

L ' E c r i t

N°54
Mai 2004

Service des soins infirmiers Département Universitaire de Psychiatrie Adulte

« Impact de la décision de justice
et
relation soignant-soigné »

Sommaire:

Préambule

- *Impact de la décision de justice et relation soignant – soigné*

Editorial :

« *Crime et châtement : Réflexions sur les notions de responsabilité et de culpabilité* » Alberto Crespo, juriste chef d'unité, Direction générales Hospices – CHUV, Unité des affaires juridiques et éthiques.

- « *Impact de la décision de justice sur les attitudes et la relation soignant – soigné* », O. Capiot, infirmière, SMPP.
- « *Le crime de Louis Althusser* » Vania Widmer, assistante en psychologie à l'Université de Lausanne.
- « *Des liens entre pénal et soins* », Jean-Philippe Duflon, directeur des soins, Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP).

- *Informations*

Préambule

Surprise !!! L'Écrit est là entre vos mains. Merci d'avoir patienté tout ce temps depuis bientôt une année...

Comme vous pouvez le constater c'est le No 54 qui a devancé ses concurrents ; ce n'est que justice pour A. Crespo, O. Capiot et V. Widmer . Rappelons leur participation au Mercredi Infirmier sur le thème : « Impact de la décision de justice et relation soignant-soigné ».

Nous remercions aussi J.-Ph. Duflon qui développe dans ce numéro la question « des liens entre pénal et soins ».

Bonne lecture

Editorial

Alberto Crespo, juriste chef d'unité, Direction générales Hospices – CHUV, Unité des affaires juridiques et éthiques.

Crime et châtement : Réflexions sur les notions de responsabilité et de culpabilité

Quotidiennement les médias relatent les infortunes du genre humain, mettant en scène bourreaux et victimes, sans qu'il soit toujours possible de départager les uns des autres, le diable s'amusant à brouiller les pistes en redistribuant sans cesse les rôles.

Les tribunaux sont également des miroirs de notre époque, traduisant à travers leurs jugements, les valeurs que la société défend comme les aberrations qu'elle condamne ou supporte.

Le cas du philosophe français Louis Althusser est à ce titre particulièrement intéressant.

Bien qu'il ait été reconnu, par les tribunaux français, meurtrier de son épouse, les juges considérèrent Althusser malade mental et donc irresponsable de ses actes.

Cette clémence envers l'homme se révéla mortelle pour le philosophe.

En effet s'il est concevable d'être philosophe et meurtrier, voire même meurtrier et irresponsable, il est par contre impossible d'être philosophe et irresponsable !

La sanction était insidieuse et Althusser dut porter cette croix jusqu'à sa mort. Et ce n'est que justice.

La sanction était moindre que celle qu'il infligea à son épouse le jour où il l'étrangla.

Mais en quoi cela peut-il bien intéresser les soignants d'un établissement psychiatrique ?

La réponse est simple : les soignants comme la justice, ont affaire à des hommes, innocents ou coupables, avec leurs faiblesses et leurs contradictions, qu'il s'agisse de personnes en attente d'un verdict (judiciaire ou médical) ou déjà condamnées (par la justice ou par les limites de la médecine).

En Suisse, rappelons que le Code pénal prévoit que « *n'est pas punissable celui qui, étant atteint d'une maladie mentale, de faiblesse d'esprit ou d'une grave altération de la conscience, ne possédait pas, au moment d'agir, la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte ou de se déterminer d'après cette appréciation* » (CPS - art. 10).

Pour un délinquant dont l'état mental exige un traitement médical ou des soins spéciaux (dont la finalité sera d'éliminer ou d'atténuer le danger de voir ce délinquant commettre d'autres actes punissables), le juge peut en outre remplacer l'exécution d'une peine de réclusion ou d'emprisonnement par son renvoi dans un hôpital.

Paradoxalement ce délinquant, bien qu'irresponsable pourra exercer ses droits de patient et refuser par exemple d'être soigné contre sa volonté !

On peut ainsi être pénalement irresponsable et pourtant capable de discernement !

Ces situations apparemment choquantes résultent du fait que, contrairement à ce que l'on croit généralement, le droit et la justice ne se superposent pas toujours.

Il est ainsi possible d'appliquer correctement des règles de droit et aboutir à un résultat considéré comme injuste.

Dura lex sed lex dit l'adage.

Les soignants sont par ailleurs souvent confrontés à une problématique incluant leur propre sécurité.

Il y a ainsi analogie entre les risques encourus par un patient en traitement ou devant subir une intervention chirurgicale et les risques qu'assume le soignant s'occupant d'un patient violent et ou gravement perturbé.

Je me souviens d'une équipe d'infirmières confrontées au dilemme suivant : si elles s'approchaient d'un patient (victime d'une lésion frontale le rendant agressif de manière totalement imprévisible), elles mettaient leur propre intégrité corporelle en danger.

Si par contre elles évitaient tout contact (et donc tout risque d'agression) les soins fournis étaient médiocres et elles souffraient de ne pas faire leur métier comme elles l'auraient voulu.

Cette situation de marge de manœuvre négative (quoiqu'on fasse on risque quelque chose) est fréquente dans les hôpitaux. Dans ces cas, le problème n'est pas seulement juridique mais également éthique.

Quelle valeur doit l'emporter ? Aider son prochain ou protéger sa propre intégrité physique ?

La réponse à de telles interrogations n'est pas simple, aussi est-il préférable d'aborder ces problèmes de manière pluridisciplinaire et collégiale chaque fois que cela est possible, en essayant à chaque fois d'anticiper les problèmes pour mieux les affronter.

On rappellera ici la notion juridique de la faute qui engage la responsabilité pénale du collaborateur : Comme l'indique l'article 18 du code pénal : « sera considéré comme coupable non seulement celui qui commet intentionnellement un crime ou délit mais également celui qui le commet par négligence, en agissant sans se rendre compte ou sans tenir compte des conséquences de son acte et sans avoir usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle ».

Mais revenons à ce qui a rendu célèbre Althusser : un meurtre.

Il n'est pas inutile de rappeler que le code pénal considère différentes manières d'être homicide.

Il y a le meurtre, l'assassinat, le meurtre passionnel, le meurtre sur la demande de la victime, l'incitation et l'assistance au suicide, l'infanticide et, enfin, l'homicide par négligence.

Chacune de ces variantes a ses particularités et une sanction qui lui est propre, à l'exception du suicide qui n'est pas punissable ; (la problématique de l'assistance au suicide n'étant pas abordée dans ces quelques lignes).

Il n'est pas surprenant de constater le fait que de tous les biens protégés par la loi, ceux qui bénéficient de la plus grande protection, sont la vie et l'intégrité corporelle.

Si la vie est intangible, les atteintes à l'intégrité corporelle ne sont admises que s'il existe un des motifs suivants : l'urgence, le consentement du patient ou la base légale.

A défaut d'urgence (et de base légale), le consentement du patient est donc indispensable.

Pour ce faire, encore faut-il non seulement communiquer de manière adéquate, mais également garder une trace de cette communication.

Il appartient en effet depuis peu aux professionnels de la santé de prouver qu'ils ont correctement informé leurs patients.

Comme quoi tout se complique !

Heureusement il existe quelques parades pour éviter de se retrouver devant les juges ou un avocat : je pense à l'empathie, à la chaleur humaine et au bon sens.

Impact de la décision de justice sur les attitudes et la relation soignant-soigné.

O. Capiot, infirmière, Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP)

La personne rencontrée en prison se présente sous une double, voire triple identité : personne, détenu ou prévenu, et parfois malade (physique ou psychique).

De plus, la prison, lieu d'enfermement et de punition, peut affecter la santé mentale d'un individu, quel que soit le délit commis.

Ces deux données de base imprègnent la relation soignant-soigné en milieu carcéral.

Plusieurs situations se présentent :

Détention préventive

C'est le lieu de la crise ou des crises, des pertes. L'arrivée, pour une bonne partie des personnes, dans un milieu aux références inconnues, le choc de l'enfermement, impliquent un travail d'accueil, d'information, d'apports de quelques repères et de sécurisation.

C'est ensuite le temps de l'attente, de l'incertitude, de l'inactivité. Le rapport au temps est perturbé, l'avenir incertain. La perte des repères familiaux et affectifs est durement ressentie, de même que la perte identitaire et culturelle, dans un milieu aux règles strictes et immuables. Les dépressions ne sont pas rares, de même que des décompensations sur des fragilités ou des pathologies préexistantes.

La détention préventive peut être longue (de quelques semaines à quelques années) jusqu'au jugement. C'est pour le soignant la

rencontre de l'histoire de vie, du délit, des stratégies mises en place par le prévenu et son avocat en vue du jugement.

Ce dernier représente aussi un moment de stress important, et, paradoxalement, lorsqu'il est prononcé, de « décompression » : le cadre, l'avenir sont clairs, même si inéluctables.

Il faut souligner que certains délits – très médiatisés – lors de l'arrestation et lors du jugement, représentent une charge de stress importante pour la personne qui vit cette médiatisation.

Détention

Le temps de la détention implique une relation dans la durée, la possibilité d'une élaboration de la prise de conscience, de travail sur soi, ceci dans la lente approche, pour les personnes ayant commis des délits « lourds » (meurtres, assassinats, délits sexuels), de leur histoire, de leur fonctionnement, de leur déni, et de leur souffrance.

Durant cette période, des décompensations de pathologies pré-existantes le plus souvent, sont prises en charge dans le cadre d'une unité psychiatrique, qui permet des soins renforcés dans le cadre d'un petit groupe (cette structure existe aussi en détention préventive).

La Colonie – Vevey

Ces deux structures accueillent, pour la première, des personnes accomplissant le dernier 1/3 de leur peine, pour la seconde, de courtes peines (jusqu'à 3 mois).

Malgré un mode de fonctionnement très différent, elles ont toutes les deux un rôle de transition en vue de la préparation à la sortie et d'un retour à la vie sociale, professionnelle et familiale.

Toutes ces étapes se jouent avec la prise en compte permanente de la sécurité (insertion du travail infirmier dans le cadre pénitentiaire), et dans les limites d'un cadre précis qui est fixé à la personne en collaboration avec le service pénitentiaire.

Population soignée (env. 50%)

- Toxicodépendants (produits – alcool) – schéma de sevrage établi – produit de substitution

(Méthadone) déjà présent à l'arrivée en prison

- Troubles mentaux liés ou non à l'utilisation de substances

- Troubles de la personnalité et du comportement

Quelles attitudes adopter ?

- Être convaincu qu'une personne a du bon, quel que soit le délit commis. S'appuyer sur les ressources, la partie saine de l'individu pour soigner (cf M.-F. Collière).
- Envisager la prison comme une parenthèse dans l'histoire de vie : la personne vient de quelque part, elle a un passé, une histoire. Le séjour en prison va stopper et remodeler le projet de vie. La sortie pour certains est lointaine, hypothétique, parfois assortie de mesures tel l'article 43, mais elle devra, dans tous les cas, être préparée.
- Croire qu'une personne peut changer, même avec un potentiel limité ou compromis. Et avoir toujours présent à l'esprit qu'en temps que soignant, nous ne sommes pas là pour juger.
- Séparer le rôle professionnel du soi d'être humain.

- Reconnaître ses émotions (peur, horreur, dégoût) et pouvoir en parler. Utiliser les moyens existants : travail en co-thérapie, discussion de groupe, supervision, refus des secrets, position ferme vis-à-vis des transgressions.
- Adopter une attitude de respect, d'empathie, créer une relation de confiance et une alliance sont indispensables (particulièrement dans la prise en charge de personnes violentes et psychotiques).
- Rester neutre : ne pas s'engager du côté du détenu dans la dénonciation de l'injustice qu'il pense lui être faite, à travers le procès pénal et la condamnation qu'il va subir. Ne pas le laisser se complaire dans son déni et pouvoir le confronter à ses actes et le responsabiliser.
- Dissocier acte/délit et personne et ne pas définir une personne uniquement par son délit. Se méfier des attitudes de rétorsion individuelle ou collective.
- Être attentif à l'indépendance de l'équipe de soins par rapport à l'autorité pénitentiaire, bien préciser son rôle de soignant (secret médical, « contention » chimique demandée...). Être témoin de mécanismes de violence qui peuvent se produire : les analyser, se positionner, ne pas être complice.
- Prendre conscience de ses limites : constater « l'accès barré » aux soins (refus de la personne) et être vigilant vis-à-vis de l'épuisement des soignants.

Quelles sont les problématiques quotidiennes ?

Tout ce qui peut être perçu par la personne comme un manque de respect, une atteinte à

sa dignité, va engendrer frustration, voire une montée en symétrie.

Les vexations réelles ou supposées vont déclencher colère et agressivité.

Les phénomènes de clivage, l'identification projective cherchent à nous envahir par leur violence, à nous faire agir comme eux.

Comment alors rester vigilants en équipe, lutter contre l'ironie, le fatalisme, comment garder idéal et espoir, comment se repérer entre écoute, compréhension et désir de sanction. Et vivre ce défi quotidien du travail en milieu carcéral : respecter la personne, tout en respectant les attentes de la société au travers de la punition qu'elle va subir, et respecter aussi la victime passée et potentielle.

... peut-être cette citation du Dr Lamothe, médecin chef du ? SMPR des Prisons de Lyon pourrait-elle servir de piste ?

« Nous ne sommes pas les alliés objectifs de la délinquance, mais nous sommes les alliés objectifs de nos patients ».

Le crime de Louis Althusser

Vania Widmer, assistante en psychologie à l'Université de Lausanne.

(ndlr : article résumant son travail de mémoire à l'UNIL)

Le 16 novembre 1980, Louis Althusser, célèbre philosophe français, professeur à l'École Normale Supérieure de Paris, étrangle sa femme. Quelques mois plus tard, il est reconnu malade mentalement, et par conséquent non responsable du meurtre. Le meurtre et la reconnaissance de la maladie mentale de Louis Althusser comme sa cause, enferment le philosophe dans le silence, plus encore ils lui ôtent sa qualité de philosophe. Il mourra en 1990. En 1992 pourtant, deux autobiographies de Louis Althusser paraissent : *Les Faits* écrite en 1976, puis la seconde et la plus importante, *L'Avenir dure longtemps*, qui fut écrite cinq ans après le meurtre. Les deux autobiographies racontent l'histoire de Louis Althusser à travers le prisme psychanalytique et elles ont toutes deux la même interprétation. Pourtant la seconde, la seule achevée, devait servir d'explication au meurtre, permettant au philosophe d'être réhabilité à exercer son métier. Je vais donc parler principalement et plus particulièrement de cette dernière autobiographie. Après le meurtre, la limite entre le privé et le public n'est pas claire dans la vie d'Althusser. En écrivant une autobiographie, il participe à renforcer le mélange entre les deux. Pour lui, donner sa version plutôt que de laisser d'autres parler à sa place, lui permet d'être à nouveau considéré comme responsable, donc de pouvoir à nouveau parler de philosophie. D'étaler au grand jour son histoire montrerait que toute sa personnalité n'est pas folle. Il n'a pourtant jamais publié ses autobiographies. L'objectif de *L'Avenir dure*

longtemps est double : il veut être réhabilité à travailler en présentant son histoire comme un cas généralisable, comme une archive. Il ne tiendra pourtant pas son pari. Comme nous le verrons plus tard, son histoire est celle d'un être très particulier, difficilement «généralisable», et auquel il est difficile de s'identifier.

Pourquoi faire ce travail sur Louis Althusser ? Tout d'abord, et étant donné qu'une sanction juridique rend ce qui est supposé comme ce qui est, Althusser est désormais connu comme philosophe et comme malade mental. Deuxièmement, il était un homme célèbre ayant commis un crime qualifié de pathologique. Sa célébrité, le meurtre qu'il a commis et sa maladie mentale sont les trois conditions nécessaires pour motiver un travail sur Louis Althusser, dix ans après sa mort mais surtout vingt ans après son meurtre et sa disparition professionnelle. Ensuite, il reste une énigme, une question à laquelle personne ne peut répondre : pourquoi Althusser a-t-il tué sa femme ?

La première partie de ce travail est consacré à la lecture de la presse de 1980, au moment du meurtre, et en 1992 à la parution des autobiographies. Cette lecture permet de percevoir l'image que la presse reflète de Louis Althusser, les définitions qui lui sont adressées à la suite des deux événements. Il est évident que ce qu'a pu dire la presse de l'époque, particulièrement celle de 1980, a influencé la carrière professionnelle de Louis Althusser. La presse de 1992 n'a pas eu d'effets sur le philosophe puisqu'il était mort depuis deux ans. Ce point de vue forme un premier cercle autour de lui qui le situe comme personnage public. La deuxième partie est consacrée à une lecture linguistique de l'autobiographie *L'Avenir dure longtemps*. Elle forme un deuxième cercle concentrique qui se dessine un peu plus près de Louis Althusser. Comment il décrit le meurtre qu'il a commis, comment il se situe lui-même par rapport au drame, et comment il situe ses lecteurs sont les trois aspects que j'ai étudiés

ici. Enfin, je présenterai l'analyse de l'autobiographie dans son ensemble : elle repère comment Althusser circonscrit les événements de sa vie par le biais de son écriture. Dans la troisième et dernière partie de ce travail, j'aimerais rapporter deux explications et quatre interprétations psychanalytiques - dont deux propositions du couple Althusser lui-même - faites au sujet du meurtre. Mon intérêt est de voir les différentes versions élaborées autour du personnage d'Althusser.

La question de la vérité motive ce travail. Ci-dessus, je disais que l'énigme du «cas Althusser» ne serait pas résolue ; elle contient néanmoins la question du vrai ainsi que celle de la normalité. La question de la normalité est d'autant plus prégnante que Louis Althusser faisait partie de la catégorie sociale qui définit pour une part, ce qu'est la normalité : il était professeur. Jusqu'au meurtre, il n'est pas considéré comme fou par la société, sauf par le petit cercle médical qui s'en est occupé. Mais à partir de ce moment, tout ce qui était considéré comme acquis, comme intrinsèque à sa personne, bascule du côté de la folie. Voyons donc comment Louis Althusser réussit à faire parler de lui encore de nos jours !

1. Althusser, maniaco-dépressif

Si Althusser a été diagnostiqué psychotique maniaco-dépressif, c'est qu'il a été traité par des psychanalystes, Laurent Stévenin et René Diatkine. C'est donc à ce courant que se réfère son diagnostic. A ma connaissance, en dehors des cliniques où il séjourna une grande partie de sa vie adulte, il n'eût pas à prendre de médicaments. Il se rendait uniquement chez son psychanalyste. Son premier psychanalyste, Laurent Stévenin pratiquait une psychanalyse toute personnelle : il faisait des analyses sous narcose. Althusser entretenait également des relations avec des médecins soviétiques qui lui envoyaient des ampoules de sérum de

«Bogomoletz»¹ qui servaient pour toutes les maladies (Althusser, 1994). Par ailleurs, dès sa première hospitalisation, il subit des électrochocs (sans anesthésie, au début de sa maladie dans les années 50). En 1980, après le meurtre, il reçut encore quelques électrochocs. Althusser était atteint de mélancolie grave résistant certainement aux médicaments, mais il n'eut pas la chance de faire partie de la majorité des personnes qui guérissent de mélancolies suite aux électrochocs. L'article 64 du code pénal français permet aux criminels atteints de démence de profiter de soins psychiatriques, plutôt que de suivre le circuit judiciaire et pénitentiaire habituel. Quelques mois après le meurtre, Louis Althusser sera soumis à cette loi, c'est pourquoi il n'ira jamais en prison mais demeurera durant deux ans dans un hôpital psychiatrique. Il réintégra ensuite son nouveau domicile en octobre 1982 et mourut le 22 octobre 1990 des suites d'une crise cardiaque. Il était alors dans une maison de retraite depuis juin parce que son état physique se dégradait.

2. Analyse de la presse

J'ai fait la lecture des articles parus dans *Le Monde*, le *Nouvel Observateur* et dans *L'Express*, suite au meurtre d'Hélène Althusser, le dimanche 16 novembre 1980, et suite à la parution de ses deux autobiographies, en avril 1992². Il m'a paru intéressant de lire les journaux de l'époque

¹ Je lis cela dans l'autobiographie d'Althusser. Peut-on comparer ce sérum à la fameuse poudre de «perlimpinpin»? S'agit-il d'un médicament qui a réellement existé?

² Pour des raisons qui échappent à ma volonté, je n'ai pu consulter d'autres journaux. Par exemple, il aurait été intéressant de connaître ce qu'en disaient L'Humanité, journal communiste (Althusser étant dans ce parti) et Le Figaro, journal de droite. Les partis pris opposés de ces journaux auraient porté à l'extrême la signification donnée à ces deux événements.

du crime et de celle de la parution des autobiographies de Louis Althusser, afin de voir ce qu'ils ont dit à l'époque des faits, comment l'affaire a été traitée, quelles ont été les définitions données à Althusser, comment ces dernières ont évolué.

1980 : La presse et le meurtre

Suite au meurtre d'Hélène Althusser, du 18 au 21 novembre 1980, *Le Monde* publia chaque jour un article ; il en publia un autre le 29 novembre. *Le Nouvel Observateur* publia un article la semaine du 24 au 30 novembre. *L'Express* ne publia aucun article. L'événement a donc intéressé la culture et la gauche plutôt que les intérêts plus économiques et politiques.

Dans les articles parus, les causes du meurtre sont principalement recherchées dans sa maladie mentale. Diverses hypothèses sont élaborées à propos de sa maladie : souffrait-il de psychose maniaco-dépressive ce qui l'aurait amené à un «suicide altruiste» qui consiste à tuer ses proches afin de les délivrer des tourments de la vie? Était-ce la schizophrénie, la paranoïa ou un état de confusion mentale? Louis Althusser reste néanmoins défini comme philosophe et communiste, mais son passé est relu dans la perspective du meurtrier et du fou qu'il est devenu après le crime. Il faut aussi souligner qu'à la suite du meurtre, la presse qui s'est emparée de l'affaire a transformé le statut de la célébrité de Louis Althusser : il était alors très connu dans la communauté intellectuelle et politique ; après le meurtre, il devint connu auprès du tout public. L'affaire ne fit pourtant pas le tour de toute la presse, puisqu'elle n'intéressa pas le magazine *L'Express*. On s'aperçoit que la sphère publique contribue à le définir. Cette dimension publique explique la publication des autobiographies et les réactions qu'elles ont suscité. Elle formera l'amorce de l'autobiographie *L'Avenir dure longtemps*

dans l'avertissement qui l'introduit, ainsi que dans le deuxième chapitre³.

1992 : La presse et les autobiographies

J'ai trouvé des articles entre le 23 avril et le 19 juin 1992 concernant la parution en avril 1992 des deux autobiographies de Louis Althusser et de la biographie de Yann Moulier Boutang. Me basant sur la quantité, la longueur des articles et la présence d'articles dans tous les journaux consultés, je pense que ces parutions posthumes ont été plus médiatisées que le meurtre lui-même, mais dans un registre différent. En effet, tous les articles sont tirés du cahier spécialisé en littérature, de chacun des journaux. Aucun journaliste n'a mis en doute l'interprétation du roman familial que Louis Althusser donne dans ses autobiographies. Il existe cependant des divergences sur la manière de les considérer.

Deux articles consultés sur quatre restituent l'histoire du philosophe, et trois sur quatre proposent un parallèle entre la philosophie et la folie chez Althusser. Seul l'article de *L'Express* ne s'attarde que peu sur ses affaires personnelles, laissant une plus grande place à sa philosophie et à sa politique française. Louis Althusser est surtout défini comme philosophe. Rappelons que l'une de ses définitions dès 1980, est celle de meurtrier, mais pour la presse de 1992, quoique étant le motif de l'autobiographie, cet aspect est secondaire. Je n'ai trouvé qu'un article lié à la parution du livre. Il s'agissait d'un entretien du journal *Le Monde*, avec le neveu de Louis Althusser, son seul héritier, qui s'était occupé de tous ses textes. Ni les amis de Louis Althusser, ni ses collègues philosophes et communistes, ni la justice n'ont été sollicités pour se prononcer sur les autobiographies. Par ailleurs, et contrairement à la presse de 1980, je n'ai pas trouvé de remarques concernant Hélène

Althusser, seule une photo a été publiée en 1992. Le meurtre ne définit plus autant le philosophe comme meurtrier mais semble peu à peu être utilisé comme un révélateur de la maladie mentale du célèbre philosophe. L'un des attraits inavoués de l'autobiographie est une certaine forme de voyeurisme inévitable pour le lecteur, l'autobiographie étant elle-même écrite sur un mode exhibitionniste. C'est peut-être cet aspect peu «intellectuel», qui pousse les journalistes à des commentaires critiques, à propos du changement de registre de genre adopté par Althusser. Tout se passe comme si quoiqu'il en dise, Althusser avait accepté d'être une pathologie d'abord et non une philosophie. La presse commentant la parution de l'autobiographie, accepte désormais la version d'Althusser sur sa maladie mentale, comme explication au meurtre, et cette fois, s'en inspire pour en faire des parallèles avec sa philosophie. Louis Althusser, en tant que philosophe et en tant que meurtrier, est peu critiqué après son crime. Il l'est davantage en 1992, essentiellement pour sa philosophie.

Le meurtre qu'a commis Louis Althusser a tout de suite été interprété comme le fruit de sa folie, avant même que son acte ait été décrété comme irresponsable par la justice française. Néanmoins, alors qu'il est mort depuis deux ans, lors de la parution de ses autobiographies, il n'en reste pas moins toujours un grand philosophe. Le regard porté par la presse (une partie de la presse) sur les deux événements que sont le meurtre et la parution des autobiographies, est généralement assez complaisant avec Louis Althusser.

3. Analyses des textes autobiographiques de Louis Althusser

Cette analyse fournira des éléments de l'écriture, qui permettront de voir

³ Le mot public sera souligné 4 fois et utilisé une dizaine de fois sur une seule page.

comment se situe l'écrivain par rapport à ce qu'il dit. Beaucoup d'écrivains utilisent l'écriture pour faire passer un «sentiment» qui corrobore les idées du texte⁴. J'ai choisi de faire l'analyse discursive du premier chapitre de l'autobiographie de Louis Althusser parce qu'il y décrit comment s'est déroulée la mort par strangulation d'Hélène Althusser, selon Louis Althusser. En outre, sans meurtre, il n'y aurait certainement pas eu d'autobiographie. Tout le livre de l'autobiographie est motivé par le meurtre, c'est pour cela qu'Althusser commence avec son récit. L'analyse qui suit sortira les lignes générales du texte, c'est-à-dire la position que prend Louis Althusser dans le récit du meurtre, et la vision qu'il donne au lecteur de cette scène. Il s'agit de saisir dans l'écriture du philosophe ce qu'il peut dire du meurtre. Louis Althusser a une manière très particulière d'écrire, choquante parfois. L'analyse du texte permettra de relever ce qui donne cet effet à la lecture. De plus il est peu courant qu'un philosophe fou étrangle sa femme, puis fasse le récit du drame. Quelque chose de l'ordre de la fascination, du voyeurisme m'a certainement poussé à faire cette analyse. Eric Marty a sans doute eu ce sentiment particulier en lisant l'autobiographie. Dans une deuxième partie, nous verrons qu'il a trouvé dans l'autobiographie trois figures de styles, particulières et répétées, qu'il a comparées au reste du texte, écrit sur le mode psychanalytique.

Analyse discursive du meurtre, tel qu'il est écrit par Louis Althusser

Il faut d'abord relever que Louis Althusser a choisi de décrire le meurtre. Il aurait très bien pu faire une autobiographie ayant pour cause le meurtre, mais sans en

⁴Le célèbre cas de *L'étranger* d'Albert Camus en témoigne : presque tout le livre est écrit au passé composé, conférant à la lecture du texte un sentiment d'étrangeté du héros par rapport aux événements de sa vie.

restituer la scène et sans la placer en ouverture. Parce qu'il écrit la scène du meurtre et parce qu'il l'écrit à la première personne du singulier, il introduit le lecteur comme observateur et voyeur de la scène, produisant une focalisation interne qui invite le lecteur à participer à la scène.

L'autobiographie est précédée d'un avertissement : Althusser, s'adressant au lecteur, y définit son livre comme la comparution au procès qu'il aurait eu, s'il n'avait pas été reconnu irresponsable du meurtre qu'il a commis. Les dernières phrases du livre répondent étrangement à ces premiers mots : toujours s'adressant au lecteur, il fait un appel à tous ceux qui en sauraient plus que lui, afin qu'ils parlent car cela l'aiderait à vivre. Le ton change entre le début et la fin du livre, et de quelqu'un qui sollicite un plaidoyer, Althusser modifie sa position, en se mettant à la place d'un pauvre quémendeur.

Le premier chapitre de *L'Avenir dure longtemps* est le récit de la scène du meurtre. Il comporte deux parties : l'introduction, le moment où Althusser situe son propos, et la scène du meurtre proprement dite, formant un récit enchâssé quand Althusser se remémore les événements de son passé. Ce récit enchâssé est le propre de nombreuses autobiographies, puisque n'étant pas mort, l'écrivain doit ancrer le discours dans son présent. A partir du présent, il fait le récit du passé. Dans la première partie du chapitre, Althusser explique quels furent pour lui les objectifs qu'il a poursuivis au moment de l'écriture : Il va dire au lecteur «quand et comment» s'est déroulée la scène du meurtre. Il nuance pourtant son propos, en précisant qu'il s'agit d'un souvenir, et qu'il va le raconter tel qu'il l'a vécu. De plus le lecteur ne doit pas voir dans le récit une reconstruction pour le texte, car il a accès directement au souvenir : ce dernier est «intact et précis, jusque dans ses moindres détails, gravé en moi (Althusser) au travers de toutes mes épreuves et à jamais» (Althusser, 1994, p.33). Althusser veut donc

offrir une sorte de témoignage, puisqu'il a vécu la scène et s'en souvient jusque dans ses moindres détails. De ce fait, il introduit une mise à distance entre lui et les faits. L'introduction n'est formée que de deux phrases, la première, très longue, couvre quatre lignes, tandis que la deuxième équivaut à une ligne. Elles sont séparées par «deux points», la deuxième précisant la première. La «base» de la première phrase est entrecoupée de descriptions, rendant difficile la compréhension de son propos. Il semble qu'Althusser lui-même ne parvienne pas à écrire la suite de sa phrase puisqu'il ne la termine pas. Voici la base de sa phrase : «Tel que j'en ai conservé le souvenir intact et précis jusque dans ses moindres détails, (...) je vais dire quand et comment :» (Althusser, 1994, p. 33) Le lecteur la reconstruit aisément grâce à la deuxième phrase : «Voici la scène du meurtre telle que je l'ai vécue.» (Althusser, 1994, p.33). Le tout, lorsqu'il est lu assez vite, ne donne pas l'impression que cette première phrase n'est pas achevée. La scène du meurtre, dit Althusser, se déroule entre deux nuits : «(...) entre deux nuits, celle dont je sortais sans savoir laquelle, et celle où j'allais entrer (...)» (Althusser, 1994, p.33). La scène du meurtre se passe donc le jour. Où est-ce plutôt à la lumière du jour, dans le sens qu'elle serait le symptôme visible des deux nuits, de sa folie ? Comparons l'introduction du récit à la scène du meurtre, c'est-à-dire au récit lui-même. Selon les travaux de E. Benveniste, le discours est un plan d'énonciation lié à l'instance d'énonciation, tandis que le récit en est totalement coupé. L'introduction correspond plutôt au discours : Althusser utilise l'embrayeur «je», la périphrase verbale «vais dire», la déictique «voici». Nous sommes bien au moment présent de l'énonciation : le temps des verbes sont le présent de l'indicatif et le passé composé. J'ai dit ci-dessus qu'il s'agissait «plutôt» d'un discours. En effet, le passage où Althusser décrit son souvenir comme étant «entre deux nuits», correspond plus au récit. On attend généralement d'une

autobiographie que la vie du sujet soit racontée sous la forme de récit, puisque le moment de l'énonciation ne correspond pas au temps des faits qui sont relatés. C'est ce que fait Althusser dans les chapitres qui relatent sa vie. Mais la scène du meurtre, elle, n'est pas écrite comme le reste du livre. Elle est écrite au présent de l'indicatif et au passé composé. Le présent n'est pas, comme l'exige le récit, un présent historique. En utilisant la forme du discours, Althusser confère à son texte, à son passé, une vibration particulière, l'impression pour le lecteur de vivre la scène en direct. Seules quelques phrases nous rappellent que nous lisons une histoire déjà terminée : «c'était le dimanche 16, vers neuf heures du matin», «Plus tard je comprendrai qu'il a dû téléphoner», «je ne sais quand».

Voici la suite des événements dans la scène du meurtre, cet unique «jour» dans la vie d'Althusser :

Soudain, Althusser est debout dans sa chambre, Hélène est couchée sur le dos. Althusser est agenouillé et masse son épouse. Soudain, il est frappé de stupeur, il a déjà vu un mort mais jamais le visage d'une étranglée.

Il se précipite jusque chez le Docteur Etienne : «J'ai étranglé Hélène !»

Le docteur et Althusser redescendent jusque devant Hélène. Le docteur l'ausculte, mais c'est trop tard, on ne peut la réanimer.

Le docteur le laisse seul, les rideaux rouges de la pièce pendent, Jacques Martin⁵ s'est suicidé avec une longue tige d'une rose écarlate sur la poitrine, Althusser pose un pan du rideau, de l'épaule à la poitrine de sa femme.

Le docteur revient et lui fait une piqûre, Althusser sombre alors dans la nuit jusqu'à son «réveil» à l'hôpital.

Les aspects frappant dans cette scène sont les suivants : tout d'abord, Althusser est absent du meurtre. Le meurtre se déroule sans lui : il masse sa femme, puis elle est

⁵ Jacques Martin est entré à l'École Normale en 1941 et était très ami du couple Althusser. Il s'est suicidé en 1963.

morte. Son absence, ou la distance qu'il prend par rapport aux événements se voit aussi par un effet de style déjà remarqué dans l'introduction : Althusser s'échappe au milieu de ses phrases en se perdant dans de longues descriptions. Lu rapidement, ce n'est pas quelque chose qui choque : il promène le regard du lecteur dans des détails très bien décrits. «Un jour gris de novembre - c'était le dimanche 16, vers neuf heures du matin - vient à gauche, de la très haute fenêtre, encadrée depuis très longtemps de très vieux rideaux rouge Empire lacérés par le temps et brûlés par le soleil, éclairer le pied de mon lit.» (Althusser, 1994, p.33). Il s'absente aussi dans son plaisir à tout raconter jusqu'aux détails. Par exemple, il a appris à masser d'un «camarade de captivité, le petit Cler, un footballeur professionnel, expert en tout.» (Althusser, 1994, p.33). Il s'attarde dans l'association d'idées qui ont précédé son geste de recouvrir la défunte du rideau. Althusser s'absente également dans sa façon de faire des sauts, d'oublier de décrire une étape de l'action : «Devant moi : Hélène» (Althusser, 1994, p.33), il oublie de dire que c'est lui qui voit Hélène. Il aurait pu écrire : «Devant moi, je vois Hélène». Un peu plus loin dans le récit, ce même phénomène apparaît : Althusser était debout, et soudain il est agenouillé. Il manque la description de l'action de s'agenouiller. Très souvent, il oublie d'expliquer la causalité des événements, comme si les événements se faisaient tout seuls. La scène débute ainsi : «Soudain, je suis debout». On ne connaît pas le contexte de cette phrase, elle apparaît comme un plan de film, sans qu'on puisse imaginer comment cela se fait qu'il soit debout. Plus loin, il dit aussi : «Il m'est souvent advenu de lui masser le cou.» Le verbe «advenir» est singulier, celui «d'arriver» paraît plus adéquat. Un massage qui «advient» semble être un accident, un imprévu. Son absence encore quand il écrit : «Je ressens une très grande fatigue musculaire dans mes avant-bras.» (Althusser, 1994, p.33-34) et ensuite : «Le visage

d'Hélène est immobile et serein, ses yeux ouverts fixent le plafond.» (Althusser, 1994, p.34). Althusser d'abord a mal, et ensuite il voit les yeux fixes. Ainsi, d'abord, il ressent, et ce n'est qu'alors qu'il se demande quelle en est la cause. La cause est qu'il a étranglé Hélène, ce qui a provoqué sa mort. Mais jusqu'à la fin du deuxième paragraphe suivant, il ne le dit pas. Le meurtre lui-même, par l'absence d'Althusser durant le meurtre, apparaît sans cause, permettant de douter que ce soit Althusser qui l'ait commis. Tous ces éléments relativisent l'idée de la fiabilité du témoignage. Il manque des détails, la progression n'est pas structurée, Althusser semble être «à rebours» des événements. Cela donne l'impression qu'Althusser est flou, embrouillé.

Ce qui ne peut être retranscrit dans la suite des événements telle que je l'ai fait, c'est le style très littéraire que le philosophe utilise. Par son style, mais aussi parce qu'il utilise le «je», sans que le moment de l'énonciation n'apparaisse trop, Althusser se distancie du texte au profit d'un rapprochement vers le lecteur. Louis Althusser raconte donc la scène comme s'il s'agissait d'un nouveau roman, nous introduisant dans le moment présent des faits. Mais l'effet qu'il en donne n'est pas l'horreur que doit être pour un homme de tuer sa femme. Il s'attarde plus sur des souvenirs personnels, sur les conséquences du meurtre : la nuit dans laquelle il est plongé. Il apparaît comme étant lui la victime, puisqu'il n'a pas assisté au meurtre (il ne l'a peut-être pas commis) et puisqu'il souffre depuis et à jamais de vivre dans la nuit. S'il n'est pas lui-même une victime, il est dans tous les cas très passif quant à ce qui lui arrive. Louis Althusser ne partageant pas ses regrets avec ses lecteurs, ce qui est encore une manière de ne parler ni du meurtre ni de la victime. Cela se fait au détriment de cette dernière, Hélène Althusser, qui est l'oubliée. Hélène est même déjà morte avant le meurtre étant donné les verbes qu'Althusser utilise pour la décrire avant de l'étrangler : Hélène est *couchée* sur

le dos, son bassin *repose* sur le lit, ses jambes *abandonnées*. De plus elle ne réagit pas aux massages, ni à l'étranglement.

Ainsi, le texte d'Althusser est fait de plans étranges, peut-être symboliques de sa «nuit». Il manque des aspects importants dans sa description : Le regard d'Althusser fait des sauts, en oubliant les transitions, la causalité. La différence entre la fiction et le réel n'est pas claire. Il n'y a pas dans le texte, ce que l'on peut attendre d'une scène rapportée de la réalité. Enfin, Louis Althusser ne semble pas se définir comme meurtrier.

Analyse rhétorique de l'autobiographie

Eric Marty, professeur de littérature française et contemporaine, écrivain et critique n'a pas manqué de faire l'analyse des textes de l'autobiographie de Louis Althusser. Il l'analyse dans son entier. Marty oppose l'écriture «inconsciente» d'Althusser à son écriture psychanalytique stéréotypée et «consciente», c'est-à-dire délibérée. Il situe ces deux phénomènes en rapport au moment de leur énonciation. Au revers de la remémoration, Marty voit le moment de l'écriture, écriture hallucinée.

Marty repère dans le texte de l'autobiographie, trois traits stylistiques particuliers et répétés, lui servant d'indice de l'hallucination d'Althusser dans le moment présent de l'écriture. Il s'agit de la parataxe, l'anacoluthie et de la répétition ou le leitmotiv qui dérèglent les phrases du philosophe. La parataxe est un «mode de construction de phrase qui consiste à juxtaposer les propositions sans indiquer explicitement le rapport qui les unit» (Grand Larousse de la langue française, cité par Herschberg Pierrot, p.74). Alors que les propositions sont habituellement séparées par des «conjonctions de coordination ou de subordination ou tout simplement grâce à la ponctuation.» (Marty, 1999, p.54) Althusser brise sa phrase par des remémorations que rien ne situe. En voici un exemple : Althusser évoque deux souvenirs de sa grand-mère

paternelle. Le premier décrit comment elle avait envoyé son père chercher trente kilos de haricots secs et vingt kilos de sucre, par crainte de manquer de nourriture durant la menace de guerre entre la France et l'Angleterre. Soudain Althusser ajoute à propos de ces haricots secs : «J'ai souvent pensé à ces haricots secs (...), je les ai toujours adorés à m'en gaver (mais ça me venait de mon grand-père maternel dans le Morvan), ces gros haricots secs rouges italiens dont je tendis un plat à Franca, cette splendide femme sicilienne dont je devais plus tard tomber très amoureux, carrément, alors qu'elle se taisait, pour l'emporter dans son cœur.» (Althusser, 1994, p.53). Ainsi, dans la même phrase, Althusser saute d'un souvenir lointain, celui de sa grand-mère, à un souvenir plus récent : le plat de haricots tendu à Franca (qu'il ne rencontra qu'en 1961 et dont il devint l'amant). Il juxtapose un souvenir de l'enfance, large et étayé, à un souvenir du passé récent, unique et sans contexte (si ce n'est le plat de haricots) et surtout sans qu'il ne fasse aucune transition. Marty note aussi que les qualificatifs des haricots se suivent, sans virgule ni conjonction de coordination : «gros haricots secs rouges italiens». De plus rien ne vient «établir ou écarter une corrélation logique entre «alors qu'elle se taisait» et «pour l'emporter dans son cœur.»» (Marty, 1999, p.55). Aussitôt après la parataxe, la narration reprend son cours, et l'on retrouve la grand-mère paternelle. Cet éclair insolite est d'autant plus bouleversant que les mots patinent et ne font pas toujours sens. La deuxième figure de style, l'anacoluthie, est une «rupture de construction syntaxique» (H. Morier, *op.cit.*, p.102, cité par Herschberg Pierrot, 1993, p.228) et plus précisément, «une incohérence grammaticale dans l'association d'un sujet à son prédicat.» (Marty, 1999, p.56). Le Petit Larousse note qu'anacolouthon signifie «sans liaison». Voici un exemple d'anacoluthie dans le texte d'Althusser, tiré du livre d'Eric Marty : «une toute jeune fille assise sur les marches de

l'escalier, *les genoux joints* et que, dans son silence, je crus incroyablement belle» (Althusser, 1994, p.231, cité par Marty, 1999, p.56). Le prédicat «dans son silence» est mal associé à son sujet «une toute jeune fille» parce qu'il est en fait le prédicat des genoux joints, antécédent de «que». Il faut tout d'abord situer la scène décrite : Althusser explique le cheminement qui l'a amené de la foi chrétienne au marxisme. A ce moment du récit, il est en captivité durant la seconde guerre mondiale, en Allemagne. Lorsqu'il aperçoit la jeune fille, il roule dans une camionnette ; cette vision aurait fortement ébranlé sa foi. Voici comment Marty explique son interprétation de l'anacoluthie : Tout d'abord, il n'était pas possible pour Althusser d'écouter le silence de la jeune fille, puisqu'il roulait en camionnette. Ce silence est donc un silence fondamental et sexuel, émanant des genoux joints de la jeune fille, de la virginité. L'anacoluthie «vise tout simplement à étendre la clôture, cette autre croyance qui joint totalement le jeune homme qu'il est à cette lointaine jeune fille.» (Marty, 1999, p.57). Je pense que Marty se réfère ici à la virginité, longtemps conservée, de Louis Althusser. Le leitmotiv est la dernière figure de style que Marty ait soulignée. La répétition du mot «pur» en est l'exemple le plus marquant. Le mot est presque tout le temps lié à la mère de Louis Althusser. Marty ajoute qu'il est lié au corps de la mère. Ceci, sans doute parce que derrière le mot «pur», se rattache l'idée de la pureté sexuelle. Pour Althusser, «tout se passe dans la tête, surtout pas dans le corps» de sa mère et il décrit ainsi, les relations de sa mère avec son ancien fiancé, aussi nommé Louis : «Aussi sages et purs - surtout purs - l'un pour l'autre», «Ma mère entretint une interminable correspondance pure avec Louis» (Althusser, 1994, p.54, cité par Marty, 1999, p.58). Marty propose de nombreux autres exemples, dont deux concernant des professeurs de Louis Althusser. Pour Marty, ce mot scandé ne «déclenche rien d'autre que son propre leitmotiv agressif». (Marty,

1999, p.58) Ainsi, Althusser éviterait une véritable introspection, laissant le mot «pur» remplacer toute interprétation. Il laisserait le récit de côté au profit d'un souvenir intact. Marty, au début de sa monographie se plaignait du «trop» psychanalytique de l'écriture d'Althusser. Celui-ci n'aurait couché sur le papier que son histoire revisitée par la psychanalyse, délaissant celle qui la soutient. Ici, avec la répétition du mot «pur», Marty constate qu'Althusser ne laisse pas la place au jeu psychanalytique, que ce mot n'est pas interprétable. En suivant Marty, il semble qu'Althusser garde un quant-à-soi dans le cas où l'histoire est déjà trop interprétée et dans celui où il se refuse à l'interpréter. En effet, Marty oppose ces trois figures rhétoriques au discours psychanalytique de Louis Althusser. Les figures de style offrant une «rhétorique du lacunaire, du fragmentaire, de l'aléatoire» (Marty, 1999, p.59) décalée du discours psychanalytique rationnel, explicatif, voir justificatif. Le fossé entre ces deux types de rhétorique est tel, que Marty se demande si l'aliénation d'Althusser se trouve dans l'extravagance de son style ou «dans la soumission aux formes conventionnelles de la représentation du passé.» (Marty, 1999, p.59). La place que prend la folie d'Althusser dans son écriture, enlève beaucoup de légitimité à son texte. Althusser n'est d'ailleurs pas très ambigu à ce sujet. Après un récit tiré de son enfance au Morvan, il dit : «Mais je dois, à la vérité, tenir (la scène racontée) et la présenter pour ce qu'elle a été à travers mon souvenir : une sorte d'hallucination de mon intense désir. Je tiens en effet tout au long de ces associations de souvenirs à m'en tenir strictement aux faits : mais les hallucinations sont aussi des faits.» (Marty, 1999, p.99). Par ses dénégations, il discrédite lui-même ce qu'il dit. Ainsi, dans l'analyse linguistique d'Eric Marty, il y a deux discours qui s'affrontent dans le texte autobiographique de *L'Avenir dure longtemps*. Tandis que les trois figures de style, la parataxe, l'anacoluthie et la

répétition, scandent le texte de leurs goûts hasardeux et incohérents, le discours psychanalytique le retient dans la réalité rationnelle, partagée avec le lecteur.

Eric Marty relève trois figures rhétoriques qui donnent au texte un grain de folie mal contrôlée. Ne peut-on pas penser, qu'à nouveau et à travers son style, Althusser s'échappe ? Cette hypothèse rejoindrait l'analyse du récit du meurtre qui montrait comment Althusser négligeait les causes des événements et avait tendance à s'échapper du texte laissant le lecteur seul, le laissant voyeur de la scène.

4. De la maladie mentale de Louis Althusser

Je ne cherche pas ici comment Louis Althusser a pu donner les signes reconnaissables de la psychose maniaco-dépressive, mais comment son histoire a été expliquée et interprétée, en regard de sa maladie mentale. Alors que précédemment l'intérêt était porté sur l'analyse des textes autobiographiques de Louis Althusser, mon intérêt porte sur la façon dont il est possible, toujours à partir de ses textes, de trouver dans les traces de sa folie, une réponse à la cause du meurtre qu'il a commis. Dans la littérature que j'ai consultée, la folie d'Althusser semble être la seule explication au meurtre. Nous l'avons vu à propos des articles de journaux, lorsque les journalistes tentent une explication, ils le font aussi en terme de maladie mentale. La question se pose et demeure au terme de ce travail, si l'on peut comprendre ce geste d'une autre manière qu'en termes psychologiques.

Je vais présenter les interprétations et les explications psychologiques de la maladie de Louis Althusser amenées par ses médecins, Déniker et Olié (1994), l'auteur Eric Marty

(1999), Hélène Rytman⁶ (1976), sa compagne, Louis Althusser lui-même, son biographe philosophe Yann Moulier Boutang (1992), et enfin Gérard Pommier (1998), un psychanalyste à tendance lacanienne.

Déniker et Olié trouvent une explication dans le diagnostic du philosophe : ils ont cherché à montrer que si Althusser avait tué sa femme, c'est qu'atteint de psychose maniaco-dépressive, il traversait une phase mélancolique au moment du crime, propice au meurtre domestique. Puis ils ont cherché à savoir si la maladie psychiatrique qui engendre le plus des meurtres, est la psychose maniaco-dépressive. Il me semble peu important que la maladie psychiatrique engendrant le plus de meurtres soit la psychose maniaco-dépressive ou la schizophrénie, les statistiques exprimant des régularités, et non des normes. L'important est que l'on ait déjà constaté que des personnes atteintes de manico-dépression commettent un meurtre. Il est peut-être plus important de savoir si Althusser était ou non dans une phase mélancolique au moment du meurtre, mais il est difficile de le prouver. Si l'on pouvait démontrer qu'Althusser n'était pas mélancolique à ce moment, cette preuve servirait à contrecarrer la décision qui a rendu Althusser non responsable de ses actes, lui permettant de ne pas avoir de procès. Si tel avait été le cas, sa définition serait plus celle d'un meurtrier éventuellement fou mais conscient, que celle d'un meurtrier fou et inconscient. La question serait alors de savoir si son meurtre était prémédité ou non.

Comme Déniker et Olié, Eric Marty n'a pas cherché du côté de l'enfance du philosophe une explication psychanalytique au meurtre ; il chercha une solution dans son autobiographie et y trouva une idée récurrente. Cette fois, il ne s'agit pas de linguistique mais bien d'une disposition psychique. Marty ne la classe pas dans la

⁶ Elle n'était pas encore mariée avec Louis Althusser à l'époque de son interprétation. Rytman est donc son nom de jeune fille.

nosographie psychologique, et se contente de la décrire et de la démontrer par des exemples. Il a cherché dans le texte des autobiographies une explication au meurtre. A plusieurs reprises il note que pour Althusser le don d'amour et le don de mort se confondent dans un même mouvement. Le meurtre s'explique ainsi : alors qu'Althusser masse le cou de sa femme (don d'amour), il la tue (don de mort). Ainsi, le texte de Déniker et Olié et celui de Marty comportent un autre point commun les opposant aux autres travaux : ils se basent sur la possibilité qu'Althusser ait commis un suicide altruiste ou un homicide altruiste, selon la terminologie.

Quant aux autres travaux, ils se caractérisent par leur intérêt pour la «constellation de l'enfance» de Louis Althusser d'un point de vue psychanalytique. En effet, la psychanalyse postule que c'est dans l'enfance que se joue le suc de la fantasmagorie adulte, c'est pourquoi il faut chercher la trame explicative du meurtre d'Hélène Althusser dans l'enfance du meurtrier. Hélène Rytman donne le pas à une explication psychanalytique de l'histoire de son compagnon ; elle est suivie par la première autobiographie de Louis Althusser, *Les Faits*, puis la seconde *L'avenir dure longtemps* où le philosophe s'en sert comme explication de son meurtre. Puis c'est au biographe de Louis Althusser, Yann Moulier Boutang, de s'inspirer de ces interprétations pour les faire siennes. Lorsque celui-ci intervient dans un séminaire de Gérard Pommier, *La Psychose dans le siècle*, il donne à ce dernier l'impulsion nécessaire pour écrire un nouvel ouvrage interprétant la constellation de l'enfance de Louis Althusser.

En 1992 deux autobiographies parurent : la plus importante *L'avenir dure longtemps* écrite de mai à juin 1985 et *Les Faits*, éditée en annexe de la première. *Les Faits*, autobiographie écrite en 1976 à la suite de la mort de son père, est restée inachevée. Si *L'avenir dure longtemps* est un long texte, sérieux voire dramatique, *Les Faits* est un

texte qui alterne entre le réel et la fiction : Louis Althusser s'invente des rencontres avec le général de Gaulle, vole un sous - marin atomique,... «Les deux autobiographies aussi terrifiantes l'une que l'autre présentent toutefois des variations remarquables : la première est également féroce pour le père (Charles) comme pour la mère (Lucienne). La seconde charge encore plus le portrait de Lucienne, mais instruit à décharge celui de Charles pour lequel transparait une forte tendresse.» (Moulier Boutang, 1992, p.59)

Je vais surtout parler de la seconde autobiographie, *L'avenir dure longtemps*, qui a été écrite à la suite du meurtre. Elle a été écrite en réaction à un article de Claude Sarraute paru dans *Le Monde* le 14 mars 1985. L'article était consacré à un meurtre anthropophagique. Et l'auteur écrivit au passage : «(...) Nous, dans les médias, dès qu'on voit un nom prestigieux mêlé à un procès juteux, Althusser, Thibault d'Orléans, on en fait tout un plat. La victime ? Elle ne mérite pas trois lignes. La vedette, c'est le coupable (...)» (Althusser, 1994, p.8). Olivier Corpet et Yann Moulier Boutang, qui ont fait la présentation de l'autobiographie, écrivent qu'Althusser, se rangeant à l'avis de certains de ses amis, estimait que Claude Sarraute avait, d'une certaine manière, soulevé un «point essentiel (...) : son absence de «procès», due au non-lieu dont il avait «bénéficié».» (Althusser, 1994, p.8). Cela l'aurait décidé à écrire une autobiographie dans laquelle il décrirait le traitement qu'il avait subi après le meurtre, et qu'il subissait encore. Ainsi, en disant que la victime disparaissait au profit du coupable, Claude Sarraute rappelait pour Althusser, ses proches et son biographe, que le coupable est lui aussi une victime. Une victime, puisque n'ayant pas eu de procès, Althusser est un mort-vivant : suite au meurtre, toute son œuvre fut discréditée et il ne put jamais reprendre son activité professionnelle. C'est une logique qui ne se comprend que sous l'angle fusionnel du couple : on constate qu'on parle

de manière insuffisante d'Hélène Althusser, alors Louis Althusser se met à parler de lui.

Le premier chapitre de l'autobiographie est le récit du meurtre. C'est dans l'avertissement et dans le deuxième chapitre, que l'auteur s'explique sur les motifs de son livre : «J'écris ce livre pour mes amis et pour moi». Il parle ensuite de la procédure qui a abouti au non-lieu et de ses effets : un internement sans fin. Le seul moyen de l'éviter est d'intervenir «personnellement et publiquement pour faire entendre mon propre témoignage.» (Althusser, 1994, p.36). «Voilà pourquoi, puisque chacun jusqu'ici a pu parler à ma place et que la procédure juridique m'a interdit toute explication publique, j'ai résolu de m'expliquer publiquement.» (Althusser, 1994, p.45) «pour donner à chacun les informations dont je dispose» (Althusser, 1994, p.46). Dès le troisième chapitre, il débute son histoire.

Il ne dit pas un mot de l'article de Claude Sarraute. De la scène du meurtre, écrite comme un prélude dans un genre plus littéraire qu'autobiographique, il passe sans transition au deuxième chapitre. Doit-on comprendre implicitement qu'il regrette, puisqu'il nous parle du meurtre, puisqu'il débute l'autobiographie par le meurtre ? A aucun moment, le philosophe ne fait référence à la morale «Tu ne tueras point !». Les aspects de sa culpabilité sont passés sous silence au profit du calvaire qu'il vit au moment où il écrit, et au récit de sa propre vie. Althusser, en écrivant son autobiographie s'insurge-t-il que dans ce petit article de Sarraute, sa femme ait la première place et non pas lui ? Il n'est par ailleurs pas le seul à ne pas donner la parole à sa femme : on ne trouve la voix d'Hélène Rytman dans aucune de mes lectures. Elle aussi, peut-on dire, est tuée deux fois !

Une seule des lettres d'Hélène Rytman adressée à Louis Althusser, intitulée *Lettres sur l'enfance* et écrite le 26 juillet 1964, fut éditée dans les «Matériaux» des autobiographies, c'est-à-dire choisie par les

éditeurs⁷. Au-delà du fait que cette lettre n'est qu'un élément de plus pour qui veut comprendre Louis Althusser, elle est aussi d'un autre intérêt : Hélène Rytman y fait l'interprétation psychanalytique «sauvage» de l'enfance d'Althusser. Or, on retrouve cette même interprétation, sous la plume de Louis Althusser lorsqu'il écrit son autobiographie. La première fois en 1976, il écrit *Les Faits* à l'occasion de la seconde livraison d'une nouvelle revue, *Ça ira*. Elle ne sera jamais éditée. La seconde autobiographie, *L'Avenir dure longtemps*, nous l'avons vu, est une explication publique du meurtre qui lui permettrait d'être réhabilité à parler en philosophe sain d'esprit. Mais il ne l'a pas éditée, malgré quelques hésitations.

Voyons d'abord l'historique des faits jusqu'à la naissance d'Althusser, avant de donner l'interprétation d'Hélène Rytman, puis celle de Louis Althusser lui-même. L'histoire débute deux générations avant celle de Louis Althusser, avec les grands-parents maternels (couple Berger) et paternels (couple Althusser) de Louis Althusser. Les deux couples, nés en France, vont faire le voyage jusqu'en Algérie pour s'y installer. Les Berger ont deux filles : Lucienne (future mère d'Althusser) et Juliette, et les grands-parents paternels deux garçons : Charles (futur père d'Althusser) et Louis. Lucienne et Louis se sont fiancés, lorsque la première guerre mondiale éclate. Les deux frères, Charles et Louis, partent en guerre, mais lors d'une permission, Charles annonce à Lucienne la mort de Louis et lui propose du même coup de l'épouser. Elle accepte. Lors de la permission suivante, ils se marient. Neuf mois plus tard, Lucienne accouche d'un garçon en l'absence de son mari. Le couple décide de l'appeler Louis en souvenir de l'ami et du frère décédé.

Pour Hélène Rytman, Louis Althusser n'a pas été aimé pour lui-même

⁷ Il y aurait pourtant eu plus de 400 lettres échangées entre 1947 et 1980.

parce que sa mère aimait son ancien fiancé à travers lui. De plus, il s'était donné pour tâche de sauver cette mère malheureuse en mariage. C'est le socle de toute la configuration de la personnalité d'Althusser, que lui-même accepta et reprit. Dans sa deuxième autobiographie, Althusser s'y réfère pour justifier le meurtre de sa femme. En fait, ce n'est pas une véritable explication et le reste de son autobiographie n'est qu'un épanchement égocentrique.

Qu'est-ce qui, dans la maladie de Louis Althusser, permet d'expliquer le meurtre qu'il a commis ? Voyons ce qu'ont dit les différents auteurs qui se sont exprimés sur ce sujet.

Yann Moulier Boutang, le biographe de Louis Althusser est le premier à refuser telle quelle l'interprétation psychanalytique d'Hélène Rytman. Pour lui, si Althusser a tué sa femme c'est que celle-ci avait la place symbolique de sa soeur, qu'il désirait inconsciemment tuer. Dans le raisonnement de Moulier Boutang, il manque cependant la raison pour laquelle Althusser désirait tuer sa soeur.

Gérard Pommier n'est convaincu ni de l'analyse de Moulier Boutang, ni de celle des Althusser. Pour lui, Louis Althusser s'est construit une interprétation psychanalytique pour se cacher celle qu'il ne pouvait accepter : son père n'est pas aussi violent qu'il le croit, seulement, il désire ardemment l'éliminer (fantasmatiquement, bien entendu). C'est le schéma classique du complexe d'Oedipe. Mais l'explication oedipienne ne suffit pas à expliquer le meurtre que Louis Althusser a commis.

La raison pour laquelle Althusser a pu désirer inconsciemment tuer sa femme reste une énigme. Il y a la vérité de celui qui interprète - la plupart des interprétations présentées ici sont psychanalytiques mais elles seraient encore plus divergentes si on les avait confrontées à d'autres approches psychologiques - et il y a la vérité de celui qui vit la maladie. A la question «Pourquoi Althusser a-t-il tué sa femme ?» il n'y a pas

de réponse, puisque la cause du meurtre est sa maladie, et que sa maladie est expliquée de diverses manières. L'inconscient d'Althusser garde en son pli les raisons du meurtre. Mais l'inconscient n'est peut-être pas le seul à l'expliquer : la relation particulière entre Althusser et Hélène Rytman, leur rôle social, dans le pays qu'est la France, et à l'époque à laquelle ils vivaient,... tout cela joue également un rôle. Au-delà de toutes ces variables, il y a le sujet, et le sujet garde toujours une part d'insondable.

Conclusion

La lecture des journaux et leur analyse m'a semblé être un pas adéquat pour approcher de Louis Althusser. Elle nous a introduit aux circonstances du meurtre d'Hélène Althusser, à celles de la parution des deux autobiographies, et au contexte général de l'époque. Surtout, elle a permis de faire des hypothèses sur la façon dont Althusser était perçu avant le meurtre et de voir comment il a été défini à la suite du meurtre. Alors que sa maladie mentale n'était pas affaire publique avant le meurtre, après le meurtre elle devint dans la presse la catégorie la plus pertinente pour définir Althusser, délaissant au second plan les définitions de philosophe ou de communiste. Sa définition s'est peu modifiée à la suite des autobiographies, elle s'est même comme figée, durcie un peu plus, laissant supposer que si l'on parlait encore de Louis Althusser dans vingt ans, ce serait en tant que fou plus qu'en tant que philosophe⁸.

Les analyses linguistiques nous permirent de goûter à l'écriture particulière des autobiographies de Louis Althusser. Il a

⁸ Je n'ai trouvé qu'un texte qui se référait à Louis Althusser après 1992, en tant que philosophe uniquement, c'est-à-dire sans allusions ni à son crime, ni à sa maladie. Il s'agit du livre de Paul Ricoeur *L'idéologie et l'utopie* paru en 1997 aux éditions du Seuil.

révélé des caractéristiques récurrentes tant dans le récit du meurtre, où sa tendance à s'absenter incite le questionnement, que dans l'autobiographie dans son entier, dans laquelle Marty repère les traces des hallucinations d'Althusser. La folie du philosophe a été stigmatisée dans le moment même de l'écriture.

Enfin, les explications et les interprétations de la maladie de Louis Althusser, en tant que cause du meurtre qu'il a commis, ont révélé la diversité des versions et des opinions, les unes ne contredisant pas toujours les autres par ailleurs. Elles ont commencé avec la parution des autobiographies, où le malade lui-même donne une explication rationnelle de sa maladie et de son meurtre. Le plus surprenant, c'est que la trame de son histoire est écrite quelques années avant le meurtre qu'il a commis, par la victime elle-même. Faut-il croire le philosophe fou qui clame une enfance traumatisante ? Faut-il croire le biographe (Yann Moulier Boutang), le psychanalyste (Gérard Pommier), les médecins psychiatres (Déniker et Olié) ou le professeur de linguistique (Eric Marty) qui se basent sur les entretiens avec Althusser et sur son autobiographie pour élaborer des explications ? Que faire de la philosophie d'Althusser aujourd'hui ? En commettant un crime sous l'emprise de la folie, ses propos philosophiques ne sont-ils plus légitimés ?

Nos normes sociales n'admettent pas que le roi de la raison soit par ailleurs le roi des fous ! Dans son introduction, Gérard Pommier nous dit que l'oeuvre d'un artiste, qu'elle soit intellectuelle, sensible, provocatrice, rationnelle, irrationnelle ou tout en même temps ne cesse d'être légitimée même si l'artiste est reconnu malade mental. L'oeuvre est prise pour elle-même, délaissant les affres personnelles du créateur. Alors que les instances qui définissent la folie sont les mêmes qui définissent la santé, l'artiste, s'il est malade mental, n'est marginalisé ni pour sa folie, ni pour son oeuvre. La règle sociale qui a

interdit à Louis Althusser de continuer son métier, est si forte que ce problème ne fut même pas discuté à ma connaissance. En toute logique, Althusser a cessé de faire paraître ses textes. Il n'est pourtant pas le premier philosophe atteint de pathologie, mais il est le premier à faire un scandale public par un meurtre, mettant sa folie en exergue. Désormais, ses textes ne peuvent plus être lus sans arrière-pensée, et on ne peut plus détourner le regard du lecteur de la démence d'Althusser. Je pense toutefois que Pommier oublie une chose : la folie de l'artiste n'est acceptée que s'il n'a pas commis de crime. Althusser sera reconnu malade mental après le meurtre d'Hélène Althusser, et le non respect de la loi des hommes, «Tu ne tueras point», ne lui sera pas pardonné : il ne pourra réparaître parmi les hommes.

Bibliographie :

- ADAM (Jean-Michel) et REVAZ (Françoise). - L'analyse des récits. - Paris. Seuil. Mémo. 1996.
- ALTHUSSER (Louis). - L'Avenir dure longtemps suivi de Les Faits, 2nd éd. - Paris. Stock / IMEC. 1994.
- ALTHUSSER (Louis). - Lettres à Franca (1961 - 1973). - Paris. Stock / IMEC. 1998.
- DENIKER (P) et OLIE (Jean-Pierre). - La mort d'Hélène Althusser : un cas d'homicide altruiste rapporté par le mélancolique. *Société médico-psychologique*. 152. n 6. 28 février 1994. pp. 389-392.
- HERSCHBERG PIERROT (Anne). - Stylistique de la prose. - Paris. Berlin. 1993.
- LE MONDE. Quotidien. - Paris. 18 novembre 1980. p.48. Après s'être accusé du meurtre de sa femme.
- LE MONDE. Quotidien. - Paris. 19 juin 1992. p.27. Lectures en vacances, Essais et documents, L'Avenir dure longtemps.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 19 novembre 1980. p.16. En raison de l'état de santé du philosophe

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 20 novembre 1980. p.17. Trois experts psychiatres examineront M. Louis Althusser.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 21 novembre 1980. p.14. Une mise au point du directeur de l'E.N.S. après la mort de Mme Althusser.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 24 avril 1992. p.25. Les morts d'Althusser.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 24 avril 1992. p.30. Le fou et le philosophe.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 24 avril 1992. p.31. Les morts d'Althusser.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 29 novembre 1980. p.2. Ne pas faire silence.

LE MONDE. Quotidien. - Paris. 4 décembre 1992. p.34. Althusser prisonnier de guerre.

LE NOUVEL OBSERVATEUR. Hebdomadaire. - Paris. 23 - 29 avril 1992. p.51-53. L'extraordinaire confession posthume du philosophe marxiste.

LE NOUVEL OBSERVATEUR. Hebdomadaire. - Paris. 24 - 30 novembre 1980. p.26-27. La tragédie de Louis Althusser.

L'EXPRESS. Hebdomadaire. - Paris. novembre 1980 - novembre 1981.

L'EXPRESS. Hebdomadaire. - Paris. 15 mai 1992. p.59-60. Le naufrage d'Althusser.

L'EXPRESS. Hebdomadaire. - Paris. 15 mai 1992. p.61. Le modèle italien. L'histoire parallèle des deux grands partis communistes d'Occident. Où l'on retrouve Louis Althusser.

MAINGUENEAU (Dominique). - L'Énonciation en linguistique française, 2nd éd. - Paris. Hachette. 1994.

MARTY (Eric). - Louis Althusser, un sujet sans procès : Anatomie d'un passé très récent. - Paris. Gallimard. 1999.

MOULIER BOUTANG (Yann). - L'interdit biographique et l'autorisation de l'oeuvre. *in*: Lire Althusser aujourd'hui. - Paris. L'Harmattan. 1997.

MOULIER BOUTANG (Yann). - Louis Althusser, une biographie : La formation du mythe (1918 - 1956). - Paris. Grasset. 1992.

PELICIER (Yves). - Univers de la psychologie : Vocabulaire de psychologie. - Paris. Lidis. 1977.

PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ. Paris. Larousse. 1985.

POMMIER (Gérard). - Louis du Néant : La mélancolie d'Althusser. - Paris. Aubier. 1998.

Des liens entre pénal et soins

Jean-Philippe Duflon, directeur des soins, Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP)

Explorer la question des liens qui existent entre les catégories du soin et celles de la justice ou du pénal, c'est accepter de s'aventurer dans l'interface de deux sphères à priori bien définies, mais dont la rencontre pose les questions essentielles de savoir qui nous sommes et de toujours réactualiser la question fondamentale du sens de nos actes. Soigner ou punir... comme il serait confortable que la frontière séparant ces deux mondes soit toujours illuminée d'évidence. Mais que se passe-t-il lorsqu'une « mesure » au sens de l'article 43 du code pénal suisse est prononcée, qu'elle soit internement ou obligation ambulatoire de traitement, et que toute évolution de ce cadre contraignant passe par l'évaluation médicale? Que se passe-t-il aussi lorsqu'au nom d'une vision humaniste, d'ailleurs explicitement soutenue par les bases éthiques et juridiques gouvernant l'exercice des soins en milieu carcéral, un soignant vérifie quotidiennement auprès d'un détenu, placé dans un cachot au nom d'une sanction disciplinaire, que sa santé psychique n'est pas menacée par les rigueurs de cet enfermement? Que signifie en particulier le fait que cette distinction soit souvent bien plus difficile à faire pour les personnes soignées que pour les professionnels? Tout soignant qui a exercé dans le milieu carcéral a

certes eu l'occasion d'accompagner l'un ou l'autre de ces patients qui font preuve d'une véritable délectation morbide à nier notre identité; mais la négation de l'autre en tant que sujet, qui caractérise ceux qui ne veulent ou ne savent construire de relation autrement que dans un contexte d'instrumentation, ne suffit pas à tout expliquer. En soignant ceux qui ont commis des délits, l'on se rend vite compte que bien des concepts, utilisés à la fois par la justice et la médecine, recouvrent des dimensions variables selon que l'on soit dans l'une ou l'autre spécialité.

La distinction est pourtant nécessaire. En effet, si le recours à la justice est clairement une réponse à un acte, conditionnée par les circonstances qui entouraient sa réalisation, le soin se préoccupe prioritairement, dans le domaine qui nous intéresse, de la relation qui existe entre l'individu et son acte. Le passage à l'acte ne peut être considéré comme un objet de soins en lui-même; la préoccupation du soignant est fondamentalement la souffrance qui se cache derrière l'agir, qui est en quelque sorte figée, externalisée et donc moins présente dans la conscience du patient. Car même en prison, l'interlocuteur du soignant est un patient. Être « détenu », c'est être dans un rapport particulier à la société, non à la santé. Ce

n'est que secondairement que l'enfermement peut avoir un impact, parfois dramatique, sur la santé. Alors bien sûr, cette différence radicale entre soin et justice demande elle aussi une attention particulière. En effet, s'il est certain que nous ne soignons pas l'acte, il serait illusoire de penser que les soignants ne s'en préoccupent pas. La thérapie des patients ayant commis des actes représentant une atteinte à l'humanité, à l'identité ou à l'intégrité de leurs victimes – nous pouvons par exemple penser aux patients pédophiles ou meurtriers – est emblématique de cela : il va de soi que l'auteur de tels actes, lorsqu'il entre dans une démarche thérapeutique, nous amène inmanquablement un matériel dont le fil conducteur est la recherche des liens existant entre ses délits ou crimes et le reste de sa vie... La construction de la relation soutenant l'acte devient l'objet de nos préoccupations, tant il est vrai que le scénario en tant que tel ne saurait occuper une telle place.

La responsabilité

La notion de responsabilité est exemplaire de la distinction nécessaire entre justice et soins. L'article 10 du code pénal suisse relie explicitement reconnaissance de la responsabilité et possibilité de punir : celui qui « ne possédait pas, au moment d'agir, la faculté d'apprécier le caractère illicite de son acte ou de se déterminer d'après cette appréciation » est en situation d'irresponsabilité ; il n'est donc pas punissable. La responsabilité, au sens de la justice, est liée à un acte, et plus précisément à la volonté délictueuse qui en est à l'origine. Et lorsque l'individu est reconnu incapable d'identifier son acte à un délit, il peut être soumis à une « mesure », en particulier l'une de celles qui sont prévues par l'article 43 du même code pénal : obligation de suivre un traitement ambulatoire et/ou internement.

Lors du traitement qui s'ensuivra, les soignants vont eux aussi solliciter d'une

manière ou d'une autre la notion de responsabilité, à l'instar de ce qui se fait toujours lorsqu'un processus thérapeutique est engagé. Mais cette acception du terme est différente de celle qui détermine la possibilité d'une condamnation pénale. Elle sollicite ce qui a poussé l'individu à vouloir agir, au sens où l'acte est un positionnement face à la vie, et non seulement une volonté consciente de porter atteinte à l'intégrité d'une victime. L'accompagnement thérapeutique est souvent marqué par une première étape de confrontation à la réalité, qui consiste pour le patient à prendre conscience que son incapacité à se représenter l'autre comme sujet n'est pas un blanc-seing pour agir. C'est une confrontation, parfois une ouverture, à la réalité de la vie en communauté, à tout ce qu'implique la réciprocité des relations interindividuelles.

Force est de constater que la distinction entre ces deux contenus du concept de responsabilité n'est pas toujours aisée ; une certaine confusion fait d'ailleurs partie de la pathologie propre à nos patients, précisément parce qu'ils n'ont pas appris à intérioriser les barrières permettant d'éviter le débordement d'une production fantasmatique sur l'agir. Mais certaines pratiques de soins sont là pour rappeler que la responsabilité, lorsqu'elle est placée dans une perspective thérapeutique, est un regard porté sur soi-même avant d'être ce qui conditionne les conséquences d'une transgression. Ainsi, même lorsqu'il est soumis à une obligation légale de soins, le patient qui ne vient pas à un entretien sans s'en excuser selon les modalités habituelles se verra facturer la prestation « rendez-vous manqué ». L'obligation de soins conditionne par ailleurs bien évidemment un mandat pour les thérapeutes. Ils sont eux aussi liés par une obligation, celle de proposer un traitement. Mais cela n'est évidemment pas une obligation de réussite : l'obligation ne saurait pallier à l'absence de volonté de changer. Les autorités pénitentiaires, qui sont en charge du suivi de ces mesures

d'obligation de soins, pourront refuser tout élargissement, tout assouplissement de la mesure et du contrôle social qui lui est lié, au nom même du fait que le patient refuse d'entrer dans un processus thérapeutique.

Comme pour illustrer la distinction à propos de la responsabilité, il arrive fréquemment que des patients caractérisés par l'incapacité de reconnaître l'autre comme sujet (celle précisément qui détermine une irresponsabilité pénale) se présentent à l'entretien thérapeutique avec les mêmes troubles que ceux qui ont marqué leurs passages à l'acte : ils se montrent menaçants envers les thérapeutes, injurieux, violents dans la description de la situation ou l'énoncé de leurs intentions, jusqu'à dépasser les limites du supportable. La violence de l'échange peut être telle que le thérapeute est mis en danger dans sa propre intégrité, dans sa capacité à garder sérénité et distance face à l'horreur. Le risque est finalement qu'il se trouve en face du patient dans une position comparable à celle d'une victime. A ce moment, il a le droit, voire le devoir, de se protéger et de mettre de la distance dans le suivi thérapeutique ; cette protection peut être l'espace des entretiens, la médiation d'un tiers par l'introduction d'un setting de co-thérapie, voire l'interruption de la relation de soins, mais dans tous les cas elle sera identique que le patient soit pénalement responsable ou pas. L'existence d'une obligation légale de soins amènera alors les soignants à régulièrement témoigner auprès du patient qu'une offre de soins est disponible, pour autant qu'il investisse la relation thérapeutique autrement que comme un espace privilégié de productions fantasmatiques morbides. En d'autres termes, l'irresponsabilité pénale ne doit pas déboucher, pour le patient, sur la simple possibilité de réveiller l'excitation et la jouissance qui étaient liées au passage à l'acte.

Entre individu et société

Bien que cela relève de l'évidence, il n'est pas inutile de rappeler encore que les modes de gestion pénale et carcérale d'un côté, médicale de l'autre, diffèrent également par l'objet premier de leurs préoccupations. En effet, lorsque l'expression des troubles psychiques d'un individu sont intriqués avec ses actes délictueux, la justice et les institutions qui lui sont liées vont donner des réponses qui se préoccupent de manière privilégiée du trouble apporté à l'équilibre communautaire. Certes, la justice tient compte du fait que ses réponses ou décisions doivent également préserver les intérêts de l'individu mis en cause. Elle le fait en cherchant des solutions qui permettront à cet individu de réintégrer un jour l'univers social, de manière à la fois satisfaisante pour lui-même et acceptable ; c'est la mission éducative, centrée sur la prévention du risque de récidive, que notre système pénal reconnaît à la sanction. Mais il reste que tout cela est évidemment subordonné à l'exigence que les aménagements décidés doivent être compatibles avec ce qui est socialement – et légalement – acceptable.

La réponse médicale se préoccupe évidemment elle aussi de la manière dont le patient pourra vivre au sein de son environnement naturel avec un maximum d'harmonie. La différence réside davantage dans ce que l'on peut appeler « l'unité de raisonnement » retenue. En effet, plus que de rechercher prioritairement l'équilibre entre intérêts personnels et sociétaux, les soignants tentent de solliciter et développer les capacités du patient à vivre dans un environnement humain en intériorisant cet équilibre. Les deux approches sont complémentaires l'une de l'autre, et l'expérience nous montre régulièrement à quel point la question de la balance entre groupe et individu se retrouve d'une discipline à l'autre. L'approche systémique notamment se préoccupe de manière privilégiée de l'équilibre qui se construit entre ressources psychiques de l'individu et

équilibre du groupe de référence. Mais lorsque l'on soigne, l'unité de raisonnement est toujours l'individu, fût-il porteur des souffrances de plusieurs.

Pour soutenir cette comparaison, nous pourrions nous rappeler que la loi définit ce qui est socialement acceptable : elle précise les frontières du « normal », de ce qui est compatible avec les normes. Le soin, quant à lui, cherche à faire émerger la subjectivité de l'individu en termes qui prennent sens et qui permettent de sortir d'un cycle de répétition : la quête est alors celle du « vrai » sachant que celui-ci est tout, sauf universel et immuable.

L'identité déviante

Soigner des personnes ayant commis des actes délictueux procède donc d'une démarche centrée sur la personne, à l'instar de ce qu'elle est partout ailleurs. Les infirmiers et infirmières œuvrant en prison vont accompagner le patient dans un processus de remise en question et, puisqu'ils sont en quelque sorte les spécialistes, parmi tous les soignants, des questions touchant aux liens existant entre souffrance et manière d'être en relation avec l'autre dans la vie quotidienne, ils ou elles vont se préoccuper avec lui des questions les plus intimement liées à la construction de son identité. Or nous pouvons aisément imaginer à quel point, pour le patient en situation d'enfermement, la problématique de savoir « qui il est » est intriquée avec les actes qui l'ont amené « là où il est ».

La prison représente en effet souvent une rupture drastique avec les facteurs identitaires préexistants : vie de famille compromise, pertes sociales et affectives, cassures professionnelles, etc. Cet aspect est évidemment particulièrement aigu avec les personnes ayant commis des actes répétés, particulièrement dommageables à leurs victimes, enfermés pour une durée suffisante pour que la notion d'évolution du cadre

existentiel soit compromise. Ces très longues peines, qui peuvent aller jusqu'à la perpétuité dans notre pays, sont évidemment liées à des actes marqués par une horreur dépassant l'entendement.

A accompagner de tels patients, lorsqu'ils s'inscrivent dans une démarche thérapeutique, nous nous rendons vite compte à quel point le quotidien est marqué par la trace de ces actes, mêmes s'ils ne sont que rarement rapportés en tant que tels dans le matériel produit par les patients au cours des entretiens. Le caractère innommable des actes apparaît à travers une sorte d'obnubilation, d'omniprésence qui peut aller jusqu'à étouffer les souvenirs d'enfance, d'adolescence, ou simplement antérieurs à l'activité délictueuse. Le discours de ces patients est souvent frappant par l'absence d'émotivité, comme si toute la période de la vie qui permet habituellement à l'être humain de se construire en tant que sujet capable d'éprouver ou de ressentir était devenue étrangère à sa mémoire. Il reste alors, dans ces situations, à travailler avec lui sur ce qui se passe maintenant : comment a-t-il pu faire face aux remarques d'un interlocuteur, interprétées bien plus que ressenties comme des brimades, comment a-t-il réagi en étant le témoin d'une altercation entre deux autres détenus, ou comment a-t-il compris qu'un voisin de cellule l'invite à partager un café ? La répétition de ces péripéties si concrètes permet parfois de déboucher sur l'évocation d'expériences passées, voire sur le souvenir d'une émotion ressentie par l'enfant qu'il a été...

Le challenge des soins est, dans ces situations, de permettre au patient de faire face à ce qu'il n'ose ou ne peut plus éprouver, car éprouver pour soi-même est évidemment le passage obligé pour apprendre à reconnaître l'autre en tant que sujet capable d'éprouver (en particulier le désir de créer une relation ou pas), et donc d'être un sujet autonome. Il faut garder en conscience que nous

accompagnons là nos patients sur l'un des chemins les plus difficiles qu'un être humain puisse avoir à emprunter : pour ceux qui, par exemple, ont commis des crimes de sang ou gravement atteint à l'intégrité d'enfants, il ne s'agit effectivement pas de regarder leurs propres actes avec le sentiment d'horreur et d'opprobre qui marque le regard des autres. Nous imaginons aisément à quel point, dans de telles situations, le retrait affectif peut protéger de ce qui serait autrement si difficilement supportable.

Il arrive donc que la négation actuelle des affects et des émotions, qui permet de supporter un passé dont on sait bien qu'il aurait dû être différent, s'inscrive dans la continuité de celle qui a, au moment des crimes ou des délits, précisément empêché de reconnaître les victimes comme des sujets à part entière, puis autorisé la relation d'emprise et le passage à l'acte. Dans la mesure où cette reconnaissance de l'affect est indubitablement une étape indispensable si l'on considère la relation à de tels patients dans une perspective d'ouverture à un environnement humain, cela nous ouvre des perspectives dans lesquelles l'accompagnement est fait de confrontation, non brutale et non empreinte de symétrie face au patient (la dimension figée qui signe de tels tableaux peut avoir quelque chose de profondément décourageant pour le soignant qui y est confronté), mais faite de reconnaissance de ce qui aurait pu être différent si la peur face à une situation, si la déception de recevoir une demande refusée, si la frustration de constater qu'un ami autrefois fidèle et régulier se met à espacer ses visites, ou toute autre émotion avait pu passer la barrière de la conscience. Inutile de préciser, à ce moment, à quel point les questions liées à l'éthique des soins et à la recherche d'empathie sont centrales pour le professionnel qui choisit d'exercer sur un tel terrain.

Dans la démarche qui consiste à se demander qui il est, le patient peut donc subjectivement se trouver confronté à l'omniprésence du délit, puisque le barrage que nous venons de décrire empêche d'inscrire le passage à l'acte dans la perspective des autres dimensions constitutives de son identité. Cette omniprésence peut être par ailleurs renforcée par des phénomènes institutionnels liés au fonctionnement carcéral. Nous avons déjà évoqué le fait que le passage en prison représente une rupture du cadre de référence qui permettait à l'individu de se situer dans son environnement naturel. La prison fonctionne par ailleurs encore à bien des égards comme une institution totalitaire : elle prend en charge et organise l'ensemble des secteurs de la vie de l'individu qui y séjourne : travail, loisirs, relations, rythme de vie, etc. De plus, on n'entre pas en prison par choix électif, il n'y a pas partage de motivations par l'ensemble de ceux qui constituent la communauté carcérale. Au contraire ! L'identité reconnue des personnes incarcérées n'existe que par la nature des délits commis, et le plus souvent de manière discriminante. Il n'y a pas, dans les prisons de nos contrées, d'identité solidaire qui résulte d'un combat mené en commun à l'extérieur, ou de la défense d'une cause à laquelle on croit ensemble. Des phénomènes de marquage négatif existent par contre : les « droits communs » se retrouvent dans une sorte de code d'honneur qui désigne les auteurs d'agressions sexuelles comme les parias de la communauté carcérale ; mais ceux-ci, loin d'être isolés parce que trop nombreux pour cela, développent entre eux des liens qui leur permettent de se protéger.

Des phénomènes propres à la vie institutionnelle tendent donc également à réduire l'identité des personnes incarcérées à l'expression de leurs délits. Lorsque cet effet d'enkystement se traduit par une demande de soins, la réponse des spécialistes de la vie quotidienne que sont les infirmiers et infirmières doit passer par la réinscription de

l'actualité du patient dans une histoire : il y a eu une vie avant la prison, il y en aura une après (la question n'est pas tellement différente pour ceux qui doivent se préparer à passer une très longue peine, voire une véritable perpétuité en prison). Le soin passe par cette recherche d'une histoire particulière, dont le fil rouge reste la question de la construction identitaire, un peu comme si le soin infirmier devenait ce que l'on pourrait appeler une « anthropologie appliquée » : qui le patient était-il avant, a-t-il des enfants, conserve-t-il une capacité de rêver à son avenir. L'approche infirmière n'est pas seulement, dans ces domaines, une recherche anamnétique. Nous nous souvenons nous être intéressés aux photos accrochées par le patient aux murs de sa cellule : y avait-il, cachée parmi toutes celles qui avaient manifestement une fonction d'exutoire fantasmatique, l'une ou l'autre de ses enfants ? Que pouvait évoquer, pour ce patient, l'association de photos de sa femme à laquelle il disait –avec authenticité– rester profondément attaché et celles d'autres images tirées de calendriers spécialisés ? Avec un autre patient, nous nous étions longuement intéressés à une peinture qu'il avait estimé devoir nous montrer, et qui représentait la maison de son enfance : à quels jeux se livrait-il autour de celle-ci, où étaient ses parents absents de la représentation ?

Il y a bien sûr toujours, dans le choix de nos questions, l'expression de nos préoccupations de soignants et de notre souci de garder un certain leadership dans la relation thérapeutique. C'était particulièrement le cas avec ces patients, qui étaient marqués par une histoire relationnelle faite d'emprise sur l'autre et des abus qui s'en étaient ensuivis... Mais nous n'aurions peut-être pas choisi ces questions-là si ces patients ne nous avaient pas parlé, l'un de sa famille au moment d'un contact dans sa cellule, l'autre du fait qu'il désirait précisément offrir son tableau à l'un de ses parents qui, nous disait-il, avait subi la

violence de l'autre. Tout se passe comme si ces deux phénomènes, l'un institutionnel et l'autre propre au fonctionnement de l'individu, se rejoignent par l'évocation de situations propres à la mise en évidence de barrages dans le cheminement des émotions. Ils nous mettent face à l'immaturation affective qui est commune à tant d'abuseurs. La personne du patient disparaît ainsi derrière un vide qui ne paraît se remplir qu'à travers l'existence du délit. L'évocation de celui-ci suscite certes de la douleur pour ceux qui s'inscrivent dans un processus thérapeutique, mais est aussi, paradoxalement, ce qui permet souvent au patient de conserver le sentiment si nécessaire et sécurisant d'avoir existé. Il faut du temps pour qu'il puisse développer ses facultés de remplir le vide laissé par la prise de distance d'un fonctionnement déviant.

La (re)construction identitaire, puisqu'il s'agit bien de cela, peut encore se heurter à un autre obstacle, au moins pour ceux dont les actes ou la trajectoire pénale ont capté l'attention des médias. Cela n'est pas sans risques pour le psychisme de l'individu que de côtoyer quelque star du barreau, de faire la une de l'actualité, même si cela reste à une échelle locale et de manière éphémère. Tel patient ayant commis des actes horribles, chargés de la connotation la plus négative dans la communauté des détenus, et donc légitimé à craindre le contact avec ses pairs, reçoit des messages de sympathie de ceux qui le menaçaient jusque là lorsque la dureté d'une décision judiciaire est largement publiée ; l'évocation de ses crimes devient ainsi l'un des ferments du minimum de liens qu'il réussit à préserver dans l'univers carcéral. Sous prétexte d'information, un magazine ou la télévision publient de longs interviews de détenus, dont le contenu se révèle être la retranscription fidèle et sans recul de leurs discours ; salutaire droit à l'expression sans aucun doute, mais qui s'est révélé si souvent servir essentiellement de légitimation au sentiment éprouvé par l'intéressé d'être victime des décisions et des autorités

responsables, sentiment si souvent redondant avec le rapport à l'autre qui marquait l'activité délictueuse, alors même que la challenge thérapeutique est de l'accompagner dans la construction d'une perception différente de son histoire.

C'est que toutes ces notions qui permettent de donner corps à la relation sollicitent à la fois quelque chose de l'intellectuel et quelque chose de plus profondément inscrit dans la sphère affective. Or nos patients marqués par la perversion ont généralement un bien meilleur accès intellectuel ou cérébral aux notions que nous venons de développer. Ils reconnaissent le caractère inacceptable, ils savent que tout cela n'aurait jamais dû avoir lieu... et ils peuvent le dire avec la sincérité de leur intellect, et donc manier des concepts tels que la culpabilité avec une réelle forme d'authenticité. Il leur manque par contre très souvent l'expérience d'un lien entre la connaissance de ce qui a fait mal et toutes les émotions qui pourraient en découler. Ils savent bien plus qu'ils n'éprouvent. Mais en même temps, ils ignorent ce qu'éprouver implique, faute d'expériences en la matière. La médiatisation, avec la distance à l'événement qu'elle implique, devient alors un vrai problème, puisqu'elle peut conforter le patient dans la certitude que ce qu'il énonce suffit légitimement à décrire la réalité. C'est donc toute la construction identitaire dans laquelle nous accompagnons nos patients qui peut être compromise, ou pour le moins retardée.

A qui appartient l'histoire ?

Le passage à l'acte délictueux ou criminel, lorsqu'il est intriqué avec une souffrance psychique, implique donc une autre souffrance, liée à l'affirmation identitaire du patient. Particulièrement pour les personnes ayant commis des actes représentant une atteinte grave à l'humanité des victimes, le traitement commence par une phase d'accompagnement dans un processus qui

consiste « simplement », pour le patient, à pouvoir dire qui il est de manière à la fois authentique et pas trop douloureuse. La psychothérapie en tant que telle ne commence qu'après cette phase de confrontation à sa propre image. Mais évidemment, comment imaginer parler d'image (non en tant que fantaisie, mais en tant que reflet d'une réalité partageable) sans que la question du regard de l'autre ne se pose ?

Cette question nous pousse vers celle du droit de l'intimité thérapeutique. Le principe d'équivalence des soins veut qu'en prison, le patient puisse parler à son thérapeute avec les mêmes garanties de confidentialité qu'il trouverait à l'extérieur. Pourtant, le crime ou le délit est un événement de la vie qui n'influe généralement pas la seule trajectoire de son auteur : celle des victimes est elle aussi marquée, parfois de manière indélébile et dommageable, sans que celles-ci n'aient en rien choisi d'être prises dans cette histoire. Il y aurait quelque chose d'insoutenable, autant sur le plan de l'éthique que de la connaissance scientifique, à prétendre que l'enfant victime d'un pédophile ou la victime d'un viol ait en quoi que ce soit une responsabilité dans ce qui lui est arrivé. L'histoire en question appartient donc aussi à la victime. Il peut arriver que le désir authentique d'un patient de s'excuser ou de réparer se heurte à la volonté d'une victime désirant tenter de se reconstruire en dehors de toute interaction avec son abuseur. Il y a alors pesée d'intérêts, et il va de soi que la pondération sera favorable à la victime, qui a déjà subi l'épreuve de devoir traverser un événement traumatisant sans que son droit à se déterminer ne soit respecté. La première phase du traitement, à laquelle nous avons déjà fait allusion, passe aussi par un accompagnement du patient dans cette prise de conscience que son propre positionnement par rapport à la vie n'a de sens partageable que s'il s'inscrit dans un espace relationnel. Le travail sur cette

socialité ne relève encore une fois pas de la psychothérapie à proprement parler. Mais il intègre par contre le champ du rapport que le patient entretient avec la vie quotidienne, de la manière dont il investit la réalité en fonction de certains symptômes. Les prestations de santé mentale notamment prodiguées par les infirmiers prennent tout leur sens dans cette perspective.

Il en va de même lorsqu'il s'agit de se demander si un patient, par ailleurs criminel multirécidiviste et réputé particulièrement dangereux, peut ressortir de prison ou pas. Là aussi, les soignants doivent pouvoir lui témoigner du fait que la décision ne peut se concevoir avec la seule référence de lien thérapeutique et du chemin parcouru dans cette intimité-là. Une telle décision risque en effet aussi d'avoir un impact sur le cadre existentiel de la victime. Son sentiment de sécurité, sa possibilité de vivre avec sérénité peuvent également être touchés. Le risque encouru par des victimes potentielles en cas de récidive doit aussi être pris en compte. En d'autres termes, l'un des objectifs majeurs des soins, dans de telles situations, est que ces patients puissent construire un univers dans lequel la réciprocité des relations a sa place, qui ne soit plus réduit à la quête de l'assouvissement de leurs désirs, fantasmes ou fantaisies. Nous comprenons aisément que cela représente un véritable enjeu de santé publique, et que cette entreprise ne peut se construire que dans une perspective interdisciplinaire. La profession infirmière, de par les liens spécifiques que sa formation et sa place dans la chaîne des intervenants lui donnent, avec les aspects les plus nobles de la vie quotidienne, a un rôle majeur à jouer là-dedans. Nous sommes au cœur des processus qui conduisent à la construction de la réalité.

Devenir sujet de sa souffrance

Souvent, les auteurs d'agressions graves nous parlent de leurs passages à l'acte comme s'ils en étaient absents, comme si les choses

s'étaient déroulées d'elles-mêmes, comme si le moteur des événements leur était étranger. Ce sentiment de non-maîtrise pose évidemment la question de la responsabilité, dont nous avons déjà parlé. Mais derrière cela, il y a la question du rapport à la souffrance, et plus fondamentalement encore celui de sa reconnaissance. Cela occupe évidemment une place importante dans les entretiens que nous pouvons avoir avec ces patients.

L'absence d'affects dans l'évocation des souvenirs est souvent frappante. Le discours sur l'actualité est souvent lui aussi bien pauvre en émotions. Généralement, leur évocation n'est possible pour le patient qu'à travers l'expression d'une révolte contre les lenteurs administratives, l'incompréhension des responsables ou autres désignations négatives des divergences constatées entre le point de vue des différents professionnels. La connotation est presque toujours négative, proche d'une expression de la colère ou de la révolte, même si elles ne sont le plus souvent pas reconnues en tant que telles : il n'est pas rare que le patient se retranche derrière ce qu'il désigne comme un simple constat, qui le légitimerait à se positionner en tant que spectateur attentif de la manière dont ses protagonistes sortiront de ce qu'il désigne lui-même comme un dysfonctionnement.

Dans le rapport à la vie quotidienne qui sert de fil rouge à notre réflexion, cette étape est intéressante à plus d'un titre, bien qu'elle demande patience et persévérance de la part du soignant ! Il s'agit d'abord de confronter le patient au fait que ce qu'il désigne comme une divergence inacceptable peut être l'expression de la complexité d'une situation, que la cohérence d'un système peut se construire malgré l'absence d'uniformité des points de vue. Pour le soignant, il s'agit à ce stade de témoigner d'une humanité possible bien plus que de prodiguer des soins spécifiques. Le professionnalisme de l'intervention réside dans la capacité

d'empathie, de référence à un cadre éthique. Nous sommes dans un cadre préventif bien plus que curatif : la dimension des soins réside dans les enjeux relatifs à la santé mentale autant que dans la référence à une catégorie diagnostique. Pour le patient, l'enjeu actuel est bel et bien de prendre conscience que la réalité ne peut se suffire de la subjectivité d'un individu. Dans la référence à son passé, le lien vient du fait que lors du délit, son incapacité de reconnaître à sa victime une subjectivité indépendante de la sienne a précisément été l'un des éléments constitutifs du passage à l'acte.

Que le patient puisse s'identifier comme personne souffrante est donc une étape indispensable, bien que préalable à l'essentiel du travail thérapeutique. Nous imaginons aisément que cela est d'autant plus vrai pour les patients qui ont été eux-mêmes victimes d'abus ou de violences avant de devenir bourreaux. Rappelons au passage que s'il est excessif de prétendre que tous les abuseurs ont été eux-mêmes abusés, il est néanmoins vrai que l'immense majorité d'entre eux ont subi une trajectoire marquée d'une manière ou d'une autre par la violence, qu'ils en aient été témoins ou victimes.

Se reconnaître soi-même comme personne susceptible de souffrir sont souvent les prémices à la capacité de reconnaître l'autre comme telle. Cette différenciation de la souffrance est l'amorce de la construction d'un monde différencié, fait de personnes susceptibles de se déterminer de manière autonome, et donc de choisir d'entrer en relation ou non. Alors même que l'abus est constitutif d'un rapport au monde ignorant cette capacité, avec toutes les conséquences que cela implique ; parmi lesquelles l'incapacité de regarder en soi figure en bonne place. Or en l'absence d'introspection, le soin passe encore une fois de manière privilégiée par l'examen du rapport à la vie quotidienne.

Quelle place pour le soignant ?

Nous terminerons en nous posant la question de savoir quelle place revient au soignant dans une histoire où la reconnaissance de l'autre est aussi compromise que la capacité à regarder en soi. Sommes-nous dans le soin lorsque la demande ne porte que sur l'urgence de soulager une souffrance devenue intolérable précisément parce que déconnectée de toute référence ? Sommes-nous dans le soin lorsqu'il s'agit de soulager une personne qui met toute son énergie à désigner les facteurs extérieurs de sa souffrance, alors qu'il nie l'évidence d'un rapport à lui-même trop difficile ? Que pouvons-nous faire lorsque toute référence à autre chose que l'incompréhension des autres ou le dysfonctionnement des autorités suscite agressivité et violence ? Soigner selon le modèle classique, fait de récolte de données, de diagnostic, puis de recherche de solutions se heurte évidemment au mur de la non communication. L'orthodoxie, dans notre spécialité, risque fort de conforter le patient dans l'expérience que seule la référence à lui-même est susceptible de construire un monde supportable.

Il ne s'agit évidemment pas de refuser une démarche de soins qui soit comparable à ce qu'elle serait ailleurs ; nous l'avons déjà dit, l'objectif est de soigner en prison avec une qualité équivalente à ce qu'elle serait à l'extérieur. Il s'agit par contre de préparer le terrain de manière spécifique pour que les techniques ayant fait leurs preuves ailleurs puissent rencontrer le même succès avec ces patients qu'avec d'autres. Nous avons vu à quel point les questions de la souffrance et de la responsabilité sont liées. Le rôle des soignants face aux patients qui ont nourri ces réflexions est, avant toute autre perspective, de redonner place à l'expression de la souffrance. Face à des personnes marquées par l'incapacité de reconnaître la souffrance de l'autre, notre première intervention est de

témoigner de cette souffrance. C'est dire à nos patients que le soulagement de leurs tensions ne peut se faire par le biais d'une action sur autrui. C'est témoigner du fait que l'autre n'existe pas en tant qu'objet d'assouvissement, mais qu'il a le droit d'exister dans la réciprocité. Mais s'il en restait là, le soin ne serait « que » témoignage d'une humanité niée. Mission essentielle s'il en est, mais qui, si elle n'existait que pour elle-même, se heurterait au paradoxe de la construction de la réalité : celui de mettre en scène l'idée que la recherche d'humanité puisse être liée à l'intervention des professionnels. Ce qui risquerait fort, nous pouvons en convenir, de conforter le patient dans son incapacité à s'approprier cette quête.

Le professionnalisme de nos prestations réside dans la capacité de l'intervenant à reconstruire, avec le patient, le lien qui existe entre la manière dont il vit son actualité, dont il s'insère dans cette réalité et les conséquences de cela dans son rapport à lui-même et à autrui. C'est recentrer le débat, de manière essentielle et première, sur les questions relatives aux choix et à la responsabilité de l'individu. Soigner en prison, c'est en quelque sorte prendre soin de l'individu en prenant soin du soin lui-même. C'est désigner l'être humain comme un être fondamentalement relationnel.

L'Écrit

Informations :

- Devenir et être clinicienne

Tel était l'intitulé de la première journée romande des cliniciennes/ciens qui s'est tenu à Morges le 4 mai 2004 et qui a réuni soixante dix personnes.

Danièle Romanens, Jean-Marc Faust, Didier Camus et Jérôme Pedroletti y représentaient la psychiatrie lausannoise et ont pu, lors de l'assemblée générale de l'assemblée suisse romande des infirmières cliniciennes (ASRIC), témoigner de la mise en place des infirmiers cliniciens et des binômes dans le DUPA.

Pour tout renseignement, consulter le site : www.asric.ch

- Daniel Talhouédec, ICUS, est interviewé dans l'article : « Soignants psy, fonction ou mission ? A chacun son savoir-faire » paru dans le n°19 de Diagonales, Mensuel romand de la santé mentale, pp 4-8, mars 2004.
- Du 12 février au 5 septembre 2004, l'exposition « Ecriture en délire » est présentée au musée de l'Art Brut à Lausanne, un livre en lien avec cette thématique paraît le 9 mai 2004 (www.artbrut.ch). Cette exposition a été élaborée, entre autres, avec la collaboration scientifique de Madame F.Choquard, chargée de recherche à l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé publique et collaboratrice de l'Écrit.

F. Choquard Ramella
Avenue Tissot 14
1006 Lausanne
fchoquard@dplanet.ch

- Jérôme Favrod, infirmier spécialiste clinique, et Dominique Scheder ont écrit un ouvrage intitulé : "Faire face aux hallucinations auditives: de l'intrusion à l'autonomie", Socrate Editions-Promarex, Charleroi, Belgique, 2003.



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE

HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

Responsable de la publication: service des soins infirmiers
Site de Cery – 1008 Prilly-Lausanne
<http://www.chuv.ch/psy/bpul/>
Info et abonnement : Agnes.Maire@hospvd.ch

Prix: Fr.-2