

« Avec ces formes de rapport au monde que sont la délinquance ou la psychopathologie, je ne sais pas si on a eu affaire à tous les tabous de l'humanité, mais on a la possibilité de rencontrer l'humain selon toutes ses facettes, les plus communes et les plus extrêmes »

Jérôme Englebert

Jérôme Englebert est psychologue clinicien et professeur
aux Universités de Louvain et de Bruxelles

Pouvez-vous vous présenter, indiquer votre métier et depuis quand vous l'exercez ?

Je suis psychologue et j'ai 41 ans. À la fin de mes études, je cherchais à pratiquer la clinique et j'ai d'abord commencé à travailler pendant un an dans une prison, puis dans un établissement de défense sociale qui, en Belgique, est un hôpital psychiatrique entre l'hôpital et la prison. Dans ce lieu, les personnes sont retenues contre leur volonté. Elles sont internées et reconnues irresponsables de leurs actes (des faits commis qui peuvent parfois être très graves). J'ai travaillé presque 20 ans dans cet établissement, que j'ai quitté il y a quelques mois seulement. Actuellement, en plus de l'enseignement et de la recherche universitaire, j'exerce la clinique en consultation privée ainsi que ponctuellement une activité d'expert.

J'ai donc parallèlement une activité universitaire, à la fois comme professeur et chercheur, à l'Université catholique de Louvain et l'Université libre de Bruxelles. J'y enseigne les matières cliniques – ce que j'appelle la phénoménologie clinique –, ainsi que les matières criminologiques. Ma spécialité d'enseignement comme de recherche

concerne les questions liées à la psychopathologie et les liens entre psychopathologie et déviance, ou délinquance. Je me suis principalement spécialisé dans la psychopathologie qu'est la schizophrénie ainsi que dans des troubles comme la psychopathie, le fonctionnement pervers, les personnalités et les délires paranoïaques, les personnalités *borderline*. J'ai également travaillé sur d'autres formes de troubles comme l'anorexie. J'ai toujours pensé que la base de la clinique est d'être capable de recevoir tout patient. En effet, un des procédés de l'acte clinique est de comprendre la personne en face de soi et on ne peut évidemment pas anticiper la compréhension du mode de fonctionnement d'un patient pour décider si on va le recevoir ou non.

Pourquoi avez-vous choisi de faire des études de psychologie et pas de psychiatrie, que ce soit pour devenir psychiatre ou infirmier en psychiatrie, par exemple ?

J'ai peu hésité car la psychologie est la discipline qui m'est toujours apparue comme étant le seul métier que je pensais pouvoir exercer. J'ai toujours aussi été fasciné par la philosophie. Je pense que j'ai souvent cherché la possibilité de faire une sorte de philosophie appliquée à travers la rencontre clinique. C'est particulièrement le cas avec la rencontre de personnes schizophrènes où j'ai souvent pensé identifier des analogies et des fulgurances communes avec les travaux de Merleau-Ponty ou Wittgenstein par exemple – j'ai traité ces questions dans un livre que j'ai eu le plaisir de co-écrire avec Caroline Valentiny¹. Mis à part quelques professeurs extraordinaires qui ont été décisifs dans mon parcours (je pense particulièrement à Étienne Dessoir, Jean-Marie-Gauthier et Christian Mormont), je n'ai globalement pas trouvé durant mes études la complexité clinique que je rencontrerai plus tard avec les patients et la phénoménologie. C'est malheureusement encore moins le cas aujourd'hui pour ce qui concerne l'enseignement universitaire de la psychologie, me semble-t-il.

Par ailleurs, pour compléter mon rapport au choix de la psychologie, ma mère était assistante sociale et mon père éducateur. Il y a donc une sorte de névrose de classe dans mon cas : il était à peu près évident que je travaillerais dans le social. Mes parents exerçaient tous les deux dans la même institution, une maison pour jeunes en difficulté. Je me souviens de fêtes de Noël où des jeunes qui n'avaient pas de lieu où aller venaient chez

1. J. Englebert, C. Valentiny, *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*, Bruxelles, De Boeck, 2017.

nous passer le réveillon. Cela m'avait beaucoup marqué ; je m'étais dit que c'était incroyable que ces jeunes ne soient pas avec leur famille. Je suis convaincu que cela a fait naître quelque chose en moi qui a fait que ce métier est devenu une sorte d'évidence.

Je situe donc ma vocation suivant ces deux éléments, avec une certaine fascination pour les autres personnes, et un intérêt à la fois pour essayer de les comprendre et de les aider. J'avais conscience de la limitation dans la possibilité d'aider les autres, ainsi que des déterminismes multiples, notamment sociaux, économiques, que les personnes rencontrent et qui doivent faire avec ces dimensions.

La clinique a donc toujours beaucoup d'importance pour vous ?

J'enseigne avec beaucoup de plaisir, mais je garde une activité clinique. Sinon, j'aurais l'impression d'être un « escroc » ou un « faussaire » en enseignant à des étudiants des choses que je ne fais pas, que je ne sais pas faire ou plus faire. Je pense qu'il est plus important d'être clinicien que chercheur quand on enseigne les matières que j'enseigne. Ce double ancrage est fondamental pour moi.

Vous définissez-vous comme clinicien-chercheur, ou praticien-chercheur ?

Je me définis comme un psychologue qui a un parcours assez atypique et qui enseigne. Mon poste, dans les universités où j'enseigne, est rattaché à l'école de criminologie, au sein de la faculté de droit et de criminologie. Cela me donne beaucoup d'autonomie, avec des collègues qui peuvent être psychologues, sociologues, juristes, ou, pour la plupart, criminologues. C'est un environnement intellectuel dans lequel je m'épanouis beaucoup plus que dans le monde de la psychologie uniquement, ce qui a été le cas au début de mon parcours universitaire. J'ai en effet l'impression de bénéficier d'une ouverture intellectuelle et épistémologique bien plus grande qu'avec la psychologie, qui est de plus en plus aspirée par un paradigme normatif et rationaliste. Elle repose sur un dogme scientifique absurde dans lequel la science est considérée selon une lecture extrêmement réductionniste, fondée sur des logiques mathématiques, quantitativistes, et peu sur l'expérience subjective des personnes. Cela me semble un paradoxe incroyable, puisque je pense que la base de la psychologie n'est évidemment pas du chiffre ou des données quantitatives, mais du vécu subjectif.

L'ouverture, je l'ai eue aussi avec les philosophes, avec lesquels j'ai beaucoup travaillé. Celui à qui je dois le plus est sans conteste mon

collègue et ami Grégory Cormann, grand spécialiste de Sartre notamment, avec qui je travaille beaucoup. Nous avons co-écrit un livre¹ qui a une importance considérable pour nous deux. Tout cela correspond à mon approche de la psychologie, en partie éclatée, mais je pense cohérente et rigoureuse. Il s'agit d'assumer qu'un bon psychologue devrait être au fait de ce qu'est une démarche anthropologique (discipline qui compte aussi beaucoup pour moi), une réflexion philosophique ou de ce qu'est une préoccupation sociale pour le sujet. L'idée qu'on pourrait être simplement psychologue dans une seule discipline, celle de l'intervention psychologique et du diagnostic, me semble tellement naïve et erronée, même si c'est aujourd'hui très répandu.

En tant que jeune psychologue diplômé, vous avez commencé à travailler dans une prison. Comment s'est passée votre première rencontre avec une personne détenue ?

Elle s'est très bien passée. J'ai été accueilli par une équipe formidable. J'ai été très touché par ces rencontres cliniques. Je n'ai pas du tout été marqué par de l'« instinct de défense », comme le nomme le psychiatre et criminologue belge Étienne De Greeff². Je n'ai pas spécialement été angoissé. Cela s'explique peut-être par mon histoire, avec le métier de mes parents, et par le fait que des enseignants m'avaient beaucoup appris à relativiser ce monde prétendument sombre de la délinquance (je pense particulièrement à l'apport de Christian Mormont à ce sujet dans mon parcours). On m'avait appris qu'il ne s'agit pas de personnes très différentes de nous, que ce ne sont pas des monstres. Je n'ai jamais rencontré ces personnes avec de la peur, mais plutôt en étant fasciné par la complexité de qui elles étaient. Ce qui m'a aussi marqué, c'est qu'en tant que psychologues, on arrivait avec un bagage intellectuel et théorique au fond assez restreint, et qu'on avait tendance à essayer, erronément, de coller nos hypothèses et nos savoirs à l'expérience rencontrée.

À l'époque, je lisais beaucoup de psychanalyse, et j'étais impressionné par la sophistication de Freud et quelques autres grands psychanalystes. La rencontre clinique, très rapidement, a provoqué en moi un sentiment d'insatisfaction. Il me semblait que je n'avais pas les outils avec la psychanalyse, qu'elle ne suffisait pas, surtout face à la psychose, à des troubles de la personnalité particuliers, ou face à des personnes qui n'ont

1. J. Englebert, G. Cormann, *Le cas Jonas. Essai de phénoménologie clinique et criminologique*, Paris, Hermann, 2021.

2. E. De Greeff, *Les Instincts de défense et de sympathie*, Paris, PUF, 1947.

pas de trouble mais des histoires de vie complexes, avec toutes ces couches d'intrication sociales et pour ainsi dire politiques. Je me souviens que, les premiers jours où j'ai travaillé en prison, je me suis demandé : où il est l'inconscient ? C'est quoi cette affaire ? Un peu désarmé, j'ai remis en question mes a priori, mes postures théoriques. Je me suis alors dit que la clinique était à la fois beaucoup plus complexe et beaucoup plus terre à terre. J'avais lu de grands cas dans la littérature et j'avais l'impression d'en être à mille lieues. Je ne veux pas dire que la psychanalyse, pour laquelle j'ai beaucoup d'estime, ne sert à rien dans ce type de milieu, mais j'en avais une interprétation sûrement trop intellectuelle à l'époque, et j'étais désemparé.

J'ai donc suivi deux voies à ce moment-là. La première, je la dois beaucoup à Jean-Marie Gauthier, qui est devenu mon directeur de thèse. Cette voie a été celle d'un psychanalyste dissident, récemment décédé, Sami-Ali. Égyptien, il a fait toute sa carrière à Paris. Il a créé le Centre international de psychosomatique, dans lequel Jean-Marie Gauthier s'est inscrit, et il a fait sa thèse avec Sami-Ali. Celui-ci a travaillé sur la question du corps, de l'espace et du temps. J'ai tout de suite eu l'intuition que c'était dans cette direction qu'il fallait aller. En me plongeant dans ses travaux, j'ai eu le sentiment de toucher à des dimensions beaucoup plus concrètes, plus proches de l'expérience des personnes que je rencontrais en prison. Ces questions du corps, de l'espace et du temps me paraissaient des matériels bien plus adéquats, des phénomènes directement accessibles à l'expérience clinique. Je me suis donc formé en assistant aux séminaires de Sami-Ali.

La deuxième voie a été la phénoménologie. Plus jeune, j'avais lu Sartre. Son approche biographique m'avait intéressé parce qu'elle donnait une place à la conscience, à la volonté et à la liberté, qui est sans doute aujourd'hui le concept le plus important dans mon travail. Ce concept me paraissait finalement beaucoup plus puissant que celui de l'inconscient. J'ai alors été absorbé par une importante quantité de lectures avec Sartre, Merleau-Ponty, Heidegger, etc.

Étiez-vous dans la fascination vis-à-vis des personnes détenues, et est-ce que toute cette maturation intellectuelle, l'autoformation aussi au travers des rencontres, vous a permis d'aller vers le soin, l'accompagnement ?

Je pense ne jamais avoir été dans la fascination véritablement. Je reste émerveillé par les personnes que je rencontre ; si ce n'est pas le cas, je crois

qu'un clinicien n'est plus en mesure de faire son travail. Je témoigne à ces personnes un respect inconditionnel. Si ce n'est pas possible, quoi que la personne ait fait, il faut savoir le dire et passer la main à quelqu'un d'autre. Je n'ai jamais été dans la fascination pour la théorie non plus ; j'ai toujours été quelqu'un de très concret, je dirais même besogneux. J'avais un grand-père qui était mineur la nuit et livreur de charbon le jour, et l'autre grand-père était fermier. J'ai un rapport concret au travail.

Vous êtes donc allé chercher votre propre pelle ou bêche...

Je serais en tout cas heureux de pouvoir me dire que mon rapport au travail est lié au bleu de travail, même si je ne nie pas toute la part intellectuelle. J'ai d'ailleurs également beaucoup été marqué par la philosophie de Marx, qui a une vraie incidence sur mes enseignements universitaires. Je pense en réalité que je savais intuitivement ce qu'était la clinique. Lorsque mes parents revenaient manger à midi, ils parlaient avec nous à table des situations. Je ne suis pas sorti de l'université en ne sachant pas ce qu'était la réalité clinique, mais j'ai longtemps été à la recherche d'une méthode qui me permettrait de ne pas me noyer dans la théorie. Quand j'ai découvert progressivement la phénoménologie, je me suis dit que c'était vraiment ce que je voulais faire. Celle-ci correspond à la suspension des a priori théoriques, au fait de rencontrer une personne dans son expérience. Plutôt que se gonfler de théories, c'est se dégonfler. Bachelard a écrit une très belle phrase : « Le non-savoir n'est pas une ignorance mais un acte difficile de dépassement de la connaissance¹ ». C'est exactement ce qu'est la phénoménologie : l'idée n'est pas d'être un ignare, mais d'être capable de mettre la théorie de côté, ce qui est un acte méthodologique d'une grande complexité. Avec Sartre, cette méthode permettait d'intégrer la liberté, mais aussi la dimension sociale et politique du sujet. Quand Sartre étudie Flaubert ou Genet, il a vraiment cette préoccupation pour le sujet politique. Sûrement avec les défauts qu'il est possible d'identifier chez lui, mais, il faut le reconnaître, avec une capacité de décrire l'épaisseur d'une existence comme rarement cela a été fait dans l'histoire des savoirs. Je n'ai pas envie de m'enfermer dans une lecture unique du sujet, mais Sartre me semble offrir une des possibilités les plus complètes et sophistiquées de penser le sujet.

À mes débuts, après avoir travaillé un an en prison, j'ai fait une autre découverte, avec le livre *Éthologie et psychiatrie*² écrit par le psychiatre et

1. G. Bachelard, *La Poétique de l'espace*, Paris, PUF, 2012 [1^{ère} éd. 1957].

2. Avec ma collègue Valérie Follet, nous avons réédité son livre : A. Demaret, *Éthologie*

naturaliste Albert Demaret. Ce livre a été une révélation pour moi. Influencé par l'éthologie, soit l'étude du monde animal et du comportement en situation, il comporte une hypothèse centrale : la pathologie mentale, le trouble n'est pas correctement compris si on le réduit à une inadaptation ; il s'agit, au fond, de comprendre les pathologies comme des formes d'adaptation. Une variation du temps ou de l'espace, pour l'analyse d'un comportement, permet de le comprendre de manière adaptée. Je donne souvent comme exemple auprès de mes étudiants que si, le matin, ils se brossent les dents dans leur salle de bains en peignoir, ils ont un comportement tout à fait adapté. Mais s'ils ont exactement le même comportement, avec les mêmes habits au milieu de la place publique, il n'y aura que quelques minutes à attendre pour que les sirènes de la psychiatrie retentissent, venant leur rappeler que leur comportement est inadapté. Cela montre que c'est le contexte, temporel ou spatial, qui frappe un comportement du caractère pathologique. Je crois que cela vaut pour tous les troubles et toutes les psychopathologies. Demaret, que j'ai eu la grande chance de côtoyer à la fin de sa vie, écrit par exemple que les psychopathes sont mis en prison en temps de paix et qu'on les couvre de décorations en temps de guerre. C'est une phrase assez provocante, mais tellement puissante et pertinente – même si on pourrait la relativiser quelque peu. Pour comprendre le fonctionnement psychique d'une personne, pour entrer en consonance avec elle et pouvoir l'aider, on ne devrait pas postuler le fait que la pathologie est un écart par rapport à la norme ; c'est bien plutôt la création d'une nouvelle norme et une manière singulière d'être adapté. Bien sûr, il y a de la souffrance, et c'est un problème d'avoir une norme uniquement à soi et qui ne correspond pas aux normes des autres. Mais, si on veut comprendre le point de vue de l'autre, il n'est pas possible de le référer à nos propres normes ; ce serait une lecture très autoritaire du sujet. Pourquoi le sujet devrait-il fonctionner par rapport à notre propre normalité ? Cela m'a beaucoup marqué dans le travail de Demaret et je l'ai retrouvé plus tard dans *Le normal et le pathologique*¹, de Canguilhem, notamment avec la différence entre anomalie et anormalité.

Lorsque j'ai commencé à travailler à l'établissement de défense sociale, pour être nommé psychologue à l'État fédéral, j'ai dû réaliser un mémoire,

et psychiatrie, Bruxelles, Mardaga, 1979 ; rééd. sous le titre *Éthologie et psychiatrie. Suivi d'Essai de psychopathologie éthologique*, de J. Englebert et V. Follet, Bruxelles, Mardaga, 2014.

¹. G. Canguilhem, *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF, 2013 [1^{ère} éd. 1966]

et je l'ai consacré à la question du corps du détenu. Cela a été l'embryon de ma thèse avec Jean-Marie Gauthier, puis d'un livre¹. Un jour, ce dernier a déposé sur mon bureau un livre rédigé en italien intitulé *Psychopathologie du sens commun* écrit par le psychiatre et philosophe Giovanni Stanghellini². J'ai trouvé dans ce livre tout ce que je voulais faire. J'avais l'impression que tout ce que j'avais maladroitement pensé ou commencé à esquisser apparaissait dans ce livre avec élégance et raffinement, avec une puissance de pensée, avec des références, toute une littérature qui m'avait semblé jusque-là inexistante. J'ai compris que des liens avaient déjà été faits entre clinique et phénoménologie, ce qui est aujourd'hui appelé phénoménologie clinique, ou encore psychopathologie phénoménologique.

Vous avez donc trouvé votre école...

Oui, exactement. En tout cas, j'ai trouvé des auteurs qui m'impressionnaient beaucoup. J'ai écrit à Giovanni Stanghellini pour le rencontrer et je suis parti un an en Italie pour aller terminer ma thèse avec lui. C'est aussi grâce à lui que j'ai rencontré Louis Sass, prestigieux psychologue new-yorkais spécialiste de la schizophrénie, chez qui j'ai également eu la chance de pouvoir me rendre et avec qui j'ai grand plaisir de collaborer. Ce sont donc mes différents ancrages intellectuels, du moins une bonne partie.

Nous avons pu cerner toute votre arrière-plan formatif et intellectuel. Vous avez évoqué la question des normes personnelles et sociétales. Est-ce que, dans vos enseignements autour des psychopathologies, vous faites référence à la notion de tabous, d'interdits ?

Ce n'est pas spécialement un mot que j'utilise, mais je pense que l'on peut concevoir le tabou de manières très différentes, et notamment en termes de fausses croyances qui apparaissent comme des évidences que l'on n'interroge pas ou plus. La clinique psychopathologique et la clinique dans le domaine de la délinquance en particulier font l'objet de croyances, d'intuitions qui se révèlent généralement peu exactes. Par exemple, si on demande à des quidams quel est le taux de récurrence des délinquants sexuels – délinquance la plus étudiée et sur laquelle on a le plus de statistiques –, les personnes répondent 80 % ou 90 %, ou encore 50 %. Il est très

¹. J. Englebert, *Psychopathologie de l'homme en situation. Le corps du détenu dans l'univers carcéral*, Paris, Hermann, 2013, seconde édition 2017.

². G. Stanghellini, *Psicopatologia del senso comune*, Raffaello Cortina Editore, 2008.

compliqué de parler de récidive, car il faudrait préciser sur quelle période et si celle-ci concerne les mêmes faits ou des faits différents. Quoi qu'il en soit, les chiffres sont beaucoup plus bas, autour de 10 %. Ici, un psy se doit d'avoir des connaissances scientifiques. Il ne s'agit évidemment pas de minimiser la récidive, car à chaque fois qu'elle se produit, c'est un drame, pour les victimes et ses proches avant toute chose, mais aussi bien souvent pour l'agresseur lui-même qui finit généralement par se retrouver en prison (c'est en tout cas un argument intéressant à rappeler avec les patients délinquants en thérapie).

La question de la reconnaissance des faits est également concernée par des croyances, des évidences. Est-ce qu'un délinquant doit reconnaître les faits qu'il a commis ? Est-ce que, pour pouvoir s'amender, reprendre une place dans la société, ne pas récidiver, la personne doit reconnaître les faits qui sont à l'origine de son parcours de délinquant ? En réalité, de nouveau, la littérature nous dit plutôt que ce n'est pas nécessaire. En effet, la capacité de s'inscrire dans une psychothérapie, la capacité de ne pas récidiver n'est pas corrélée à la reconnaissance des faits. On me l'a enseigné, mais c'est quand j'ai fait de la clinique que je l'ai vraiment compris. Par exemple, lorsque j'ai participé à des audiences de tribunal d'application des peines, ou de la chambre de libération conditionnelle, je me suis rendu compte que ceux qui avouaient le mieux, ceux qui produisaient le discours le plus fin à l'égard de ce qu'ils avaient fait, le plus adéquat dans la situation, c'étaient, paradoxalement, les plus grands manipulateurs, les pervers et les psychopathes. Ils avaient bien saisi le jeu moral dans lequel ils étaient et compris qu'ils devaient produire un discours qui n'avait rien à voir avec leur point de vue personnel afin de réduire leur peine ou d'accéder à des alternatives à la détention. Ceux qui étaient le moins capables de le faire n'étaient pas nécessairement les plus redoutables ou les plus dangereux. C'étaient des personnes en opposition avec le système, ou des gens embêtés par ce que la justice avait dit d'eux. D'ailleurs, ils disent souvent non pas : « Je n'ai rien fait », mais plutôt : « Je veux juste dire que ça ne s'est pas passé comme ça ». J'irais jusqu'à dire que, bien souvent, il faut se méfier des personnes qui apparaissent trop en accord avec l'accusation qui leur est faite.

Une autre évidence encore, c'est qu'il faudrait manifester de l'empathie à l'égard de ses victimes. Il faudrait être capable de dire : « Je m'identifie à mes victimes. Je souffre beaucoup pour elles, etc. ». De nouveau, je me suis rendu compte que, face au juge, les personnes qui manifestaient le mieux les discours qui nous auraient presque arraché une larme étaient

celles qui avaient saisi la scène sociale qui était en train de se jouer. Il s'agissait de tous ceux qui étaient dotés du meilleur « matériel psychique », c'est-à-dire ces grands pervers et psychopathes. Ceux qui ne le faisaient pas étaient souvent des personnes totalement fracassées par le système et qui rentraient dans des logiques d'opposition, estimant qu'elles ne devaient rien à leurs victimes, et qu'elles étaient en train de payer leur peine. Cela ne signifie en rien leur donner raison, mais il est à mon avis intéressant de ne pas lier ces productions de discours ou leur absence à la dangerosité ou au risque de reproduire un comportement délinquant.

Je pense qu'un psychologue clinicien ou un criminologue clinicien – je ne dis pas qu'un juge ou un policier doit travailler de la même manière – doit accueillir une personne et lui permettre de déployer le discours qu'elle souhaite. Il s'agit de lui donner l'espace et de ne pas avoir d'attente formelle à l'égard du contenu de son propos. C'est d'ailleurs le seul endroit où il est permis qu'un délinquant produise un discours négatif à l'égard de sa victime. Ce n'est pas toujours le cas et je ne dis pas que c'est recommandable. Mais si une personne a besoin de passer par là, c'est important, car c'est le seul endroit où il est socialement admis qu'un patient puisse parler de cette façon. Les choses peuvent bien entendu évoluer durant la thérapie. La clinique consiste en fait à ouvrir un patient à toutes les gammes de discours, y compris les discours vers lesquels il ne serait pas naturellement allé, ce qui permet au psy de lui dire – sans rien lui imposer – : « Tiens, depuis le début, vous avez ce point de vue-là par rapport à telle situation. Ne pensez-vous pas que d'autres points de vue pourraient être reconsidérés ? ».

Au-delà de la neutralité, c'est de l'accueil inconditionnel vis-à-vis de son patient ?

Oui, c'est de l'accueil inconditionnel et j'utilise souvent l'expression « respect inconditionnel ». Les étudiants sont souvent un peu étonnés vis-à-vis du mot « respect » qui renvoie à presque à une posture morale par rapport aux personnes. La notion d'inconditionnel, elle, concerne n'importe quelle circonstance, que ce soit une personne qui a commis des faits ou une personne victime. J'utilise cette expression parce que je pense que nous sommes dans une société qui ne respecte pas toujours les personnes, a fortiori quand elles sont fragilisées par le système social et en fonction de la classe sociale dans laquelle elles se trouvent. Je suis assez sensible à cette notion de respect de l'autre, ce que Carl Rogers appelait l'« accueil inconditionnel ».

Et comment considérez-vous la notion d'empathie ?

L'empathie me pose problème pour plusieurs raisons. Je pense que l'empathie est une caractéristique dont tout un chacun est doué...

...même la personne psychopathe ?

Justement, mon hypothèse – d'autres auteurs vont dans ce sens, mais beaucoup contestent aussi ce point de vue – est que les psychopathes sont des gens très empathiques. Je pense que les patients psychopathes sont de grands empathiques et que c'est ce qui les rend redoutables. Ils sont capables de nous comprendre de manière remarquable, d'avoir une attention à l'égard du vécu émotionnel de l'autre ; en revanche, ils n'ont rien à faire de cette compréhension. Ils sont capables de chosifier l'autre, d'avoir une relation d'objectification à l'égard de l'alter ego, ce qui est absolument effrayant. Ils ont un trouble non pas de l'empathie, mais de la sympathie. Ils peuvent par exemple décrire la souffrance de l'autre, et c'est de l'empathie. Le patient psychopathe n'est pas un être insensible, mais il a une capacité de froideur émotionnelle qui fait qu'il ne renverra rien ; ou bien il peut dire que la souffrance de sa victime n'a aucune importance pour lui. L'empathie, c'est la capacité de saisir l'expérience émotionnelle de l'autre sur un mode réflexif ou sur un mode préreflexif, implicite, c'est-à-dire de manière automatique. Il me semble que les patients psychopathes n'actionnent pas un bouton pour devenir empathiques, mais qu'ils sont naturellement capables de comprendre les autres. Ce n'est pas du tout une bonne nouvelle, le psychopathe étant un individu redoutable à cause de cet aspect. On peut d'ailleurs s'amuser du fait qu'il existe des programmes thérapeutiques censés lui apprendre l'empathie. En effet, cela ne fait que renforcer une compétence qu'il a déjà.

Une pathologie où il existe un trouble de l'empathie, c'est la psychose, la schizophrénie. Là, l'autre, spontanément, ne m'apparaît pas compréhensible, en tout cas selon le sens commun qui permet de se comprendre et d'entrer en interaction sociale.

Les cliniciens, eux, sont spontanément empathiques, comme nous avons tous cette empathie minimale qui nous permet de dire bonjour. Mais il existe des programmes qui visent à renforcer l'empathie chez les cliniciens ou les étudiants, et cela me semble dangereux, parce que cela risque de remettre en question ce comportement, voire de l'effacer. Prescrire l'empathie me paraît aussi absurde que de prescrire la spontanéité. Lorsqu'on prescrit la spontanéité à une personne, elle est perdue et ne peut plus être spontanée. On devrait foutre la paix aux

cliniciens avec l'empathie, parce qu'elle existe déjà et que prescrire l'empathie mène au risque de produire une incapacité de l'être.

Par ailleurs, un autre problème, souvent passé sous silence, est que, si on dit qu'on doit travailler avec l'empathie, on crée alors une empathie explicite, dont le psy serait capable de s'imprégner. L'empathie, c'est la capacité d'expérimenter le vécu émotionnel de l'autre. Il y a alors inéluctablement un risque majeur de projection de nos propres valeurs, de nos propres normes dans l'expérience de l'autre. Cela me fait toujours peur lorsqu'un clinicien dit : « J'ai pigé. Je sais ce qu'il vit, je sais ce qu'il en est ». Je crois qu'il est beaucoup plus intéressant d'enseigner le doute et l'impossibilité de vraiment comprendre l'expérience de l'autre, plutôt que l'idée qu'il y aurait une possibilité d'accéder à l'expérience émotionnelle de l'autre. Celle à laquelle on peut accéder, c'est une expérience émotionnelle partagée, qu'on produit à deux, tout en sachant que nos propres valeurs y sont projetées.

Lors de vos enseignements, faites-vous référence à l'absence d'interdits ou encore à la question de la morale ?

Le clinicien, de manière générale, doit se situer non pas du côté de la morale, mais du côté de l'éthique. La morale, c'est l'ensemble des normes et des règles, explicites ou implicites, qui régissent la vie en société. L'éthique, comme le dit Foucault, c'est la capacité de s'approprier une morale. L'éthique, c'est comment un individu colore son expérience morale, et c'est que ce qui concerne le clinicien. Cela dit, il existe un certain nombre de situations où il est possible de dire à une personne : « Vous savez que, si vous tenez ce discours-là, vous pourrez avoir des difficultés relationnelles. En tout cas, quand vous me le dites, cela m'amène un effroi terrible, et je peux postuler le fait que beaucoup le vivront comme ça ». Il est encore possible de dire : « Vous pouvez tenir le discours que vous voulez, mais il n'empêche que, si vous faites ça, vous vous ferez prendre, et vous retournerez en prison. Donc, vous pouvez dire ici tout ce que vous voulez, on peut même prendre du temps pour que vous puissiez le déplier, mais sachez juste qu'il y a des règles, une société, des normes et que, si vous les enfreignez de nouveau, même si vous trouvez que c'est injuste, vous irez en prison ».

Est-ce une forme d'objectivité, tout simplement ? Vous collez aux faits ?

Oui, c'est la matérialité de l'expérience sociale dans laquelle la personne est. Avec l'idée de s'intéresser à l'éthique et non à la morale, il ne faudrait pas non plus tomber dans une vision presque romancée de la

psychothérapie, qui serait complètement déconnectée de l'expérience. C'est l'antipode de la perspective phénoménologique. On fait partie de l'expérience et on s'adresse à l'expérience du sujet. Mais il est important de nuancer à propos des pervers et des psychopathes : pour ces personnes-là, le rappel de la loi n'a pas beaucoup d'intérêt, car elles la connaissent très bien et souvent même bien mieux que nous. Avec ces délinquants, si vous leur rappelez que ce qu'ils ont fait est très mal, ils vous regardent et vous disent : « Vous vous rendez bien compte que je le sais. Ne me prenez pas pour un imbécile ». Le rapport à la loi, à la norme ou au respect de l'interdit est toujours à interroger en fonction de la personne en face de nous. Parfois, des personnes ne semblent pas se rendre compte de la situation dans laquelle elles sont, paraissent immatures, ou encore peuvent avoir un déficit intellectuel. J'ai beaucoup travaillé avec des déficients mentaux condamnés pour des faits de délinquance sexuelle et qui n'avaient rien de pervers ou de pédophile. Ils s'étaient adressés à l'alter ego qu'ils avaient devant eux, qui avaient d'ailleurs souvent un même degré d'intelligence affective, de capacité intellectuelle, c'est-à-dire un enfant, et avaient eu une relation sexuelle avec cet enfant. Il ne s'agit pas du tout de minimiser le drame que cela peut produire, mais dire que cela repose sur des pulsions machiavéliques, des déviations, etc. est faux. Si cette personne avait eu en face d'elle un adulte consentant, elle aurait pu finalement préférer. Ici, l'éducation sexuelle qui consiste à dire : « Vous savez que c'est interdit par la loi d'avoir des relations avec des personnes mineures, même si elle apparaît plus grande, même si ceci ou cela ? », a beaucoup de sens, et il faut le faire. Mais avec des grands pervers et manipulateurs qui sont au fait des lois et qui jouent avec elles, cela ne sert rien : c'est quelqu'un qui aura toujours deux coups d'avance sur vous.

Pensez-vous avoir été confronté à tous les tabous humains, tout au long de votre parcours, à tout ce qui est jugé interdit ? Les avons-nous, nous autres profanes, même tous imaginés, nous qui parlons de tabous et, vous, peut-être, de pulsions ?

Le mot « pulsions » est compliqué car il draine tout un héritage lié à la psychanalyse et, si on doit l'utiliser, c'est dans un corpus très spécifique. On peut aussi parler d'impulsions, mais les délinquants n'agissent pas toujours par pulsions ou impulsivité ; ils agissent parfois avec beaucoup de raison. Un grand nombre d'entre eux assument très bien ce qu'ils font. Je ne suis d'ailleurs pas convaincu qu'en général l'être l'humain agisse par pulsions, mais plutôt par liberté.

Je ne sais pas si j'ai été confronté à tous les tabous, mais travaillant dans le champ de la délinquance, j'ai évidemment été confronté à des gens qui ont commis des faits terribles, que ce soit des faits de délinquance sexuelle grave, des meurtres, en particulier des meurtres d'enfants, de ses propres enfants. J'ai rencontré plusieurs de ces personnes. Être dans une attitude thérapeutique – qui est différente de celle d'expert, où il s'agit d'essayer de comprendre pour le restituer à la justice – face à des personnes qui ont ce parcours, cette histoire de vie-là, c'est arriver à produire une attitude de respect inconditionnel à leur égard. Étienne De Greeff, qui était un grand psychiatre et criminologue belge, disait qu'il faut rencontrer l'autre par un élan total de sympathie. Cette phrase me semble très juste parce que, dans ces cas-là, il s'agit de produire de la sympathie à l'égard de quelqu'un qui n'en a pas nécessairement pour vous ou, pire, qui n'en a pas pour autrui en général. Voici un acte bien plus compliqué à produire que l'empathie dont nous parlions tout à l'heure. Cela ne concerne pas tous les délinquants, ni tous ceux qui ont commis les actes les plus graves ; il n'y a pas de corrélation entre un fonctionnement psychique et les faits commis. Des personnes peuvent avoir commis des faits extrêmement graves et ne pas avoir de psychopathologie particulière ; d'autres ont des psychopathologies très graves et n'ont jamais commis de faits délinquants et n'en commettent jamais.

Avoir affaire à cette clinique, c'est être capable de rencontrer autrui avec un respect inconditionnel et aussi de se rendre compte lorsqu'on n'est plus en mesure d'être dans ce respect-là : « Là, je ne suis pas capable de travailler avec ce type, après ce qu'il m'a fait, après ce qu'il m'a dit... Là, ça dépasse mes limites ». Il faut alors s'interroger pour savoir pourquoi ça dépasse ses limites, faire un travail personnel ; c'est ce que la psychanalyse appelle le transfert et le contre-transfert. On doit savoir passer la main, mais si on dure dans cette clinique, c'est qu'on est plus souvent capable qu'incapable de faire ce travail. Et si on travaille dans cette clinique, je dis alors souvent qu'on est capable d'être clinicien pour quiconque. Avoir expérimenté ce rapport à ces personnes qui ont, à certains égards, franchi de nombreux interdits sociaux, cela nous rend potentiellement thérapeutes avec n'importe qui ou, en tout cas, capables d'accueillir quiconque, puisque le respect inconditionnel est le ciment de la thérapie. Les deux extrêmes de l'expérience, ce que les phénoménologues appelleraient une situation limite, c'est soit le champ de la délinquance, soit le champ de la psychopathologie lourde. Ces deux situations ne sont pas corrélées, mais des grands schizophrènes peuvent nous amener à la limite de l'interaction,

de l'intersubjectivité. On a l'impression de ne pas les comprendre, de ne presque pas être sur la même planète. Quand on a vécu une expérience clinique avec ces formes de rapport au monde très spécifiques, avec des histoires très différentes, que ce soit sur le plan de la délinquance ou de la psychopathologie, je ne sais pas si on a eu affaire à tous les tabous de l'humanité, mais je pense en tout cas qu'on a cette possibilité de rencontrer l'humain selon toutes ses facettes, les plus communes et les plus extrêmes.

Est-ce qu'une possibilité de tenir, face à ce qui malgré tout peut être difficile à entendre, c'est le recueil de l'histoire de vie de la personne, comme une sorte de technique ou de méthode ?

Oui, certainement, le fait d'intégrer un parcours dans une histoire de vie, de donner la place au sujet et moins à l'acte qui a été commis. Il s'agit de ne pas lire le sujet par l'acte qui a été commis, mais par tout ce qu'il y a autour, c'est-à-dire, certes, son histoire de vie, mais aussi sa manière de rentrer en contact avec vous, avec les autres, son vécu émotionnel...

Une personne véritablement psychopathe est-elle capable d'avoir un contact chaleureux ?

Théoriquement, un vrai psychopathe, pas tant que ça ; en revanche, un vrai pervers, oui. C'est sûrement ce qui le rend encore plus redoutable que le psychopathe : il va être capable de jouer avec vous et d'être sympathique de temps en temps. Cela dit, le pari de la thérapie est de lui offrir un cadre de sympathie pour expérimenter un mode de relation authentique – l'authenticité, comme le respect, peut paraître un concept un peu suranné, mais je pense pourtant qu'il indique quelque chose d'exact dans la relation. Bien sûr, le risque est d'être déçu, de se rendre compte au bout de quelques années que tout cela est faux, mais la thérapie est une possibilité d'expérimenter un mode de relation que la personne va pouvoir exporter ailleurs. Elle va pouvoir s'autoriser des modes de relation, des postures, des modalités d'existence qui vont ensuite pouvoir être extériorisées en dehors de la thérapie. On peut l'expérimenter avec la personne psychopathe, même s'il est inutile de dire que c'est très compliqué. Être thérapeute avec des personnes psychopathes fait partie des choses les plus difficiles qui soient, mais heureusement elles ne sont pas nombreuses et on ne fait pas que ça dans le travail.

Concernant la biographie des personnes, dans le champ de la psychologie criminelle, de la délinquance, mais aussi dans la psychologie clinique en général, une idée très fréquente est que l'histoire de vie explique la personne que nous sommes aujourd'hui et, potentiellement,

l'acte délinquant. C'est ce qu'on appelle la criminogenèse – même si c'est de façon erronée car l'auteur à l'origine de ce terme, Étienne De Greeff, ne l'utilisait pas de cette façon. Ainsi, un fait apparaît et on pourrait l'expliquer par un retour dans le passé et par une histoire de vie, par le fait qu'il s'est passé ceci ou cela. De manière caricaturale, cela pourrait s'expliquer par ce qui s'est passé à l'âge de 5 ans, au moment du complexe d'Œdipe. Il s'agit là d'une temporalité rétrospective : nous serions condamnés à être les résidus de notre histoire de vie. Il existe, à mon avis, une alternative intéressante à cela et qui est celle avec laquelle je travaille le plus. C'est celle d'une criminogenèse prospective. J'aime beaucoup ce qu'écrit Sartre dans *L'Être et le néant* lorsqu'il concède aux psychanalystes le fait que les phénomènes ont du sens, qu'ils sont compréhensibles, mais qu'il leur reproche d'avoir introduit le mécanisme causal. Cette lecture causale fait que tel phénomène, tel acte (délinquant) est la résultante de plusieurs causes historiques. Pour Sartre, les phénomènes, bien sûr, ont de la signification, mais celle-ci doit être retrouvée, recherchée dans une logique temporelle tout autre, celle du « retour du futur vers le présent ». C'est une lecture que je trouve beaucoup plus liée à la liberté du sujet ; certes, il y a du sens, mais toujours comme une sorte de projection vers le futur. Je crois que les psychanalystes eux-mêmes sont assez en accord avec cette critique. Si on a, évidemment, une histoire qui est faite de sens, on ne doit pas, à chaque instant, chercher dans le passé l'explication d'un fait, mais plutôt dans son futur : en quoi un fait produit l'épaisseur d'une existence ? Commettre un fait délinquant s'inscrit dans une trame de vie, mais vient aussi modifier une biographie et, surtout, une manière d'être. Subitement, on devient un délinquant. Je vole, je deviens un voleur. Je tue, je deviens un assassin. On peut aller chercher dans l'histoire du sujet, mais je crois que cela colle plus à l'expérience de la personne de penser que l'acte commis produit du futur, et d'ailleurs un futur dans lequel le sujet a des comptes à rendre à la société et, potentiellement, à la victime. J'y crois beaucoup plus qu'à une lecture déterministe du sujet. Expliquer par le passé, ce sont parfois des hypothèses très belles et très élégantes d'un point de vue théorique, mais les personnes en sont souvent assez écartées ; elles sont satisfaisantes pour le théoricien et le thérapeute plutôt que pour le patient lui-même.

Lorsqu'une personne qui a commis un viol ou un meurtre, par exemple, vous décrit les faits par le menu, visualisez-vous la scène et comment faites-vous pour ne pas être envahi ?

L'anticipation qu'on peut avoir de cette situation est que la personne pourrait décrire les faits de manière à provoquer. En réalité, c'est très rare en clinique. Souvent, les délinquants sont très gênés, embêtés par ce qu'ils ont fait. S'ils ne le sont pas, ils sont en tout cas malheureux de l'avoir fait, pour plein de raisons : parce qu'ils ont pu faire souffrir la victime, mais aussi parce qu'ils en souffrent eux-mêmes, parfois parce que leur famille en souffre. Il est extrêmement rare qu'une personne fasse une sorte de baroud d'honneur en présentant les choses, au fond en nous jouant un mauvais tour de plus, comme on peut le mettre en scène dans des films ou des séries télévisées.

Mais les rares fois où cela arrive, je ne crois pas que cela soit si difficile à vivre que ça. Un collègue disait un jour : « Je ne sais pas pourquoi ça marche, mais ça marche, j'arrive à le faire. Quand j'ai commencé à travailler dans ce milieu, on m'a demandé : "Vous allez travailler avec des pédophiles. Comment allez-vous faire ? Avec moi ça marche, mais je peux concevoir que, pour d'autres, ce ne soit pas le cas ». De manière assez contre-intuitive, la plupart des cliniciens qui travaillent dans ce milieu disent la même chose. On arrive dans ces postes souvent par hasard : quand on est un jeune psy, on cherche d'abord un emploi – je crois assez peu à la fascination pour ce type de milieu. Pour ma part, je n'avais aucune formation spécifique dans le champ de la délinquance, à part un cours de psychologie de la sexualité et sur la délinquance sexuelle, mais j'ai été engagé comme psy en prison.

Donc, il me semble que ces situations sont beaucoup plus redoutables pour les personnes qui l'anticipent et qui ne le vivent pas que pour les personnes qui le vivent. En effet, les personnes qui ont commis ces actes sont souvent très mal à l'aise. Quand ce n'est pas le cas et qu'une sorte de provocation se produit, on le sent et on a toute une série de mécanismes d'alerte : là, il y a un profil très particulier, quelqu'un qui joue un mauvais jeu avec moi. On essaie alors de comprendre ce qui se passe plutôt que d'être dans une forme d'hyper-identification au vécu de la victime. Bien sûr que celle-ci peut exister, bien sûr que les premières fois où on va travailler dans ces milieux, on a besoin, en rentrant chez soi, d'en parler à sa compagne, son compagnon ou à ses proches. On a besoin de mettre des mots là-dessus, d'avoir une supervision. On a aussi besoin de tracer une sorte de mur de Berlin entre sa vie professionnelle et sa vie privée. Même si j'ai pu le faire à l'époque, aujourd'hui je ne parle pas énormément de mes cas avec mes proches. J'évoque plus facilement des cas fascinants et presque drôles, au sens d'extraordinaires, plutôt que des cas misérables et

dramatiques. Je garde plutôt ce dont je veux parler pour mon travail en supervision ou pour mes collègues. On a besoin d'une équipe, d'un collectif de gens avec qui on travaille.

Travailler dans ce milieu ne me semble donc pas si difficile humainement que ça. Des personnes peut-être moins faites pour ce métier vont faire ce travail pendant 6 mois, puis démissionner parce qu'elles n'en peuvent plus, même si c'est plutôt l'exception que la règle. Les psys qui travaillent dans ces milieux vivent les formes les plus extrêmes de l'humanité, et j'aurais plutôt tendance à dire que c'est un enrichissement. Mais tout clinicien vit du malaise, même dans une thérapie qui n'a rien à voir avec la délinquance. Parfois, les patients vous racontent des histoires extrêmes, leur vécu quand ils étaient enfants et qu'ils ont été abusés. Mais les personnes qui travaillent dans les hauts-fourneaux, à l'usine ou dans le bâtiment vivent aussi des choses terribles. Nous n'avons évidemment pas l'apanage, en tant que cliniciens confrontés à ces questions, de la souffrance ou de la pénibilité. Nous ne sommes pas confrontés à plus difficile en étant face à ces questions de la délinquance ou de la psychopathologie et je crois que c'est un sentiment assez partagé par la plupart de mes collègues. C'est plutôt un mythe qui se construit en dehors, y compris chez les psys qui ne travaillent pas dans ce milieu.

Des étudiants peuvent rencontrer pour la première fois des personnes délinquantes. La force de l'habitude ne vient pas tout de suite. Un « échec » peut toujours arriver, ou en tout cas, il a fallu sortir d'une pièce parce qu'on avait atteint ses limites. Mais cela ne veut pas dire qu'on va abandonner cette voie. Comment conseillez-vous ces étudiants qui vous rapportent une telle expérience ?

Ce qui qualifie un bon clinicien, ce sont le doute, l'incertitude et l'échec, bien plus que les réussites. Je crois d'ailleurs plus à l'incompétence qu'à la compétence, à l'inutilité qu'à l'utilité. Je parle souvent de l'utilité de l'inutile, pour valoriser l'idée d'être à côté de l'autre, sans être en train d'appliquer des techniques. La plupart du temps, les psys ne savent pas très bien ce qu'ils font avec leur patient. Je suis très opposé à ces lectures de la psychologie qui voudraient que le psy sache exactement ce qu'il faut faire à tout moment, en appliquant des techniques. Le psy est d'abord quelqu'un qui apprend par ses erreurs, en réfléchissant sur lui-même, en se demandant pourquoi il a pu dire telle ou telle chose. On apprend aussi de ses moments d'impasse, de dégoût, de fragilité, de doute, de remise en question. C'est dans ces cas-là qu'on devient psy. Malheureusement, on enseigne

beaucoup aux futurs cliniciens le fait d'être des gens sûrs d'eux, qui ne doutent pas, qui agissent par science, en s'appuyant sur des protocoles rodés. Personne ne le fait dans la réalité, y compris ceux qui disent qu'ils le font. On est d'abord dans une rencontre humaine, et qui dit rencontre humaine dit déceptions, erreurs, maladresses. C'est ce qui caractérise notre quotidien de cliniciens, même quand on a acquis une certaine expérience. Christian Mormont, professeur de psychologie que je considère avec affection comme mon « vieux maître », m'a dit un jour une phrase que je me réapproprie volontiers : « Le but de la psychothérapie, c'est d'aider les gens à être un tout petit peu plus libres ». On ne doit pas avoir d'ambitions démesurées ; je ne crois pas qu'on change les gens, qu'on les guérit. On essaie, selon plein de mécanismes différents, de leur ouvrir le monde, d'œuvrer à déplier le monde de manière à ce qu'il soit un peu plus ample, pour qu'ils soient un peu plus libres de s'y exprimer.

Et comment est-on libre quand on est prison ?

Je pense qu'on est libre quand on est en prison, même si on n'est pas libre de tout, ce qui constitue une des difficultés. La question de la liberté n'est pas la même avec une personne qui est là pour 6 mois, 6 ans, 30 ans ou pour toujours. Si, en Belgique, il n'y a pas de véritable perpétuité, puisqu'un accès à la libération conditionnelle existe, celle-ci n'est pas toujours donnée et des gens finissent par ne jamais sortir de prison. De ce point de vue, je suis très sartrien : la liberté se niche dans de tout petits interstices et il faut aller les chercher. C'est dans des milieux comme ceux de la prison que la liberté est à interroger de la façon la plus pertinente. Ce n'est pas de la provocation que de dire à un patient : « Mais, vous savez, vous êtes libre ». Il s'agit d'aller chercher les moindres petites parcelles de liberté, à la fois en responsabilisant le patient et en cherchant à ses côtés.

Une personne en prison peut traverser des épisodes dépressifs, avoir des questions existentielles ou encore des idées suicidaires. Comment travaillez-vous dans cette situation ?

Il y a là des cas de figure très différents. Des personnes peuvent parler de suicide en consultation privée ou dans le milieu psychiatrique. Paradoxalement, cela se produit moins en prison, alors que les suicides y sont nombreux. Les premières confrontations à ces questions font partie des moments très impressionnants du métier. Dans ces cas, la première chose à dire aux personnes est qu'il existe toujours un écart entre le discours et le comportement, et que le fait de le dire est finalement beaucoup plus rassurant que de ne pas le dire. Même si les contextes des

idées suicidaires varient beaucoup, en fonction des psychopathologies notamment, simplement formuler cette idée a souvent un effet très fort sur les personnes. Le suicide est une perte de solutions, de maîtrise et de prise sur la vie, et produire un discours sur ce sujet, c'est une forme de prise sur cette expérience. Il est aussi très important de ne pas y injecter une lecture morale ; la société le fait pour nous. Il est possible de dire aux patients d'aller parler de cette question du suicide à d'autres personnes qui vont leur donner leur point de vue. Même dans ces cas-là, il est essentiel de respecter la proposition de la personne, en disant par exemple : « N'attendez pas de ma part que je ne cesse de vous dire de ne pas le faire ». Les personnes trouvent cette attitude très respectueuse et je pense qu'elles ont besoin de l'entendre, précisément pour ne pas le faire. On montre aux personnes qu'on les considère dans la communauté des humains, avec un avis qui leur est propre, plutôt que de leur dire : « Mais vous racontez n'importe quoi. Ressaisissez-vous un peu ! Vous devez vivre... On ne peut pas faire ça, ça ne se fait pas ! ». La rencontre clinique, c'est une rencontre où on va dire aux personnes ce qu'elles ne trouveront pas ailleurs. Je crois qu'il faut dire à la personne d'aller en parler à son meilleur ami, à sa femme, son mari, d'aller en parler à son fils dont elle parle depuis toujours, etc. C'est beaucoup plus intéressant que de lui dire ce que vous, vous en pensez. Cela dit, bien sûr, aucun psy n'a pour objectif que son patient se suicide en sortant...

Et la personne qui n'a pas de proche, qui est en prison, coupée de sa famille... ?

Il y a des possibilités de parler, que ce soit avec des visiteurs de prison, un co-détenu ou un gardien avec qui on s'entend bien. Là encore, le fait de l'avoir dit est déjà quelque chose. Mais je pense que les vraies personnes à risque en prison, comme j'ai pu en rencontrer, sont celles qui ne l'avaient pas dit. Chez l'être humain, ce n'est pas la réflexion qui crée un comportement ; c'est beaucoup plus un comportement qui crée la réflexion. Quand la réflexion est déjà là, cela ne veut pas dire que le comportement va se produire.

Et pour une personne qui est là pour une longue peine et qui se demande : « Qu'est-ce que je fais ici ? Qu'est-ce que je ferai plus tard ? ». Il y a de la projection vers le futur...

La question est : comment faire pour produire de la liberté, discuter de la liberté carcérale ? Un patient m'a beaucoup marqué, un grand schizophrène. Je lui dois beaucoup car il m'a beaucoup appris sur mon

métier. Appelons-le Rudy. Un jour, Rudy allait sortir de la prison, où il était pour très longtemps. Il avait accès à quelques sorties accompagnées, dans un contexte très régulé. Rudy voulait ramener de sa sortie des paires de basket auxquelles il tenait. Nous avions pris du temps pour discuter de la marque qu'il voulait, avec des coussins d'air. J'ai compris que c'était très important pour lui. Cela allait lui permettre de se revaloriser narcissiquement diraient les psys ; c'était aussi important par rapport aux autres patients, etc.

Il est donc sorti et il ramené cette paire de chaussures. Le directeur de la prison de l'époque a dit que c'était hors de question, que nous n'avions pas le droit de faire rentrer cette paire de chaussures, parce que tel formulaire n'avait pas été correctement complété. Les chaussures étaient donc confisquées. Il a ajouté : « Rassurez-vous, vous les récupérerez quand vous serez libéré ». Je pensais qu'il y avait une sorte d'absurdité dans la situation et je l'ai dit au directeur : « Ça n'a pas de sens ». C'était d'autant plus le cas que le règlement n'était pas très clair et qu'il s'agissait finalement plutôt d'une position d'autorité, comme il y en a souvent en prison. Je lui ai dit : « Il me semble évident que Rudy doit avoir sa paire de baskets. Je vais mettre en place tout ce qui est en mon pouvoir pour que mon patient l'ait ». Une sorte de guerre a alors commencé entre le directeur et moi, qui m'a dit : « Arrêtez-vous, sinon j'en réfère à l'autorité centrale à Bruxelles et vous allez avoir des problèmes ». Je lui ai répondu : « Aucun souci. Ce n'est pas vous qui allez appeler Bruxelles, c'est moi qui vais les appeler. Je ne le fais pas contre vous, même pas contre le règlement que vous évoquez, je le fais uniquement pour mon patient. Je suis intimement convaincu que si je ne le fais pas, ce serait totalement injuste pour lui ». Cela a pris des proportions énormes, en me menaçant même de me licencier et que cela figure dans mon dossier...

C'était le respect inconditionnel de votre patient...

Absolument, et ce respect inconditionnel pouvait même passer à ce moment-là par la mise en cause de mon propre poste. Mais il aurait malgré tout été incroyable d'être viré pour ça... Avec cette situation, je me suis aussi positionné dans l'institution comme un clinicien qui pouvait faire ces choses-là, en gagnant en crédit par rapport aux patients, mais également par rapport à l'institution. Finalement, le patient a eu ses baskets. C'était très important pour lui, pour moi, et ça l'a été pour notre relation. C'est parfois aussi bête, aussi comportemental que ça, mais c'est ce que représente la liberté carcérale selon moi. Le philosophe italien Giorgio

Agamben prône la profanation, c'est-à-dire le fait de rendre profane quelque chose qui appartient aux dieux, au pouvoir. Ces baskets ont subi un acte de profanation de ma part : elles appartenaient au dispositif de la prison, tel que Foucault le décrirait, et on a réussi à les rendre profanes, à l'usage des communs. Beaucoup de cliniciens connaissent ce type de situation et pourraient faire valoir des faits similaires.

Je peux donner un autre exemple. J'ai toujours été très marqué par le travail du photographe gantois Lieven Nollet. Une de ses photographies est reproduite en couverture d'un de mes livres¹. Elle montre une personne qui fait des maquettes en prison. Au moment de la photo, le détenu n'est pas du tout préparé. Il souhaitait apparaître sur la photo, mais le photographe lui a expliqué qu'il ne pouvait pas montrer son visage. Le détenu, très déçu, s'est alors drapé le visage avec un vêtement pris au hasard. Cette photo, prise sur l'instant, est un moment de génie, de grâce. Cet homme, qui est condamné à perpétuité, réalise donc des maquettes de prison et le photographe a ensuite fait une exposition à laquelle il a proposé à ce détenu d'exposer ses maquettes. Le détenu n'avait droit à aucune sortie et ne pouvait pas venir au vernissage, mais il pouvait fournir quelques-unes de ses maquettes. La photo et la maquette ont eu beaucoup de succès. Le détenu a été extrêmement heureux de l'apprendre. Cela m'est apparu comme un exemple de la thérapie que l'on peut faire en prison, c'est-à-dire faire passer à travers les barreaux des petits bouts de la liberté de la personne.

Je crois que ces deux exemples, très matériels, sont reproductibles. La thérapie est souvent très concrète, liée à des particularités, des objets. Je pense que c'est de cette façon qu'il est possible de réfléchir à la question de la liberté en prison. Cela peut aussi être reproduit face à de grandes questions existentielles. Lorsque quelqu'un s'interroge car il est en prison pour 15 ans, je lui dis que je n'ai pas de réponse, mais que je peux essayer avec lui de chercher à comprendre ce qu'il vit...

Utilisez-vous seulement le mot « thérapie » pour décrire votre travail ?

Ce n'est pas un mot auquel je tiens beaucoup. Je ne l'utilisais jamais auparavant car je trouvais qu'il faisait un peu présomptueux. Mais, aujourd'hui, beaucoup de gens se disent thérapeutes, notamment des universitaires qui n'ont jamais vu un patient de leur vie et qui écrivent sur la thérapie. J'ai toujours plutôt utilisé le mot « clinicien », « clinique », qui

¹. J. Englebert, *Psychopathologie de l'homme en situation*, op. cit.

renvoie étymologiquement au lit. Le clinicien n'est pas celui qui reçoit le patient uniquement sur son territoire, mais qui va aussi sur celui du patient. Je crois d'ailleurs qu'il faut marcher dans les couloirs des prisons ou des institutions avec les patients.

Actuellement, je réfléchis à l'idée de « thérapeute sans le savoir ». Il y a celui qui est thérapeute sans avoir de savoir ou de connaissance – c'est une question très phénoménologique –, mais aussi celui qui l'est sans savoir qu'il l'est. Les grands thérapeutes sont capables de ne pas être thérapeutes, de se néantiser en tant que thérapeutes à certains moments. Le modèle absolu du thérapeute, de ce point de vue, c'est l'animal. Convoquer le monde animal fonctionne très bien dans le champ thérapeutique. Tous les outils avec l'animal comme médiateur thérapeutique ont des effets prodigieux, tout cela parce que le génie thérapeutique de l'animal est de ne pas se savoir thérapeute, de ne pas jouer à l'être. Le vrai thérapeute est capable d'être inutile, de rendre utile l'inutile, d'être non rentable, de ne pas se sentir obligé d'être rentable à l'égard de son patient, et donc d'aller le retrouver dans la relation en tant que telle.

Je suis fâché contre les mouvements institutionnels contemporains d'organisation, de managérialisation, de bureaucratie qui organisent de plus en plus les soins, les thérapeutes devant justifier à chaque minute ou presque ce qu'ils sont en train de faire. Ces organisations des soins aseptisent la clinique en partant du principe qu'on est rentable quand on est en train de produire l'acte clinique. C'est oublier qu'aller prendre un café avec un patient, pour ceux qui fument de fumer avec un patient, c'est la base de la thérapie. Il s'agit, en arrivant le matin, plutôt que de courir vers son bureau car on a peur de louper les deux premières minutes d'un entretien, d'être capable de se poser 2 minutes dans la salle d'attente pour discuter avec son patient, ou un autre qui se trouve là, en commençant éventuellement avec un quart d'heure de retard ses consultations. Aujourd'hui, d'un côté, le thérapeute, à titre individuel, doit être de plus en plus armé pour savoir ce qu'il fait, et, de l'autre, l'institution responsabilise de plus en plus ses thérapeutes en surveillant la moindre minute de ce qu'ils font. Je suis convaincu que c'est un acte de destruction organisée du soin et de la thérapie. La thérapie vaut autant par ses actes d'inutilité que d'utilité, tout en sachant que j'utilise le mot « inutilité » de façon provocante car elle est fondamentalement utile.

Lorsque vous recueillez l'histoire de vie de personnes délinquantes, vous arrive-t-il souvent de découvrir qu'un grand nombre d'entre elles ont

aussi été victimes ?

Il est très difficile de répondre à cette question. En tout cas, proportionnellement, des délinquants sexuels – pour prendre l'exemple de ce champ – ont été victimes durant leur passé, probablement plus que dans la population générale, mais il est difficile de donner des chiffres stables. Il y a aussi beaucoup de délinquants sexuels qui n'ont pas été victimes, et évidemment de nombreuses victimes qui ne deviendront jamais des délinquants sexuels. Dans ces situations, il est bien plus pertinent d'être dans le cas par cas. Autrement, si on se dit qu'ils sont très souvent eux-mêmes victimes, lorsqu'on va refaire leur parcours, on va chercher dans l'histoire de vie et donner une signification à des phénomènes parfois peu évidents en se disant : « Ça explique ce qui s'est passé ! ». Si quelqu'un vous dit : « Je suis pédophile et je suis attiré par les enfants depuis toujours. À 5 ans j'ai été initié par mon oncle », bien sûr que cela fait partie de l'expérience et qu'on va en discuter, car cela tient une place importante. Mais il y a aussi des pédophiles qui n'ont jamais vécu ces situations-là.

Travaillez-vous aussi avec des victimes ?

Oui, que ce soit avec des personnes délinquantes, ou bien dans ma consultation tout-venant. Parfois, en consultation, au bout d'un an ou deux de thérapie, des personnes évoquent un vécu de victime. Des personnes peuvent ainsi réaliser un travail psychothérapeutique pendant quelques années avant de dire qu'elles ont été victimes. Ce jour-là, des thérapeutes peuvent dire qu'ils ne sont plus capables de s'occuper d'elles et les renvoient à un confrère. C'est très violent car on reproduit alors le fait de ne pas entendre les personnes. Je crois qu'il faut pouvoir l'accueillir, même s'il faut aussi savoir passer la main si on en n'est pas capable. Les thérapeutes doivent apprendre à faire avec, pour que la personne puisse en parler spontanément. Je ne suis pas un thérapeute spécialiste en victimologie, mais quand on est psychologue clinicien, on a potentiellement affaire à des victimes.

Est-ce tabou de s'attacher à une personne délinquante ? Et comment évoquez-vous cette question auprès des étudiants ?

Non, ce n'est pas tabou, mais tout dépend de ce qu'on met derrière le mot « attachement ». Évidemment, on a tous des patients pour lesquels on a beaucoup d'affection, quoi qu'ils aient commis, quoi qu'ils aient comme pathologie. Cette affection ne s'explique pas toujours. Des gens suscitent une affection généralisée : « Ah mais lui, qu'est-ce qu'il est attachant ! ».

Il est beaucoup plus important d'être capable de l'accepter individuellement et institutionnellement que de le réprimer, que de penser qu'il faudrait rester neutre, impassible.

Christophe Adam, professeur qui occupait les postes que j'occupe actuellement, a beaucoup compté pour moi. Il avait donné une très belle conférence qui s'intitulait « La neutralité malveillante ». Par cette provocation – puisqu'on parle de « neutralité bienveillante » en psychanalyse –, il voulait dire que c'est une erreur de penser qu'on pourrait être neutre à l'égard des personnes qu'on rencontre et que prescrire la neutralité serait malveillant. C'est une erreur d'enseigner aux étudiants qu'on serait adéquat en étant neutre, en n'étant pas engagé au côté de son patient. Je crois qu'on est fait d'épistémologie et de postures politiques qui sont médiatisées dans la rencontre avec nos patients. En parallèle, il y a la déontologie qui nous permet d'agir. Je m'interroge toujours en termes de limitation, notamment en termes d'investissement vis-à-vis de mes patients. La déontologie ne nous dit pas ce qu'on ne doit pas faire, mais comment on doit faire les choses. Il y a toujours un cadre déontologique sous-jacent, avec évidemment des limites qui ne se dépassent pas. Prôner la déontologie ne va pas de pair avec prôner la neutralité. Ceux qui croient qu'ils sont neutres ne le sont pas et il me semble beaucoup plus sain d'assumer de ne pas l'être plutôt que de penser qu'on pourrait l'être. On peut donc avoir de l'attachement, de la sympathie à l'égard d'un patient, et parfois des personnes qui ont commis des actes terribles, atroces, parce qu'il y a une relation qui se crée, parce qu'on a l'impression qu'on comprend une part de son être.

Faire de la clinique, rencontrer l'autre dans une situation de soins, est-ce forcément se confronter à ses propres tabous et valeurs et à ceux de la personne en face de soi ?

Lorsqu'on a la chance de faire ce métier, on est amené à se poser beaucoup de questions sur soi et les patients nous font réfléchir sur nous-mêmes. Les patients nous apprennent notre métier. J'ai vécu des séquences incroyables où des patients m'ont montré que je m'étais trompé, qui me l'ont dit. D'autres m'ont appris sur moi-même, m'ont fait comprendre mes propres limites, sur lesquelles j'ai pu avancer ou pas. Passer sa vie avec des personnes qui s'interrogent sur leur existence fait qu'on s'interroge sur la sienne et qu'on est amené à réinterroger ses tabous, ses limitations. Cela vaut pour le champ de la délinquance, celui de la psychopathologie (je pense notamment à la rencontre de personnes schizophrènes), mais aussi

le champ de la clinique classique. Il est également parfois possible d'injecter ses propres difficultés dans la thérapie, même si c'est avec nuance et parcimonie. Il y a plus de dix ans, j'ai perdu ma mère d'un cancer et, quand un patient m'a dit qu'il allait perdre sa mère, parler de moi a été une évidence. Il ne s'agissait pas de prendre toute la place, de lui parler de choses intimes, mais cela m'a permis de lui dire que la mort, la perte d'une personne m'apparaît être tout sauf uniquement triste. La perte d'un proche ouvre une palette d'émotions de toutes sortes, y compris de la tristesse, mais aussi du bonheur, de la joie, de la souffrance. Le jour où j'ai perdu ma mère, j'étais évidemment très triste, mais j'avais aussi beaucoup d'autres sentiments qui m'habitaient. J'ai alors compris que le pire qu'on pouvait faire, c'était d'imposer une émotion à quelqu'un. C'était terrible qu'on vienne me dire : « Qu'est-ce que tu dois être triste ! », sans accepter d'entendre que j'éprouvais beaucoup d'autres émotions. Quand une personne dit qu'elle ne souffre pas, il est très important de le respecter, en demandant quelle émotion domine. Encore une fois, en thérapie, il est essentiel de dire aux patients autre chose que ce qu'ils sont susceptibles d'entendre ailleurs. En tant que thérapeutes, nous avons la chance de pouvoir recevoir des morceaux de vie qui nous renforcent. Je ne serais pas la même personne aujourd'hui si j'avais fait un autre métier.

Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Je voudrais peut-être terminer en disant que la rencontre clinique ne se limite pas à du langage, à de l'intellect. C'est d'abord une interaction spatiale et corporelle, une rencontre de corps, d'émotions, d'ajustements réciproques. Je ne crois pas que la thérapie devrait toujours passer par de grandes sophistications intellectuelles, des compréhensions systématiques du monde. Je crois que ce qui touche les patients, c'est de rencontrer quelqu'un qui va s'intéresser à eux, qui va chercher à les comprendre, peut-être même plus encore que d'être vraiment capables de les comprendre. Je ne suis pas convaincu que le thérapeute soit mieux capable de comprendre que les autres ; il offre plutôt un lieu où il cherche à comprendre les personnes, en harmonie avec elles. Les patients ne viennent pas non plus chercher des solutions toutes faites. Nous avons d'abord à leur offrir des modes de relation, qu'ils pourront éventuellement exporter en dehors de la thérapie.