Face au passage à l’acte au sein du dispositif thérapeutique.

**L’ART DE PUNIR EN MILIEU THERAPEUTIQUE ?**

Manuelle Krings, Psychiatre, psychanalyste, Habitations protégées du Club André Baillon et aux Habitations protégées liégeoises d’Agora-Isosl à Liège.

Penser la psychose, savoirs et pratiques, Bruxelles les 14-15&16 novembre 2013.

Atelier 2 : Folie criminelle : fous vulnérables ou dangereux ?

1. **Introduction :**

Au cours de leur vie, certains sujets psychotiques nécessitent un hébergement thérapeutique pendant une ou plusieurs années. Ces lieux de vie ne sont évidemment pas épargnés par les difficultés liées à la vie collective : manquements, débordements ou transgressions questionnent les cliniciens qui tentent d’y répondre tout en maintenant la visée thérapeutique du lieu d’accueil.

Un processus thérapeutique qui vise à soutenir le sujet dans son rapport au monde ne peut faire abstraction de la responsabilité de ce sujet au sein du lien social dans l’institution thérapeutique, mais alors, comment articuler soigner et sanctionner ?

Existe-t-il un « art de punir » au sein d’un dispositif thérapeutique ?

1. **Contexte clinique**

C’est à partir d’une clinique en habitations protégées que je vais tenter d’amener des éléments de réponses.

Une habitation protégée, c’est à la fois un lieu de vie et un lieu de soins où vivent ensemble des personnes souffrant de pathologie psychiatrique et ne pouvant être traitée en ambulatoire pour des raisons liées à la fois à la sévérité de la décompensation psychotique et/ou à la précarité relative du lien socio-familial dans lequel ils sont inscrits. La durée du séjour est limitée et définie dans une convention de séjour. Le séjour est conditionné par un projet thérapeutique auquel adhère le résident malade mental soit par choix soit par dépit quand il ne parvient pas ou plus à vivre de façon autonome dans un logement sans encadrement thérapeutique ou lorsqu’il quitte un établissement hospitalier ou pénitentiaire.

Les intervenants sont présents de façon intermittente pendant la journée et selon un horaire établi.

Parmi les résidents, une large majorité souffre de décompensation psychotique rendant difficile et parfois impossible l’inscription dans le lien social en dehors d’un milieu protégé. Pour beaucoup, l’inscription dans un rapport de parole adressée reste défaillante. Confrontés à l’angoisse, ils court-circuitent la mise en mots et l’élaboration psychique qui pourrait en découler et favorisent l’agir. Ce sont des patients pour lesquels un traitement individuel de type psychothérapie ne suffit pas et chez qui la psychose a des effets délétères au niveau de l’inscription dans le lien social. Ils sont soit en marge, soit exclus du système sociétal. Ils ont, même jeunes, des parcours difficiles émaillés de mises à l’écart ou d’exclusion qui bien souvent ne font pas sens pour eux et dont ils sortent fragilisés enclenchant parfois la spirale de la colère. Ils sont accueillis dans des lieux d’accueil et de soins résidentiels qui sont pour la plupart des lieux de vie collective. Vivre ensemble ne va jamais de soi et donc pas non plus quand sont rassemblés des personnes psychotiques fragilisées qui de surcroît peuvent être aux prises avec des accès de décompensation propre ou ceux d’un corésident.

A l’évidence, ces lieux sont plus souvent qu’à leur tour le théâtre de transgressions et de débordements qui ont pour conséquence de rendre l’atmosphère impropre à un travail thérapeutique, liée entre autres choses à un sentiment d’insécurité. L’ambiance en question devrait y être plus sécurisante que sécurisée pour que chaque résident puisse prendre le risque de sa singularité et donc de ses choix dans sa trajectoire thérapeutique.

Ces transgressions et débordements peuvent pourtant être l’expression de la pathologie des résidents. Ils impliquent bien sûr le résident à l’initiative de l’acte et les autres directement concernés mais aussi le dispositif thérapeutique en tant que tel. C’est en cela que ces passages à l’acte convoquent non seulement les garants de la règle mais aussi le clinicien.

Exemples : - esquives répétées face aux tâches de la vie collective,

- dépenses des économies prévues pour s’installer

- absence là où on est attendu pour une démarche administrative ;

- vols ; violences ; insultes ;

- TS

- IMV parfois simplement parce que le patient se sentant mieux avec un médicament a continué à en prendre sans pouvoir mettre de limite ;

1. **L’agir comme expression symptomatique :**

Suivant l’aptitude du psychotique à recourir au symbolique, on peut distinguer plusieurs cas de figure.

Soit le sujet psychotique construit sa métaphore délirante, on peut dire qu’il use d’un symbolique de suppléance[[1]](#footnote-1), ses comportements sont pour la plupart interprétables à partir de son inscription dans le rapport à l’Autre, lequel peut alors être abordé via la production délirante. La réponse du soignant passe par la parole. L’inscription dans la chaîne signifiante est déjà en soi une manière de border, de limiter la jouissance du symptôme qui se prend dans les rets du langage. Pas étonnant que le thérapeute à qui le patient s’adresse devienne l’objet de méfiance jusqu’au soupçon voire la haine et devienne une adresse à la transgression quand il incarne les règles du dispositif mais il s’agit alors de se repérer dans le transfert à partir de la place à laquelle nous assigne le patient tout en prenant garde de se décaler de la place de l’Autre persécuteur et éviter ainsi l’exaltation érotomane ou le déchaînement persécutif. C’est dans ce contexte que la pratique à plusieurs offre une opportunité spécifique précieuse permettant un transfert diffracté bien utile pour traiter les dérives du transfert psychotique et l’hainamoration.

Mais la construction de la métaphore délirante n’est pas la seule solution du sujet psychotique. Il dispose d’autres type de solutions qui n’usent pas du symbolique mais qui procèdent à une opération réelle sur le réel de la jouissance qui n’est pas prise dans les rets du langage, tel l’œuvre ou l’acte comme le dit Colette Soler.[[2]](#footnote-2)

Les traitements du réel par l’acte ne laissent que peu de place au psychanalyste du fait du peu d’usage de la parole. Si ce mode de position subjective du sujet psychotique exclu quasiment le psychanalyste dans une pratique de la cure, il convoque néanmoins le psychiatre et les dispositifs de soins.

L’acte est un traitement du réel par le sujet psychotique où ce qui le spécifie est bien souvent que le sujet ne peut rien en dire, ne peut le problématiser et le tient bien souvent comme **étranger** à lui-même[[3]](#footnote-3). On peut à cette occasion évoquer le roman de Camus « l’étranger » où l’auteur rend si bien compte de l’acte qui reste étranger à Meursault. L’acte s’échoue contre les limites de la légalité et s’offre comme une modalité pour traiter subjectivement l’insupportable de l’Autre social. Il confronte le sujet aux limites de la légitimité et de la légalité, ce qui convoque les travailleurs sociaux mais aussi le psychiatre et le monde juridique.

Dans la mesure où ces actes témoignent de la singularité du sujet, ils devraient être accueillis et traités mais dans la mesure où ils mettent à mal la communauté thérapeutique et le dispositif thérapeutique en tant que tel, ils devraient être limités voir bannis. Et voilà les cliniciens en plein **paradoxe** : accueillir le symptôme et mettre à mal le dispositif thérapeutique ou préserver le dispositif mais ne pas accueillir le symptôme, ce qui serait contraire au fondement de l’éthique analytique. Paradoxe interrogeant les limites de la psychanalyse.

1. **Qu’est-ce qui spécifie un dispositif psychothérapeutique ?**

Les psychotiques qui court-circuitent la parole, au fur et à mesure des transgressions, augmentent le risque de l’exclusion des circuits de soins qui deviennent alors une antichambre de la prison ou de la rue. L’enjeu du psychiatre est d’offrir une continuité de soins à ces patients qui sont d’abord vulnérables même si ils peuvent aussi être dangereux.

Pour parer un tant soit peu à la pure répétition à l’identique de l’acte resté étranger au sujet, nous pouvons utiliser les effets de la confrontation avec l’ordre social comme une réarticulation possible avec le signifiant au sein d’un discours.

Il s’agit :

* de retrouver la voie d’une adresse à la parole et rendre au symptôme sa fonction de lien social
* de chercher la part de vérité subjective que l’acte recèle quant au choix inconscient du sujet
  + dans son rapport à l’Autre et
  + quant à sa position de jouissance.

Les structures d’accueil ont leur règlement d’ordre intérieur et leurs critères d’inclusion et d’exclusion. Qui dit règles, dit transgressions possibles et donc pose la question de la sanction. Ce ne sont pas des zones de non-droit mais ce n’est pas non plus des lieux de rééducation.

Ce sont d’abord des lieux thérapeutiques et il faut qu’ils le restent et c’est sur cette visée que se joue la différence.

Un dispositif de soins psychiatriques qui s’oriente de la psychanalyse prend en compte le symptôme comme expression de la subjectivité du patient et traite le dit-symptôme dans le transfert à partir d’un rapport de parole. Cette démarche implique de soutenir un discours où le symptôme se fait énigme et non déviance par rapport à une norme.

Si dans une cure type, il s’agit de faire appliquer la règle analytique par le sujet, celle de la libre association, dans un cadre institutionnel, il s’agit de faire respecter les règles nécessaires à une pratique thérapeutique qui s’oriente de la psychanalyse.

C’est donc ce qui va orienter nos actes dans la conduite de la cure, cure prise non pas dans sa forme de « cure type » mais bien de « cure institutionnelle » si j’ose le dire ainsi. Il s’agit en effet de « diriger »  la cure et pas le patient[[4]](#footnote-4).

On peut distinguer trois niveaux au moins où les règles s’appliquent à la relation thérapeutique :

-1- La parole : privilégier le dire au faire du côté du patient mais aussi du côté du soignant, la relation se fonde sur le discours et non les comportements. L’interprétation se pratique à partir du signifiant et non du comportement.

-2- le symptôme : accueillir et respecter le symptôme en tant que vérité du sujet qui à la fois le singularise et fonde son rapport à l’autre et par là son inscription dans le lien social **mais si le symptôme fait lien, il ne fait pas pour autant loi.**

-3- le transfert : prendre en compte la spécificité du transfert psychotique dans ses dimensions érotomane et persécutrice. C’est en considérant ces particularités comme consécutives au mode de rapport à l’Autre inhérent à la structure du sujet psychotique que nous pouvons nous orienter dans la conduite de la cure. En l’occurrence en manœuvrant dans le transfert pour décompléter l’Autre afin de se décaler de l’hainamoration.

S’engager dans un tel dispositif est un travail exigeant qui implique une discipline rigoureuse pour se prêter à un tel lien transférentiel. Une présence en constant retrait sans devancer le patient mais avec la présence et la lucidité nécessaire pour diriger la cure et pas les patients. La position du scribe[[5]](#footnote-5) disait Lacan. Mais rester en retrait n’est pas synonyme de rester passif dans l’ignorance en se contentant d’une écoute silencieuse soit disant bienveillante. Définir et conduire un projet thérapeutique c’est « faire offre » de soins et cela implique une part de savoir et une part de non- savoir et de pouvoir y faire avec les deux. Il s’agit d’un savoir sur la maladie, sur les symptômes, sur les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques au sens large mais pas un savoir ni sur l’autre ni pour l’autre. Ce savoir donne, qu’on l’assume ou non un certain pouvoir mais qui porte sur l’offre de soins et non sur les personnes et qui est limité et conditionné par la relation thérapeutique.

1. **Les conditions du pouvoir thérapeutique.**

L’exercice de ce pouvoir ne doit pas se tromper d’objet sans quoi on passe de l’exercice de l’art de guérir à la furor sanandi et la frontière entre les deux est plus ténue qu’on ne voudrait le croire. On ne peut être à la fois celui qui fait offre de soins et celui qui contraint aux soins.

La loi de 90 sur la ppmm a clairement séparé les pouvoirs et sauf à contourner l’esprit de la loi, contribue largement à aider les soignants à s’abstenir de vouloir pour l’autre malade.

L’exercice du pouvoir thérapeutique implique donc de respecter et faire respecter le cadre du dispositif thérapeutique afin qu’il puisse le rester.

Sanctionner fait donc partie intégrante du pouvoir et du devoir des cliniciens à condition de ne pas se tromper d’objet d’un côté du transfert comme de l’autre :

* le dit-patient garde le choix d’accepter ou de refuser le dispositif : s’il l’accepte, il s’engage à respecter au mieux les conditions et il a à en répondre et à en payer le prix. Le prix étant celui de tenter de dire au mieux, au plus juste.
* le thérapeute de son côté s’engage à faire offre de moyens pour permettre les soins et à payer non seulement de ses mots mais de sa personne à partir de sa présence dans le transfert[[6]](#footnote-6). Il se fait semblant d’objet[[7]](#footnote-7) et n’incarne donc ni l’objet ni l’Autre dans le transfert.

L’efficacité thérapeutique des différents dispositifs de soins est limitée, le « bon traitement » n’existe pas. Les « court-circuitages » par l’agir ne se résolvent pas d’un coup, bien au contraire le traitement demande à conjuguer chimiothérapies et psychothérapies pour permettre un vivre ensemble au quotidien dans le lieu résidentiel mais aussi au sein de l’équipe soignante. Une énième tour de Babel.

Les limites de l’efficacité thérapeutique qui confronte le sujet à l’absence de réponse absolue et à l’angoisse qui accompagne cette absence est un « pousse-à-l’agir ». Cette angoisse n’est pas le propre du malade mental, chacun y est confronté, soignant, soigné, proche et citoyens.

Quand surgit l’agir qui court-circuite la parole, la priorité est de donner une réponse prise dans un discours. Cette réponse peut être une sanction si l’acte est transgressif à condition qu’elle ne soit pas hors-discours.

Deux écueils guettent les équipes soignantes.

* d’un côté les sanctions appliquées en dehors d’un discours spécifiquement adressé et recevable par le patient, ce qui mène à l’escalade symétrique des passages à l’acte auxquels répondent des sanctions restant hors-discours, le traitement se rapprochent d’un traitement moral à visée rééducative annulant la visée thérapeutique du dispositif : « TOUS A LA MEME ENSEIGNE ». Cette rigidité débouche souvent sur de la violence et sur l’exclusion de personnes malades mentales.
* de l’autre, au nom de « La » psychanalyse, le déni des règles et des effets de leur transgression au nom du principe de la singularité et du cas par cas et la discorde s’installe au sein de l’équipe soignante entre les « thérapeutes » et les « éducateurs » au détriment bien sûr des patients et du dispositif.

D’un côté comme de l’autre, la transgression reste hors-discours et tend à se répéter à l’identique ou pire dans l’escalade jusqu’à l’exclusion du patient.

Si la marge de manœuvre est étroite, l’enjeu est d’importance. En effet, le patient « poly-exclu » des dispositifs de soins en vient à se confronter à l’errance du sdf puis à la détention sans raison convaincante sur le plan juridique et émarge du coup d’un système moins bien loti en ressources psychothérapeutiques.

C’est bien confrontée à ces ratages que je me suis posée la question de la sanction au sein du système thérapeutique en amont, si je puis dire, de la confrontation au système judiciaire.

Tout comme le patient suicidaire entame son processus bien avant le passage à l’acte fatal, le patient qui court-circuite la parole par l’agir hors-discours doit être pris en compte dans son agir dès que possible bien avant qu’il ne commette un délit punissable par la loi.

1. **La sanction, dans la clinique concrète et quotidienne.**

Les psychotiques qui usent peu du symbolique ont du mal à se représenter à partir de mots les règles et les sanctions, ils ont besoin de mettre à l’épreuve le lien établi à travers les passages à l’acte. Les manquements, débordements et transgressions sont inévitables et font partie du processus, appelons les « des méfaits ».

Quand le méfait a lieu au sein du dispositif, le clinicien répondra à partir de sa fonction. Il est essentiel de différencier l’individu et la fonction. 1789 a aboli les supplices ordonnés par le roi pour crime de lèse-majesté. Michel Foucault explique combien punir alors devient un art. Ce qui est visé dans le punir, n’est pas l’offense passée mais le désordre futur[[8]](#footnote-8), faire en sorte de limiter répétition et imitation.

Sanctionner n’est pas une fin en soi, il importe que cela fasse « évènement » pour soutenir le dispositif et cerner le dit-méfait pour le réinscrire dans le discours.

Quand il y a « méfait », la première chose est de le nommer mais pas n’importe comment. Si par exemple quelqu’un vole un objet commun ou insulte un corésident, ce n’est pas du tout pareil de dire « tel objet qu’il est interdit d’emporter a été retrouvé dans la chambre de un tel » ou « tu as volé cet objet » et dans le cas de l’insulte dire « l’insulte est une violence verbale interdite au sein de la maison » ou « tu es grossier ».

D’une part, on est dans le constat et de l’autre dans l’accusation directe. S’il s’agit d’une personne à tendance paranoïaque, une accusation directe va avoir un effet contre-productif, car le sujet, pour se défendre va automatiquement reporter la responsabilité sur l’autre et s’il n’y parvient pas, va enclencher la spirale du vécu persécutif.

Pour éviter le plus possible cette dérive, il est indispensable que l’intervenant reste dans une position de **TEMOIN.** Il peut aussi rappeler la règle, mais ne pas accuser. Il faut donc qu’il garde le silence sur son hypothèse de responsabilité au moins dans un premier temps.

C’est le temps de suspension, le temps de l’attribution subjective du délit, temps aussi de la mise en mots dans un discours qu’on pourrait rapprocher du temps de l’instruction dans le domaine juridique. Le temps de la palabre pour nommer et expliciter les risques et les enjeux pour chacun.

C’est au prix de cette scansion que l’auteur du « méfait » pourra peut-être, et c’est ce que l’on vise, enclencher le cheminement pour reconnaître sa part de responsabilité. Si la responsabilité n’est pas clairement établie, on ne peut guère aller plus loin si ce n’est de rappeler ce qu’implique un tel méfait et de nommer quelle est la sanction possible. Cela en reste là jusqu’à la fois suivante en perte et profit !

Devant un comportement problématique, il est donc essentiel de prendre le temps de questionner, de rentrer dans la phase de  « l’instruction du dossier » : en effet, en psychothérapie institutionnelle, la question est déjà une esquisse de solution [[9]](#footnote-9) alors que la réponse dans une sanction inappropriée ne fera pas évènement et peut nous éloigner d’une solution. C’est aussi le temps nécessaire pour comprendre et ne pas conclure hâtivement.

C’est donc dans un deuxième temps que vient la sanction. Sanctionner c’est poser un acte de parole, à partir d’une énonciation, un acte qui fait partie du processus thérapeutique et qui n’est pas synonyme d’échec. Loin de viser à punir, c’est bien souvent un élément essentiel pour favoriser le traitement même si on en arrive parfois à devoir suspendre l’hébergement pour un temps.

Donc, règle et sanction sont des **outils** à la disposition des soignants.

Pas de sanction sans instruction du méfait, c’est-à-dire sans avoir ouvert un espace pour articuler méfait et discours. On n’est pas dans le domaine de l’ACTION-REACTION.

C’est à chaque niveau de décision qu’il importe de veiller à l’inscription dans le dispositif : être vigilant n’est pas équivalent à être harcelant mais c’est bien un travail de tous les jours et à tous les niveaux de fonctions.

Ne pas intervenir quand il y a une mise à mal du dispositif soi-disant pour maintenir la relation est une erreur de jugement. C’est justement de réagir tôt avec un savoir-faire qui va alimenter la relation qui permettra d’évoluer. Pris dans cette optique, sanctionner n’est pas seulement le rôle du thérapeute en titre, il n’y a pas de petite procédure, il y une responsabilité à prendre par chacun dans l’équipe soignante avec son degré d’appréciation à chaque niveau d’intervention. Si la responsabilité est clairement établie et qu’elle nécessite une sanction, l’enjeu sera de sanctionner tout en évitant la rupture totale.

Pour cela il faut **plusieurs temps, plusieurs personnes et des échéances.**

D’où l’importance de ne travailler ni seul ni dans l’urgence.

Pourquoi plusieurs temps ?

Parce qu’il faut donner le temps à la métabolisation émotionnelle que pour que le sujet puisse se dégager d’une émotion envahissante et qu’il puisse entendre les mots qui viennent de l’autre. Une procédure par étape est en soi un dispositif aidant à accepter la règle et la sanction.

Pourquoi plusieurs personnes ?

Parce qu’il est préférable de partager les rôles. La personne qui témoigne ne devrait pas être en même temps celle qui sanctionne afin qu’un intervenant n’endosse pas seul le rôle de persécuteur tout puissant ce qui risquerait d’annuler le potentiel soignant de la relation. La référence à un tiers permet de se décaler de la relation persécutrice, ce tiers pouvant être la réunion d’équipe.

Pourquoi des échéances ?

Pour éviter la rupture totale du lien thérapeutique qui dépasse les limites du dispositif institutionnel. Il peut y avoir fin de séjour sans pour autant qu’il y ait fin de suivi avec certains intervenants ou que le suivi puisse reprendre au sein du dispositif après une interruption qui permettra au sujet de se repositionner par rapport au cadre. Il est alors possible de faire un parcours en plusieurs étapes distinctes, un parcours en pointillé.

1. **Conclusion :**

Puisque des patients psychotiques qui vivent en institution thérapeutique et que certains doivent en passer par l’agir, il importe de prendre en compte cet agir et d’user, non pas d’un art de punir mais d’inclure dans  « l’art de guérir » une éthique de la sanction.

*Last but not least :*

Quand la sanction ne peut être appliquée et que les exceptions à la règle se multiplient, c’est un SIGNAL qu’il est temps de réinterroger le dispositif.

1. Colette Soler, l’inconscient à ciel ouvert de la psychose, p 189. [↑](#footnote-ref-1)
2. C Soler, l’inconscient à ciel ouvert de la psychose, p 190

   *C Soler développe aussi une solution où la chose est couverte par une fiction appendue à un signifiant idéal, ce qui permet au sujet de se glisser sous un signifiant qui fait tenir son monde… (p 189) : mais ce n’est pas vraiment l’objet de ce travail.* [↑](#footnote-ref-2)
3. Ibid, p 193. [↑](#footnote-ref-3)
4. J.Lacan Écrits p 586 [↑](#footnote-ref-4)
5. J Lacan, Le Séminaire, livre III, Les Psychoses ; Seuil 1981, [↑](#footnote-ref-5)
6. 17. J. Lacan, dans « La direction de la cure », Écrits, Paris, Seuil, 1966, p. 587. [↑](#footnote-ref-6)
7. J.Lacan, Séminaire le synthome, à préciser [↑](#footnote-ref-7)
8. Michel Foucault, Surveiller, punir. P 95. [↑](#footnote-ref-8)
9. MJ Sauret l’effet révolutionnaire du symptôme, p98 [↑](#footnote-ref-9)