suite à sa démission de son poste d'instituteur. Un des événements qui fera sortir l'auteur du *Tractus logico-philosophicus* de l'ornière asthénique est son association avec l'architecte Paul Engelmann pour la construction de sa nouvelle maison.

⁴ L'histoire du *palais imaginaire du Facteur Cheval* est un événement des plus charismatiques liant l'imaginaire et l'architecture. Ferdinand Cheval (1836-1924) est un facteur rural dans la Drôme qui, rêveur invétéré, imagine pendant sa tournée un édifice colossal. Un jour, lors de sa tournée, son pied bute contre une pierre de forme « extraordinaire » : c'est la révélation. Le facteur ramasse ce caillou et décide de commencer à consacrer sa vie à la construction de son palais idéal. C'est plus de trente ans après qu'il achèvera son chef-d'œuvre qui le consacrera comme premier représentant de l'art brut.

⁵ Le 22 janvier 1817, Stendhal visite Florence. Contemplant toute la sublime beauté des nombreux chefs-d'œuvre architecturaux, il ressent des symptômes proches de l'attaque de panique. Son rythme cardiaque accélère, il transpire, tremble, se sent épuisé. Cet épisode que l'auteur relate dans son essai *Rome, Naples et Florence* (1817) deviendra un syndrome classiquement décrit dans la littérature psychiatrique.

gentils illuminés à des bâtisseurs de châteaux en Espagne¹. Ces anecdotes de vie ou ces œuvres sont pour le moins « contra-banal » ; permettant de lier la définition de l'imaginaire à l'espace de la construction, elles montrent qu'il existe un lien nécessaire entre ce concept d'imaginaire et l'un de ses terreaux constitutifs, l'espace habité.

ARCHITECTURE ET ÉTHOLOGIE

Enfin, comme nous en avons pris la bonne habitude, observons si l'éthologie peut nous éclairer sur cette considération de l'architecture comme signifiant fondamental. Un nombre important de contributions telles que celles de Stevens et Price (1996) et Gilbert (2005) pour la dépression ; Hinde (1956) et Demaret (1979) pour l'agoraphobie et Vieira (1974, 1979) pour l'anorexie et la schizophrénie ont permis le développement de modèles éthologiques de ces affections psychiatriques en rapport avec la question du territoire et de la dominance. Rappelons aussi le modèle explicatif de la mélancolie, que nous avons développé précédemment², proposé par Demaret (1979) qui repose sur l'étude des animaux territoriaux. Toutes ces études du comportement animal s'accordent à mettre en évidence la place fondamentale et essentielle que joue le territoire – qui pourrait être appelé l'architecture animale ... – dans le comportement animal.

POUR UNE SUBJECTIVITÉ ET NON UNE SPÉCIFICITÉ

Nous venons de montrer la relation toute singulière qu'entretient l'individu avec l'architecture qui l'entoure. Au second chapitre de ce mémoire³, nous expliquons pourquoi Freud s'était trouvé incapable de prendre en compte l'étude de l'espace dans sa métapsychologie. Ruhs (1987) et Mieli (2004) ont, quant à eux, cherché à expliquer la découverte freudienne et ses différentes aspérités dans sa dimension situationnelle. Ces deux auteurs pensent que la psychanalyse aurait été bien différente si elle n'avait été conçue à Vienne et notamment dans son célèbre environnement architectural. Ces hypothèses ont au moins deux mérites. D'une part, elles montrent une fois de plus que l'espace est une thématique qui a accompagné et même hanté l'esprit psychanalytique dès son origine ; d'autre part, elles rendent crédible notre hypothèse qui est de faire de l'architecture un facteur

¹ Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature cette anecdote attribuée à Sandor Ferenczi lorsqu'il s'efforçait de faire saisir à ses étudiants la différence entre un psychotique et un névrosé : Le psychotique habite un château en Espagne dans son délire, le névrosé passe sa vie à rêver l'habiter... Enfin, le psychanalyste, grâce à ses honoraires, l'habite réellement !

² Voir notre chapitre V, pages 51-52.

³ Cfr. p. 21.

incontournable de la vie psychique et imaginaire du sujet. Hypothèse valable si l'on veut bien considérer que la psychanalyse est le fruit de l'imaginaire créateur de Freud.

L'architecture étudiée en détail, il convient de retenir une hypothèse unique. Le signifiant architectural, s'il est essentiel de le prendre en compte dans la clinique carcérale, ne peut probablement pas être pensé, de manière trop simpliste, en parallèle à un diagnostic ou un type d'effraction. Dans cet ordre d'idées, il apparaît désuet et utopique d'envisager, comme nous l'entendons parfois, des prisons avec une architecture spécifique aux toxicomanes, aux psychopathes, aux pervers, ... Plutôt, nous pensons qu'à côté des impératifs sécuritaires, il importe de réfléchir l'architecture qui entoure le sujet, de l'interroger dans la clinique et de, peut-être, pouvoir l'adapter. À travers ce propos, il s'agit plus d'interroger la subjectivité du détenu face à l'architecture que de réfléchir à une spécificité globale. Proposition est faite de lutter contre le banal que peut représenter la structure de la prison et de mobiliser l'imaginaire de l'espace interrogé.

Le corps du détenu : la prison comme Surmoi corporel

SURMOI FREUDIEN - SURMOI CORPOREL

Il s'agit, dans un premier temps, de revenir sur la définition du Surmoi corporel. Alors que le Surmoi « classique » – freudien s'entend – est défini comme un processus d'intériorisation des interdits sociaux et moraux ; il s'agit bien, ici, dans le cas du Surmoi corporel, d'une tendance à s'adapter à ces censures et normes sociales : « le fonctionnement mental (...) est externe, organisé par un environnement dont il dépend étroitement »¹. Il s'agit en l'occurrence, plus que d'interdits, de prescriptions quant au corps propre.

Alors que nous analysons en détail ce concept lorsque nous présentons le cas de Jonas², nous repérons un lien, essentiel et confirmé, entre Surmoi corporel et banal. Le *Surmoi corporel* induit, en fait, un *fonctionnement banal* par définition, ce qui revient à dire que *l'adaptation sans faille à la norme engendre l'éradication de tout vécu subjectif et de toute possibilité d'envisager la différence*. Rapidement, le lecteur saisira ce que nous voulons donc

¹ GAUTHIER J.-M. (1993), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod, p. 104.

² Voir notre chapitre V, page 50.

signifier par le concept de *Surmoi carcéral*. Il s'agira, effectivement, d'adapter cette notion de Surmoi corporel à l'*univers carcéral*.

DÉFINITION DU SURMOI CARCÉRAL

Le surmoi carcéral est donc cet Autre qui endosse le rôle de synchronisateur du quotidien du détenu. L'Autre a ici une valeur purement conceptuelle car, plus qu'une instance symbolique, cet autre n'existe tout simplement pas. Et c'est ici un énième nœud au problème car cet allo-organisateur ne présente aucune autre réalité que conceptuelle, concept nous permettant d'exposer le mécanisme. Bien sûr, il peut être rassurant pour le détenu d'attribuer ces fonctions au directeur, à l'agent pénitentiaire, au corps médical, à l'État, ... mais, au demeurant, le surmoi carcéral s'il engendre un temps et un espace bien spécifiques, s'il pousse comme nous l'avons démontré au banal, n'est rien d'autre qu'une fonctionnalité que nous devons représenter par un concept pour l'appréhender mais qui n'a, en soi, aucune substance. Le Surmoi carcéral en devient infaillible car, irrécusable et irrévocable, il est une présence aliénante sans matière.

Temps comme espace sont donc soumis, en prison, à une perte de subjectivité fondamentale – qui induit un quotidien banal – et sont organisés par un Autre – le *Surmoi carcéral* –, soumettant le sujet au *standard carcéral* à qui tout obéit. Nous avons observé aussi que, tel un phénomène catalyseur, ces notions d'espace et de temps sont continuellement interrogées et apparaissent régulièrement dans le discours du détenu. Enfin, nous avons montré, en ce qui concerne l'espace, que la prison induit un phénomène d'« emprise » corporelle exacerbée et pousse le détenu à rechercher la rythmique connue et rassurante. Une sorte d'empreinte comportementale qui serait initiée par un espace carcéral qui propose une fonctionnalité rythmique tellement puissante qu'elle peut pousser à l'habitation et la volonté de retrouver cet espace « rassurant ». La rythmique carcérale s'organise en dehors de toute subjectivité et ouvre la voie vers une adaptation au standard et à la norme, bref au banal. Dans ce cas, le banal invoque le banal.

Le *Surmoi corporel/carcéral* s'apparente au « panoptisme » décrit par Foucault (1975). Ce procédé architectural qui permet d'observer, à partir d'un poste de surveillance, tout

l'intérieur de la prison est destiné, selon le philosophe, à obtenir des « corps dociles »¹. Par cette astuce spatiale, le corps du détenu se voit surveillé et soumis au regard de l'instance surveillante. Le panoptisme serait en quelque sorte l'œil du *Surmoi carcéral*. Il n'est guère étonnant que ce soit en prison qu'est né ce procédé d'hyper-surveillance. Un panoptisme qui devient de plus en plus généralisé, de manière légèrement plus insidieuse, en dehors des prisons et qui pose à son tour la question du banal associée à celle de la liberté dans nos sociétés modernes.

LES TROIS DIMENSIONS DU BANAL CARCÉRAL

Lorsque nous interrogeons l'activité onirique en prison, nous pouvons faire le constat que beaucoup de détenus avouent ne pas rêver ou ne pas s'intéresser à leurs rêves. Sans tomber dans le diagnostic tautologique d'alexithymie² – où l'étiopathogénie se superpose à la symptomatologie –, nous relierons cette faiblesse de la fonction onirique à un refoulement de l'imaginaire qui peut, à notre avis, avoir trois sources différentes : *Le Surmoi carcéral qui induit un fonctionnement banal* (donnée transversale), *une situation de psychose adaptative qui, via la prise de neuroleptiques, induit un refoulement chimique de l'imaginaire*³ (donnée transversale) et *le rapport propre du sujet à ses capacités imaginaires et projectives qui peut s'inscrire dans le banal* (donnée longitudinale).

Nous avons montré que ce banal se retrouve dans la relation clinique et particulièrement lors de la passation de tests projectifs⁴. Les protocoles de ces épreuves projectives fournissent souvent un faible nombre de réponses, réponses généralement peu élaborées. Le raccourci théorique généralement proposé – à nouveau sur le modèle de l'alexithymie – est la faible capacité de mentalisation des sujets testés. Raccourci réfutable et dont nous ne pouvons nous contenter. Il s'agit plutôt de la mise en évidence d'un fonctionnement banal qui traduit une capacité projective/imaginaire problématique. Nous pensons donc que, lors de la passation de tests projectifs en particulier et lors de la clinique en général, il est impératif de garder à l'esprit la triple dimension du banal que l'on peut retrouver dans l'*univers carcéral*. Il ne faut

¹ FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, p. 159.

² En rappel du chapitre I (p. 19), l'alexithymie, qui désigne la difficulté à trouver des mots pour exprimer les émotions, est théorisée comme une carence de mentalisation sur le modèle de la névrose actuelle chez Freud. Sami-Ali (1977) propose de penser cette difficulté comme la mise en évidence d'un imaginaire refoulé qui pose le problème de la projection.

³ Voir notre Chapitre III, pages 31-33.

⁴ Voir notre Chapitre I, pages 18-19.

donc certainement pas attribuer un faible protocole projectif à un défaut de mentalisation mais bien considérer ces trois dimensions du banal et ne pas en retenir qu'une seule¹.

Identité et impasse carcérales

IDENTITÉ CARCÉRALE : UNE IDENTITÉ QUI N'EN EST PAS UNE

Le Surmoi carcéral est une notion essentielle car, en plus de frapper d'une impulsion rythmique strictement objective le quotidien du détenu et d'enfuir l'imaginaire sous un fonctionnement banal, elle apparaît, de par sa puissance adhésive, constitutive et identitaire. L'*identité carcérale* se réduit alors à sa valence strictement adaptative, l'identique de plus, dans cette carence imaginaire provoquée, elle remet en cause le processus d'identité déjà bien précaire chez beaucoup de détenus.

Certains jeunes détenus, fraîchement enfermés, trouvent alors des réponses simples aux complexes questions de la construction identitaire auxquelles ils se trouvaient confrontés *hors-les-murs*. Ces réponses rassurantes, qui s'articulent toujours sur le corps, vont faire du détenu un sujet – sans subjectivité – parfaitement adapté à son environnement. Le Surmoi carcéral donne des prescrits qui répondent, sous la forme de *mauvaise foi* (Sartre 1943), aux bouleversantes questions de l'identité et de la liberté.

Chez d'autres, c'est la durée de la peine qui va avoir raison du processus identitaire du sujet. L'identité carcérale est dans ces cas un processus d'adhésion de longue haleine où la répétition proposée s'inscrit dans une temporalité tellement longue que le stéréotypique et l'identique se retrouvent inscrits dans une identité coupée de subjectivité ; dès lors dans une identité qui n'en est plus une.

Dans ces deux situations, la quête identitaire est parasitée et l'objectivité du standard carcéral résonne comme un semblant de solution.

IMPASSE CARCÉRALE : UNE INJONCTION CORPORELLE PARADOXALE

¹ On tomberait dans un autre raccourci tout aussi dangereux en attribuant de faibles capacités projectives uniquement à la prise de neuroleptiques ou uniquement à la situation carcérale.

Cette question de l'identité en prison se situe aussi dans la situation d'impasse carcérale. Une impasse carcérale qui peut prendre bien des formes et qui parfois se rajoute à bon nombre d'autres impasses. L'impasse, qui est donc une situation inextricable pour laquelle aucune alternative n'est envisageable, est le terreau originaire de développement de la *pathologie du banal* – la répétition et l'objectivité mettant en suspens les questionnements de l'impasse –, mais aussi de la *pathologie psychotique* – le délire permettant de donner une solution à l'inenvisageable. Lorsque l'on pose la question de l'impasse carcérale, c'est d'emblée toute la question de l'identité qui revient au premier plan de l'analyse.

Mais l'*impasse carcérale* a surtout un lien privilégié et paradigmatique au corps du détenu. Car, si c'est le corps qui demeure au centre de la question de l'identité carcérale, c'est toujours à ce dernier que s'adresse le discours paradoxal. Le détenu reçoit, de fait, ce qui peut être appelé une injonction corporelle paradoxale¹. Il est prescrit au sujet de se soumettre au standard carcéral, à travers l'espace, le temps, le rythme mais aussi, il lui est demandé de *changer*, de *s'amender*, de *devenir sujet* de son *projet* futur. La question est de savoir si ces deux positions sont réellement conciliables et si, pour échapper aux termes de cette impasse il existe d'autres solutions que la psychose ou le banal.

L'univers carcéral

Nous venons de proposer plusieurs concepts importés de la pensée de Sami-Ali, concepts que nous avons systématiquement accompagnés de l'adjectif *carcéral*. Les notions de *Surmoi carcéral*, d'*impasse carcérale*, d'*identité carcérale* sont autant de repères qui nous ont permis d'arriver à notre objectif final : introduire la pensée de Sami-Ali dans l'univers, parfois clos et hermétique, de la clinique carcérale.

Un dernier concept se doit d'être proposé. Celui-ci accompagne en filigrane ce mémoire depuis les premières lignes. L'*univers carcéral*, puisque c'est de celui-là dont il est question,

¹ Nous ne nous arrêtons pas sur cet autre paradoxe de l'interné déclaré irresponsable de ses actes à qui il est demandé de réfléchir ces mêmes actes.

est même le concept central de tout ce travail. Présenté en dernier, il ne pouvait qu'achever cette réflexion tant il se définit par l'agglutination de toute la réflexion qui le précède. Il est finalement la synthèse réductible de ce mémoire.

L'*univers carcéral* est un phénomène qui se définit avant tout dans un espace et un temps. Cet espace-temps et la qualité générale de l'imaginaire en prison font, nous l'avons montré, rimer carcéral avec banal. Mais plutôt que de s'arrêter à ce constat qui fait de l'*univers carcéral* le creuset d'expression du banal, l'ensemble des études cliniques présentées dans ce travail montre que c'est surtout l'imaginaire qu'il faut interroger. Il est nécessaire de pointer les forces et les faiblesses projectives du détenu ; repérer les impasses, souligner les capacités¹.

Enfin, l'*univers carcéral* a la particularité d'être une formulation paradoxale par essence. L'univers est par nature un espace extensible à l'infini et démesuré ; le carcéral, quant à lui, se caractérise, à l'inverse, par son caractère limitatif et clos. L'oxymore qui naît de cette concaténation instaure une pensée du paradoxe. Un paradoxe qui se loge au sein même de notre identité (Sami-Ali 1977) mais aussi dans le discours qui est proposé au détenu. Ce dernier doit en effet faire face à la situation d'*impasse carcérale* qui repose, nous venons de l'exposer, sur une injonction corporelle paradoxale. Ce noeud paradoxal est un élément essentiel de l'étude que Foucault (1975) consacre aux prisons. Selon lui, il est, en fin de compte, difficilement conciliable de concevoir d'une part de *surveiller* et de *punir* et d'autre part de *réadapter les délinquants* et de faire œuvre d'*orthopédie sociale*. C'est dans cette pensée du paradoxe que se trouve la clinique carcérale.

¹ Ces pistes de travail mènent inévitablement à la question de l'acte thérapeutique. Rappelons que nous n'avons fait qu'effleurer cette question essentielle et que nous envisageons de l'aborder plus en détail ultérieurement (*).

Perspectives

Le chapitre précédant faisant, d'une certaine façon, déjà effet de premières conclusions, nous allons ici surtout aborder quelques-unes des perspectives sur lesquelles s'ouvre cette

réflexion. D'une part, nous allons d'abord proposer plusieurs points de discussions qui mériteront une élaboration secondaire plus importante ; d'autre part, nous esquisserons quelques projets de recherches que les conclusions de ce travail laissent entrevoir.

Chronicité ?

La réflexion que nous avons menée au cœur de la temporalité nous détourne obligatoirement vers une notion qui semble présenter un don d'ubiquité dans la clinique contemporaine. Il s'agit de la logique de *chronicité* ou du patient dit *chronique*. Ce qualificatif récurrent recouvre, à y regarder de plus près, une signification peu évidente et, surtout, devient une litote tant il induit des représentations chez les professionnels de la santé mentale. L'adjectif y a valeur de « diagnostic » mais aussi de « pronostic ». Cette acception est foncièrement tautologique dans le sens où c'est l'essence, la proposition même du « diagnostic » qui a valeur de prévision pronostique. Le « pronostic » d'un patient chronique est alors par définition apposé : il rechutera !

De plus, cette notion de chronicité se révèle extrêmement confortable pour le soignant qui trouve la racine même d'un éventuel échec thérapeutique dans la problématique initiale du patient. En déplaçant l'insuccès du côté de la maladie, le thérapeute se protège de faire reposer cette défaillance sur son intervention et sa compétence propres.

Transfert corporel

Revenons sur une notion importante qui se dessine lorsque nous prenons en compte le corps dans une réalité phénoménologique. Un corps qui mérite d'autres pôles d'analyse que la réductrice libido freudienne (Sami-Ali 1987, 1997). Un de ces nouveaux angles d'entrée proposé est de prendre en compte les manifestations transférentielles du corporel dans la relation clinique.

C'est dans l'analyse clinique du cas de Jonas¹ que nous avons mis en évidence ce mouvement de transfert médiatisé par le corps. Nous avons extrait de l'analyse clinique des

¹ Cfr. pages 52-53.

mobilisations particulières de l'espace, du temps et du rythme qui faisaient vivement penser à un mouvement transférentiel. Le transfert est donc une situation essentielle du vécu *psychique* mais aussi – et surtout – *somatique*. Nous approchons en cela la réflexion de P-L Assoun dans son ouvrage consacré au transfert dans le corpus psychanalytique : « On notera que le transfert trouve dans le corps son ultime refuge »¹. S'il faut adapter le cadre², il faut donc adapter le transfert : le cadre carcéral faisant apparaître le corps, le transfert en devient, presque naturellement, corporel.

Ce thème du *transfert corporel* induit celui du *contre-transfert corporel* qui se révèle indispensable, certainement pour le psychologue, mais aussi pour tout professionnel qui travaille en prison. Nous pensons qu'il faudrait dès lors envisager une véritable propédeutique du corps et une sensibilisation aux manifestations transférentielles dans la relation. Le professionnel doit accepter que son corps, et la relation qu'il a à celui-ci, soient mobilisés dans la clinique carcérale. Il faut parvenir à interroger son propre corps si l'on ambitionne de questionner *Le corps du détenu*. Il est, finalement, raisonnable de postuler qu'affect et pensée trouvent leurs origines dans la relation entre le clinicien et le détenu : « (...) ces manifestations psychiques sont a priori le reflet de ce qui se produit autant dans l'espace psychique et le corps de chacun des deux protagonistes que dans le seul passé du patient »³. C'est, effectivement, dans la relation entre des sujets et leurs corps que se développe la clinique carcérale et spécifiquement le transfert corporel.

De l'interprétation ?

La pensée de Sami-Ali nous a permis d'interroger, sur le modèle du rêve, l'interprétation et le symbolisme. Véritable paradigme freudien, l'interprétation renvoie, par un lien logique, au *contenu* et fait, bon gré mal gré, l'économie du *contenant*. Le symbolisme, sur le modèle hystérique, détermine le sujet dans une quête de signification qui fait de la réalité *manifeste* une vérité insuffisante. Le contenu *latent*, échappant au détenu conscient, est, en quelque sorte, l'éden ultime qui promet la résurgence de la vérité suprême. Sami-Ali (1997) propose, quant à lui, de considérer la production du sujet comme une manifestation de l'imaginaire qui a valeur de réalité irréductible. Toute production de l'imaginaire – le rêve, le délire, le jeu,

¹ ASSOUN P.-L. (2006), *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Anthropos/Economica, Paris, p 91.

² Voir notre Introduction « Un cadre à temporalité particulière ».

³ GAUTHIER J.-M. & al. (2002), *L'observation en psychothérapie d'enfants*, Paris, Dunod, pp. 67.

l'affect, l'illusion, le transfert, ... – n'est pas à interpréter systématiquement mais à prendre en compte comme une réalité phénoménologique derrière laquelle rien ne se cache.

Cette irrépressible quête de signification n'est-elle pas propre au fonctionnement névrotique du théoricien ? En clinique, ne cherche-t-on pas à coller, sur la production du sujet, sa propre composition fantasmatique lorsqu'on se risque à l'interprétation : « Le thérapeute insiste, il a lui des représentations, des images névrotiques à distribuer et il aimerait que tout cela ait un sens qui ne soit sans doute pas trop éloigné de ceux qu'il attribue généralement aux relations (...) ; il ne peut résister à la tentation d'une interprétation »¹.

Cette névrotique quête de sens nous est apparue lorsque nous rencontrons Monsieur A. Cette dernière illustration clinique est intéressante par sa simplicité et, surtout, par sa valeur exemplative, tant ce genre de situation est fréquemment rencontrée en prison. Monsieur A est un jeune garçon de 21 ans « complètement paumé » ; chez qui il est aisé de repérer des situations d'impasses inextricables. La configuration familiale, le décrochage scolaire et social, la consommation de drogues fortes, l'alcool sont autant d'impasses que nous essayons de mieux saisir lors de nos entretiens. Une autre impasse qui apparaît très nettement est l'*impasse carcérale*. Monsieur A vient d'être condamné à une peine de 7 ans et voit un sursis de 5 autres années s'ajouter. En plus, il m'avoue être lié à des affaires de hold-up pour lesquelles on a récolté dernièrement un échantillon de son ADN. Bref, les situations d'impasses sont légion et il est très difficile de savoir par quelle thématique commencer lors de nos rencontres.

Alors que nous commençons à trouver un rythme lors de nos séances, j'apprends que sa grand-mère est décédée. Monsieur A me parlait jusque-là beaucoup d'elle en m'expliquant qu'elle l'avait élevé et qu'il la considérait « plus qu'une mère ». Je savais que monsieur A avait été averti peu de temps avant moi et je propose de le rencontrer le jour même pour aborder cette situation de toute évidence difficile.

Lorsqu'il entre dans mon bureau, Monsieur A est relativement décontracté. À ma surprise, j'ai le sentiment qu'il se comporte exactement de la même manière que lors nos autres rencontres. Cette attitude que je ressens comme un peu d'indifférence me déstabilise

¹ GAUTHIER J.-M. & MOUKALOU R. (2007), De la guerre des boutons à Harry Potter : Un siècle d'évolution de l'espace-temps des adolescents, Wavre (Belgique), Mardaga, p. 184.

légèrement et me pousse, pendant les premiers instants à parler beaucoup. J'explique à Monsieur A que je le reçois pour l'écouter et discuter avec lui du décès de sa grand-mère. Ses réponses sont brèves et ne laissent pas transparaître d'affect :

« — Comment-vous sentez-vous ? »

« — Ça va ! »

« — Je suppose que cette situation n'est pas évidente à vivre ? »

« — Ça va encore, je le vis pas trop mal. Ça me fait surtout bizarre de me dire que je ne la reverrai plus »

« — Ça doit être encore plus difficile à vivre en étant en prison ? »

« — Non, ça ne change rien ! ».

Très vite, Monsieur A marque sa volonté de me parler d'autre chose et reprend le thème dont nous discutons lors de la précédente séance. Il me parle du travail qu'il a en prison et pour lequel il s'estime trop peu payé. Je m'en rendrai compte par la suite, je n'avais pas envie de reparler de son travail ce jour-là mais je m'efforçais malgré tout de l'écouter. Tout au long de l'entretien, alors que Monsieur A me parle de plusieurs événements de sa vie quotidienne, je relance la discussion, sans toujours m'en rendre compte, sur le thème du décès de sa grand-mère. Ces relances ne trouvent pas de réflexivité dans le discours de Monsieur A qui systématiquement me répond poliment en me montrant que mes interprétations ne lui correspondent pas :

« — Vous savez, je suis assez stressé en ce moment ! »

« — Ne pensez-vous pas que vous dites ça en rapport au décès de votre grand-mère ? »

« — Non pourquoi ? »

« — Comme vous m'avez déjà dit que vous aviez beaucoup d'affection pour votre grand-mère, j'imagine que l'on peut expliquer votre mal-être par le décès de cette personne qui vous était proche »

« — Vous savez, ça ce sont des trucs de psys, moi je suis moins bien en ce moment car j'en ai marre d'être emprisonné ! ».

Alors que nous ne pouvons toujours pas nous contenter du diagnostic psychanalytique d'alexithymie¹, la question de la pertinence de l'interprétation se pose. En effet, l'interprétation ne se justifie pas toujours car, généralement, il y a déjà l'interprétation du patient, de sa famille, de ses anciens psychologues, de la direction, des agents, du psychiatre ; il n'est parfois pas besoin d'en rajouter encore une ! Il faut finalement s'autoriser à s'éloigner de ses propres représentations névrotiques, de ses propres productions fantasmatiques : « Il faut quoiqu'il arrive privilégier l'affect et sa nomination puisqu'une intervention sur le plan de la signification, lorsque l'affect est incertain ou inexistant, risque d'augmenter la confusion mentale et, par là même, cette sorte de résistance inexpugnable qui est le refus de penser »². Il faut effectivement accepter de favoriser le versant affectif de la relation au détriment de l'activité de rationalisation : « Le thérapeute doit à la limite arrêter de penser pour tenter de laisser émerger l'émotion de la rencontre »³.

Lors de notre rencontre suivante, je commence l'entretien en revenant sur ce précédent. Alors que j'avais été assez perturbé tout autant par son attitude que par la mienne, je ressens le besoin de revenir sur ce qui s'était dit une semaine plus tôt :

« — Il est important pour moi de revenir quelques instants sur la dernière séance. Je tenais à m'excuser d'avoir plusieurs fois donné mon avis sur ce que vous disiez et de sans cesse ramener la situation au décès de votre grand-mère. J'ai fait trop de "trucs de psys" comme vous dites »

« — Pas de problème ! ».

Une fois encore, Monsieur A me laisse quelque peu sur ma faim. Peut-être espérais-je que l'affect allait se libérer grâce à cet amendement qui, c'est le moins que l'on puisse dire, ne l'aura pas beaucoup perturbé. Mais c'est à la séance suivante que l'affect va légèrement se mobiliser et émerger dans le discours :

« — Vous vous souvenez la dernière fois, vous vous êtes excusé d'avoir pensé pour moi (*sic*) à propos de ma grand-mère. Et bien, je ne sais pas vous dire pourquoi mais j'y ai repensé

¹ Voir chapitre I, p. 18 ; chapitre VII, p. 80.

² GAUTHIER J.-M. & MOUKALOU R. (2007), *De la guerre des boutons à Harry Potter : Un siècle d'évolution de l'espace-temps des adolescents*, Wavre (Belgique), Mardaga, p. 188.

³ *Ibid.*, p. 188.

et ça m'a fait quelque chose de vous voir ému comme ça pour quelque chose que vous m'aviez dit. ».

J'observe un moment de silence car je ne savais pas quoi dire... et Monsieur A enchaîne :

« — Vous allez rire mais j'ai plus réfléchi et j'ai plus été touché par ce que vous m'avez dit la fois passée que lorsque j'ai appris le décès de ma grand-mère. Ce n'est peut-être pas très malin mais je ne ressentais rien ! ».

Il est intéressant d'observer que c'est en fin de compte la relation qui a permis au détenu de libérer l'affect et certainement pas une interprétation qui n'avait fait que le laisser dans un mutisme affectif. Le vécu relationnel, projectif et imaginaire est finalement dans ces situations la meilleure gageure à accomplir et doit se substituer à l'élaboration mentale et fantasmatique qui anime le clinicien et sa névrose : « Il faut donc que le savoir s'accompagne d'un égal oubli du savoir. Le non-savoir n'est pas une ignorance mais un acte difficile de dépassement de la connaissance »¹.

La liberté carcérale

Nouvel oxymore, la *liberté carcérale* est certainement le concept vers lequel tend, *in fine*, cette réflexion sur l'*univers carcéral*. Toute la profondeur que ce concept dessine est de mettre au travail l'énigme suivante : Comment permettre au *détenu* de redevenir ou de devenir *sujet* ? Cette interrogation pose toute la question de la liberté. Les conditions d'enfermement, que nous avons décrites et pour lesquelles nous avons proposé une clinique anthropologique, ont non seulement défini le banal sur fond d'impasse carcérale avec un temps et un espace sans imaginaire ni subjectivité, mais laissent aussi apparaître la question de la liberté irréfragable de l'homme (Sartre 1943).

Cette notion de liberté carcérale permet l'apparition de plusieurs paradoxes, notamment en ce qui concerne la situation des internés qui sont reconnus *irresponsables de leurs actes*. Il faut probablement consentir à déterminer plusieurs niveaux dans la notion de responsabilité et donc de liberté. C'est ainsi que le fait d'être irresponsable n'empêche pas le processus de responsabilisation et le fait d'être enfermé n'exclut pas la possibilité de réfléchir la liberté.

¹ BACHELARD G. (1957), *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, 2004, p 15.

L'activité onirique en prison

Nous projetons de réaliser une étude *quantitative* du rêve en prison. Il ne sera alors pas question d'étudier le contenu des productions oniriques des détenus mais de les évaluer quantitativement. En plus de la fréquence subjective du rêve chez le détenu, nous essayerons de déterminer l'intérêt que porte le sujet envers sa production onirique. Enfin, il sera intéressant de comparer certaines variables d'analyse : *avec traitement neuroleptiques/sans traitement, symptomatologie délirante ou hallucinatoire/pas de symptomatologie, structure architecturale de la prison, durée de l'enfermement, ...*

Comme le propose Sami-Ali (1997), nous considérons que le rêve n'a pas tellement un sens ou une signification cachée et qu'il est intéressant de prendre en compte l'étude de sa présence ou de son absence. Mais aussi, il est intéressant d'observer l'intérêt que le sujet porte à sa vie onirique et imaginaire. Plus encore que le fait de rêver, c'est la relation que le sujet entretient au rêve qui compte. Enfin, il ne faudra pas oublier que le rêve est un objet d'étude particulier qui est par sa nature purement subjectif et difficilement objectivable. Le rêve a cette caractéristique remarquable de devenir une réalité une fois que le rêveur se réveille et, dès lors, lorsque le vécu subjectif du rêve s'achève. Le rêve a, en somme, une conscience uniquement rétrospective (Sami-Ali 1997).

Esthétique de l'univers carcéral

Pour finir, peut-être est-ce dans l'activité artistique que nous pourrions trouver d'autres pierres angulaires à l'étude de l'*univers carcéral*, de l'enfermement, de la liberté carcérale. Une étude de la liberté carcérale devrait se révéler à travers un auteur comme Georges Orwell. Le film *The Truman Show* permettrait, quant à lui, de mener une réflexion sur les notions d'enfermement et de *Surmoi carcéral*. Enfin, c'est probablement chez Francis Bacon, dont

nous avons reproduit une des œuvres en couverture du mémoire, que se retrouve une véritable esthétique de l'univers carcéral et de son vécu corporel...

Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000), *Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques*, Paris, Masson, 2004.

- AL CHAABANI. & BATAILLE M. (2002), Troubles psychotiques et dissociatifs en milieu carcéral, in *Revue Médicale de Liège*, vol 57, n°12.
- ANZIEU D. (1981), *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Dunod.
— (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.
- ASSOUN P.-L. (1978), *Marx et la répétition historique*, Paris, PUF, 1999.
— (1980), *Freud et Nietzsche*, Paris, PUF, 1998.
— (1981), *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, PUF, 1993.
— (2006), *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Paris, Anthropos/Economica.
- AYMARD M, GRIGNON C. & SABBAN Z. (1993), *Le temps de manger*, Paris, Édition de la maison des sciences de l'homme.
- BACHELARD G. (1947), *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 1989.
— (1950), *La dialectique de la durée*, Paris, PUF, 1989.
— (1957), *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, 2004.
- BALDIZZONE G. (1991), Est-il possible de concevoir un aspect psychothérapeutique dans l'architecture ?, in *Psychothérapie*, vol 11, n°1.
- BATESON G. (1977), *Vers une écologie de l'esprit*, vol I, Paris, Seuil.
— (1980), *Vers une écologie de l'esprit*, vol II, Paris, Seuil.
- BERRY N. (1982), La maison passée présente, in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 26.
- BEZAURY J.-P. & FARUCH C. (1991), Psychoses carcérales : aspects cliniques actuels, In *Actes du premier congrès international de l'association mondiale de psychiatrie et de psychologie légales*, Paris, Expansion scientifique française.
- BOWLBY J. (1969), *Attachement et perte*, Paris, PUF.
- CANNON B. (1993), *Sartre et la psychanalyse*, Paris, PUF.
- CARROLL L. (1865), *Les aventures d'Alice au pays des merveilles*, Paris, Flammarion.
— (1871), *De l'autre côté du miroir*, Paris, Flammarion.
- CASTORIADIS C. (1975), *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil.
— (1978), *Les carrefours du labyrinthe*, Paris, Seuil.
- CHASTANG F, CAHEN E, MARCHAL B. & AL. (1991), Psychose carcérale : mythe ou réalité ?, in *Actes du premier congrès international de l'association mondiale de psychiatrie et de psychologie légales*, Paris, Expansion scientifique française..
- COTARD J, CAMUSET M. & SEGLAS J. (1997), *Du délire des négations aux idées d'énormité*, Tachon J-P (préface), Paris, L'Harmattan.
- CRAPLET M. (1987), Modes architecturales en psychiatrie, in *L'évolution psychiatrique*, vol 52, n°1.
— (2001), L'institution psychiatrique, mise en scène architecturale des utopies sociales, in *Psychiatrie française*, vol 31, n°4.
- DEBRU C. (1990), *Neurophilosophie du rêve*, Paris, Hermann.
- DELEUZE G. & GUATTARI F. (1972-1973), *L'Anti-Œdipe : capitalisme et schizophrénie*, Paris, Edition de Minuit, 2002.

- DEMARET A. (1971), La psychose maniaco-dépressive envisagée dans une perspective éthologique, in *Acta Psychiatrica Belgica*, n°71.
- . (1979), *éthologie et psychiatrie*, Bruxelles, Mardaga.
- DEMOTES-MAINARD J. (1992), *à quoi bon dormir ?*, Paris, Frison-Roche.
- DURIEZ. (1988), L'enfant et l'architecture, in *L'enfant et la maison*, Paris, ESF.
- EIGER A. (2004), *L'inconscient de la maison*, Paris, Dunod.
- ELUARD P. (1941), *Dignes de vivre*, Paris, Julliard.
- EY H, BERNARD P, BRISETT CH. (1974), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson.
- FINE A. (1996), Psychopathologie psychosomatique, in Mijolla (de) A & Mijolla-Mellor (de) S (éd), *Psychanalyse*, Paris, PUF, 2003.
- FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- FREUD S. (1893), Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques, in *Résultats, idées, problèmes*, vol I, Paris, PUF, 1984.
- . (1900), L'interprétation des rêves, in *Œuvres complètes*, vol IV, Paris, PUF, 2003.
- . (1913), Totem et tabou, in *Œuvres complètes*, vol XI, Paris, PUF, 2005.
- . (1914), Pour introduire le narcissisme, in *Œuvres complètes*, vol XII, Paris, PUF, 2005.
- . (1915a), Le refoulement, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988.
- . (1915b), L'inconscient, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988.
- . (1917a), Complément métapsychologique à la doctrine du rêve, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988.
- . (1917b), Deuil et mélancolie, in *Œuvres complètes*, vol XIII, Paris, PUF, 1988.
- . (1920), Au-delà du principe de plaisir, in *Œuvres complètes*, vol XV, Paris, PUF, 2002.
- . (1937), L'analyse avec fin et l'analyse sans fin, in *Résultats, idées, problèmes*, vol II, Paris, PUF, 1998.
- . (1887-1904), *Lettres à Wilhelm Fliess*, Paris, PUF, 2006.
- GAULEJAC V. (de) (1987), *La névrose de classe*, Paris, Hommes et groupes éditeurs.
- GAUTHIER J.-M. (1986), Le corps et l'imaginaire : un parcours dans l'œuvre de Sami-Ali, in *Revue belge de psychanalyse*, n°8.
- . (1993a), *L'enfant malade de sa peau*, Paris, Dunod.
- . (1993b), Interview du professeur Sami-Ali, in *Cahiers de psychologie clinique*, n°2.
- . & al. (1999), *Le corps de l'enfant psychotique*, Paris, Dunod.
- . (2001), Le corps de l'anorexique : entre réel et imaginaire, in *Manuel de thérapies psychosomatiques*, Sami-Ali (éd), Paris, Dunod.
- . & al. (2002), *L'observation en psychothérapie d'enfants*, Paris, Dunod.
- . & MOUKALOU R. (2007a), *De la guerre des boutons à Harry Potter : Un siècle d'évolution de l'espace-temps des adolescents*, Wavre (Belgique), Mardaga.
- . (2007b), L'anorexie comme pathologie des rythmes, in *Anorexie : éclairage multidisciplinaire*, Liège, L'observatoire.
- GILBERT P. (2005), Evolution and depression : issues and implications, In *Psychologie médicale*, n° 20.
- GOROT J. (1981), Processus projectif et neuroleptiques, in *Psychiatries*, vol 3, n°45.
- HARLOW H.F. (1966), Effet de la privation précoce des contacts sociaux chez les primates (résumé des travaux publiés en anglais entre 1958 et 1963), in *Revue Médicale de Psychosomatique*, vol 8, n°1.

- HANDKE P. (1966), *Outrage au public*, Paris, L'Arche, 1968.
- HINDE R.A. (1956), The biological significance of the territories of birds, in *Ibis*, n° 98.
- HOBSON J.A. (1992), *Le cerveau rêvant*, Paris, Gallimard.
- HUSSERL E. (1913), *Idées directrices pour une phénoménologie*, Paris, Gallimard, 1950.
- JOUVET M. (1968), Phylogénèse et ontogénèse du sommeil paradoxal : son organisation ultradiurne, in *Cycles biologiques et psychiatrie*, Paris, Masson.
— (1992), *Le sommeil et le rêve*, Paris, Odile Jacob.
- KAËS R. (1976), *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod
— (1993), *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod
- KAMIENIECKI H. (1990), *Histoire de la psychosomatique*, Paris, PUF, 2004.
- KANT E. (1787), *Critique de la raison pure*, Paris, PUF, 1986.
- KHAN M. (1972), La capacité de rêver, in *L'espace du rêve*, Paris, Gallimard.
- KOVES-MASFETY V, SEVERO D, CAUSSE D. & PASCAL J.-C. (2004), *Architecture et psychiatrie*, Actes du colloque 2001, Paris, Edition Le Moniteur.
- LACAN J. (1949), Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, in *Écrits*, Paris, Seuil, 1966.
- LAMBOTTE M.-C. (2007), *La mélancolie : études cliniques*, Paris, Anthropos/Economica.
- LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2002.
- LE BRETON D. (1992), *Des visages : Essai d'anthropologie*, Paris, Métailié.
- LEGRAND M. (1993), *L'approche biographique*, Paris, Hommes et Perspectives.
- LENIAUD, J.-M. (1980), Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, in *L'information psychiatrique*, vol 56, n°6.
- LEVINAS E. (1947), *Le temps et l'Autre*, Paris, Arthaud.
- LEVI-STRAUSS C. (1968), *Mythologiques III : Origine des manières de table*, Paris, Plon.
- LORENZ K. (1965), *Le comportement animal et humain*, Paris, Seuil, 1970.
— (1973), *L'envers du miroir*, Paris, Flammarion.
— (1978), *Les fondements de l'éthologie*, Paris, Flammarion, 1984.
- MARCELLI D. (1992), Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson, in *Psychiatrie de l'enfant*, vol 35, n°1.
— (2000), *La surprise : chatouille de l'âme*, Paris, Albin Michel.
- MARTY P. (1980), *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
— (1990), *La psychosomatique de l'adulte*, Paris, PUF, 2004.
- MASSIN J. & MASSIN B. (1985), *Histoire de la musique occidentale*, Paris, Fayard.
- MENDEL G. (1981), *Enquête par un psychanalyste sur lui-même*, Paris, Stock.
— (1988), *La psychanalyse revisitée*, Paris, La Découverte, 1998.

—. (1992), *La société n'est pas une famille : De la psychanalyse à la sociopsychanalyse*, Paris, La Découverte.

MIELI P. (2004), Vienne, architecture et espace de la mémoire : notes sur l'architecture, espace et subjectivité, in *Freud et Vienne : Freud aurait-il inventé la psychanalyse s'il n'avait pas été viennois ?*, Weill D (éd), Ramonville, Erès.

MORE TH. (1516), *L'utopie*, Paris, Flammarion, 1987.

OURY J. (1967), Architecture et psychiatrie, *Recherche*, numéro spécial, juin.

PERELMAN M. (1994), *Construction d'un corps, Fabrique de l'architecture*, Paris, Les éditions de la Passion.

PLATON. (1950), La République VII, In *Œuvres complètes I et II*, Paris, La Pléiade, Gallimard.

RENOUVIER C. (1901), *Uchronie*, Paris, Fayard, 1988.

RICŒUR P. (1969), *Le conflit des interprétations*, Paris, L'ordre philosophique.
—. (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.

RIMBAUD A. (1871), Correspondance, à Paul Demeny, in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, La Pléiades, 1972.

ROUSSILLON R. (1998), Quelques remarques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face-à-face, in *collection des débats de psychanalyse de la Revue Française de Psychanalyse*, Paris, PUF.

RUHS A. (1987), De la Ringstrasse à la "terre étrangère" : l'architecture viennoise et la découverte freudienne, in *Cahiers pour la recherche freudienne*, n° 2.

SAMI-ALI. (1970), *De la projection. Une étude psychanalytique*, Paris, Dunod, 2004.

—. (1974), *L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard.

—. (1977), *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998.

—. (1980), *Le banal*, Paris, Gallimard.

—. (1987), *Penser le somatique : Imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod.

—. (1990), *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Dunod, 1998.

—. (1990b), *Andy Warhol et l'esthétique du banal*, Paris, Cahiers du Centre Georges Pompidou.

—. (1997), *Le rêve et l'affect : une théorie du somatique*, Paris, Dunod.

—. (2000), *L'impasse relationnelle : Temporalité et cancer*, Paris, Dunod.

—. (2001a), *Manuel de thérapies psychosomatiques*, Paris, Dunod.

—. (2001b), *L'impasse dans la psychose et l'allergie*, Paris, Dunod.

—. (2003), *Corps et âme : Pratique de la théorie relationnelle*, Paris, Dunod.

SARTRE J.-P. (1943), *L'être et le néant*, Paris, Gallimard, 2000.

—. (1947), *Baudelaire*, Paris, Gallimard, 1988.

—. (1960), *Question de méthode*, Paris, Gallimard, 1986.

—. (1960), *Méthode progressive-régressive*, in *Question de méthode*, Paris, Gallimard, 1986.

—. (1971), *L'idiot de la famille*, Tomes I, II et III, Paris, Gallimard, 1988.

SCHOPENHAUER A. (1813), *De la quadruple racine du principe de raison suffisante*, Vrin, Paris, 1991.

—. (1818), *Le monde comme volonté et comme représentation*, PUF, Paris, 1966.

SCOTT G. (1969), The prisoner of society : psychiatric syndromes in captive society, in *Correctional psychologist*, vol 3, n°7.

- SCOTTO J.C. (1988), Espace, architecture et psychiatrie, in *Psychologie médicale*, vol 20, n°10.
- . (1997), Architecture urbaine et santé mentale, in *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, n°8.
- SPITZ R. (1965), *De la naissance à la parole*, Paris, PUF, 1973.
- STEVENS A. & PRICE J. (1996), *Evolutionary Psychiatry*, London, Routledge.
- SULLOWAY F. (1979), *Freud, biologiste de l'esprit*, Paris, Fayard, 1998.
- TESU-ROLLIER D. & COUTANCEAU R. (2007), Clinique et psychopathologie en milieu carcéral, In *Annales Medico Psychologiques*, n°165.
- TINBERGEN N. & AL. (1950), On the stimulus situation releasing the begging response in the newly hatched herring gull chick, *Behaviour*, n°3.
- . (1951), *L'étude de l'instinct*, Paris, Payot, 1971.
- VIAN B. (1947), *L'écume des jours*, Paris, Pauvert.
- VIDERMAN S. (1982), *La construction de l'espace analytique*, Paris, Gallimard.
- VIEIRA A.B. (1974), De l'évolution de la schizophrénie considérée comme conflit territorial, In *Acta Psychiatrica Belgica*, n° 74.
- . (1979), Elementos para uma teoria etologica da anorexia nevrosa, In *Psiquiatria e Ethologia*, Dissertação do Doutorado.
- WATZLAWICK P. & AL. (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.
- WEISS PH. & ARQUES V. (2004), L'architecture comme outil de soins, in *Psychologie Médicale*, n°72.
- WEYERGANS F. (1986), *La vie d'un bébé*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT D.W. (1951), Objets transitionnels et phénomènes transitionnels, in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
- . (1967), Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, in *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.