

XX
LE TRAVAIL DE FORMATION AVEC LES ÉQUIPES ET
L'ÉLABORATION D'UNE "PRAGMATIQUE DE LA
MENTALISATION"

Depuis le début de cette recherche notre choix fut celui **d'une «pragmatique de la mentalisation»**. Il s'agissait pour nous d'établir les conditions minimales pour que le sujet incarcéré puisse faire l'expérience de la mentalisation et par elle d'augmenter l'empan de sa capacité à mentaliser. L'une des hypothèses qui guida la construction du questionnaire fut que l'amplitude du spectre des questions abordées devait permettre, au sujet agresseur sexuel qui y répondait, de placer des mots sur des pans entiers de sa propre histoire et ainsi de la percevoir. Ce travail devait participer au travail de réaménagement ultérieur de la levée du déni. En effet, mettre en mots participe à un travail de perception psychique des éprouvés internes. C'est en trouvant des mots pour dire ce qui fut perçu que le sujet peut s'approprier sa perception. En la nommant, il la reconnaît comme sienne. Cette mise en mot permet le passage de la perception à la prise de conscience, encore faut-il qu'il y ait "quelqu'un" pour l'entendre; c'est précisément dans ce but que les réunions (tous les mois et demi pendant un an et demi) avec les équipes assurant le recueil des données, devaient permettre à chaque soignant d'augmenter son empan d'écoute. En effet, dans de nombreux cas nous nous sommes aperçus que la description de l'acte d'agression était rarement demandée en détail. L'argument opposé était, en vertu d'une règle de libre parole, qu'il était souhaitable d'attendre que le sujet vint de lui-même aborder son acte. Preuve était pourtant faite que souvent il fallait attendre longtemps avant d'entendre, spontanément, une parole sur l'acte, parole qui parfois ne venait jamais. Une telle pratique révèle aussi la réticence, très humainement compréhensible, des soignants à entendre parfois ce qui relève de l'horreur. Comment, lorsque l'on a soi-même des enfants, peut-on écouter le récit de viol sur enfants avec actes de barbarie? Comment pouvoir supporter, une fois quittée l'enceinte professionnelle, ce qui reste en soi de l'évocation de tels actes? Restes traumatiques, fonctionnant comme des séquestres, pouvant faire retour dans le champ nocturne des rêves, laissant alors le soignant dans un état de détresse psychique. Autant de raisons qui alimentaient la résistance des équipes, les conduisant à s'abriter derrière la très respectable règle de libre parole.

Cependant, les équipes en convinrent peu à peu, une telle conduite risquait d'alimenter une complicité des dénis. Agresseurs sexuels et soignants étant d'accord, pour des raisons inconscientes fort différentes, pour ne pas aborder les détails de l'acte. Dès lors les sujets n'avaient plus de

possibilité de percevoir leur acte et ainsi de le replacer dans une trame historique organisée par la loi humaine où se doit d'être respectée la différence des sexes et des générations.

La mise en place des QIPAAS souleva donc dans les équipes de nombreuses interrogations méthodologiques.

Pour assurer la pertinence de ces entretiens et permettre l'homogénéité des investigations, il a été nécessaire de garantir une formation continue aux personnels assurant ce recueil. L'ensemble des équipes participant à la recherche a été rencontré tous les mois et demi. Chaque réunion du groupe de recherche comptait entre 1 et 4 représentants des diverses institutions qui se sont engagées dans l'activité de recherche, soit à chaque réunion entre 35 et 40 personnes. Les réunions eurent lieu de Mai 1994 à Septembre 1995 date de clôture du recueil des données. Ces réunions, centrées sur la mise en oeuvre de la recherche et les interrogations que suscitait le recueil des données auprès des agresseurs sexuels, étaient émaillées d'apport tant théoriques que cliniques. Ainsi s'est constitué un travail de liaison et de réflexion entre les différents professionnels et les différentes équipes permettant le développement d'une plus grande cohérence dans la prise en charge de ce type de patients.

Les interrogations méthodologiques soulevées par la mise en place des QIPAAS furent nombreuses et riches dans les réflexions qu'elles suscitèrent.

1 - Résistances au QIPAAS

Tout d'abord, dans la droite ligne de notre hypothèse, il fallut vaincre la résistance de certaines équipes. La crainte était que les questions fassent intrusion dans l'espace psychique des agresseurs et que le questionnaire ne conduise à un forçage de la parole du sujet. Dès lors réaction thérapeutique, que nous souhaitons mettre en place, ne devait conduire qu'à panser les "coups de canif" que le questionnaire aurait donnés dans l'espace psychique du sujet. Après 3 mois d'utilisation les mêmes équipes - étonnées- percevaient combien l'outil n'était pas effrayant. Bien au contraire ce qui avait été perçu comme trop aiguë se révélait, à l'emploi, comme un outil très

pertinent de mise en paroles d'actes et de vécus psychiques restant souvent, comme évoqué ci-dessus, dans l'ombre des entretiens.

2 - Difficulté d'une connaissance réelle de l'acte

Si cette recherche permet de prendre en compte la perméabilité restreinte entre système judiciaire et système de soins en milieu carcéral, certaines équipes eurent en effet de la difficulté à accéder aux greffes afin de déterminer l'acte qualifiant pour l'inclusion dans la cohorte; cela nous introduit à une réflexion sur la qualification de l'acte au regard de sa "vérité". Méthodologiquement, la qualification de l'acte se faisait avant l'investigation, par recherche, au greffe, de la qualification judiciaire. Pour autant, cette qualification est loin de recouvrir la totalité de l'acte. Si l'on veut tenter de prendre en compte une certaine réalité de celui-ci, il est nécessaire de comparer la qualification judiciaire à celle effectuée par le sujet. La "vérité" de l'acte se situe quelque part entre ces deux qualifications.

1 - Côté agresseur sexuel, l'acte reconnu par le sujet est souvent lié à de multiples facteurs qui, plus ou moins ressortent tous soit d'une dimension de culpabilité, soit de la manipulation. Par exemple, en cas de viol, le sujet pourra reconnaître l'attouchement sexuel et pas le viol :

- soit par volonté d'atténuer la charge qui pèse contre lui, ce qui peut survenir avant un procès;
- soit par une non-reconnaissance de la notion de viol (par exemple la pénétration digitale peut être reconnue sans perception d'un acte de viol).

Ces deux cas de figures parviennent au même résultat, mais ressortent d'une intention, *a priori*, bien différente.

2 - Côté judiciaire, la qualification de l'acte, quoique "calibrée" dans le cadre pénal, connaît des fluctuations multiples. Elle est effectuée par un homme, le juge. Ce dernier utilisant les catégories pénales, classera l'acte en fonction d'un certain nombre d'impératifs. Ainsi, une agression sexuelle pourra être requalifiée au cours d'une instruction à plusieurs reprises, la

même affaire pouvant, selon la qualification judiciaire, être passible de la cour d'assises ou du tribunal correctionnel.

Ces difficultés de nomination de l'acte délictueux rendent peu probable son appropriation par le sujet. Comment s'approprier quelque chose qui, soit est requalifié ou déqualifié par la justice, soit est démenti par le sujet lui-même ? Dans un tel cas, demander au sujet une description détaillée de l'acte et des éprouvés qui y sont liés, permet au sujet d'avoir à dire sans risquer d'être considéré comme un récitant jugé au bout de la narration et dont, à terme, le récit lui échappera de par la qualification qu'il recevra. Ainsi, en demandant au sujet de décrire son acte, quelque'en soit la violence, c'est de lui dont il parle. C'est lui, en tant que sujet, qui sera écouté. C'est précisément ce changement de point de vue qui permettra au sujet en le "racontant" de percevoir véritablement l'ampleur de son acte, ce que n'avait pas permis les récits visant à une qualification judiciaire ou policière de l'acte qui restent tous extérieurs au sujet.

Un tel récit nous apparaît, avec le recul du temps, tout à fait fondamental. En effet, il existe une grande différence entre l'imputabilité de l'acte et son appropriation par le sujet. **Seul un tel récit peut être considéré comme une prémice favorable à l'appropriation par le sujet de son acte.** Nous y reviendrons plus avant. Cependant, l'expérience nous a montré, avec les sujets déniaient leur acte, qu'une fois la condamnation effectuée il est plus difficile de parvenir à une appropriation de l'acte par le sujet et ainsi à la levée du déni.

3 - La question des refus de passation

Cette recherche par la passation des QIPAAS, ne se fit pas sans quelques refus, même si ceux-ci furent relativement rares. Cependant, tous les refus ne s'équivalent pas : certains sujet auraient accepté de "passer" le questionnaire moyennant deux mois de remise de peine; d'autres, une fois leur affaire jugée, ont refusé considérant cela comme "une affaire classée"; les pères incestueux n'ont pratiquement jamais refusé, contrairement aux sujets violents. **La violence apparaît comme une source plus importante de refus que l'acte d'agression sexuel proprement dit** (ce que confirme bien notre étude). Une telle composante semble aussi être

validée par les sujets du groupe témoin. Tous les refus furent respectés, mais l'expérience a montré que ceux qui refusaient le QIPAAS bénéficiaient, quand même, d'au moins un entretien, ce qui constituait pour eux une première expérience thérapeutique qu'ils n'auraient peut être pas eu sans le questionnaire.

4 - Le QIPAAS : un "aménageur" thérapeutique

La lecture des travaux de nos collègues étrangers, en ce qui concerne les interventions auprès de cette population de délinquants, montre que le souci majeur est d'éviter la récidive. Une telle position, issu du choix du modèle de référence conceptuelle, le cognitivisme, s'inscrit dans une optique judiciaire. **Le choix que nous avons fait, même s'il prend en compte cette dimension se situe plus dans la tentative d'enrayer un processus de répétition et donc de passage à l'acte.** Éthiquement, nous nous situons, non dans une dimension judiciaire, mais dans une perspective d'emblée thérapeutique.

Ainsi, l'utilisation du questionnaire a eu pour nombre d'équipes un effet structurant, que ce soit au niveau d'un remodelage du dispositif d'accueil que du "setting" des entretiens. Par exemple le sujet incarcéré était reçu par 2 personnes, l'une investiguant, l'autre écoutant et prenant des notes. Un tel dispositif, nous le rappelons, est celui préconisé par C. Balier, afin d'éviter les risques trop grands de clivage ou de manipulations psychiques, sans pour autant les éradiquer totalement. Ainsi, naturellement, le questionnaire fonctionna comme un "aménageur" du cadre thérapeutique. Aménagement qui ne porte pas uniquement sur le dispositif, mais aussi sur le déroulement temporel de l'investigation.

4.1 - Questionner : un "forçage" nécessaire de la parole

Le QIPAAS, avec son contenu obligatoire d'interrogations fonctionne pour les équipes comme un surmoi extérieur. Cette "imposition" permet de faire faire, à nombre de soignants, l'expérience d'une investigation non traumatique. Contrairement à ce qui était craint,

la mise en mots se fit sans effondrement du sujet, au contraire, elle fut vectrice d'une expérience véritablement thérapeutique pour l'agresseur. Une telle situation relève de l'organisation psychique dans laquelle se trouve engagé les sujets agresseurs. L'hypothèse est que leur problématique se situe dans le champ d'un défaut de symbolisation : ils n'ont pas la possibilité d'une mise en représentation fonctionnelle d'une partie de leur système pulsionnel. Une part de leur sexualité reste soit dans le champ de l'infantile, soit dans celui de l'archaïque et donc du difficilement représentable (excitatif "pur").

La mise en représentation, le travail de représentance, auquel tout sujet dans son histoire se trouve confronté, nécessite une négociation de la violence. La parole, à ce titre, est toujours "forçage". Symboliser suppose, en effet, une "absence" de l'objet, à sa place c'est une représentation qui s'y substitue dans le psychisme. Toute nomination repose donc sur la faculté de supporter, de traiter la disparition de l'objet du champ de la perception afin qu'il réapparaisse, sous forme d'un symbole, dans la psyché et son appareil mnémonique. La symbolisation va donc de pair avec la problématique de la disparition. Or, la disparition est toujours violence faite au sujet, c'est le confronter à l'insupportable du manque, non pas tant de l'objet, mais du manque à être. Lui proposer de nommer c'est le confronter à cette violence qu'il n'a pu traiter et qui, du moins en faisons nous l'hypothèse, a enclenché le passage à l'acte, voir la répétition de l'acte délictueux entraînant la récidive. Passer à l'acte, c'est éviter dans un champ focal précis, le travail psychique de la symbolisation. Ainsi, **questionner représente certes un "forçage", voire une violence, mais une violence symbolique nécessaire sans laquelle ces sujets ne pourraient se confronter au travail de la représentance.**

4.2 - La description de l'acte : un moment dynamique

C'est bien ce qui est enregistré par les équipes, la description détaillée de l'acte était le **moment dynamique du questionnaire**. S'il place l'investigateur dans une position de voyeur, tous s'accordent

à reconnaître que c'est le moment le plus difficile et c'est souvent un moment "d'authenticité franc" (sic). Ces constatations très fréquentes indiquent que face à l'appareil judiciaro-policié le sujet est dans une description "opératoire", il raconte un acte coupé de ses affects. Nous avons rarement rencontré des soignants présentant des sujets décrivant leur acte de manière exhibitionniste. Au contraire, **la prise de parole provoquait un apaisement et non une excitation** (ce qui serait le cas d'une description exhibitionniste). Pour les deux actants psychique, l'investigateur et l'investigué, l'acte devenait source de représentation psychique pour les besoins du QIPAAS. Ce dernier fonctionnait comme un "tiers", représentant de cette recherche entendue comme lieu des améliorations du soin. Ainsi, le QIPAAS devenait le représentant de celui qui "demandait la parole", de celui pour qui la demande était faite. Dès lors le risque de dire face à quelqu'un devenait certainement moins inquiétant pour l'agresseur.

5 - Les difficultés d'évocation de l'intimité psychique reflètent une régression malaisée

Le plus difficile n'était pour autant pas toujours la description de l'acte, l'ensemble des équipes de recueil des données ont pu différemment le constater, **le plus douloureux pour ces sujets résidait souvent dans le fait d'aborder leur vie psychique** (lieu d'intimité interne), difficulté enregistrée aussi pour le repérage temporel. Cette difficulté permet d'évaluer les capacités régressives que possèdent ces sujets. **Plus l'évocation mobilisera les défenses psychiques de type refus ou clivage, moins la capacité régressive sera présente, autant de points rendant plus difficile la prise en charge future.** Cependant, il faut prendre en compte que ces sujets étaient rencontrés plusieurs fois (en moyenne trois). Pour certains la qualité des réponses évoluait au fil des entretiens permettant aux équipes de se placer progressivement sur des "pistes" thérapeutiques. Par ailleurs, le recul du temps indique qu'il ne semble pas y avoir de parasitage entre l'investigation et la prise en charge. Bien au contraire, le questionnaire fonctionne comme une ouverture qui reste opérationnelle tout au long du traitement.

Si au départ, l'une des craintes était que, face à un tel flot de questions, les sujets allaient se trouver vidés de toute demande, bien au contraire le questionnaire fonctionna comme prévu. La progression que nous avons envisagée permit, non un vidage, mais une mise en mots progressive des différents champs du psychisme du sujet.

6 - L'effet de médiatisation et de renforcement de la contenance psychique

L'expérience a montré que certains détenus ont évoqué avec leur(s) compagnon(s) de cellule - quand ils savaient les motifs d'incarcération, reconnus entre eux, similaires - le questionnaire. Cela a entraîné des demandes de passation qui n'étaient pas prévues dans le protocole originel. Une telle constatation nous indique que loin d'être traumatique le questionnaire peut avoir des "effets de sens" que nous n'avions pas prévu entre les détenus eux-mêmes. Certes il ne faut pas être dupe de l'aspect "dérivatif" que représente en milieu carcéral la passation d'un questionnaire de cet ordre. Cependant, ce seul aspect ne saurait expliquer, à lui seul, les demandes qui furent adressés aux équipes et qui virent des sujets non prévus par le protocole avoir plusieurs entretiens. Ici l'aspect "mise en parole", "mise en perception" et "mise en perspective psychique" de l'acte est prépondérant. Au travers du questionnaire l'acte, aussi violent soit-il, n'entraîne plus d'effraction des systèmes psychiques d'écoute: en quelque sorte l'acte ne devient plus dangereux psychiquement. C'est à partir de cette limite d'écoute reconstituée que l'acte peut commencer à être perçu par le sujet. Le QIPAAS présente donc, pour les équipes, des **effets de renforcement de contenance psychique**, tout en disposant de qualités de "médium malléable"¹, réalisant **une première médiation**, non seulement entre le sujet et son acte, mais entre le sujet et un autre sujet extérieur à l'environnement soignant. Ainsi, **cet effet renforçateur de contenance psychique d'une part et de médiatisation de l'autre permet de réinscrire l'acte délinquant dans un circuit d'historisation sociale.** L'acte, au regard d'un tiers n'est plus parlé en temps que tel mais connaît un intermédiaire qui vient le représenter pour ce tiers, c'est le QIPAAS. Nous

¹ - La notion de "médium malléable" est emprunté à ROUSSILLON R. (

sommes ici face à des éléments de prémice d'une symbolisation. Sans pour autant garantir qu'elle interviendra nécessairement.

6.1 - La contenance psychique permet à l'acte d'horreur de devenir "blessure à penser"

Le dispositif que nous avons mis en place a permis à certains soignants de percevoir combien ils abordaient le délinquant sexuel comme un "délinquant sexuel" et non comme un sujet à part entière. Ils le recevaient comme une image et non comme une personne. Le questionnaire a donc permis la transformation de l'image même du délinquant sexuel pour les équipes de soins. En effet, la nomination fait émerger de la représentation sociale le sujet et sa souffrance. Le dispositif que nous avons mis en place permet donc "l'attente du sujet" et est vecteur de processus représentationnels. Le cadre est ici vecteur d'étayage d'une figurabilité du sujet. En parlant l'acte, dans un tel contexte, le sujet se parle. C'est cette parole qu'il entend "s'adresser à", qui lui révèle la perception, souvent pour la première fois, de son acte. En "rencontrant son acte dans sa parole", il le crée et ainsi en prend possession. C'est cette nomination qui le fonde alors comme sujet souffrant. Son acte n'est alors plus son "emblème", marque répulsive lachée à la figure du monde le désignant comme "ordure". Son acte devient le symbole d'une indicible souffrance, d'une souffrance elle-même en attente de représentation. L'acte ne prendra forme, pour le sujet lui-même, que dans cette nomination. Le sujet pourra se l'approprier si tant est que la souffrance ne vienne pas annihiler le porteur de l'écoute. Là se situe toute la place de l'investigateur, sa capacité à ne pas être subverti - dans sa pensée - par l'horreur. Le risque étant que l'impensable de l'acte se transforme en impensé pour l'investigateur. C'est alors, pour obtenir un bien être commun, le risque déjà évoqué d'une complicité des dénis. Cependant, si cette occurrence est évitée, alors ce n'est pas l'acte qui est accueilli par l'écoute mais son au-delà. L'acte se mue alors en "blessure à penser". L'impensable devient béance narcissique, preuve d'un **inachevé identitaire**. Une fois cela re-connu, le travail thérapeutique peut commencer, les prémices de l'élaboration ayant été rendues possibles par le cadre. Le

délinquant sexuel devenant témoin de son acte pourra alors porter témoignage de ce qu'il a entendu de sa souffrance. S'il fallait parler d'un temps pour la demande de soins psychique, ce ne serait qu'en cet instant que le sujet pourrait l'envisager. On perçoit facilement combien le travail est commencé depuis longtemps quand une demande thérapeutique peut parvenir à la conscience d'un sujet et être entendu comme tel par un tiers; combien corollairement il est vain avec de tels sujets d'attendre d'emblée une demande pour engager un travail thérapeutique.

7 - Une ligne de conduite : chercher à susciter la demande

Ces éléments permettent d'avancer que répondre au QIPAAS est déjà en soi la prémice d'une demande : le sujet expérimentera la possibilité de penser à son acte en présence d'un tiers qui cette fois ne sera pas, soit persécuteur, soit annihilé par lui. Cela ne signifie pas qu'il y aura une demande systématique après le questionnaire, elle ne l'est qu'une fois sur deux (**50% de demandes de suivi psychothérapeutique après la passation du QIPAAS**). Il s'agit simplement d'une expérience thérapeutique qui fera trace (**62% des sujets juge d'emblée l'expérience d'investigation positive**). Tout ces points nous amène à proposer une ligne de conduite générale **avec ce type d'agresseur il ne s'agit pas d'attendre une demande de soins psychiques, il faut impérativement chercher à la susciter.**

8 - Les équipes et l'utilisation du QIPAAS

L'utilisation du QIPAAS a développé des appropriations diverses de cet outil de travail dans les équipes.

Si déjà le QIPAAS sert de support, dans de nombreux centres, à l'investigation thérapeutique, certaines équipes réfléchissent actuellement à l'utilisation du questionnaire comme **évaluation d'un pré-traitement** préparant à un suivi thérapeutique, avec cette question corollaire, comment inscrire le questionnaire dans un protocole de suivi?

Certaines questions auxquelles les sujets délinquants n'avaient pas ou pu répondre, sont parfois reposées quelques mois plus tard, afin de percevoir l'évolution du processus élaboratif. Dans ce cas, le questionnaire est utilisé comme support d'une **évaluation de l'évolution du processus de symbolisation**. Dans le même ordre d'idée, les sujets sont souvent revus après un temps de passation plus ou moins long - en moyenne, quand la détention le permet, l'intervalle est de 1 à 2 mois. Cela permet aux équipes d'apprécier **l'effet en après coup du questionnaire**, ce qui en reste dans le temps dans la maturation du processus représentatif. **C'est fréquemment dans ces entretiens post-investigation que se présentent les autres demandes de suivis.**

Enfin, le questionnaire est utilisé, après le temps de la recherche, comme **un guide d'entretien**. (Dès septembre 97 une version d'usage clinique du QIPAAS, le QICPAAS, sera disponible. Il s'agit d'une version simplifiée et modifiée selon les résultats de la recherche¹).

Ainsi, les équipes en s'appropriant le QIPAAS se sont-elles façonnées un outil de travail qui n'est plus tout à fait celui que nous leur avons fourni, sans pour autant être tout à fait différent. Il est le reflet de leur capacité à créer des soins psychiques. Dès lors l'outil qu'elles utilisent n'est plus un objet étranger, mais reflète l'histoire de l'équipe créatrice de soins, un objet familier dans lequel elles peuvent se reconnaître comme auteur et donc qu'elles utilisent avec plaisir, en pensant qu'elles ont créé ce qu'elles ont trouvé sur leur parcours thérapeutique.

8.1 - Unification du tissu thérapeutique au niveau national

Un autre point mérite d'être relevé à part, dans l'effet de cette appropriation du questionnaire par les équipes. Il s'agit de l'effet d'unification, sur le territoire national, des systèmes de prise en charge.

¹ - Cette version est le fruit d'une confrontation entre l'équipe de recherche et les équipes en place sur le terrain pénitentiaire. Elle a été longuement discutée dans un groupe de travail au sein de l'ARTAAS et particulièrement par l'équipe du SMPR de Varcès, souvent représenté par M. P.-Y. EMERAU. (voir partie "le devenir du QIPAAS").

En effet l'ensemble des équipes qui ont participé à la recherche, ont pu échanger, au cours des rencontres inter-équipes de suivi de recherche, leurs expériences, leurs interrogations mais aussi leurs difficultés. Elles ont pu y puiser aussi des modifications de leur manière d'intervenir psychiquement auprès de ce type de patients délinquants. Tous ces points venant à propos de l'appropriation de l'outil "questionnaire". Par le biais de ces échanges - fertiles - autour d'un outil d'investigation, c'est l'ensemble des pratiques de chacun qui était exposé, discuté, parfois renégocié. Ainsi, **à l'échelle du système de soins psychiques carcéral français, le QIPAAS installe un tissu relativement homogène de prise en charge.** Homogénéité ne signifie pas similitude. Chaque équipe, nous l'avons déjà montré, par ce lent travail d'appropriation conserve ses qualités propres et ses différences fécondes. Cette unification de l'intention de soin sur un territoire est rendue nécessaire du fait même de la mobilité des détenus dans le système carcéral. En effet, un sujet "agresseur sexuel" qui au cours de son histoire carcérale peut changer plusieurs fois de lieu d'incarcération, pourra retrouver un même esprit de prise en charge thérapeutique. Un tel développement évite au sujet délinquant une trop grande rupture de soins quand il change de lieu de détention. Cela ne veut pas dire qu'il n'aura pas à traiter le travail de séparation avec son équipe thérapeutique précédente mais il aura le sentiment d'une unité de prise en charge. C'est cette certaine "familiarité" qui participera pour le sujet délinquant du sentiment d'une "méta-contenance" psychique. Implicitement, il fera l'expérience que son acte - quel qu'il ait pu être sa violence - peut concerner un système social. Son acte, s'il est excluant, n'est pas pour autant exclusion psychique du sujet qui l'a commis. Ce point est aussi renforcé par le fait que le plus souvent les expériences relationnelles thérapeutiques positives sont l'action de soignants particuliers, dont nous savons qu'ils sont nombreux dans ces équipes. Ici, dans le cas de cette homogénéisation, il s'agit non plus de répondre au "coup par coup", de faire de la rencontre thérapeutique un aléatoire dépendant du sujet qui l'organise, mais d'opposer à l'acte transgresseur, une politique cohérente donnant au sujet, quelque soit l'endroit où il est pris en charge, le sentiment qu'il fut pensé, avant et ailleurs qu'ici où il est. Qu'il fut pensé dans son acte même. Ainsi se

trouve reconsidéré la place du sujet, premier acte fondateur de la responsabilisation.

Cet élément d'homogénéisation nous apparaît fondamental pour le suivi de telles personnalités dont il n'est pas possible d'assurer qu'il se fera, au cours du temps d'incarcération, toujours avec le même thérapeute.