

## **Témoignage : la difficulté du soin auprès des processus de radicalisation**

Par Stéphanie Germani  
Docteur en psychologie, diplômée par le laboratoire UTRPP,  
Université Paris 13  
Psychologue clinicienne et psychothérapeute en prison et en  
libéral  
Experte en psycho-criminologie pour l'émission « Crimes et  
Faits Divers » sur NRJ12

Courriel: [sgermani.psychanalyse@yahoo.fr](mailto:sgermani.psychanalyse@yahoo.fr)  
Tel: 06 63 93 20 97

# **Témoignage : la difficulté du soin auprès des processus de radicalisation**

## **Résumé :**

Le travail auprès de sujets radicaux n'est pas une mince affaire malgré la demande de soin sollicitée par les acteurs judiciaires.

Les profils psychologiques témoignent d'une clinique complexe et difficile, se rapprochant fortement de la prise en charge de sujets psychotiques. D'ailleurs, le thérapeute se sent souvent impuissant face aux divers processus de radicalisation qui se trouvent à l'œuvre.

Cet article a pour but de témoigner des aspects délicats de ces prises en charge effectuées en prison.

## **Mots clés :**

Prison – thérapie – radicalisation – psychose -

« En clair, l'acte n'apparaît pas comme la réalisation animée par un désir incontrôlable, mais comme une ultime preuve d'existence face précisément à un défaut de représentation agissant en quelque sorte comme un trou noir »<sup>1</sup>.

L'intérêt scientifique pour les processus de radicalisation s'est pleinement manifesté depuis les derniers attentats en France. Si nous utilisons le terme de « processus de radicalisation » et non celui de « radicalisation » c'est justement parce que les sciences humaines ont mis en lumière la multiplicité des processus qui sont à l'œuvre. En effet, il ne s'agit en aucun cas *d'un* processus en action par lequel une personne devient plus extrême dans son point de vue ou ses idées. Notamment dans mon article : « Dynamique psychique d'un cas de radicalisation »<sup>2</sup>, j'en décris plusieurs suite à des prises de charge effectuées en prison :

- La considération intangible des textes sacrés témoigne d'un processus qui cherche à écarter la dimension du doute ;
- L'intransigeance absolue dévoile une rigidité de la pensée, et une rigidité de la personnalité ;
- L'idéologie politique confère la manifestation d'un fantasme omnipotent ;
- La lecture littérale des sources démontre un trouble de la fonction d'élaboration – côté primaire de l'interprétation ;
- L'application figée de la *charia* rend compte d'une tendance à la fixation obsessionnelle ;
- La quête vers le retour à la religion pure des anciens dénote une recherche de la fonction paternelle.

Nos différents patients incarcérés pour des faits de terrorisme apparaissent majoritairement comme des sujets en perte de repères, de sens et d'identité mais aussi comme des individus pour qui l'accroche à une « vérité inébranlable » devient une forme de survie psychique inconsciente. Cette « vérité » permet d'éviter les doutes et les angoisses massives qui les basculeraient dans une forme d'anéantissement psychique. D'ailleurs, l'intervention

---

<sup>1</sup> C. Balier, *Violences en abîmes*, Paris, Puf, 2005, p. 70.

<sup>2</sup> S. Germani, « Dynamique psychique d'un cas de radicalisation » dans *Les cahiers de psychologie clinique*, n°49, 2017.

d'un ou de plusieurs délires (comme tentative de guérison, Lacan, 1966) apparaissent dans leur positionnement :

- **délires passionnels à versant érotomane** : le sujet est persuadé que l'Autre (Dieu) lui déclare son affection et ses attentes par le biais de différents messages qu'il faut mettre à exécution. Cet Autre apparaît comme une obsession et il devient le moteur de divers passages à l'acte (violence hétéro-agressive, crime passionnel, actes socio-pathiques) ;
- **délires de revendication (à thèmes religieux)** : ils se définissent comme une volonté irréductible de faire triompher une « vérité » que la société se refuse à satisfaire. Ils sont le fruit d'une conviction inébranlable d'avoir accès à une découverte grandiose qui doit être reconnue de tous ;
- **délires de persécution** : ils représentent la certitude que quelqu'un lui veut du mal. Les thématiques religieuses apparaissent dans les processus de radicalisation : *djinn*, vaudou, mécréants dangereux, etc. deviennent de mauvais objets qui persécutent.

Ces délires passionnels, revendicatifs et/ou persécutifs - sous l'aspect de convictions religieuses – sont corrélées à un défaut concernant *la métaphore paternelle* (Lacan, 1951). Celle-ci semble avoir échoué (forclusion). La dimension du bien et du mal, l'aspect des limites, et la question du cadre sont en défauts. Nous observons l'échec manifeste des signifiants paternels. Nous pouvons considérer que des mouvements psychotiques sont à l'œuvre dans la constitution des processus de radicalisation. Dans cette quête de sens, dans cette recherche identitaire, dans ces appartenances sectaires, il y a bien une tentative d'accéder au symbolique qui échappe au sujet. De ce fait, le registre du passage à l'acte au nom de Dieu ne pourrait-il pas se traduire cliniquement par la forclusion du Nom-du-Père (Lacan, 1951) ?

Face à ces profils psychologiques complexes, le travail du thérapeute est mis à dure épreuve. Ces individus se positionnent dans une forme de toute-puissance narcissique avec le sentiment que le soignant est totalement égaré et parfois même persécutant. Créer du lien avec ces patients est d'une difficulté majeure voire même parfois impossible. D'ailleurs, se pose la question du soin : sans alliance thérapeutique, peut-on considérer qu'un travail psychique est réalisable ? Précisons aussi, que tous refusent l'aide médicamenteuse qui pourrait éventuellement permettre un relâchement de certaines défenses. Nous sommes donc face à une demande judiciaire qui sollicite la prise en charge et face à des patients qui sont majoritairement dans le refus de se faire soigner. Parmi ceux qui acceptent de venir aux entretiens (pour de

l'occupationnel) les patients témoignent très facilement de leurs désintérêts pour la psychologie et donc pour ceux qui représentent la discipline. L'accès à l'inconscient est foncièrement verrouillé. Pour certains, le thérapeute représente un mécréant, pour d'autres un profane, ou encore un agent double des services de renseignements. Par conséquent, la majorité des entretiens sont de surface et ressemblent davantage à un dialogue plutôt qu'à une prise en charge thérapeutique.

Pour une petite minorité, suite à la répétition des entretiens de « dialogues », un travail psychique va peu à peu s'opérer. Lentement... Le patient va enfin commencer à parler de lui, de certaines de ses souffrances, de sa famille, etc. C'est à partir de cette phase, à savoir, où le patient devient plus accessible, qu'un lien particulier s'installe progressivement : surgit un état qui se manifeste dans une sensation de violence ou d'urgence interne, comportant toujours une dimension fantasmatique meurtrière où apparaît un aspect lié à la survie psychique. Le patient pense que le thérapeute peut lui faire du mal, provoquant la crainte inversée chez le thérapeute. Ce qui demande à l'analyste de se montrer apte à vivre « l'angoisse de mort », ou à l' « habiter » à son tour. Cette spécificité se manifeste dans ces rencontres cliniques par l'intermédiaire de « transfert négatif de mort »<sup>3</sup>, sollicitée par l'enfermement et par la sensation d'impuissance. A certains moments, ils peuvent même prendre une connotation haineuse. Nous pouvons parler d'un transfert qui immobilise le processus et la vie psychique du patient comme celle du soignant. Il est d'une tout autre nature que le transfert négatif à proprement parler, comme celui manifesté par exemple dans la névrose. Il s'agit d'un transfert de type « mortifère » régi par des pulsions destructrices.

Frédéric Millaud<sup>4</sup> estime que la thérapie passe par une phase initiale dans laquelle le thérapeute tente d'apaiser les émotions violentes du patient, au prix d'une intensification du transfert, provoquant de l'agir au sein même de la rencontre clinique. Cela se manifeste pleinement dans ce type de clinique où il s'agit souvent de travailler avec du transfert physique et comportemental (par exemple, un de mes patients ne pouvait s'empêcher de se lever pour regarder mon écran d'ordinateur ou bien un autre ; de décrire mes tenues et mes bijoux).

Nous entrons dans des prises en charge où le sentiment d'être dérobé est monnaie courante. Ce sentiment d'être submergé se caractérise, selon Frédéric Millaud, par un caractère

---

<sup>3</sup> J. Cournut, « Le transfert négatif. Acceptations diverses plus ou moins pessimistes », dans *Revue française de Psychanalyse*, n° 64/2, 2000, p. 361-365.

<sup>4</sup> F. Millaud, *Le passage à l'acte*, Deuxième édition, Paris, Masson, 2009.

informe et térébrant du vécu de dangerosité. Le thérapeute glisse dans un univers psychique de terreurs infantiles (par exemple avec la surgescence de la peur du monstre). La mobilisation de ces registres psychiques archaïques, souvent vécus avec une certaine angoisse, correspond à des modalités d'organisation en lien avec des formes primaires de la symbolisation (Rousillon R., 2001), ce qui est sans doute à l'origine de la « peur du fou » décrite en 1981 par J. Hochmann. La conduite de la cure peut être rendue particulièrement difficile au point de, j'ose le dire, annuler la séance le matin-même pour la reporter à plus tard...

« Avec la notion d'identification projective, l'idée d'une « psychose de transfert », c'est-à-dire un investissement de l'objet qui entraîne la confusion avec l'objet, il s'agit donc implicitement d'un transfert « fou ». Ce transfert est « traumatique » pour la psyché du thérapeute »<sup>5</sup>.

Travailler avec des personnes radicalisées questionnent en permanence. Comment rester présent à l'autre ? De par le fonctionnement psychique de ces individus, le cadre ainsi que l'éthique du praticien seront très souvent bouleversées, jusqu'à même envisager de vouloir rompre définitivement la thérapie en cours : « Le transfert psychotique prend valeur d'épreuve psychique pour le thérapeute »<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Vincent Di Rocco, « Accueillir la psychose : de la rencontre clinique au transfert », *Canal Psy*, n° 108, 2014, p. 5-8.

<sup>6</sup> *Idid*

## BIBLIOGRAPHIE

BALIER C. (2005), *Violences en abymes*, Paris, Puf.

COURNUT J. (2000), « Le transfert négatif. Acceptations diverses plus ou moins pessimistes », dans *Revue française de Psychanalyse*, n° 64/2.

GERMANI S. (2017), « Dynamique psychique d'un cas de radicalisation » dans *Les cahiers de psychologie clinique*, n°49.

HOCHMANN J. (1981), « La peur du fou », dans *Santé Mentale au Québec*, vol. VI, 1.

MILLAUD F. (2009), *Le passage à l'acte, Deuxième édition*, Paris, Masson.

ROUSSILLON R. (2001), *Le plaisir et la répétition*, Paris, Dunod.

ROCCO V. (2014), « Accueillir la psychose : de la rencontre clinique au transfert », dans *Canal Psy*, n° 108.