

Zeitschrift: Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie =
Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie

Herausgeber: Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie

Band: 18 (2000)

Artikel: La prise en charge psychothérapeutique de délinquants
particulièrement dangereux au cours de l'exécution de leur sanction

Autor: Gravier, Bruno

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1051199>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

BRUNO GRAVIER*

LA PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE DÉLINQUANTS PARTICULIÈREMENT DANGEREUX AU COURS DE L'EXÉCUTION DE LEUR SANCTION

«Plus rien, en Suisse, n'est comme avant en matière de dangerosité sociale» ont écrit les organisateurs de ce congrès dans le texte introductif pour essayer de se situer face à ces délinquants particulièrement inquiétants, dangereux ou violents, entre un idéalisme qui ne peut plus être de mise et l'extrême de la répression.

Un des aspects centraux de cette mutation est bien la question de la place du soin psychiatrique et psychothérapique dans la réalité d'une pratique et non plus dans un idéal juridique ou pénitentiaire.

Beaucoup d'attentes, irréalistes bien souvent, ont été, depuis longtemps, placées dans l'obligation de soins psychiatriques telle qu'elle est prononcée par les tribunaux. Pourtant, tout le monde sait que les indications thérapeutiques sont, dans bien des cas, extrêmes voire désespérées. Pourtant, il n'est pas besoin d'être psychiatre pour réaliser que ceux à qui on va imposer un soin ou en attendre un changement radical sont souvent loin d'accéder à l'introspection nécessaire à une ébauche de remise en question.

Combien de ces traitements sont restés lettres mortes ou réalisés à minima dans des conditions difficiles par des praticiens disposant de peu de temps et inexpérimentés, utilisés comme auxiliaires du pronostic dans la solitude thérapeutique et confrontés à une administration inquiète du contre-pouvoir médical?

** Psychiatre, responsable du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Canton de Vaud

Si nous voulons développer les soins, il faut en donner les moyens aux thérapeutes en termes de ressources, de statut et surtout de reconnaissance du fait thérapeutique dans des espaces qui y sont peu familiers. Les connaissances ont, malgré tout, quelque peu progressé ces dernières décennies dans la compréhension de ces personnalités difficiles. Les connaissances ont aussi progressé dans l'analyse du milieu et de ce qui peut autoriser un changement ainsi que dans la nature du travail thérapeutique qui doit être proposé pour éviter les faux semblants.

Aborder cette question implique, aussi, d'aller au delà des problématiques liées aux pratiques thérapeutiques elles-mêmes. Il faut, en effet, aborder la notion de *cadre «thérapeutique»*, c'est-à-dire le contexte et le lieu où se déroulera le soin, prison ou hôpital de haute sécurité, la notion de *cadre légal*, c'est-à-dire, en particulier la question de la dimension imposée ou non du soin, et enfin le *cadre social*, c'est-à-dire le regard que la société est en droit de porter sur de telles prises en charge pour se donner les moyens de les évaluer et surtout d'apprécier la garantie qu'elles peuvent apporter pour la sécurité en regard d'une éventuelle libération.

Au coeur de toutes ces questions, se pose celle du statut du psychothérapeute et de ses relations avec les différentes autorités qui le mandatent. Il est fondamental qu'une expertise, avant le procès pénal, soit effectuée par un praticien qui n'est pas impliqué dans le soin, tout le monde le reconnaît. Il s'agit d'un des fondements de l'éthique médicale et un des piliers du droit en la matière.

Que penser alors de la règle qui impose au thérapeute exerçant dans le cadre de l'exécution d'une peine de rendre compte aux autorités pénitenciaires et judiciaires du déroulement d'une psychothérapie et du pronostic que l'on peut en retirer? La situation du thérapeute est d'emblée complexe, même lorsque le soin n'est pas imposé par l'autorité de jugement car il peut être ordonné comme préalable à une libération conditionnelle.

Comment, dès lors, entretenir une relation de confiance qui aidera celui qui est mis en demeure de se soigner, à s'ouvrir sur ses zones d'ombres, ses terreurs les plus vives, mais aussi ses fantasmes les plus destructeurs, s'il sait que cette indispensable ouverture sur soi va avoir une conséquence directe sur son devenir pénitentiaire, sur les éventuelles ouvertures de régime dont il pourra bénéficier et sur le regard que portera sur lui l'autorité qui doit organiser sa peine?

La psychothérapie, pour être source d'un véritable cheminement, impose que soient respectées un certain nombre de règles qui favorisent la relation thérapeutique: demande de soin qui permet au sujet de se réapproprier sa démarche pour être le sujet de son changement, capacité d'un regard sur soi, reconnaissance d'un malaise intérieur, voire d'une souffrance, etc. En clair, toutes choses qui ne se décrètent pas, mais procèdent de l'intime volonté du patient.

La pression sociale ou judiciaire peut avoir un rôle à jouer dans cette rencontre, surtout dans sa valeur d'incitation. Par contre, il faut bien être conscient de la violence que cette incitation va déclencher dans la relation thérapeutique, exposant directement le thérapeute aux mécanismes psychiques destructeurs du patient.

Inciter à la psychothérapie de délinquants dangereux, dans un contexte aussi difficile et particulier que celui de l'exécution de la peine, c'est accepter de faire coexister des logiques différentes, voire antagonistes et trouver une cohérence d'ensemble qui autorise des interventions à différents niveaux respectueux les uns des autres et articulés les uns aux autres.

L'approche de ces délinquants nécessite de s'affronter à un certain nombre de faits psychiques: violence psychique, carences imaginaires, vide, emprise, traumatisme

Notre propos concerne les criminels particulièrement dangereux, parmi les plus violents dans les actes qu'ils ont posés, parfois à plusieurs reprises. Ce sont des détenus que l'on dit difficiles et pour lesquels on voudrait pouvoir cerner le pronostic, extraire les zones d'ombres, se rassurer quant à l'intégration de leur violence dans un vécu psychique moins mortifère.

Psychopathes, personnalités narcissiques, pervers, ces sujets présentent souvent certains traits psychiques qui les rendent si inquiétants et surtout rendent si difficile une approche thérapeutique que beaucoup de confrères jugent, encore maintenant, impossible. Nous sommes en présence, le plus souvent, de troubles sévères de la personnalité chez qui le passage à l'acte prend une place centrale, accompagné d'un certain nombre de dispositions psychiques auxquelles nous devons être attentifs pour construire un soin.

En premier lieu, nous avons affaire à la *destructivité* à l'oeuvre dans le psychisme, processus qui vise à détruire, presque au sens propre, les pensées de l'autre, sa capacité à penser et à exister dans son humanité. Pour mieux comprendre ce dont il s'agit beaucoup d'auteurs se réfèrent aux processus de destruction de l'humanité à l'oeuvre dans les camps nazis. G. Bayle¹ illustre ce propos en citant ces phrases terribles rapportées par Primo Lévi²: «hier ist kein warum» lui dit un autre déporté qui lui arrache un glaçon avec lequel il pensait apaiser sa soif. Pour Primo Lévi «*l'explication est monstrueuse, mais simple: en ce lieu, tout est interdit, non certes pour des raisons inconnues, mais bien parce que c'est là précisément toute la raison d'être du Lager. Si nous voulons y vivre, il nous faudra le comprendre ...*». L'objectif de

1 Bayle G. (1999) Communication aux journées de l'ARTAAS, « Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire » Grenoble, 10 décembre 1999.

2 Lévi P. (1958) *Se questo è un uomo*, trad. française 1987, Si c'est un homme, Paris, Julliard, 214p.

la violence concentrationnaire est de contraindre la victime à la démentalisation, à être incapable d'exister autrement que dans l'acte de survie, à ne plus pouvoir vivre dans la pensée et le questionnement. C'est bien ce qui est à l'oeuvre dans la violence que déploient ces sujets qui font vivre à leur victime au delà de l'agression physique, la violence du déni de leur existence et de leur humanité. Ce vécu, l'équipe soignante aura d'une façon ou d'une autre à l'affronter pour baliser le soin.

Cette destructivité s'accompagne chez ces sujets, en miroir, d'une *singulière incapacité à penser*, à mentaliser, à réussir à construire une vie intérieure. Cette carence de mentalisation est, bien sûr, un des obstacles principaux à la mise en place d'un travail psychothérapique puisque l'essence même d'un tel travail est de relier des émotions à des mots et des images pour, à travers le fil conducteur qui se reconstruit ainsi, et grâce à ce qui se rejoue de l'enfance avec le thérapeute, apprivoiser les souffrances enfouies et donner un sens à des conflits évacués.

Ce rappel de simples notions indique le défi qui est celui du thérapeute face à quelqu'un qui est incapable d'imaginer, de se représenter et d'accepter de reconnaître en soi des émotions trop fortes pour être, un tant soi peu, perçues autrement que dans la colère.

Car l'enjeu de la relation psychothérapeutique est bien de suivre le fil rouge qui aidera à retrouver la trace des traumatismes, ruptures, et abandons qui n'ont pas permis au sujet de s'inscrire dans un sentiment de continuité d'existence ni dans un vécu de sécurité affective. C'est la reviviscence de ce passé qui rend tout engagement émotionnel insupportable et conduit au passage à l'acte répétitif, insistant, extrême, dont la violence et la froideur effacent parfois jusqu'au souvenir de ce qui s'est joué, parfois en pleine lucidité.

Les manifestations de la pathologie au cours de l'exécution de la peine

Après le procès, la prison se vit dans la durée. La question qui se pose alors au thérapeute est «comment favoriser un cheminement pour quelqu'un qui va s'installer dans une routine parfois très longue pour subir sa peine». Un des enjeux de ce temps d'exécution de peine est d'éviter que ces détenus restent figés dans un mode de fonctionnement psychique et utilisent l'institution pour pérenniser leurs troubles relationnels et éviter toute confrontation à leur monde interne.

Les pièges sont multiples; on sait bien, par exemple, qu'une adaptation satisfaisante au milieu pénitentiaire est une défense efficace qui permet de franchir sans trop de difficulté les paliers du régime progressif tout en évitant d'ouvrir son monde intérieur.

Le clivage (*Spaltung*) est un mode de fonctionnement psychique, maintenant bien décrit et connu chez ces sujets, qui gouverne leur vie affective et relationnelle et leur conserve une pleine conscience de leurs actes tout en rejetant au plus profond d'eux-mêmes l'émotion qui les sous-tend, «c'est la coexistence au sein du Moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle: l'une tient compte de la réalité, l'autre dévie la réalité en cause et met à sa place une production du désir»(Laplanche)³. C'est ce mécanisme qui permet au pédophile de parler dans le même mouvement de sa «tendresse» pour l'enfant dont il a abusé et de l'horreur de son comportement à l'égard de celui-ci sans en percevoir l'inacceptable.

Pour comprendre comment un tel fonctionnement est possible, il faut bien réaliser qu'il s'agit d'un système que le psychisme met en place pour se protéger du chaos, et éviter des émotions insurmonta-

3 Laplanche J., Pontalis J.B.(1967) *Clivage du Moi*, Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, PUF, 67-70.

bles liées à des deuils, des traumatismes ou des dénis d'existence auxquels ces sujets ont dû faire face dans leur histoire. Rappelons-nous que nous sommes dans l'impensable.

Au sein d'une institution close comme la prison les effets du clivage jouent à plein. Les interlocuteurs sont toujours divisés en deux groupes: «les bons qui les comprennent et satisfont le désir immédiat; les mauvais qui les frustrant et réintroduisent le principe de réalité (...) ces patients s'attaquent alors directement à la capacité de penser des soignants en tant qu'individus et en tant que groupe» (Millaud)⁴. Nous vivons tous les jours ces oppositions que suscitent les projections agressives de ces patients. Si nous ne savons les décrypter, elles conduisent à des situations de conflits violents et durables dont le patient devient spectateur jubilant ayant réussi de nouveau à expulser ce conflit interne qui l'embarrasse.

Le soin est d'abord un travail d'équipe qui permet de faire face à ce clivage

Le travail thérapeutique en prison confronte le soignant aux limites du soin. Nous sommes tous aux prises avec des contre-attitudes particulièrement fortes qui peuvent conduire à rejeter le patient dans la crainte ou la répulsion qu'il suscite ou, à l'inverse, à dénier contre toute évidence sa violence jusqu'à se laisser envahir par la fascination.

Le déni de la violence potentielle, la fascination et la distorsion dans les relations interpersonnelles sont autant de mécanismes qui conduisent à tenter d'éviter l'angoisse qui s'empare à un moment ou l'autre de tout intervenant quelle soit sa formation ou son expérience⁵. La relation d'emprise est aussi le danger qui teinte toute entreprise relationnelle dans ce contexte.

4 Millaud F. (1998), *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodynamiques*, Paris, Masson, 196p.

5 Gravier B. (1999), *Soins et milieu carcéral, Perspectives psychiatriques* : 38, 2, 108-114.

Dans toute institution qui soigne des patients violents il arrive tôt ou tard que l'angoisse des uns renforce la violence des autres et conduit à une multiplication des passages à l'acte en miroir. Les conflits qui agitent les différentes équipes, les luttes de pouvoir internes, les remises en causes des hiérarchies, les intrusions mutuelles sont souvent la traduction de ces phénomènes de déplacement de l'angoisse.

Les détenus parmi les plus violents et les plus déstructurés cherchent, consciemment ou non, à envahir leurs interlocuteurs par leur violence et à les faire agir comme eux, ou en réaction à cette violence.

A d'autres moments, l'envahissement par le malaise nous laisse supposer que nos efforts thérapeutiques devant un tel vide psychique sont inutiles. Le néant qui s'empare de nous nous laisse parfois penser que tout ce qui a été travaillé pendant des mois, voire des années, avec de tels patients a peut-être été inutile.

Comment rester en vie psychiquement dans un tel contexte? Bien sûr, les solutions toutes faites n'existent pas; néanmoins, nous savons qu'il est important de pouvoir exprimer nos propres émotions, nos propres doutes, notre propre vulnérabilité psychique pour ne pas enfouir en nous le traumatisme que peuvent parfois constituer de telles rencontres. Je souligne ici l'importance du travail en équipe, de la cothérapie qui permet des intervisions constantes et aident à formuler les «que faire, comment faire? qui est qui et qui fait quoi?».

Une meilleure connaissance des mécanismes psychiques bien spécifiques à ces patients amène à développer des approches et des règles thérapeutiques spécifiques que nous avons qualifiées de «*thérapies actives*».

La seule thérapie individuelle dans le face à face et le huis-clos est bien insuffisante et dangereuse car elle laisse se déployer tous les mécanismes d'emprise au quels ont recours de tels patients. De même, la neutralité passive face à des transgressions qui vont se nicher jus-

que dans le regard, le dévoiement des missions thérapeutiques et la perversion du discours, recèle les mêmes dangers et peut annihiler toute entreprise thérapeutique.

Co-thérapie, thérapie de groupes, socio-thérapie, retour sur les transgressions institutionnelles et relationnelles, supervisions facilitant le désamorçage de ces mécanismes d'emprise, sont autant de moyens de construire l'espace thérapeutique et d'accéder au monde interne du patient. Ce n'est qu'ainsi qu'il pourra prendre conscience de cette violence qu'il évacue dans l'acte pour éviter de réactiver un traumatisme insupportable. L'enjeu thérapeutique est bien à travers toute cette construction de recréer, comme le dit Claude Balier, une «*enveloppe psychique*» qui donne la capacité au patient de penser, de mentaliser sans être débordé par des pulsions effrayantes et en sachant qu'il ne risque pas de détruire l'autre par la violence de ce qui l'habite.⁶

Comment s'articuler avec l'institution pénitentiaire et judiciaire, est-il possible de dépasser les frictions?

C'est notre humilité et notre doute qui fondent notre humanité; c'est aussi cet échange risqué avec le patient qui lui permet après avoir décrypté son histoire d'accéder à sa propre humanité. On peut facilement comprendre que c'est là que se situe ce qui irrite tant les partenaires de l'institution, l'intimité indicible avec ce patient qui ne peut sans danger pour la relation se convertir dans le réel, à savoir le secret médical.

Nous ne pouvons pas, dans le même temps, être celui qui vacille avec le patient dans son identité et celui qui dit qu'il sait. Nous ne pouvons pas être dans le pronostic à restituer au moment où notre patient accepte de reconnaître les incertitudes qui l'habitent.

6 Balier C. (1996) *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF, 253p

Cela ne veut pas dire que nous devons nous défaire de cet aspect. Cependant, face à une réalité clinique aussi complexe, difficile et parfois désespérante nos institutions doivent impérativement créer des espaces thérapeutiques bien définis, respectant le doute, le cheminement, dans un partenariat et un étayage mutuel. Il faut être capable d'éviter de susciter des attentes démesurées et prendre conscience des difficultés devant lesquelles chacun peut se retrouver face à de tels sujets.

Tout ceci implique un travail de partenariat horizontal qui ne place pas le soin en position de fausse toute-puissance pour éviter que l'institution se retourne contre le thérapeute et lui demande des comptes face à une situation incompréhensible et surtout angoissante pour tous. Le corollaire est la restauration des rôles des différentes équipes dans une différenciation qui permet de sortir de la confusion qui règne encore trop souvent.

Pour toutes ces raisons, *le thérapeute ne peut être l'employé de la direction de la prison*. Il doit pouvoir conserver sa marge de manoeuvre et son indépendance; ce qui n'empêche pas, comme je l'ai dit plus haut, qu'il assume sa responsabilité pleine dans son engagement thérapeutique avec ce que cela implique, éventuellement, comme intervention dans la réalité. Cela implique, en particulier, de ne pas rester silencieux devant une transgression qui fait courir un risque manifeste à autrui.

Une évaluation rigoureuse ne peut être effectuée que par des instances distantes et ne doit mettre en danger ni le thérapeute, ni la société, ni l'institution

Ce bref descriptif indique combien le soin est lourd à assumer et à construire. La tâche en devient impossible lorsque se surajoute le poids du pronostic à formuler, comme cela est demandé au thérapeute de manière inlassable et lancinante, de manière directe ou détournée.

Se pose, bien évidemment, la question de l'évaluation nécessaire pour permettre le pronostic judiciaire et valider les efforts thérapeutiques ou au contraire signaler les impasses.

Celle-ci, à mon avis, ne peut être effectuée que par des instances tierces qui peuvent éviter d'être incluses dans l'agir qu'induisent très souvent ces patients dès lors qu'un plan d'exécution de peine se met en place. Un détenu a le droit de savoir, à juste titre, ce à quoi il doit s'attendre, quelles sont les étapes qu'il devra parcourir, quelles dispositions il devra prendre pour préparer et anticiper sa sortie. Bien souvent pourtant, surtout avec ces patients redoutables les procédures, vont subrepticement prendre une accélération difficilement contrôlable. Le thérapeute qui exprimera ses incertitudes, ses craintes ou simplement l'impossibilité de garantir la qualité de l'engagement thérapeutique de son patient risque de se retrouver dans une position de déloyauté vis-à-vis de l'institution qui s'est déjà mobilisée, voire de trahison vis-à-vis de son patient qui le lui fera sentir comme telle. Une telle position est la porte ouverte à toutes les méconnaissances, aveuglements, omissions pudiques, etc.

Il est nécessaire de mettre en place des structures distantes de l'institution, aides à la décision, mais aussi garantes du respect du travail thérapeutique dans son essence⁷.

7 Gravier B. (2000) Décisions dans la zone limite entre peines et mesures, le point de vue du médecin traitant, in Riklin F., *Therapeutische Hilfen im Strafvollzug – wie und wozu?* Caritas-Verlag, Lucerne (à paraître).

L'évaluation doit être constante, mais à plusieurs niveaux:

- *Interne à l'équipe thérapeutique* dans la validation lucide de ce qui se joue au niveau du soin, de la réalité d'un processus thérapeutique et de l'analyse de la clinique du patient.
- *Interne à l'établissement et de manière interdisciplinaire* pour identifier les enjeux qui se déploient dans la précipitation, les demandes et les affrontements.
- *Mais externe quant à ce qui est en jeu du pronostic* à travers l'évaluation effectuée par des commissions spécialisées non impliquées dans le soin. Cette évaluation doit aussi être capable de protéger les thérapeutes et les partenaires de l'institution, dès lors que leurs démarches sont rigoureuses et conformes aux règles de leur art, en respectant les éléments de confidentialité qui fondent l'exercice thérapeutique.

A mon avis l'évaluation doit être capable de bien différencier le niveau clinique et le niveau criminologique qui sont trop souvent téléscopés.

Le niveau criminologique est principalement axé, et à juste titre, sur les éléments qui signalent le risque de récidive: degré de reconnaissance de l'acte commis, reconnaissance de l'altérité et capacité d'empathie à la souffrance de l'autre, capacité à affronter et à surmonter les difficultés relationnelles qui rendent si difficile la socialisation, etc.

Le niveau clinique s'attache à apprécier des éléments plus difficiles à saisir et surtout plus délicats à mettre en perspective avec le pronostic criminologique. Que dire de quelqu'un qui après des mois de thérapie finit par accepter de parler des fantaisies déviantes qui l'envahissent et l'incitent à abuser d'un enfant? D'un côté la relation qu'il a pu établir apparaît suffisamment solide pour qu'il puisse aborder l'inavouable. D'un autre côté, le caractère inquiétant de telles fantaisies ne peut autoriser un quelconque élargissement. Comment signaler l'implication dans le travail du soin en incitant à la prudence? Le

pronostic clinique se base sur la capacité du patient à affronter les menaces d'anéantissement qui l'envahissent dès qu'il accepte à travers rêves et représentations de prendre conscience des traumatismes et des blessures qui l'ont conduit à tant d'aveuglement. L'engagement authentique dans le soin est, bien sûr, de bon pronostic mais il est loin d'être suffisant et, surtout, loin d'être linéaire et concomitant d'un pronostic pénal favorable. C'est aussi une des difficultés de toute évaluation pronostique.

Conclusion: la pauvreté des moyens

L'évaluation «forensique» doit être clairement différenciée de la clinique thérapeutique. Comme dans toute pratique clinique, celui qui évalue et accepte une mission d'expert ne peut pas être celui qui soigne. Tout le monde doit cependant être conscient que l'approche de tels sujets nécessite des connaissances et un encadrement appropriés que peu d'institutions sont capables de proposer autant dans le domaine du soin que dans celui de l'évaluation.

Il faut pourtant que des praticiens acceptent de s'engager dans l'un ou l'autre champ et de développer les compétences nécessitant une formation particulière et approfondie qui permet de prendre la mesure de la grande difficulté clinique, thérapeutique et éthique de telles situations.

La réalité actuelle impose de constater l'extrême pauvreté des moyens, l'absence de filières de formation spécialisées dans les universités, un statut professionnel dévalorisé et une recherche clinique balbutiante.

Avant de considérer ce que les thérapeutes font, considérons les moyens qu'on leur a donnés pour construire leurs instruments et élaborer une pratique à la lumière de cette clinique si difficile.

L'enjeu aujourd'hui est là: il s'agit d'un chantier d'envergure qui nécessite qu'un véritable débat dialectique et égalitaire s'engage entre praticiens du soin et agents de l'exécution des peines. Pour ma part et de manière provocatrice, je dirais que l'instauration d'un tel débat est le gage d'une société démocratique soucieuse de sécurité mais aussi de progrès.