

Manuelle Krings

Existe-t-il un art de punir en milieu thérapeutique * ?

Face au passage à l'acte au sein du dispositif thérapeutique, comment répond le clinicien ?

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.

Si 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, comment articuler soigner et sanctionner ? Existe-t-il un « art de punir » au sein d'un dispositif thérapeutique ?

Contexte clinique

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

Une habitation protégée 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 traitées en ambulatoire pour des raisons liées à la sévérité de la décompensation ou à la précarité relative du lien sociofamilial dans lequel elles sont inscrites. 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 dépôt 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 souffrent 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 défailante. 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 psychothérapique 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 rassemblées des personnes psychotiques fragilisées.

À 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.

À titre d'exemples, on peut citer les esquives répétées face aux tâches de la vie collective, les dépenses des économies prévues pour s'installer, l'absence là où on est attendu pour une démarche administrative, les vols, les violences, les insultes, les tentatives de suicide.

L'agir comme expression symptomatique

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

Le sujet psychotique peut avoir construit sa métaphore délirante. On peut dire qu'il use d'un symbolique de suppléance ¹, ses comportements

sont pour la plupart interprétables à partir de son inscription dans le rapport à l'Autre, lequel peut être abordé par le biais de la production délirante. La réponse du soignant passe par la parole et 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. Il est habituel que le thérapeute devienne l'objet de méfiance jusqu'au soupçon, voire la haine, et du même coup une adresse à la transgression quand il incarne les règles du dispositif. Il se repère alors dans le transfert à partir de la place à laquelle l'assigne le patient et veille à se décaler de la place de l'Autre persécuteur pour éviter ainsi l'exaltation érotomane ou le déchaînement persécutif. Dans ce contexte, la pratique à plusieurs offre une opportunité précieuse permettant un transfert diffracté bien utile pour traiter les dérivés transférentielles de l'hainamoration et de la dissociation.

Mais la construction de la métaphore délirante n'est pas la seule solution du sujet psychotique. Il dispose d'autres types 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, tels l'œuvre ou l'acte, comme le dit Colette Soler ². 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.

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 le positionnement subjectif du sujet psychotique exclut 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 spécifié la plupart du temps par le fait que le sujet ne peut rien en dire, ne peut le problématiser et le tient bien souvent comme *étranger* à lui-même ³. 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.

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 s'ils peuvent aussi être dangereux. Dans la mesure où ces actes témoignent de la singularité du sujet, ils devraient être accueillis et traités, mais comme ils mettent à mal la communauté thérapeutique

et le dispositif thérapeutique en tant que tel, ils devraient être limités, voire 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 relations dangereuses entre la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle.

Qu'est-ce qui spécifie un dispositif institutionnel psychothérapeutique qui s'oriente de la psychanalyse ?

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 ne sont 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.

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.

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 ledit 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. Il s'agit cliniquement de :

- retrouver la voie d'une adresse à la parole et rendre au symptôme sa fonction de lien social ;
- 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.

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, 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 non pas le patient ⁴.

On peut distinguer au moins trois niveaux où les règles fondamentales 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 fondant sur le discours et non sur 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 et 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 et en supportant sa dimension de dissociation.

S'engager dans un tel dispositif est un travail exigeant qui implique une discipline rigoureuse pour se prêter au lien transférentiel. Une présence en constant retrait sans devancer le patient mais avec la présence et la lucidité nécessaires pour diriger la cure et pas les patients. La position du scribe ⁵, disait Lacan. Mais rester en retrait n'est pas synonyme de rester passif dans l'ignorance en se contentant d'une écoute silencieuse prétendument bienveillante. Définir et conduire un projet thérapeutique, c'est « faire offre » de soins avec la part de savoir et celle de non-savoir et 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 d'un savoir 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.

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 des soins et celui qui contraint aux soins.

La loi belge de 1990 sur la protection de la personne malade mentale 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 de 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 :

- ledit 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. Il se fait semblant d'objet 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 confrontent le sujet à l'absence de réponse absolue et à l'angoisse qui accompagne cette absence sont un « pousse-à-l'agir ». Cette angoisse n'est pas le propre du malade mental, chacun y est confronté, soignant, soigné, proche et citoyen.

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 rapproche alors d'un traitement moral à visée rééducative annulant la visée thérapeutique du dispositif : « *Tous à la même enseigne.* » Cette rigidité débouche souvent sur la violence et 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. La discorde s'installe alors 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 émerge du coup dans un système moins bien loti en ressources psychothérapeutiques.

C'est bien confrontée à ces ratages que je me suis posé 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 peut être pris en compte dans son agir dès que possible, bien avant qu'il ne commette un délit punissable par la loi.

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, souvent ils mettent 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 futur⁸, pour faire en sorte de limiter répétition et imitation. Sanctionner n'est pas une fin en soi, il importe que cela fasse « événement » pour soutenir le dispositif et cerner ledit 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 d'un tel » ou « tu as volé cet objet », et dans le cas de l'insulte « l'insulte est une violence

verbale interdite au sein de la maison » ou « tu es grossier ». Dans un cas on est dans le constat et dans 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 *témoin*. Il peut aussi rappeler la règle, mais ne pas accuser. Il faut donc qu'il puisse garder le silence pour suspendre son hypothèse de responsabilité pendant le temps nécessaire.

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. Je rapprocherais aussi ce temps de celui de la *palabre*, temps nécessaire 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 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, d'entrer dans la phase de l'instruction du dossier non par l'inquisition mais par la palabre : en effet, en psychothérapie institutionnelle, la question est déjà une esquisse de solution⁹, alors que la réponse par une sanction inappropriée ne fera pas événement et peut nous éloigner d'une solution. C'est aussi le temps nécessaire pour comprendre et ne pas conclure prématurément.

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 avoir ouvert un espace pour articuler méfait et discours. On n'est pas dans le domaine de l'action-réaction.

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 prétendument pour maintenir la relation est une erreur de jugement. C'est justement de réagir tôt avec un savoir-faire alimentant la relation qui permettra d'évoluer vers une subjectivation du symptôme. 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 a 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 pour que le sujet puisse se dégager d'un affect envahissant 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 ne puisse pas 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.

Conclusion

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

Last but not least, quand la sanction ne peut être appliquée et que les exceptions à la règle se multiplient, c'est le signal qu'il est temps de réinterroger le dispositif.

Mots-clés : psychose, institution, passage à l'acte, réel, thérapeutique

* [↑](#) Intervention au congrès « Penser la psychose, savoirs et pratiques », à Bruxelles les 14, 15 et 16 novembre 2013. Atelier 2 : « Folie criminelle : fous vulnérables ou dangereux ? ».

1. [↑](#) C. Soler, *L'Inconscient à ciel ouvert de la psychose*, Paris, PUF, 2002, p. 189.
2. [↑](#) *Ibid.*, p. 190. Colette 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.
3. [↑](#) *Ibid.*, p. 193.
4. [↑](#) J. Lacan, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 586.
5. [↑](#) J. Lacan, *Le Séminaire, Livre III, Les Psychoses*, Paris, Seuil, 1981.
6. [↑](#) J. Lacan, « La direction de la cure », dans *Écrits, op. cit.*, p. 587.
7. [↑](#) J. Lacan, *Séminaire le Sinthome*, leçon du 16 mars 1976, Paris, Seuil, 2005, p. 124.
8. [↑](#) M. Foucault, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 95.
9. [↑](#) M.-J. Sauret, *L'Effet révolutionnaire du symptôme*, Toulouse, Érès, 2008, p. 98.