

PERMETTRE UN ANCRAGE PAR LE SOIN PSYCHIQUE SUR FOND DU PÉRIL DU PASSAGE À L'ACTE

[Mathilde Holvoet](#), [Antoine Masson](#)

De Boeck Supérieur | « [Cahiers de psychologie clinique](#) »

2022/1 n° 58 | pages 251 à 271

ISSN 1370-074X

ISBN 9782807396357

DOI 10.3917/cpc.058.0251

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2022-1-page-251.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PERMETTRE UN ANCRAGE PAR LE SOIN PSYCHIQUE SUR FOND DU PÉRIL DU PASSAGE À L'ACTE

Mathilde HOLVOET¹, Antoine MASSON²

RÉSUMÉ La question de la mesure du risque de passage à l'acte est un vaste débat dont la réponse n'est jamais binaire. La réflexion menée autour de cette question a pour visée d'approcher comment l'ancrage par le soin psychique amènerait à une évolution autre que meurtrière pour le sujet. Partir d'une situation clinique permet d'articuler les différents aspects d'une rencontre avec le soin. Nous aborderons ici quelles sont les possibilités de déplacements de la violence par le soin, c'est-à-dire par la « fonction de contention du cadre coercitif » et la « fonction de contenance du cadre soignant » (Morhain, 2012)³. Nous développerons également l'aspect de la crise homicide comme le pendant de la crise suicidaire, ce qui permettra de venir questionner ce que le sujet cherche à atteindre dans l'autre.

1 Dr Holvoet
Mathilde, assistante
en pédopsychiatrie,
mathilde.holvoet@
gmail.com, Université
Catholique de Louvain
(UCL) ; Cliniques
Universitaires Saint-Luc.

2 Dr Masson Antoine,
Docteur en psychiatrie,
antoine.masson@
uclouvain.be, Centre de
Guidance Chapelles-
aux-champs

3 Y. Morhain,
Paradoxicité de
« l'enfermement »
d'adolescents et
de jeunes adultes
meurtriers : entre
destructivité et créativité,
Adolescence, Paris,
Edition Grupp, 2012.

MOTS-CLÉS passage à l'acte, idées homicidaires, contenance et contention, soin psychique.

ALLOWING ANCHORING THROUGH PSYCHIC CARE WHEN THERE IS A DANGER OF ACTING OUT

ABSTRACT The issue of measuring the risk of acting out is subject to debate, and the answer is never binary. The reflection carried out around this issue aims to approach how the anchoring effect in psychic care could lead to an evolution other than a murderous one for the subject.

Starting from a clinical situation allows us to articulate the different aspects of an encounter with care. We will discuss what possibilities there are for the displacement of violence through care, i.e, through the “restraining function of the coercive framework” and the “containment function of the caregiver” (Morhain, 2012). We will also develop the aspect of the homicidal

crisis as the counterpart of the suicide crisis, which will allow us to question what the subject seeks to achieve in the other.

KEYWORDS Acting out, homicidal ideation, contention, psychic treatment.

Introduction

Le présent article a pour ambition de venir questionner la notion de passage à l'acte hétéroagressif dans la clinique adolescente. Lorsque le sujet vient déposer en séance des éléments inquiétants de menaces ou d'élaborations de mises en scènes d'actes homicidaires, le thérapeute est confronté à la question de la mesure du risque de passage à l'acte. De manière plus précise, l'article s'appuie sur les questions suivantes : « Comment prendre la mesure de la gravité de l'énoncé ? Comment en prendre acte et

permettre ainsi de désamorcer voire inverser le processus en cours ? ». La place du symptôme a ici toute son importance. D'un sujet à l'autre, les idées homicidaires peuvent avoir une fonction différente. Nous viendrons ainsi questionner la structuration psychique articulée au symptôme ainsi que l'évolution du symptôme après la rencontre avec le soin (dans sa pluralité) ; le symptôme se trouvant à l'intersection entre la structure psychique et la rencontre. Pour illustrer cette thématique, nous souhaitons nous centrer sur une situation clinique.

La rencontre

Julie a 14 ans quand nous la rencontrons aux urgences. Elle a été amenée par ambulance depuis l'école, à la suite d'un malaise qui apparaît, aux yeux des enseignants, comme une crise d'angoisse. Julie s'est retirée du groupe, parle de sensations particulières dans la main gauche et s'est allongée au sol pendant plus d'une demi-heure, sans pouvoir expliciter davantage la teneur de son trouble. Trois épisodes similaires, de plus faible intensité, ont eu lieu précédemment également au sein de l'établissement scolaire. Chaque épisode a toujours débuté par une nécessité de retrait du groupe classe et par des effets de corps. À la suite du passage aux urgences, un suivi pédopsychiatrique est mis en place avec des entretiens de famille plus ponctuels. Nous sommes interpellés par le contact détaché de la jeune en entretien, la difficulté de suivre le regard, les pensées négatives qu'elle nomme comme telles sans élaborer davantage, un certain émoussement affectif. L'hétéroanamnèse amène d'autres éléments qui ont pu interpellé les parents au cours des dernières semaines. En effet, Julie se montre particulièrement mutique et en retrait dans l'ambiance familiale, les parents la trouvent plus apathique.

La petite enfance

Les parents ont pu amener plusieurs éléments qui les avaient interpellés concernant la petite enfance. Julie était un bébé peu en lien, présentant un regard vide et peu adressé. Elle

ne tendait pas les bras vers l'adulte, semblait en difficulté pour adresser des demandes relationnelles et restait assez tonique à bras. La maman parle de "stone face". Ce terme, issu du jargon médical, est repris par la mère. Des consultations pédiatriques et neuropédiatriques, la mère semble n'en avoir gardé que ces mots figés, des mots valises, qui viennent tenter de définir le positionnement de sa fille face au monde qui l'entoure dès la toute petite enfance. Nous venons questionner quelle place occupe le diagnostic (ou les termes médicaux qui nomment, arrêtent quelque chose du symptôme de l'enfant) dans le transfert pour le parent. Que vient-il se jouer là, pour cette mère en désarroi face aux attitudes, au rapport (-ou non-rapport) de sa fille avec elle et les autres. En reprenant le jargon médical "stone face", la mère ne dit rien de ce que cela lui fait vivre émotionnellement, dans le lien (-ou le non-lien) à sa fille. Nous notons un retard de langage. Au niveau du jeu, Julie observe les objets sans être dans un jeu construit, et initie peu les relations avec ses pairs, dès l'entrée en crèche. Julie, lors de l'entrée en maternelle, s'enferme dans un mutisme sélectif, jusqu'au début de la 3^e maternelle. Les difficultés d'apprentissage sont présentes depuis les primaires. La maman parle d'hyper-rigidité cognitive.

Au niveau des centres d'intérêts, Julie s'est montrée très sélective, par période, autour de sujets de prédilection pouvant tourner à l'obsession. Julie a eu un intérêt très développé pour les plaques d'immatriculation et actuellement pour les animaux, tout particulièrement les chiens.

Julie est en difficulté depuis toujours pour être en relation avec les pairs. Elle n'a pas eu d'amitiés fixes et a d'ailleurs réclamé à plusieurs reprises des changements d'école en primaire dans ce contexte.

Idéations homicides

Julie s'anime en entretien lorsqu'on aborde la question des animaux et particulièrement des chiens. Julie fait part après plusieurs rencontres, d'une pulsionnalité agressive envers tout un chacun, "sauf les animaux" ponctue-t-elle. Cela se précisera au fil des séances pour se diriger principalement vers les inconnus. Ces pensées ne génèrent aucune angoisse,

Julie parle même de plaisir ressenti à imaginer l'autre souffrir. Elle nommera « je m'en fous s'ils ont une famille ou pas, je veux tuer, "ça" prend toute la place dans ma tête ». À noter qu'à aucun moment, Julie ne nomme des phénomènes vécus comme angoissants pour elle-même. Elle dira ne jamais ressentir d'angoisse pour quoi que ce soit.

La sœur-Miroir

Un nouvel épisode amène à une consultation en urgence à la demande de la mère. Julie a menacé sa sœur jumelle avec un couteau de cuisine, car celle-ci ne voulait pas sortir de sa chambre. Julie pourra reprendre les éléments qui l'ont amenée à avoir ce couteau en chambre. Un scénario construit d'enlèvement et de meurtre d'un inconnu en rue avait émergé, élaboré par Julie durant le mois précédent. Elle avait rassemblé dans un sac à dos : un couteau, un bas pour masquer son visage et un bout de corde. Vis-à-vis du passage à l'acte dirigé contre sa sœur, Julie aura un discours plutôt rigide, maintenant le fait que devant le refus de sa sœur de sortir de sa chambre, elle n'avait pas d'autre choix. Lors des séances suivantes, Julie amène la notion de voix de Satan qui lui impose de tuer l'autre. "Il prend toute ma tête, je ne sais pas réfléchir". Julie témoigne de sentiment de persécution "on me suit, je me colle au mur".

Une hospitalisation en "lit de crise" est organisée afin de poser les choses en dehors du cadre familial, et venir acter que les phénomènes élémentaires décrits par la jeune sont à ne pas déconsidérer.

Errance

Par la suite deux épisodes d'errance/fugue dissociative ont eu lieu. Julie est partie de chez elle, un soir, et a été retrouvée dans les bois avoisinants quelques heures plus tard, dans un état de stupeur. De cette "fugue" que nous préférons nommer errance, (justement comme elle ne s'inscrit pas dans un processus adolescentaire élaborable pour la jeune), Julie ne peut rien en dire. Julie ne comprendra pas l'inquiétude parentale d'avoir eu recours à la police pour la retrouver. Un autre épisode surviendra quelques semaines

plus tard, Julie ayant pris le bus en direction de l'école. Sans prévenir aucun éducateur ni ses parents, Julie a repris le bus dans le sens inverse pour rentrer au domicile. De cela, Julie dira "je n'avais pas de fièvre, or c'est la seule raison pour laquelle ma mère doit venir me chercher selon les consignes, donc je n'avais pas à la prévenir".

Épisodes dissociatifs

Julie a pu faire part à diverses reprises au cours des entretiens, de moments dissociatifs qu'elle décrit de manière pointue. Elle explique notamment "je suis là, physiquement, je peux même être en train de parler, mais ma tête n'est pas là ; ça peut durer plusieurs minutes avant que "je me réveille" et je prends conscience que je suis ici". Ces épisodes arrivent une dizaine de fois sur une journée. Ces moments sont observables en séance où il y a très nettement des barrages de la pensée. Au niveau du sommeil, Julie se traîne dans la maison jusqu'à épuisement, pour rejoindre son lit où elle s'endort alors immédiatement.

L'école

Peu de temps après la rentrée scolaire de septembre une nouvelle crise avec retrait du groupe de pairs fait que Julie est amenée aux urgences. Une hospitalisation de deux semaines sera alors proposée. La directrice et le corps enseignant ont alerté les parents quant à l'apathie de la jeune fille, l'impossibilité encore plus marquée d'avoir accès à elle, et les absences de quelques heures parsemées dans la semaine qui étaient inconnues des parents, et dont Julie ne peut rien dire. Après l'hospitalisation, Julie nous fait part de son désir de stopper l'école, de faire un "break" ; comme certains adultes font "des pauses carrière. C'est un droit humain ". Julie ne distinguant pas sa position d'étudiante en humanité par rapport à un adulte salarié ou indépendant qui prendrait une telle décision. Il sera alors discuté en entretien, de l'impossibilité pour nous soignants de penser une école à domicile comme le souhaite Julie. Nous pouvons amener petit à petit auprès de Julie la nécessité de soins, contenant.

Le lien à l'animal

Julie argue le fait qu'elle est bien avec ses animaux, que leur présence l'apaise et qu'il n'y a aucun problème avec eux. Le lien à l'animal apparaît comme une « auto-solution » la mettant en quelque sorte à l'abri de la demande, à l'abri du désir de l'Autre. Julie est dans une difficulté d'être en lien à l'autre, avec un certain évitement défensif de l'accès à l'intersubjectivité. Cependant, la solution "animal" reste précaire et n'est pas disponible en permanence. Julie a pu se sentir en difficulté dans les moments où elle ne pouvait y avoir recours. Ces moments l'ont poussée à des phénomènes d'errance, de menace voire de passage à l'acte, lorsque les choses ne peuvent plus faire bord par l'étayage du lien à l'animal. L'intégration dans un centre thérapeutique pour adolescents en accueil jour/nuit a eu pour visée d'apporter d'autres esquisses de solutions, d'autres outils pour penser sa subjectivité, se penser au monde et permettre une certaine possibilité d'être avec l'autre.

Les séances

Lors des entretiens, Julie reste en retrait mais peut progressivement élaborer autour de certains éléments, notamment les hallucinations, les moments dissociatifs, ... En revanche, elle élabore très peu autour du vécu émotionnel. Les événements vécus, comme les malaises et les phénomènes d'errance peuvent être nommés par Julie mais sans verbaliser de vécu émotionnel voire en donnant l'impression d'une certaine déconnexion du vécu intrapsychique. Nous faisons l'hypothèse d'un processus défensif qui coupe l'accès au monde intrapsychique. Elle ne peut pas lier un événement factuel à des émotions qui auraient été ressenties. Julie peut exprimer qu'être en relation à l'autre lui demande une certaine énergie, et qu'elle a un besoin de solitude.

Ancrage par le soin psychique

Lors de toute prise en charge psychiatrique, le thérapeute est amené à se réajuster, à prendre ce temps de recul face

à l'évolution de la symptomatologie. Ce moment parmi d'autres a notamment été nécessaire après la menace au couteau que Julie a opérée envers sa sœur jumelle. Ce moment dans la prise en charge a nécessité un temps de réflexion ayant amené à la rédaction du présent article. Plusieurs questionnements émergent alors en lien avec ces montées de violence au moment de la décompensation psychotique. Nous tenterons de déployer davantage ces questionnements ici. Comment la prise en charge psychiatrique peut faire "filet de sécurité" pour le sujet psychotique ; qu'entend-on par soin psychique ? Comment le soin peut-il faire contenant pour le sujet ? Comment le soin peut-il être un recours également ? Quelle place l'institution de soin (qu'est l'hôpital dans ce cas), peut-elle occuper pour le sujet ? ; Quelle prise en charge en amont du passage à l'acte peut faire office de garantie de protection ou comment peut-elle amener à une autre évolution possible qu'une évolution d'adolescent meurtrier ? Nous amenons avec prudence ce dernier élément car nous ne voudrions pas faire d'amalgames et pronostiquer un avenir meurtrier pour le présent cas. Notre question est précisément de mesurer comment prévenir celui-ci sans pour autant produire d'effet d'angoisse supplémentaire pour les soignants, l'entourage ou la patiente par une anticipation excessive du réel en jeu. Nous amenons donc à la réflexion les constructions psychiques du sujet qui découlent de ses idées homicidaires. Ces constructions psychiques sont un facteur de risque de "mise en acte" de ces idées homicidaires. Il serait intéressant donc de discuter autour de ces risques inhérents pour les appréhender comme vecteurs de construction dans le soin plutôt que comme vecteurs précipitant l'acte. Il est intéressant de retracer dans le parcours des sujets qui passent à l'acte (auto ou hétéroagressif), des "signaux d'alerte" précédant le passage à l'acte, des moments de sollicitation du soin psychique et une réelle coupure d'avec celui-ci, un certain isolement du lien social durant les mois/années qui précèdent. (Seguin, 2000)⁴

Avant d'aller plus loin, nous allons déployer la notion de "soin psychique". Frédéric Worms (Worms, 2014)⁵ développe une façon de définir le soin psychique. Nous

4 M. Seguin, M, Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ?, Montréal, 2000.

5 F.Worms, La dimension psychique du soin, Le sujet au risque des nouvelles organisations, Pratiques en santé mentale, Paris, Champ Social, 2014.

le citons : « Le soin psychique n'est pas tant un soin spécifique qu'une dimension spécifique du soin, d'un soin qui pour être dit tel, pour être complet, c'est-à-dire réel, doit articuler ses différentes dimensions constitutives entre elles, les distinguer, mais aussi les réunir. [...] Ainsi, le soin psychique ne serait pas un soin à côté d'autres : il serait une dimension du soin, [...] de tout soin, dans tous les soins". Il ajoute : "Nous appellerons "psychique" la dimension subjective du soin".

Ce qui fait soin pour le sujet reste de l'ordre de la subjectivité. Chaque sujet répond de manière singulière à la prise en soin. Les effets de réponse à cette prise en soin ne sont pas prévisibles. Il est de l'ordre de l'invention du thérapeute dans la relation transférentielle, de trouver la manière d'accueillir, de prendre soin de ce que le sujet dépose ainsi que prendre la mesure de ce qu'il dépose. Cela rejoint ce que nous nommions plus haut, d'entendre et prendre la mesure de ce qui est énoncé et d'avancer avec le sujet dans cette tentative de désamorçage, d'une évolution autre, moins menaçante et moins ravageante pour le sujet.

F. Ansermet (Ansermet, 1994)⁶ déploie dans son texte sur le transfert avec l'enfant psychotique l'importance de la place de l'analyste. "L'analyste doit intervenir et faire limite à la jouissance. C'est ainsi d'abord l'Autre de l'adresse qui compte pour le psychotique, avant l'Autre de la demande ». Il ajoute "Le psychotique ne peut espérer trouver une position de sujet que si celui face auquel il se trouve peut prendre acte de l'adresse qui lui est faite et tenir sa place" [...] F. Ansermet reprend Lemoine (Lemoine, 1998)⁷ : "De tels mouvements d'effacement du côté de l'analyste, comme de celui du soignant dans l'institution, peuvent d'ailleurs parfois aller jusqu'au déclenchement d'un passage à l'acte". F. Ansermet, toujours autour de la question de la place de l'analyste, nomme que devant cette "délocalisation de l'adresse" avec un sujet psychotique, l'analyste est amené à "faire irruption dans une circularité qui, de structure, se passe de lui". Il faut alors réfléchir aux possibilités "d'une ouverture dialectisable" (la notion d'invention, de création). F. Ansermet fait alors l'hypothèse que "ce point d'appui serait le symptôme lui-même.

6 F. Ansermet, Le transfert avec l'enfant psychotique, *Psychose de l'enfant : quelles thérapeutiques ?* Journées cliniques Clos Rousseaux, Cressier, 1994.

7 G. Lemoine et al Collectif, *Du miroir au cadre du fantasme et à la fenêtre vide du psychotique*, Clinique différentielle des psychoses, Paris, Navarin, 1988.

“L’analyste participe donc à la constitution de ce symptôme qu’il reçoit dès lors que par sa parole il a fait irruption, rompant la circularité et instaurant le transfert”.

Contenance psychique et déplacement

Nous venons ici amener à la réflexion en quoi et comment le soin psychique peut faire office de limite ou de protection face à ce “pousse à l’acte”. Ce principe de contention que vise le soin psychique touche au processus interne qui pousse le sujet à l’acte. En effet, le soin psychique doit dépasser le principe de contention “physique” (qui peut être ponctuellement lors de la prise en charge ; notamment lors des hospitalisations sous contrainte de mise en observation) pour viser un processus de “contention psychique” qui s’obtient par dérivation de la pulsion. Ce que nous essayons de développer là est l’idée d’amener le sujet à une certaine sublimation de la violence par le soin qu’il est préférable d’appeler “déplacement” que sublimation. En effet, le passage à l’acte peut être vu comme une tentative de réponse du sujet face à un envahissement de jouissance. Il s’agit d’obtenir un nouvel investissement libidinal qui passe par une nouvelle traduction du contenu psychique.

Pour reprendre les mots de Guy Poblome (Poblome, 2019)⁸: “Comment lui permettre de différer ou de déplacer sa réponse, d’inventer une réponse autre, moins ravageante, d’éventuellement construire un symptôme”. La question de l’enfermement est posée par Yves Morhain (Morhain, 2012)⁹, qui décrit des cas d’adolescents meurtriers où le passage à l’acte a eu lieu [-ce qui n’est pas le cas ici.]. Il amène que pour certains sujets, l’enfermement permet de « contenir le débordement pulsionnel » par un alliage entre la « fonction de contention du cadre coercitif et la fonction de contenance du cadre soignant ». Nous situons cette contenance comme le lieu sécurisant du soin venant faire bord au lien menaçant du délire. Une autre modalité de traitement au long cours dans ce cas serait d’obtenir un déplacement moins mortifère des significations du délire ce que nous nommions plus haut « dérivation pulsionnelle ».

8 G. Poblome, Violences et Déplacements symptomatiques, Partenaires de la pulsion, Tournai, Quarto 121, 2019.

9 Y. Morhain, Paradoxalité de « l’enfermement » d’adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité, Adolescence, Paris, Edition Greupp, 2012.

Solution par le délire

Il semble que Julie trouve déjà des tentatives de solutions substitutives notamment dans son attrait pour le monde animal. Elle se réfugie dans ce monde non humain, permettant de ne pas être confrontée à l'Autre et à la menace que celui-ci peut représenter pour elle. Si on reprend la notion freudienne du “délire comme tentative de guérison” nous sommes amenés à concevoir le délire comme une construction à l'œuvre qui permet au patient de ne pas sombrer. Il est ici difficile de concevoir en soi la passion pour les chiens comme une forme de délire. Par contre, la façon par laquelle Julie élabore son énamoration pour les chiens dans un monde qu'elle construit comme un idéal de vie canine et non humaine peut être appréhendée comme construction délirante à visée d'auto-traitement.

Comme nous l'avons nommé précédemment, cette vie construite par Julie rencontre ses limites. L'entrée dans l'adolescence, la confrontation à un groupe de pairs qui questionne sur les bizarreries, les choix d'option dans la scolarité, sont chacun des points de butée auxquels Julie a peu à peu été confrontée. C'est lorsque le délire rencontre une impasse, voire se dirige vers la conclusion que le passage à l'acte est proche. Nous développerons plus loin ce que le soin psychique peut permettre et comment.

Julie se confronte progressivement à l'impasse de sa tentative de solution qu'est de vivre et élever les chiens sans être en contact avec l'humain. Nous parlerons plus loin des idées homicidaires axées sur “les inconnus avec ou sans famille”.

Hors-signifiant

Il est important de souligner qu'à partir du moment où le sujet verbalise en séance, les idées sont prises dans le discours et cela génère d'emblée un décalage. Nous notons ici l'absence de linéarité entre le langage et le passage à l'acte. Le discours est empreint de signifiant là où le passage à l'acte s'inscrit dans un “hors-signifiant”, hors-sens. Guy Poblome notait dans son texte (Poblome, 2019)¹⁰ que « le passage à l'acte correspond donc à un moment de

10 G. Poblome, Violences et Déplacements symptomatiques, Partenaires de la pulsion, Tournai, Quarto 121, 2019.

jouissance innommable, en dehors de toute parole, de tout signifiant”. J.-A. Miller relève dans son texte “Enfant violents” (Miller, 2017)¹¹ que “la violence n’est pas un symptôme et qu’elle n’est pas une jouissance de substitution”. “La violence se produit quand justement ce déplacement de la jouissance ne s’opère pas et que la pulsion se satisfait de façon directe. La violence est la marque que le refoulement n’a pas opéré” précise Guy Poblome (Poblome 2019)¹².

Alain Gibeault (Gibeault, 2014)¹³ distingue différentes solutions dans le fonctionnement psychotique autour de la perte de capacité à symboliser. Il parle d’une part d’une “dépossession de la pensée” dans les psychoses délirantes où la pensée serait remplacée par les hallucinations et le délire. Il évoque ensuite « l’inhibition de la pensée » dans les psychoses non-délirantes où il y aurait une substitution de la pensée par le passage à l’acte. Ce dernier point rejoint la phrase de Lacan “L’agir est la substitution de la pensée en acte”. L’acte surgit lorsque ça ne peut plus se penser ou se construire sous la forme de délire ou d’hallucination. Cela s’inscrit alors comme « hors-sens ».

Lors de leur présentation lors de la journée de l’Apsy¹⁴, N. Stradiotto et A. Mairy amènent l’idée d’inscrire l’acte dans un lien en différenciant “passage à l’acte” de l’acting-out, ce dernier s’inscrivant davantage dans une dimension de mouvement et de lien à l’autre, là où le passage à l’acte fait écho au fait de s’éjecter de la scène du monde. Concernant le présent cas, il serait intéressant de percevoir que cette “amorçage de passage à l’acte” par la verbalisation de celui-ci en séance est réintégré dans le symbolique vers une dimension d’acting-out. En ce sens, l’espace thérapeutique amène une possibilité d’intégration du passage à l’acte dans le discours, dont Julie se saisit en verbalisant. Par ailleurs, elle se montre demandeuse d’entretiens réguliers, nécessitant notamment des entretiens avec des collègues lors des temps de vacances, l’institution de soin ayant été, sinon un support, du moins un lieu d’adresse sécurisant. C’est à partir de l’institution et du lien entre l’équipe ambulatoire et hospitalière qu’un projet d’hospitalisation en centre thérapeutique pour adolescents a pu se construire avec Julie, un projet de prise en charge sur une année.

11 J.-A. Miller, *Enfants violents, Après l'enfance*, Paris, Navarin, 2017.

12 G. Poblome, *Violences et Déplacements symptomatiques, Partenaires de la pulsion*, Tournai, Quarto 121, 2019.

13 A. Gibeault, *De l'agir à la pensée : réflexions sur la phobie du fonctionnement mental : psychophobies*, Paris, Revue française de psychanalyse, 2014.

14 N. Stradiotto, A. Mairy, *Tenter le support cinétique pour ne pas muséifier ni précipiter l'acte*, Bruxelles, Journées de l'Apsy, 2019.

Impasse et péril d'homicide

S. Richard-Devantoy et al. (Richard-Devantoy et al, 2010)¹⁵ viennent questionner la crise homicidaire comme pendant de la crise suicidaire. Freud s'en faisait déjà l'écho dans son livre "Deuil et Mélancolie" (Freud, 1917)¹⁶ en postulant un retournement centripète de la haine dans le suicide.

En partant de ce postulat que l'homicide et le suicide se recoupent en plusieurs points, S. Richard-Devantoy et al. transposent les modèles de l'évaluation du risque suicidaire à celui du risque homicidaire. Ils postulent ainsi que "l'homicidaire a la sensation d'être dans une impasse et d'avoir épuisé toutes ses stratégies défensives" (fig. 1)¹⁷. La figure 1 ci-dessous est un schéma rétroactif qui tente de reprendre les étapes précédant un passage à l'acte. Quel impact pourrait avoir l'intervention d'un thérapeute sur ce schéma ? C'est ce que nous développerons dans un point ultérieur.

15 S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B. Gohier, J.B. Garré, J.L. Senon, La crise homicidaire : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène, Annales médico-psychologiques, Paris, Elsevier Masson, 2010.

16 S. Freud, Deuil et mélancolie, Vienne, Sociétés, 1917.

Figure 1: La crise homicidaire



Nous sommes poussés à la question de savoir ce que le sujet cherche à atteindre dans le passage à l'acte homicidaire. Lacan en partant du travail de Giraud (Giraud, 1931)¹⁸, distingue trois sortes de crimes repris par J-C Maleval dans son texte (Maleval, 2000)¹⁹: "Ceux du moi (tous les crimes dits d'intérêt ; ceux du surmoi (par l'intermédiaire desquels le sujet cherche à satisfaire un sentiment de culpabilité inconscient) et ceux du ça (les crimes dits purement pulsionnels). Lacan précisera que ces crimes

17 S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B. Gohier, J.B. Garré, J.L. Senon, La crise homicidaire : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène, Annales médico-psychologiques, Paris, Elsevier Masson, 2010.

18 P. Giraud, Les meurtres immotivés, Évolution psychiatrique, 1931.

19 J-C. Maleval, Meurtre immotivé et fonction du passage à l'acte pour le sujet psychotique, Le pousse au crime, Bruxelles, Quarto n°71, 2000.

20 P. Giraud, Les meurtres immotivés, Évolution psychiatrique, 1931.

21 J. Lacan, Propos sur la causalité psychique, Paris, Écrits, 1966.

22 J-C. Maleval, Meurtre immotivé et fonction du passage à l'acte pour le sujet psychotique, Le pousse au crime, Bruxelles, Quarto n°71, 2000.

23 J-D. Nasio, Les grands cas de psychose, Saint-Amand-Montrond, Payot, 2000.

24 G. Poblome, Violences et Déplacements symptomatiques, Partenaires de la pulsion, Tournai, Quarto 121, 2019.

25 G. Poblome, Violences et Déplacements symptomatiques, Partenaires de la pulsion, Tournai, Quarto 121, 2019.

du “soi” ont un caractère d'agression symbolique où le sujet vise à tuer “sa maladie”. Lacan amène à partir de la relecture du texte de Guiraud (Giraud, 1931)²⁰ un élément de réponse par rapport à ce que le sujet vise à atteindre dans l'acte : “Ce n'est rien d'autre que son propre être que l'aliéné cherche à atteindre dans l'objet qu'il frappe” (Lacan, 1966)²¹. J-C Maleval (Maleval, 2000)²² souligne donc que Lacan introduit là une idée nouvelle. Giraud s'est arrêté à une transposition de la maladie/du mal dans le monde extérieur, que le sujet cherche à tuer. Lacan amène l'idée qu'il s'agit du propre être du sujet qu'il vise à attaquer. La psychose paranoïaque est ce jeu de miroir où « l'autre c'est moi et moi c'est l'autre », comme le rappelle J.-D. Nasio (Nasio, 2000)²³ dans son chapitre sur le crime des sœurs papins.

Sœur-Miroir

Pour revenir aux éléments amenés en séances par Julie, elle nomme “je m'en fous s'ils ont une famille ou pas, je veux tuer», phrase percutante et qui revient à plusieurs reprises dans son discours sous différentes formulations. Nous pouvons noter ici le lien du passage à l'acte avec la notion de famille, même posée de façon dénégative. L'idée de tuer n'importe qui serait-ce une tentative de tenir à l'écart l'objet de sa haine logé dans la famille ou dans la rivalité face à sa sœur, décrite par Julie comme l'enfant parfait.

L'objet a, selon Lacan, équivaut à l'objet perdu, “cause du manque à être, moteur du désir qui invite le sujet à s'adresser à l'Autre pour retrouver cette part perdue” (Poblome, 2019)²⁴. Pour le sujet psychotique, l'*objet a* n'est pas perdu il l'a “dans la poche”. « Le délire rend manifeste le fait que l'objet n'est en position d'aucune altérité. Pour le sujet psychotique, l'objet n'est pas au lieu de l'Autre : il l'a dans la poche » (Poblome, 2019)²⁵. Donc, comme l'auteur l'explique dans son texte, “quand la jouissance est en excès, et quand elle n'est pas traitée par un symptôme, la séparation d'avec cet objet en trop se fait dans le réel.” Cette séparation d'avec l'objet peut se faire par un retour de la jouissance sur le corps propre (par l'automutilation

ou le suicide). Selon cette hypothèse citée plus haut, que l'homicide doit être perçu comme le pendant du suicide, cet arrachement de l'objet en trop peut se faire également sur le versant homicidaire. Le sujet attaque son être propre en tuant. En séance lorsque Julie parle de son envie de tuer "des inconnus" et qu'à la question "y a-t-il de l'angoisse à cette idée" Julie répond "non mais il y a du plaisir", elle témoigne là de cet excès de jouissance. « Le passage à l'acte devient l'ultime recours convoqué par le principe de plaisir ; le plaisir résidant dans la réduction d'une tension insoutenable ». (Nasio, 2000)²⁶

La relation à la sœur jumelle est vécue en miroir pour Julie, dans une rivalité permanente. Nous pouvons faire l'hypothèse que le fait que sa sœur rentre dans sa chambre avec un refus catégorique d'en sortir a été vécu comme trop menaçant, intrusif, voire persécutant pour elle. Yves Morhain (Morhain, 2012)²⁷ soutient que « le rapport imaginaire à soi est ici suspendu au regard de l'autre, comme intrusion, comme pénétration insoutenable qui peut s'avérer être détonateur ». C'est en effet lorsque la confrontation à l'autre fait écho à un danger pour le sujet que cela peut amener au passage à l'acte hétéro-agressif. Yves Morhain amène également cette notion de « l'autre-miroir » que nous développons ici. Il cite Freud qui parle du « double devenu image d'effroi » (Freud, 1919)²⁸ qui exprime bien cette idée de « danger » que l'autre peut susciter pour le sujet psychotique. Le regard de l'autre doit alors être perçu comme « le retour sur le sujet du regard qu'il porte sur l'autre » (Morhain, 2012)²⁹. Julie, dans sa relation spéculaire à sa sœur jumelle, la place en position de double, niant ainsi sa singularité. Comme nous le nommions plus haut, en reprenant les termes de Lacan, dans le passage à l'acte hétéro-agressif, c'est sa propre image que le sujet vise à attaquer, « détruire l'autre pour retrouver sa propre place » (Morhain, 2012)³⁰

Effets de la prise en soins

Nous avons retravaillé le schéma de S. Richard-Devantoy et al. en tentant de réfléchir aux amorces de solutions que le soin peut amener. En effet, dans le schéma de

26 J-D. Nasio, Les grands cas de psychose, Saint-Amand-Montrond, Payot, 2000.

27 Y. Morhain, Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité, Adolescence, Paris, Edition Greupp, 2012.

28 S. Freud, L'inquiétant, Œuvres complètes 1919, Paris, PUF, 1996.

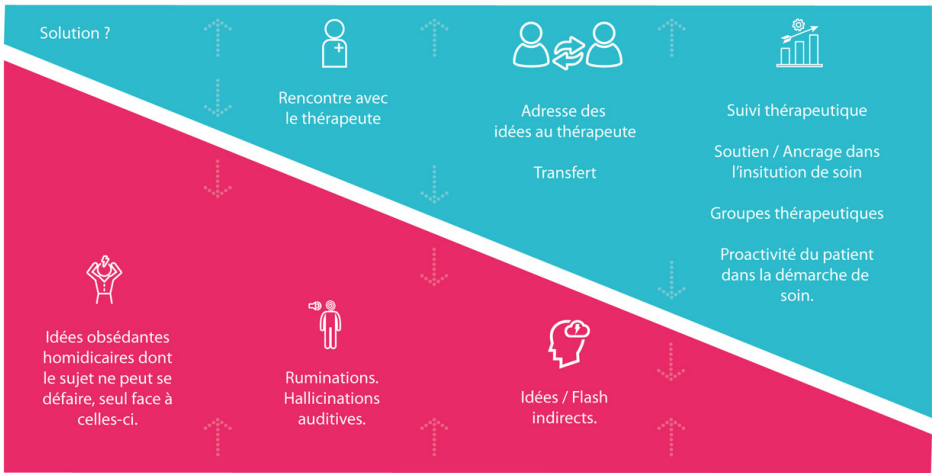
29 Y. Morhain, Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité, Adolescence, Paris, Edition Greupp, 2012.

30 Y. Morhain, Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité, Adolescence, Paris, Edition Greupp, 2012.

31 S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B. Gohier, J.B. Garré, J.L. Senon, La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène, Annales médico-psychologiques, Paris, Elsevier Masson, 2010.

S. Richard-Devantoy, (Richard-Devantoy et al., 2010)³¹ les idées homicidaires et la menace de passage à l'acte augmentent au fur et à mesure que les ébauches de solutions trouvées par le patient s'amenuisent. Nous avons tenté de renverser le schéma en faisant l'hypothèse que plus l'ancrage aux dispositifs de soins est possible pour le patient, plus les idées homicidaires et menace de passage à l'acte s'apaisent (fig. 2). Il est important de rappeler l'absence de solution complète face aux moments d'impasse du sujet, mais le soin est ici pensé comme un appui, un ancrage pour désamorcer et décaler le sujet d'une parole qui se risquerait performative : quand l'énoncé est agir.

Figure 2: Ancrage et prise en soins



32 S. Richard-Devantoy, M. Voyer, B. Gohier, J.B. Garré, J.L. Senon, La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène, Annales médico-psychologiques, Paris, Elsevier Masson, 2010.

Le terme de « solution » utilisé dans le schéma initial (fig. 1) (Richard-Devantoy et al., 2010)³² nous a posé question. Il semble en effet que pour le sujet psychotique c'est justement quand il y a la certitude de solution, qu'il y a précipitation dans le passage à l'acte. Le lieu d'adresse vers lequel le sujet se tourne peut se matérialiser de diverses manières : le cabinet du thérapeute, l'institution dans laquelle le patient est hospitalisé, le centre de jour, les groupes thérapeutiques proposés au patient... Le sujet peut alors progressivement cheminer non vers une recherche active d'une solution mais dans une démarche active

d'adhésion au processus de soin faisant effet de contenant. L'idée serait alors non pas d'accompagner le sujet psychotique dans sa recherche de solutions face au délire mais davantage d'accompagner à supporter l'idée de l'absence de solution radicale. La rencontre avec le thérapeute permet l'énonciation du délire, des hallucinations et des idées homicidaires. Pour Julie, cette rencontre s'est initialement passée par le biais des urgences qui a ensuite permis d'amorcer un suivi. Ensuite, après plusieurs semaines de suivi, Julie fait part des idées homicidaires "je veux tuer". C'est, par contre, suite à l'épisode de la menace au couteau de Julie envers sa sœur jumelle, qu'elle parle des hallucinations auditives injonctives venant de Satan. Julie critique peu ces voix et celles-ci viennent pour elle justifier ses pensées homicidaires ; avec la conviction que c'est ce à quoi elle doit aboutir. Comme le dit F. Rengifo « Il n'y a rien de plus réel, dans l'expérience du psychotique, que la certitude de ce que les voix tentent d'introduire comme contenu de signification » (Rengifo, 2009)³³. Le fait que le sujet ait un espace individuel pour énoncer cet « impossible à dire », réintroduit le sujet dans la parole, opère un déplacement et permet de dire autrement. Cet impossible à dire c'est finalement lorsque le sujet est confronté à « son horreur intérieure, à la rencontre avec l'horreur de sa jouissance qu'il ignorait » (Morhain, 2012)³⁴. C'est le postulat que nous avons développé à percevoir l'homicide comme le pendant du suicide, où le sujet cherche à atteindre son propre être dans l'acte hétéro-agressif voire meurtrier.

La réponse du thérapeute à ce moment est avant tout un accueil, une possibilité de mise en mots et d'élaboration autour d'une part des idées homicidaires et d'autre part de la "mise en acte" ayant conduit à la préparation du sac. Il apparaît évident qu'il ne suffit pas d'un thérapeute pour permettre un déplacement des idées vers une réponse moins ravageante car si le thérapeute angoisse lors de l'énonciation des idées par la patiente, on risquerait de se retrouver confronté à une augmentation de ses idées. Ainsi il faut accueillir sans être fasciné ni rejetant. Une manière de rejeter serait d'apporter d'emblée la question de la médication comme solution. Il est évidemment primordial

33 F. Rengifo, Les voix du délire : à propos d'un savoir qui désigne le sujet, La clinique Lacanienne, 2009.

34 Y. Morhain, Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité, Adolescence, Paris, Edition Group, 2012.

dans les cas de délires trop envahissants de médiquer pour pouvoir amorcer une prise en charge. Mais cela va de pair, la médication comme seule réponse ne ferait que rejeter les éléments amenés par le patient. La compliance du patient au traitement médicamenteux est à terme primordiale et va de pair avec le reste de la prise en soin. Nous développons ici l'idée d'une visée d'ancrage du sujet aux soins pour permettre le déplacement des pulsions agressives. La question du transfert est donc prégnante. S. Rabinovitch perçoit le transfert comme un travail de sublimation c'est-à-dire de création « le transfert peut être artiste » (Rabinovitch, 2006)³⁵. F. Renfigo (Renfigo, 2009)³⁶ conclut son propos en ce sens « tenter un travail avec la psychose implique de tendre la main au psychotique, afin de le soutenir, tout en contribuant à l'invention d'une issue favorable aux labyrinthes de son vécu subjectif ».

Nous ouvrons également la question des groupes thérapeutiques et de comment le média permet de contenir et déplacer voire prévenir les manifestations agressives. Les groupes thérapeutiques semblent en effet avoir cet effet de “double contenance du mouvement pulsionnel” comme le nomme G. Lo Piccolo dans sa thèse sur le photolangage (Lo Piccolo, 2015)³⁷ : contenance par le groupe et contenance par l'objet médiateur. Yves Morhain perçoit les groupes thérapeutiques comme « espace tiers [...] qui ouvre à un travail de transformation de l'espace intrapsychique et de l'espace intersubjectif » (Morhain, 2012)³⁸.

Pour conclure

L'article a permis de venir questionner la prise en soins d'un patient qui énonce des idées homicidaires en séance et qui dans le décours fait une menace de passage à l'acte. La situation clinique de Julie est venue en ce sens susciter une myriade de questionnements et réflexions. Il a été intéressant de développer notre propos également à partir de la littérature traitant de cas d'adolescents meurtriers pour tenter d'approcher notre question première à savoir « Comment la prise en charge psychiatrique dans

35 S. Rabinovitch, *La Folie du transfert, La dimension psychique du soin*, Toulouse, érès-Scripta, 2006.

36 F. Renfigo, *Les voix du délire : à propos d'un savoir qui désigne le sujet*, La clinique Lacanienne, 2009.

37 G. Lo Piccolo, *Images violentes et violence de l'imaginaire : le photolangage comme dispositif de transformation de la violence auprès d'adolescents agresseurs sexuels*, Lyon, 2015.

38 Y. Morhain, *Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité*, Adolescence, Paris, Edition Grupp, 2012.

ces situations permet une évolution autre que le passage à l'acte » sans pour autant faire d'amalgames avec le cas développé dans le présent article ou lui présager un avenir meurtrier.

Parmi les divers questionnements que la situation de Julie a suscités, la question diagnostique se pose et permet de s'orienter dans la prise en charge. Il semble que Julie présentait sur le plan développemental des éléments faisant écho à un trouble du spectre de l'autisme. Cependant, lorsque nous la rencontrons à l'orée de l'adolescence, Julie s'inscrit dans un tableau psychotique. Nous avons amené la notion de « solution par le délire » faisant écho au lien à l'animal que Julie a développé pour ne pas être confrontée à l'autre « être parlant ». Cette solution montre une limite pour Julie qui se désorganise lors de plusieurs épisodes au sein de groupes de pairs, où la « solution-animal » n'est pas disponible. Ensuite, il est important que le soin psychique opère comme ancrage pour le sujet, afin de permettre un déplacement symptomatique vers une réponse moins ravageante. Julie a pu trouver un point d'ancrage dans l'institution, se montrant progressivement demandeuse des entretiens avec ce besoin de ritualiser les rencontres de manière hebdomadaire. Julie a pu ainsi avoir un lieu d'adresse pour énoncer ces idées qui lui « prennent toute la tête » pour reprendre son expression. Cela a été mobilisateur en amenant d'une part à une médication et d'autre part au projet du centre thérapeutique.

Nous avons également mis l'accent sur la relation spéculaire à la sœur, permettant de mieux comprendre ce qui peut se jouer pour Julie lors de cet épisode de menace au couteau, où l'autre suscite une « image d'effroi » et de menace pouvant amener à une destruction de l'autre.

La question de la prise en soins reste complexe. Il n'y a bien sûr pas un modèle unique de prise en charge face à ce type de discours. Il est important de prendre en compte la singularité du cas. Cependant, nous amenons à la réflexion, les pistes de prise en charge, à visée de contenant pour le sujet face à l'envahissement de sa pensée. Comme nous l'avons nommé, le cadre plus coercitif que peut représenter l'hospitalisation (volontaire ou sous contrainte) peut

avoir, dans l'aigu, effet de contention et de contenance. Cependant, la réponse du thérapeute, face à l'énonciation par le sujet d'un discours qui peut susciter l'effroi, est primordiale. Le thérapeute accueille le discours du sujet et peut lui permettre d'opérer un décalage et une discontinuité entre la pensée et l'acte. En réintroduisant le sujet dans la parole, on permet à cet « impossible à dire » de se dire autrement et d'opérer un déplacement et un travail thérapeutique en co-construction avec le patient. C'est ce que nous avons développé dans cette idée d'ancrage du sujet à la prise en soins, cette adhésion au soin que le sujet peut soutenir.

Bibliographie

Articles

- GIBEAULT, A. (2014), De l'agir à la pensée : Réflexions sur la phobie du fonctionnement mental : Psychophobies, *Revue française de psychanalyse*, pp. 78(3), PUF, Paris.
- GUIRAUD P. (1931), Les meurtres immotivés, L'évolution psychiatrique.
- LEMOINE, G. et al. Collectif. (1988), Du miroir au cadre du fantasme et à la fenêtre vide du psychotique, *Clinique différentielle des psychoses, Fonction du Champ Freudien*, pp. 335-339 Navarin, Paris.
- LO PICCOLO, G. (2015). Images violentes et violence de l'imaginaire : le Photolangage comme dispositif de transformation de la violence auprès d'adolescents agresseurs sexuels, *Doctoral dissertation*, Lyon2.
- MALEVAL, J. C. (2000). Meurtre immotivé et fonction du passage à l'acte pour le sujet psychotique. *Le pousse au crime*, pp 39-45, Quarto n°71, Bruxelles.
- POBLOME, G. (2019) , Violences et Déplacements symptomatiques, *Partenaires de la pulsion*, pp 123-128, Quarto n° 121, Tournai.
- RENGIFO, F. (2009). Les voix du délire : à propos d'un savoir qui désigne le sujet. *La clinique lacanienne : Abords de la psychose*, pp 207-223, Erès, Paris.
- RICHARD-DEVANTOY, S., VOYER, M., GOHIER, B., GARRÉ, J. B., & SENON, J. L. (2010), La crise homicide : pendant de la crise suicidaire ? Particularités chez le sujet schizophrène, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* Vol. 168, No. 1, pp. 62-68, Elsevier Masson, Paris.
- WORMS, F. (2014), La dimension psychique du soin. *Pratiques en santé mentale* 60(1), pp. 47-51, Champs Social, Nîmes.
- SEGUIN, M. (2000), Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ?, Montréal.

Ouvrages

- ANSERMET, F (1994), Le transfert avec l'enfant psychotique, *Autisme, Psychose de l'enfant quelles thérapeutiques ? Journées cliniques Clos Rousseau*, pp. 100-118, Centre pédagothérapeutique Clos Rousseau, Cressier NE /CH.
- FREUD, S. (1917), Deuil et mélancolie, Payot (2011), Paris.
- FREUD, S. (1919), L'inquiétant, *Œuvres complètes, T. XV, 1916-1920*, pp. 170, PUF (1996), Paris.
- LACAN, J. (1996). Propos sur la causalité psychique. *Écrits*, Editions du Seuil, Paris.
- MILLER, J.-A. (2017), Enfants violents, Institut psychanalytique de l'enfant, p. 207, Navarin, Paris.
- MORHAIN, Y. (2012). Paradoxalité de « l'enfermement » d'adolescents et de jeunes adultes meurtriers : entre destructivité et créativité. *Adolescence, t. 30 4(4)*, pp. 797-813, Greupp, Paris.
- NASIO, J. D. (2000), *Les grands cas de psychose*, pp. 241-269, Payot, Paris.
- RABINOVITCH, S. (2006) *La folie du transfert*, p. 13, Erès-Scripta, Toulouse.