

**HERNANDEZ-ARIZA
Willmer**

Administration d'origine : Santé

No. D'atelier : 7

Université Pierre et Marie Curie – PARIS 6

**Diplôme Universitaire
« Adolescents Difficiles approche psychopathologique et
éducative »**

**SOIGNER, EDUQUER, SANCTIONNER : REFLEXIONS
AUTOUR D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE SOINS-
ETUDES**

Année universitaire 2008 - 2009

Directeur du DU et Président du jury : Professeur Philippe Jeammet

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
EDUQUER ET SOIGNER	6
LE CONTEXTE DE SOINS A DUPRE	8
LA SANCTION EDUCATIVE	11
PENSER LA SANCTION DANS UNE DEMARCHE SOIGNANTE	21
CONCLUSIONS	24
BIBLIOGRAPHIE	25

SOIGNER, EDUQUER, SANCTIONNER : REFLEXIONS AUTOUR D'UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE SOINS-ETUDES

INTRODUCTION

Dans le cadre du travail quotidien auprès d'adolescents et de jeunes adultes suivis à la clinique Dupré, que ce soit en hospitalisation complète ou à l'hôpital de jour, la confrontation aux transgressions de ce que l'on appelle « le cadre » institutionnel, est une situation très fréquente. Un cadre invoqué sans cesse par les équipes soignantes comme quelque chose à respecter dans l'intérêt de maintenir les bonnes conditions de la prise en charge. Ce cadre, omniprésent bien qu'abstrait, se matérialise partiellement sous la forme d'un règlement intérieur qui est donné aux patients et à leurs familles, dès la phase de pré-admission.

Ces transgressions (inévitables dans un monde d'adolescents difficiles) sont problématiques dans la mesure où elles constituent une attaque contre le cadre de soins et parce qu'elles impliquent un mouvement du temps institutionnel, elles marquent un avant et un après, une action qui a des conséquences. Classiquement, après un passage à l'acte, le médecin voit le patient en entretien pour « reprendre » l'acte de transgression. A la fin de l'entretien, un mot est prononcé, une mesure est prise, un changement du traitement est envisagé. Dans une logique soignante « pure » c'est ainsi qu'on comprend une transgression, donc c'est ainsi qu'on procède.

Mais dans une institution médicale qui affiche aussi sa vocation éducative, une transgression ne rentre pas toujours dans la case « symptôme » au sens clinique. D'ailleurs les mesures prises après une transgression sont souvent des mesures que l'on peut appeler éducatives : l'exclusion temporaire de l'institution étant l'exemple par excellence, vu la fréquence de son application et sa différenciation d'avec une mesure thérapeutique « pure ». Normalement en présence d'un symptôme, on ne fait pas sortir un patient de la clinique, au contraire on le rapproche des soins.

Il est clair que dans des institutions à double vocation, soignante et éducative, on revendique alternativement l'une ou l'autre des deux positions, mais les soignants ne sont pas à l'aise quand il s'agit de sanctionner, bien qu'ils le fassent fréquemment. Le mot est contaminé par une connotation négative qui ne comprend pas sa signification beaucoup plus large. Quand j'ai partagé mes réflexions avec les collègues de la clinique, ils trouvaient qu'un tel sujet n'était pas pertinent dans l'institution. « Pourquoi parler de sanction quand il y a bien d'autres sujets à travailler au niveau de la qualité des soins ? » me disait l'un d'eux. Je comprends cette position comme une réaction des professionnels « psy » et « éduc » à la tendance actuelle de la société et des personnages politiques, qui ont recours à la sanction à travers une instrumentalisation des discours psychologisant ; un reflet de la défaillance des dispositifs symboliques de régulation dont la société peut disposer¹. Mais justement mes interrogations se placent là où le recours à la loi symbolique est toujours possible.

C'est en écoutant la brillante intervention d'Eirick Prairat sur la sanction éducative lors d'une des séances du DU, que je me suis interrogé sur la façon dont on sanctionne en tant que soignant, dans une institution médico-pédagogique, tout en résistant au concept même de sanction, ce qui me semble un paradoxe curieux. Une réflexion sur le concept de sanction éducative me paraît donc très pertinente.

Pour Eirick Prairat, la façon de répondre de manière adéquate et dynamique aux transgressions, constitue un défi majeur du travail éducatif. *L'erreur est d'accréditer l'idée que l'alternative est entre violence et tendresse bienveillante. Poser le débat en ces termes, c'est occulter la question de la nécessaire intériorisation de la loi et de son éventuelle transgression. Nouvelle forme de l'oubli, nouvelle figure du déni qui ne fait que perpétuer le silence sur la question cruciale de la sanction.*²

Pour développer le sujet, je proposerai d'abord un parcours historico-philosophique de l'intrication des concepts de « soin » et d' « éducation » afin de mieux nous situer dans le contexte particulier des institutions soins-études. J'aborderai ensuite les principes sous-jacents au concept de sanction éducative, pour terminer mon exposé par une réflexion sur la façon

¹ Costa Moura, « Sur la logique sanitaire de l'appel contemporain à la sanction ». La sanction – la lettre de l'enfance et de l'adolescence No. 57, p 55

² E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 32

dont ce concept peut être implanté comme outil, dans le travail institutionnel, autour des adolescents difficiles. Parallèlement quelques exemples de pratique clinique me serviront à illustrer la discussion théorique.

EDUQUER ET SOIGNER

Le rapport entre les soins et l'éducation n'est pas un sujet de réflexion récent. Il est intéressant d'avoir un aperçu de la façon dont les philosophes de la Grèce antique s'intéressaient à cette question. Les deux activités, éduquer et soigner, étaient conçues comme des « *provinces du territoire philosophique : l'éducation comme premier devoir politique de la cité, le soin comme élément d'une médecine qui est sa sœur et rivale de la philosophie* »³. Education et soins étaient des affaires cruciales pour l'Etat. Pour Platon « *gouverner revient d'ailleurs à soigner autant qu'à éduquer* »⁴. Pour Aristote l'art, l'éducation et la médecine, opèrent en concurrence avec l'action de la nature pour combler ses déficiences.

Les pratiques sanitaires appartenaient aussi au champ de la philosophie. Au début la médecine des temples était liée aux pratiques mystiques, puis le développement de la médecine rationnelle avec son propre savoir-faire, la *techné*, a marqué les premiers débats sur la science. *La médecine sera pour les philosophes une source presque inépuisable de notions et de références. C'est dans des écrits médicaux qu'Aristote découvrira la notion de juste milieu, dont il fera en morale l'usage que l'on sait*⁵. Inversement, la médecine s'est aussi bien nourrie de l'appareil conceptuel de la philosophie. Les deux disciplines étaient donc au sommet de l'activité intellectuelle, très proches l'une de l'autre mais aussi en concurrence.

C'est l'équilibre entre « savoir » et « savoir-faire » tant dans la médecine que dans l'éducation, qui va déterminer la séparation de ces deux disciplines du champ de la philosophie. Pour un médecin la technique de soins (*la techné*) est aussi importante que la connaissance des maladies et des traitements (*l'épistème*). L'évolution de la médecine comme science s'est faite à travers un investissement progressif de la *techné* par l'*épistème*. *La techné médicale a été et restera indéfiniment une attente de plus de savoir, venant valoriser la part irréductible de savoir-faire autour de laquelle elle est construite*⁶

L'évolution de l'éducation s'est produite initialement dans un sens inverse de celle de la médecine. Le savoir en éducation *n'est pas une conquête mais le point de départ*⁷. A travers

³ J Lombard, Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin, Le Portique, 2006, p.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

l'acquisition d'un savoir, l'homme pouvait aspirer à être un homme libre et un citoyen. La technique requise était réduite, le simple contact de l'élève avec le savoir suffisait. La *techné* était exercée directement par la puissance propre du savoir.

La pratique pédagogique (*la paideia*) est constituée aussi par le savoir-faire qui se situe au-delà des apprentissages et qui est celui de l'action de l'homme sur l'homme, c'est-à-dire l'éducation dans le sens moderne du terme. Pour les Grecs l'art de l'éducation n'est pas mis au service du développement de l'enfant, car l'enfance n'est pas une fin en soi, mais une étape incontournable de la formation d'un adulte, d'un homme non seulement instruit mais cultivé et libre. Donc la *paideia* a une dimension thérapeutique, car l'effet attendu d'un processus éducatif c'est de *guérir les imperfections inhérentes à l'insuffisance de savoir et de la culture*⁸.

On voit qu'éduquer et soigner apparaissent comme *des formes suprêmes de l'attention à l'autre, des tentatives éperdues pour surmonter l'altérité*⁹. Elles sont également deux activités qui marquent la dépendance et l'incomplétude humaines à travers la mise en relation d'un sujet compétent ou savant et d'un autre en manque à cause d'une maladie ou de l'ignorance, autrement dit de relations dissymétriques. Une autre similitude de ces deux activités est soulignée dans le fait que soignants et éducateurs cherchent l'efficacité de leurs actions en se rendant eux-mêmes inutiles auprès du sujet à qu'ils s'adressent. Il est toujours satisfaisant pour un bon maître de se voir surpassé par un élève, de la même manière qu'un bon médecin n'attend pas de revoir son patient au bout de son intervention.

Ces similitudes entre les actes d'éduquer et de soigner ne cachent pas quelques différences fondamentales. *L'éducation se pense comme une pratique efficace, qui invente et utilise des instruments et des procédés censés lui permettre d'atteindre son but, tandis que les soins, indépendamment de leur finalité externe, visent leur propre perfection d'abord et se concentrent donc sur une finalité interne*¹⁰. L'éducateur peut agir en improvisant, mais ces inventions doivent être efficaces. Le soignant se doit à une rigueur dans ses procédures qu'il

⁸ J Lombard, Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin, Le Portique, 2006

⁹ *Ibid.*

¹⁰ J.B Maudit, Des soins éducatifs à l'éducation par le soin, Le Portique 2006

doit appliquer selon l'état de la pratique, même si les résultats sont incertains. *Le médecin soigne sans guérir, l'enseignant enseigne sans instruire*¹¹

LE CONTEXTE DES SOINS A DUPRE

Les institutions de la Fondation Santé des Etudiants de France furent créées à l'origine pour faire face au problème de la déscolarisation des patients atteints de tuberculose à une époque où l'isolement en sanatorium était de rigueur dans le traitement de l'infection. Avec le développement d'antibiotiques efficaces, l'isolement n'était plus d'actualité ; ce type d'institution s'est alors tourné vers les affections psychologiques empêchant le déroulement satisfaisant de la scolarité. Les institutions soins-études constituent actuellement le modèle le plus formalisé de l'articulation entre les soins psychiatriques et les besoins de formation à l'adolescence¹². Ces institutions sont en quelque sorte des lieux de vie où, en plus des pavillons de la clinique, on trouve l'annexe d'un lycée de l'Education Nationale et où les soins dispensés sont bien plus que des soins médicaux.

La complexité des approches soins-études vient en premier lieu de la conjonction des fonctions thérapeutiques (relevant d'une éthique de la liberté) et éducatives (relevant de la discipline éducative et enseignante). Cette conjonction peut être problématique car elle porte en soi un apparent contresens, surtout quand la même équipe incarne les deux fonctions. Il faut savoir que les équipes soignantes à la clinique Dupré sont constituées d'infirmiers, d'éducateurs, de psychologues, de médecins psychiatres et d'enseignants qui sont intégrés au projet de soins à travers les réunions, dites médico-pédagogiques, et les échanges systématiques entre les équipes soignantes et pédagogiques. L'enseignement est alors conçu dans le projet d'établissement, comme une activité thérapeutique à plusieurs niveaux :

- Les études facilitent l'accès aux soins pour certains patients qui ont des mécanismes de déni actifs : la perspective d'un soutien pédagogique les conduit à accepter d'intégrer ce type d'établissement alors qu'ils refuseraient un autre dispositif de soins.

¹¹ .B Maudit, Des soins éducatifs à l'éducation par le soin, Le Portique 2006

¹² M Botbol, N Mammari, Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, EMC, Psychiatrie Pédopsychiatrie. 2006

- Les études constituent une épreuve de réalité à laquelle se confronte l'illusion d'apprendre des patients gravement malades
- Une activité intellectuelle continue a des effets directs sur le fonctionnement cognitif des patients¹³

Bien au-delà de l'aspect enseignement, le travail avec les patients passe aussi en grande partie par l'aspect éducatif. Un cadre qui formalise les horaires, qui assiste les patients dans la gestion des contraintes propres à leur âge ou qui tout simplement accompagne un projet dans sa réalisation, a des effets tout aussi bénéfiques pour des patients habitués au chaos comme aux sensations d'abandon et de solitude, que le suivi pédagogique et les soins strictement médicaux.

Le risque majeur de cette conjonction soins-études-éducation est la toute-puissance imaginaire qu'elle peut induire dans le transfert du patient. On connaît bien la difficulté qu'éprouvent certains patients à mettre fin à leur prise en charge dans une institution qui leur offre tout ou presque. En même temps, comme le dit si bien le professeur Jeammet, un adolescent perçoit comme menaçant ce dont il a le plus besoin et par conséquent, il répond en attaquant l'institution, dans un paradoxe fascinant d'amour/haine. L'avantage d'un cadre institutionnel aussi polyvalent est la possibilité d'un espace transférentiel élargi où le thérapeute peut assumer une fonction éducative, voire disciplinaire, sans persécuter et sans renoncer à sa bienveillance thérapeutique de base¹⁴

Personnellement cette conjonction a été difficile à gérer dans ma pratique clinique, une certaine gêne à dire non, à marquer les limites m'est venue d'une tradition de travail en cabinet (un espace quelque peu artificiel et restreint, épargné des agitations de la vie « réelle ») et de la pauvre expérience institutionnelle que j'avais auparavant. Le travail en binôme avec le médecin senior qui lui pouvait plus facilement adopter une position sévère m'a permis dans un premier temps une dissimulation de cette difficulté. Mais ensuite, lors de ma promotion à un poste à responsabilité plus importante, j'ai dû apprendre à maîtriser cette gêne au fur et à mesure que j'assumais ma fonction de garant de cadre, sans pour autant négliger ma position soignante fondamentale. Mais ce travail n'est pas possible sans le

¹³ M Botbol, N Mammar, Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, EMC, Psychiatrie Pédopsychiatrie. 2006

¹⁴ Y Duvergé, M Haie, Penser la loi pour des adolescents psychotiques au sein d'une structure soignante, La sanction- la lettre de l'enfance et de l'adolescence No. 57, p. 98

susmentionné espace transférentiel polyvalent de l'institution ; où l'on n'est jamais seul face à un patient ; les décisions sont toujours prises en équipe et tout se joue au sein porteur de l'institution.

On peut faire un rapprochement entre cette façon de concevoir les soins avec des concepts hérités de la pensée grecque : le prendre soin (*epimeleia*) et le soigner (*therapeia*). Il est intéressant de voir ici qu'étymologiquement, le mot « soin » n'a pris qu'au 19^{ème} siècle sa signification pour désigner spécifiquement des soins de santé, après avoir été longtemps le « souci » ; en ce sens, l'*epimeleia* est un concept qui précède et contient la *therapeia*. Lombard dit que les variations des proportions d'*epimeleia* et de *therapeia* contenues dans une même approche *permettent d'écrire presque toute l'histoire du soin en Occident*¹⁵

Dans un hôpital classique, la part de *therapeia* est beaucoup plus importante, les limites de l'action soignante se configurent là où l'incompatibilité entre lieu de vie et lieu de soins apparaît, *les nécessités du soin induisant une sorte d'oubli volontaire et une mise à l'écart des conditions ordinaires de la vie*¹⁶. Mais dans une institution comme la clinique Dupré, l'hôpital est aussi un lieu de vie, un lieu où l'on prend soin des patients-élèves, où on les soigne pendant des périodes d'hospitalisations souvent prolongées (parfois 4 ans), un lieu pour apprendre et s'instruire, un lieu où ils sont assistés dès le réveil le matin jusqu'au sommeil la nuit par la présence massive des soignants-éducateurs 24h/24. Dans une institution de soins-études, l'« *epimeleia* » et la « *therapeia* » coexistent. C'est une clinique qui n'en est pas une, mais qui est tout à la fois, avec les risques de « totalisation » qu'une telle approche peut entraîner. D'ailleurs certaines mesures sont prises pour diminuer ce risque : hospitalisation partielle ou séquentielle, référence psychiatrique extérieure, médiations thérapeutiques, travail avec les familles, externalisation des psychothérapies¹⁷

Dans une institution dont la vocation est si complexe et ambitieuse, la réflexion sur le concept de sanction éducative est, à mon avis, incontournable.

¹⁵ J Lombard, Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin, Le Portique, 2006

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ M Botbol, N Mammar, Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, EMC, Psychiatrie Pédopsychiatrie. 2006

LA SANCTION EDUCATIVE

L'essentiel est, du moins, de comprendre les raisons de la nécessité d'une certaine contrainte dans toute pratique éducative ; la nécessité de ce recours à la contrainte et à la discipline se déduit des termes mêmes de la problématique éducative, dès lors qu'elle se trouve énoncée dans toute sa rigueur conceptuelle : un des plus grands problèmes de l'éducation est le suivant : comment unir la soumission sous une contrainte légale avec la faculté de se servir de sa liberté ?¹⁸

Le mot sanction ainsi évoqué dans les réflexions kantienne nous renvoie automatiquement au concept de punition, mais si on se réfère à l'étymologie, on peut voir que sa signification est beaucoup plus large, ce qui n'est pas inintéressant quand il s'agit de proposer une sorte de « revendication » du terme. Sanctionner –*sancire* en latin- veut dire avant tout « rendre sacré » « l'étymologie *sac* donne des mots comme « sacrement », « serment », « sacrifice », « sacrilège », « sainteté », « sanctuaire », *sanctifier* »¹⁹

La sanction est donc l'acte de l'autorité qui rend une loi exécutoire : approbation, peine, récompense et en dernier lieu, punition²⁰. Mais c'est cette acception qui semble aujourd'hui s'imposer. *L'idée de sanction est proche de celle de rétribution qui désigne aussi bien une récompense due à un mérite qu'une punition venant frapper un acte vicieux. La sanction est la suite logique, elle est inscrite dans l'acte à titre de conséquence quasi nécessaire. Elle est, d'une certaine manière, une partie de l'acte, son ultime moment, son évaluation*²¹

C'est la dimension expiatoire de la sanction qui pose problème, mais comme dit Prairat, *l'expiation est la forme même de l'inconscient punitif collectif*²², il avance quelques raisons primordiales dans sa thèse. Du point de vue anthropologique, la violation des lois taboues acceptées naturellement par tous les membres d'une communauté et qui garantissent l'organisation et la survivance de la dite communauté, implique un châtement qui n'est pas appliqué par l'homme mais par les lois du cosmos. Une explication psychologique vient de Piaget qui explique l'efficacité de la douleur comme un moyen d'effacer la faute commise

¹⁸ P. Fontaine, Les réflexions kantienne sur l'éducation

¹⁹ E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 7

²⁰ Dictionnaire Mediadico

²¹ E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 8

²² E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 12

chez les enfants de moins de 7 ans dont la morale est celle du devoir. A partir de 8 ans, la faute devient une rupture du lien de solidarité et la sanction se fait par réciprocité. Freud également a parlé de la morale expiatoire du jeune enfant.

Les théories comportementalistes de la sanction s'appuient sur le concept de sanction naturelle, entendue comme les réactions naturelles qui suivent les actions erronées d'un enfant. Elles sont constantes, immédiates, directes et sûres car apportées par la nature inorganique et immuable, donc très fiable. Un exemple typique de cette sanction exercée par la nature : l'enfant qui approche son doigt d'une flamme et qui à travers cette expérience douloureuse apprend une fois pour toutes, que le feu brûle. Prairat adopte une position critique par rapport à ce modèle, et invite même à « *oublier les comportementalismes, anciens et nouveaux, tous les avatars psychologisés du dressage et du formatage, car, bien souvent, chez l'enfant ou l'adolescent, le sens advient après, plus tard. Un jour, il comprend l'attitude de son éducateur et cette compréhension tardive a plus d'effets qu'on ne l'imagine* »²³

La philosophie, la pédagogie et la psychanalyse en parlant de la sanction mettent l'accent chacune sur un aspect différent. Les philosophes se soucient du respect de la loi (Rousseau avec sa défense de la sanction naturelle, Kant pour qui discipliner consiste à dompter la sauvagerie et Durkheim pour qui la punition est « une sorte de contre-délit qui annule le délit »). Les psychanalystes considèrent avant tout le sujet et ses pulsions, l'éducation doit apprendre à un enfant à maîtriser les pulsions. Pour les pédagogues le plus important, c'est le lien, et la plus grande source d'angoisse est la menace d'une rupture. Les figures de Don Bosco et de Jean-Baptiste de la Salle sont invoquées par Prairat. Ils défendent une réduction des interventions punitives, en omettant les petites fautes au nom de la prudence pédagogique.

On n'agit pas comme philosophe dans les institutions soignantes, ce sont les positions de la psychanalyse et de la pédagogie qui sont à l'œuvre dans la vocation des établissements soins-études, d'ailleurs, l'appellation de Clinique Médico-pédagogique montre bien cette spécificité : la psychanalyse y est l'animatrice privilégiée des réflexions autour du travail institutionnel qui permet de jouer la scène familiale dans l'institution. Il s'agit de promouvoir la représentation de la dynamique familiale dans un cadre soignant sécurisé et réflexif. Les soignants se prêtent à ce que le jeune fasse son transfert sur eux au sein de l'institution qui

²³ E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 16-17

sert d'arène à ce jeu fascinant. Le passage à l'acte et la transgression sont donc inévitables, et l'institution elle-même les favorise. Mais il ne s'agit pas d'assister à une répétition stérile des stratégies relationnelles qui font souffrir. Devant la transgression il faut réagir bien, c'est une exigence des patients lorsqu'ils transgressent.

Le lien qui est si cher aux pédagogues l'est autant pour les soignants, tout se joue dans le lien, le transfert justement que l'on vient d'évoquer. Nous connaissons bien des situations cliniques où les premiers mois de la prise en charge ne représentent que l'installation de ce lien, indispensable pour le travail ultérieur. Après on tâche de cultiver soigneusement ce lien de confiance, ce qui n'est pas sans difficulté, car la loi symbolique n'est opérante pour les adolescents qu'à travers l'effet de transfert ; une sanction sans transfert préalable n'a pas d'effet ou au pire elle est destructrice du lien. *Hors du transfert, nos interventions peuvent n'être entendues que comme des manœuvres d'intimidation, de séduction perverse ou d'assujettissement*²⁴. C'est ce souci de préservation du lien qui explique la situation suivante :

Bernard*, adolescent de 16 ans, admis à la clinique après un long parcours institutionnel, il est arrivé avec ses parents, prêt à tout essayer, la clinique étant pour lui la dernière chance de se sortir de ses problèmes d'impulsivité qui avaient auparavant provoqué son expulsion de plusieurs collèges et institutions éducatives. Le lien n'a pas peiné à s'établir, Bernard se montre rapidement très à l'aise dans le groupe et avec les soignants, il semble même très docile quand il s'agit de respecter les consignes. Mais les épisodes de violence arrivent, il n'est plus lui-même, un regard « suspect » suffit à l'enrager, les vitres, les portes en souffrent. Les remarques ne semblent pas à la hauteur de ses fautes, le seuil de tolérance de l'équipe est particulièrement élevé pour lui et la difficulté à réagir dit aussi le manque d'originalité pour trouver une réponse qui lui soit bénéfique ; l'exclusion n'a plus aucun sens, tant elle a été utilisée par le passé, mais on ne pourra pas faire l'économie d'une mesure similaire devant la menace que représentent ses explosions de violence quand elles prennent pour cible les autres patients-élèves. Après plusieurs exclusions temporaires, sur le mode « périodes de réflexion », il réintègre l'institution, repentant et désireux de

²⁴ Y Duvergé, M Haie, Penser la loi pour des adolescents psychotiques au sein d'une structure soignante, La sanction- la lettre de l'enfance et de l'adolescence No. 57, p. 97

recommencer à zéro, mais son impulsivité ne connaît pas de trêve et il finit par être exclu définitivement. Le pronostic est sombre, il le pressent et en souffre, les parents sont désespérés, l'institution n'a pas pu lui offrir une solution.

Cette situation, très complexe du point de vue clinique, permet de voir comment une réflexion sur la sanction éducative et ses modalités, fait défaut dans une institution qui accueille des jeunes comme Bernard, confrontés à une tendance à la transgression insurmontable. Les modes de réaction stéréotypés ne font que répéter une histoire déjà longue, malgré le jeune âge de ce patient, et infructueuse.

Il convient ici de nous arrêter sur l'étude des caractéristiques de la sanction éducative que nous apporte Erick Prairat. *Pour être éducative, une sanction doit poursuivre une triple fin : une fin éthique, une fin politique et une fin sociale. Ces trois fins sont d'égale dignité et nous ne saurions donc en privilégier une au détriment des deux autres*²⁵

La fin éthique : La sanction se tourne vers la société mais aussi et surtout vers l'individu qui n'est pas un simple moyen mais une fin en soi. Tout acte d'apprentissage et de soin nécessite la mise en place de dispositifs spécifiques qui ne se trouvent que partiellement à l'extérieur de l'institution. *La coupure, le dire non à la jouissance, ne se réfère alors plus seulement à une loi universelle qui vaut pour tous. Elle se réfère surtout à des inventions uniques pour un sujet donné*²⁶ Ces dispositifs permettent la mise en acte contrôlée des transgressions et des « erreurs » dans un sens pédagogique ; c'est en amortissant ces actes, et non pas en les supprimant, qu'on peut aspirer à la construction du sujet socio-moral. En institution on connaît bien la quête de fiabilité de l'environnement par les adolescents qui testent la validité d'une règle en la transgressant. La sanction est donc un devoir de l'éducateur, en réponse à une dialectique que propose le jeune à travers ses actes transgressifs. *La sanction rend possible en l'enfant l'émergence de sa responsabilité subjective*²⁷

J'évoque ici, l'exemple de Thomas* que j'ai vu un jour en entretien médical à la demande de l'équipe soignante, suite à une transgression du « cadre ». En effet

²⁵ E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 77

²⁶ Y Duvergé, M Haie, Penser la loi pour des adolescents psychotiques au sein d'une structure soignante, La sanction- la lettre de l'enfance et de l'adolescence No. 57, p. 99

²⁷ E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 80

Thomas s'était affiché avec un autre patient avec une bouteille d'alcool dans le jardin de la clinique. Ils n'ont fait aucun effort de discrétion, comme si leur but était plus d'être découverts par les soignants que de soulager une forme d'angoisse avec l'alcool. Ma position de soignant m'a fait privilégier en entretien une compréhension de ce geste à un niveau clinique. « *L'alcool peut agir comme un anxiolytique efficace* » dis-je à Thomas qui semble comprendre l'idée, mais qui, à la fin de l'entretien me demande explicitement une sanction : « *Qu'allez-vous faire Vous n'allez pas me sanctionner ?* » Il teste les limites et attend une réaction des adultes, « *mes parents ne me sanctionnent jamais* ». Le terme de « sanction », proposé par lui, me choque et très rapidement l'entretien se termine sans aucune mesure particulière.

La fin politique : La sanction manifeste l'importance d'un ordre symbolique structurant, en rappelant la primauté des règles sociales du groupe, de la loi, sans que cela soit un moyen de réactiver le pouvoir des adultes. Les éducateurs et les soignants doivent donc renoncer à la tendance narcissique d'arborer un pouvoir et une maîtrise sur les jeunes. *Rappeler la loi, c'est aussi en appeler à sa valeur d'instance, c'est-à-dire à sa capacité à lier un « je » à un « tu » pour faire advenir un « nous »*²⁸. La loi permet la transsubjectivité qui rend possible le vivre-ensemble. Il faut aussi considérer la justice de la loi, car une réflexion sur la sanction implique aussi une réflexion sur la qualité de la loi.

Une autre situation clinique peut servir d'exemple pour illustrer la complexité d'une réflexion sur la finalité politique d'une sanction.

Aurélie est une jeune anorexique, complètement débordée par sa restriction alimentaire qu'elle ne critique pas, bien qu'elle soit parfois au bord de l'évanouissement physique. La dynamique relationnelle des anorexiques est marquée par un désir d'exhibition de leur maigreur, affichée comme un trophée prouvant sa capacité de maîtrise et de toute-puissance. C'est ainsi qu'Aurélie se balade dans l'unité avec une tenue très courte qui laisse voir littéralement ses os à peine couverts par une fine peau chétive. L'image est pathétique. Elle suscite chez les autres patientes, notamment chez les autres anorexiques, un rejet

²⁸ E Prairat, *Que sais-je ? La sanction en éducation*, Paris, PUF, 2003, p. 81

explicite. L'équipe soignante constate un phénomène de contagion, plusieurs patients se mettent à maigrir, et même, un garçon qui n'a pas, à la base, de problème d'alimentation explique sa baisse d'appétit par un curieux mécanisme d'imitation pas tout à fait conscient, il lui arrive même de vomir en se rappelant l'image cachectique de sa camarade. « *Comment réagir ?* » nous demandons-nous. Il n'y a aucune loi interne ni externe à l'institution qui interdise le port d'un quelconque type de vêtement, cependant dans ce cas précis il est clair que l'attitude d'Aurélië suscite un malaise dans le groupe, avec des répercussions inquiétantes au niveau de la cohésion et de la santé des individus. Nous n'avons pas été capables d'intervenir avec sagesse pour limiter le comportement d'Aurélië qui subissait, résignée, les remarques sans filtre de ses pairs qui sont par la suite, devenus violents à son égard. Dans cette situation, même s'il ne s'agissait pas de faire valoir une loi au nom de l'existence d'un groupe, la réflexion sur l'intérêt politique d'une intervention aurait été pertinente ; aurait été dans ce contexte, une sanction, non pas au sens punitif du terme mais en tant que mesure visant à limiter un comportement jugé nocif? La prise en charge d'Aurélië s'est terminée par une sortie contre avis médical, elle ne supportait plus l'ambiance qu'elle-même avait contribué à provoquer sans toutefois s'en rendre réellement compte.

La fin sociale : La sanction *visé à socialiser les pulsions, à réorienter un comportement pour renouer le lien social que la transgression a défait. Elle entend réinscrire le coupable dans le jeu social blessé et, par là même, redonner à la victime la place pleine et entière qui était la sienne avant la transgression*²⁹. Ici le cas de Valérie, une patiente très en difficulté à cause de ses conduites antisociales et de sa privation affective, me vient à l'esprit.

Il arrive que les patients se confient mutuellement leurs chagrins dans une quête illusoire de soulagement. Un jour Valérie écoutait la description très graphique des conduites alimentaires pathologiques d'une autre jeune fille qui éprouvait une grande angoisse en même temps qu'elle évoquait ces symptômes. Valérie, qui elle-même éprouvait très fréquemment ce genre d'angoisse a compati et au lieu de prévenir les soignants, a décidé de lui administrer à son insu une dose

²⁹ E Prairat, *Que sais-je ? La sanction en éducation*, Paris, PUF, 2003, p. 83

importante d'un médicament anxiolytique qu'elle s'était procuré dans une pharmacie à l'extérieur de la clinique, en versant le liquide dans la tisane de l'autre, avec deux autres patients comme témoins. La « victime » très sédatée ne comprenait pas ce que lui arrivait, l'équipe non plus. Valérie a finit par avouer son geste eau vu de l'aggravation de l'état de l'autre patiente. Une fois l'urgence médicale dépassée, cet épisode a été repris en entretiens successifs, d'abord en individuel puis avec les personnes concernées. L'extrême gravité de cette action a été pointée, les parents de tous les impliqués ont été avertis et une mesure d'exclusion pour Valérie a été prise. A son retour, elle semblait avoir compris la gravité de sa faute, la situation s'était apaisée et le lien entre les deux patientes put se rétablir, à travers notamment la confrontation des deux protagonistes, l'une comme victime, l'autre comme coupable, en assurant la réciprocité dans le jeu social. Les parents de la victime ont écarté l'idée d'une plainte contre Aurélie. Quant aux deux témoins, ils furent reconnus comme « complices » par l'équipe qui leur a signalé la responsabilité qui est la leur en tant que membres de la société d'assister une personne en danger. Cela leur a suffi comme sanction.

Une autre pratique, courante à la clinique, consiste à faire récrire une lettre de motivation aux patients exclus de l'institution pour cause de transgression suffisamment grave, sachant que lors du processus de pré admission, une première lettre leur a été demandée. Si bien que l'objectif de la nouvelle lettre n'est pas de présenter des excuses mais d'y consigner ses engagements, après la coupure ; on découvre, en les lisant toutes deux, un esprit de réparation qui inaugure fréquemment un véritable passage à une autre étape dans le parcours thérapeutique.

Dans le sens de la fin sociale, une sanction peut se réduire parfois à un acte de réparation, « *une occasion pour transformer un acte perturbateur en un moment de civisme* »³⁰. Les possibilités d'actes de réparation sont énormes et la créativité de l'équipe et du transgresseur lui-même peuvent dynamiser positivement ce moment, surtout quand on travaille avec des adolescents à la recherche de choses innovantes.

³⁰ E Prairat, Que sais-je ? La sanction en éducation, Paris, PUF, 2003, p. 92

Il est important ici de souligner certaines contradictions avec cette dimension réparatrice de la sanction. Le risque est de réaffirmer encore plus le phantasme de toute-puissance du sujet, qui a endommagé et qui pourrait aussi ensuite réparer. Un équilibre est à trouver, qui dépend du moment et du contexte dans lequel la faute est survenue. Un patient avec une défaillance narcissique peut être bénéficiaire de sanctions à visée réparatrice, un autre, habitué à la maîtrise et au contrôle des situations, peut l'être moins ; dans un cas similaire, la compensation prendrait davantage de sens avec comme préalable, l'appréciation de la victime pour que la compensation soit acceptée.

Le principe de signification : Il est clair dans cette réflexion que la sanction doit être appliquée à un sujet et non à un groupe. « *La sanction collective est néfaste au plus haut degré, elle fait payer des innocents pour des coupables, elle détruit l'autorité du maître qui, en l'utilisant, démontre en fait son impuissance à pratiquer la justice* » dit Dottrens, cité par Prairat³¹. Cela implique un renoncement aux formes spectaculaires de punition ayant comme prétexte la valeur exemplaire de la mise en scène publique d'une sanction punitive. La gravité et la solennité ont néanmoins, sa place dans la promulgation d'une sanction lorsque les circonstances l'exigent, mais c'est une gravité adressée, encore une fois, à l'individu. Les effets dissuasifs d'une sanction éducative peuvent exister sans pour autant se servir d'un coupable comme d'un instrument pour faire tirer une leçon. La parole relie la sanction à la transgression sur le plan du sens, au même temps que sur le plan pratique, elle met la sanction à distance de la transgression pour éviter qu'elle soit perçue comme une simple vengeance. La vengeance ne s'annonce pas, la sanction doit s'annoncer par une « cérémonie de langage ». D'où l'importance du recours à la parole pour accomplir le principe de signification. Il faut revenir sur les actes et leurs conséquences, pour essayer de les réinscrire dans le symbolique. S'assurer que la sanction soit comprise, sous peine de sévir. « *Toute punition qui n'est pas comprise est cruelle* », dit Edgeworth cité par Prairat³². Le passage par la parole est constamment invoqué comme un fondement du travail thérapeutique, donc tous les efforts ne sauront être vains pour faire comprendre une sanction, surtout quand le sens de la transgression n'est pas évident pour le coupable. Je reviens ici sur l'exemple antérieurement cité de la patiente qui, ayant comme complices deux autres patients, avait administré une dose de médicaments à une autre patiente.

³¹ E Prairat, *Que sais-je ? La sanction en éducation*, Paris, PUF, 2003, p. 85

³² *Ibid*, p. 87

Un des jeunes, fils d'un avocat, nous a montré sa perplexité d'être convoqué à un entretien pour reprendre les faits : selon lui et son père, il n'y était pour rien, il n'était qu'un témoin occasionnel d'un fait qui ne le regardait pas. Il a pu expliquer sa version, sa façon de comprendre les motivations de la coupable, et son choix de se taire. Ce ne fut que lorsqu'il eût compris la dangerosité potentiellement mortelle d'une telle dose de médicaments qu'il put réagir en acceptant nos remarques et en s'excusant par la suite auprès de la victime. Ce qui nous semblait évident, ne l'était pas pour lui, le passage par la parole a permis la prise de conscience de sa responsabilité dans les faits.

Le principe d'objectivation : Ce principe se réfère à la faute comme à un acte défectueux dans un contexte social de droits et d'interdits préétablis. On ne sanctionne pas une personne mais son acte dans une situation particulière. Dans une forme d'échange congruent, la personne qui sanctionne doit éviter toute allusion à la personnalité de l'impliqué. La stigmatisation n'a aucune place dans le processus d'une sanction.

En psychiatrie le danger de la stigmatisation est omniprésent, il est difficile de faire cet exercice de dissociation d'un acte, de la personne qui le commet, surtout quand on parle déjà d'« adolescents difficiles », comme une marque indélébile. Si l'adolescent est constamment dans le passage à l'acte de par sa nature même, les efforts pour renvoyer un jeune à ses actes, et non pas à sa personne en tant que telle, doivent se cultiver sans cesse. Ce principe est bien respecté dans des institutions de soins, il l'est moins dans un contexte familial.

Le principe de privation : Il est important que la sanction comporte une privation, qui peut être celle de l'exercice d'un droit. En conséquence, il est nécessaire que les règles de vie dans l'établissement ne contiennent pas que des interdictions, mais aussi des privilèges. Cet équilibre assurerait une liberté d'action effective entre l'illusion de toute-puissance et l'angoisse d'impuissance. Il s'agit, donc de priver le transgresseur des bénéfices de la communauté, avec comme résultat une frustration qui ramène à la réalité, tout en se gardant d'établir des pratiques humiliantes.

Gillian* et Charles* sont deux patients de la clinique. Une nuit l'équipe soignante s'aperçoit de l'absence de Gillian dans sa chambre, à 1 heure du matin c'est inquiétant car les patients sont invités à regagner leurs chambres à

22h30. Rapidement elle est trouvée dans la chambre de Charles, dans le lit sous la couverture, tous les deux en train d'avoir un rapport sexuel, chose qui est explicitement interdite dans le règlement intérieur. Cette transgression est vécue avec un sens de gravité accru par les soignants qui convoquent en urgence un entretien médical avec le chef du service. Les deux patients comprennent très bien qu'ils ont transgressé mais ne comprennent guère le message d'une incompatibilité entre les pratiques sexuelles et le projet de soins. Avec beaucoup de finesse Gillian nous demande en quoi le fait d'avoir eu un rapport sexuel mettrait en cause sa démarche de soins. « Quand on est pris dans des histoires d'amour on s'oublie soi-même », dit le collègue pas très convaincu. Se pourrait-il qu'en fait, dans l'esprit des patients, dans un endroit total comme la clinique Dupré qui offre tout sur place (les médicaments, les entretiens programmés et à volonté, les médiations thérapeutiques, un suivi pédagogique individualisé, les cours, une vie sociale) le sexe fasse partie de cet univers généreux ? Peut-être... Je dis peut-être parce que cette idée n'a pas été explorée en entretien, mais la perplexité de Gillian face à la réaction des soignants, laissait à penser cette possibilité.

Il fallait donc décider d'une sanction, sans la présenter en ces termes, selon la tradition de la clinique. La transgression est survenue la veille d'un départ en vacances, l'exclusion de l'unité n'aurait donc fait qu'anticiper ce départ et dans la pratique, aurait été un privilège qui aurait annulé toute intention de rappel de la loi. Alors une sanction un peu plus originale a été pensée : départ en vacances anticipé avec un retour également anticipé et une attention particulière pour éviter la coïncidence de leurs temps de permanence dans l'unité de regroupement qui demeure ouverte durant les vacances scolaires. L'annonce de la mesure a été difficile pour les deux jeunes, qui l'ont néanmoins acceptée. La situation est devenue délicate quand Gillian a exprimé son sentiment de honte, elle craignait que les rumeurs envahissent le couloir. L'équipe a dû tout gérer dans la discrétion sans renoncer à la gravité du rappel à la loi.

PENSER LA SANCTION DANS UNE DEMARCHE SOIGNANTE

Je reviens sur le cas de Thomas, le patient qui s'était affiché avec un autre et une bouteille d'alcool fort dans le jardin de la clinique. Ma position de soignant m'a fait privilégier une compréhension de ce geste à un niveau clinique, mais sans réfuter mon interprétation, à la fin de l'entretien, Thomas m'a explicitement demandé une sanction. L'entretien s'est terminé sans qu'aucune mesure particulière ne soit prise, mais par la suite plusieurs interrogations m'ont interpellé.

Lorsque j'évoque le sujet de mon mémoire auprès de certains collègues, leur réaction est également de gêne. Les infirmiers, psychologues et médecins me disent que le terme sanction n'a pas vraiment une place dans une institution soignante : « on ne peut pas punir un symptôme ». Les éducateurs semblent s'aligner dans une sorte d'humanisme antipsychiatrique pour défendre une position qui chercherait à comprendre les motivations du geste et non pas à le médicaliser ni à le punir. Personne n'est pas à l'aise avec ce sujet, pas même les cadres de santé, qui sont pourtant les garants du respect du règlement intérieur. Néanmoins, on sanctionne bel et bien à la clinique Dupré. Les exemples en sont multiples, comme on l'a vu, mais la sanction la plus utilisée est sans doute l'exclusion, ce que l'on appelle dans le jargon institutionnel « un temps de réflexion ». Un patient transgresse assez sérieusement pour faire réagir toute l'équipe, le médecin le voit en entretien et, après une délibération en réunion de synthèse, une décision est prise.

L'exclusion

C'est le moyen privilégié de sanction dans les institutions, il mérite donc une place à part dans la réflexion. D'abord il faut différencier l'exclusion définitive, qui selon Prairat n'est pas une véritable forme de sanction, de l'exclusion temporaire. Le renvoi marque l'impossibilité même de sanctionner, l'échec de l'effort éducatif et soignant. On retrouve souvent des patients qui ont déjà été renvoyés de plusieurs institutions et pour lesquels, dès le début de la prise en charge, on pressent que les choses ne vont pas changer, que le passage par l'institution ne sera qu'une tentative vaine d'établir un projet thérapeutique à moyen ou long terme.

Mais si l'on a affaire à des adolescents en difficulté psychologique, ce qui implique forcément une problématique de passage à l'acte et par conséquent une grande potentialité de transgression, quel mode de sanction autre que l'exclusion pourrait-on instaurer pour ces jeunes qui sont déjà quelque part exclus de la société ? L'exclusion retrouve son intérêt lorsque le transgresseur regrette les liens sociaux suspendus du fait de l'exclusion, lorsqu'il existe un ensemble de valeurs et d'intérêts partagés entre le sanctionné et le groupe. Exclure quelqu'un qui est déjà en rupture c'est *prendre le risque d'amplifier le processus de désocialisation en redoublant le processus de déliaison* »³³

Encore une fois, la créativité est la bienvenue quand il s'agit d'imaginer des formes de sanction qui n'ajoutent pas d'isolement. Prairat montre l'exemple des Anglo-Saxons qui ont mis au point *une procédure d'exclusion-inclusion, qui consiste à exclure les élèves des activités communes de la classe et de l'établissement tout en les gardant au sein de l'établissement. Elle repose sur l'idée pertinente que le temps d'exclusion ne doit pas être un temps vide*³⁴. Cette modalité a été imaginée pour un milieu scolaire, mais on peut bien la concevoir dans une institution de soins-études où les possibilités d'avoir des espaces propices pour cette mise à l'écart sont plus grandes. Le risque avec une stratégie pareille serait de convertir un lieu de soins en un espace punitif, mais si la sanction est abordée avec l'intéressé comme une possibilité, justement thérapeutique dans un sens large, ce risque s'atténuerait. Le recours non pas à un espace physique pour exclure mais à la temporalité est aussi intéressant à considérer. Comme dans l'exemple cité où les patients ont dû assurer leur présence à la clinique dans un moment où leurs camarades étaient en vacances.

Cette inversion du temps de présence dans l'institution leur a permis, à travers le bouleversement que cela comportait, une vraie réflexion, une mise en cause authentique. A son retour, Charles a pu admettre en entretien familial qu'il n'allait plus en cours de BTS depuis plusieurs mois, il alimentait depuis longtemps l'espoir de ses parents de le voir progresser dans ses études, au prix d'un poids trop lourd pour être porté longtemps. Cette sanction a marqué un avant et un après, ce fut l'occasion pour lui de se mettre en cause et de s'assumer. Je ne dis pas que cette mesure a été miraculeuse, d'ailleurs les

³³ E Prairat, *Que sais-je ? La sanction en éducation*, Paris, PUF, 2003, p. 105

³⁴ *Ibid.*

problèmes de Charles semblent ne guère évoluer, mais cet exemple permet d'illustrer la pertinence d'une réflexion sur la sanction dans un projet de soins intégral

Malheureusement pour des cas comme celui de B. l'exclusion définitive paraît parfois inévitable, malgré la tolérance que l'équipe a montrée à son égard, il n'a pas été capable de s'insérer dans un cadre social. On pourrait penser que pour lui, les sanctions proposées n'ont pas accompli le rôle de socialisation que toute sanction doit avoir pour être éducative. Les exclusions répétées n'étaient qu'une mesure de protection pour les autres patients, victimes potentielles de son agressivité. Bien évidemment, si les actes de transgression deviennent des actes à connotation illégale, l'institution se trouve dépassée pour gérer la situation, mais s'il y avait eu une véritable réflexion sur les formes de sanction, en assumant toutes les significations du terme, peut-être les choses n'en seraient-elles pas arrivées, à cette fin que regrettent aujourd'hui le patient et l'institution.

CONCLUSION

L'analyse de la complexité de l'intrication entre d'une part, les soins médico-psychologiques, et d'autre part l'enseignement et le soutien pédagogique, dans une structure comme la clinique Dupré, nous éclaire sur la nécessité d'une réflexion sur le concept de sanction considéré comme un élément indispensable dans toute démarche éducative. On peut dire que par le concept de sanction passe en grande partie cette interface soins-éducation. Au-delà du terme en soi, l'analyse du concept et ses implications permet de se dégager d'un certain préjugé porté sur lui et de l'inclure dans les pratiques soignantes de manière responsable, respectueuse et surtout cohérente avec la démarche thérapeutique.

La dissection du concept, tel qu'il est proposé par Eirick Prairat, montre la richesse qu'il peut apporter aux échanges entre les adultes garants d'un cadre éducatif et les adolescents difficiles toujours prêts à agir et à transgresser. La restriction de la volonté véhiculée par une sanction peut signifier à la longue une occasion de faire autrement, d'avoir accès à une volonté plus saine inspirée non pas par la pseudo-liberté du passage à l'acte qui s'impose avec l'angoisse, mais par une liberté de choisir la façon la plus convenable d'être avec les autres.

La mise en parallèle des données théoriques avec les exemples que nous offre la réalité clinique, montre à quel point cette réflexion n'est pas étrangère au quotidien des équipes soignantes. La diversité des situations cliniques peut ainsi faire émerger un éventail inattendu de possibilités de réactions face aux transgressions des patients, l'objectif principal de cette flexibilité de réponse étant d'éviter la rupture définitive des liens avec les patients que représente leur exclusion.

BIBLIOGRAPHIE

Botbol M., Mammari N., Barrère Y. Institutions soins études en psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-218-A-15, 2006

Ciavaldini A., Sanctionner et soigner : du soin pénalement obligé au processus civilisateur. La sanction- la lettre de l'enfance et l'adolescence No. 57. Paris, Grape, 2004

Costa-Moura Dzu R., Sur la logique sanitaire de l'appel contemporain à la sanction. La sanction-la lettre de l'enfance et l'adolescence No. 57. Paris, Grape, 2004

Duvergé Y., Haie M., Penser la loi pour des adolescents psychotiques au sein d'une structure soignante. La sanction- la lettre de l'enfance et l'adolescence No. 57. Paris, Grape, 2004

Fath G., Soins et/ou éducation : au plus près au plus loin, Le Portique, e-portique 3-2006, Soins et éducation (I), [En ligne], mis en ligne le 8 janvier 2008. URL : <http://leportique.revues.org/document871.html>. Consulté le 13 juillet 2009-08-06

Fontaine P., Les réflexions kantienne sur l'éducation. Club de philosophie du Lycée de Sèvres. 2006 [en ligne]. URL: <http://lyc-sevres.ac-versailles.fr/dictionnaire/dic.educ.PhF.Kant.pdf>. Consulté le 18 juillet 2009

Lombard J., Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin, Le Portique, e-portique 3-2006, Soins et éducation (I), [En ligne], mis en ligne le 8 janvier 2008. URL : <http://leportique.revues.org/document876.html>. Consulté le 13 juillet 2009-08-06

Maudit J.B., Des soins éducatifs à l'éducation par le soin, Le Portique, e-portique 3-2006, Soins et éducation (I), [En ligne], mis en ligne le 8 janvier 2008. URL : <http://leportique.revues.org/document878.html>. Consulté le 13 juillet 2009

Ott L., Le cœur de l'éducation est soin, Le Portique, e-portique 3 – 2006, Soins et éducation (I), [En ligne], mis en ligne le 8 janvier 2007. URL : <http://leportique.revues.org/document896.html>. Consulté le 13 juillet 2009.

Prairat E., Que sais-je ? La sanction en éducation. Paris, PUF, 2003.

Prairat E., Réflexions sur la sanction dans le champ de l'éducation. La sanction- la lettre de l'enfance et l'adolescence No. 57. Paris, Grape, 2004

Préneron C., Sanction et construction de la personne : une démarche dans la socialisation en famille. La sanction- la lettre de l'enfance et l'adolescence No. 57. Paris, Grape, 2004