CAHIERS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE

39
2012/2

Figures de la violence

de boeck

INTERVIEW DE MAURICE BERGER [1]. LA VIOLENCE EXTRÊME CHEZ LES ENFANTS, UNE PATHOLOGIE À QUESTIONNER

Christine FRISCH-DESMAREZ [2]

EXTREME VIOLENCE IN CHILDREN – A PATHOLOGY THAT NEEDS EXPLORING

SUMMARY In this interview, Maurice Berger discusses some of the ideas in his latest book "Soigner les enfants violents" [Treating Violent Children]. Based on the research undertaken in the unit of which he is the director, which specializes in treating an increasing number of children and pre-adolescents whose behaviour is extremely violent, Berger shows that the origins of this severe pathology are multifactorial and that it originates in a personal and intergenerational history of neglect and violence. The psychological processes that lie behind the symptom are complex. The author gives a detailed description of the therapeutic procedures adopted, including institutional, physical and pedagogic containment, in conjuction with intensive and attentive listening.

1 Maurice Berger est chef de service en pédopsychiatrie au CI de Saint-Etienne, ex-professeur associé de psychopathologie de l'enfant à l'Université Lyon 2, et psychanalyste. Ses recherches portent depuis une trentaine d'années sur les processus psychique: en jeu dans les organisations familiale dont les situations de défaillance éducative parentale importantes L'évolution actuelle de cette clinique l'a amer à orienter une partie c ses recherches vers la compréhension et la prise en charge des enfants et préadolescents de plu en plus nombreux qui présentent un comportement extrêmement violent. service qu'il dirige s'es spécialisé dans ce domaine.

2 Pédopsychiatre-Psychanalyste (SBP/IP 36, rue Tony Neuman 2241 Luxembourg. c.frischdesmarez@gm com

DOI: 10.3917/cpc.039.0211

KEY WORDS pathological violence, neglect, containment, therapeutic techniques.

RÉSUMÉ Dans cet entretien, Maurice Berger développe certains aspects de son dernier livre « Soigner les enfants violents ». À partir de recherches qu'il mène dans son service spécialisé dans la prise en charge des enfants et préadolescents de plus en plus nombreux qui présentent un comportement extrêmement violent, il montre que cette pathologie grave a des origines multifactorielles et qu'elle s'inscrit dans une histoire personnelle et transgénérationnelle de négligence et de violence. Les processus psychiques présents derrière ce symptôme sont complexes. L'auteur propose une description précise des dispositifs thérapeutiques qui allient contenances institutionnelle, corporelle et pédagogique, couplées à un dispositif d'écoute intensif.

MOTS-CLÉS violence pathologique, négligence, dispositifs thérapeutiques.

• *Christine Frisch-Desmarez : Ton livre : « Soigner les enfants violents » est tout à fait passionnant. Il ouvre sur de nombreuses questions tant cliniques, que sociales et sociologiques. Il interroge aussi la politique de santé publique. Tu y développes avec beaucoup d'hypothèses, de finesse et de nuances les mécanismes internes et externes à l'œuvre pour arriver à ce qu'un enfant développe une violence extrême. Tu y décris la pathologie d'enfants très jeunes et très violents qui, sans soins, risqueraient de blesser grièvement autrui voire de devenir meurtriers ou violeurs et de finir leurs jours en prison. Tu expliques, avec de nombreux exemples cliniques, qu'il est nécessaire de comprendre leur problématique comme une problématique lourde qui s'inscrit dans une histoire personnelle et transgénérationnelle de négligence et de violence. Comment as-tu été amené à t'occuper de ces enfants-là et à pousser aussi loin les approches thérapeutiques les concernant ?*

Maurice Berger : Ces enfants sont adressés banalement à notre consultation de secteur ou à notre unité d'hospitalisation à temps complet pour enfants de 2 à 12 ans. C'est un des intérêts du service public de ne pas choisir sa clientèle. Nous

devons donc soigner ces sujets et l'enjeu est de savoir si on décide de traiter seulement le moment de la crise violente ou si on essaie de comprendre la structure psychique, je dirais même "somato-psychique" de ces enfants, et d'en améliorer les dysfonctionnements. Cette démarche psychanalytique nécessite plusieurs pré-conditions pour être efficace. Tout d'abord, il faut avoir en soi un mode de pensée très médicalisé, je dirais même que l'identité psychiatrique passe au second plan. Je suis médecin, donc mon travail est d'éviter de laisser évoluer la pathologie de ce sujet vers des actes destructeurs pour autrui et pour lui-même. Et à partir de nos connaissances actuelles, la cohérence logique est de mettre en place telle manière de soigner et de protéger. Curieusement, cette cohérence est souvent prise pour du courage par les personnes extérieures à l'équipe. Il faut aussi accepter d'abandonner nos théories habituelles et d'avancer dans des terres inconnues. L'intérêt de découvrir des processus que nous ne connaissons pas fait passer au second plan l'angoisse de se désabriter. Il faut aussi être sensible à la dimension de l'archaïque qui concerne le fait que toutes nos émotions et nos sentiments ont d'abord été ressentis en termes corporels. Ainsi, par exemple, pour un tout petit, le désespoir peut d'abord se caractériser par une sensation de partir en morceaux, de se liquéfier.

• *CFD : Ce livre fait suite à ton autre ouvrage : « Voulons-nous des enfants barbares ? ». Tu approfondis beaucoup, dans cet ouvrage-ci, ce que tu avais commencé à développer dans le précédent en t'appuyant sur encore plus d'expérience et de diversité cliniques. À travers le processus de séances de psychothérapie intensive et l'analyse précise que tu en donnes, tu développes et affines encore de nouvelles hypothèses.*

MB : Cet ouvrage expose beaucoup de concepts nouveaux qui ne figuraient pas dans le livre précédent. Ce dernier était centré essentiellement sur la violence pathologique extrême, qui est la plus évidente et la plus explosive des formes de violence pathologique. Dans « Soigner les enfants violents », je décris d'autres formes de violence, comme la violence avec processus sadique qui est la plus difficile à supporter et à traiter par une équipe car elle pénètre littéralement le psychisme des soignants, la violence passionnelle (voir plus loin), la violence intra-familiale, la violence fraternelle. Autre élément

nouveau, je développe une des raisons de l'absence de sentiment de culpabilité chez les enfants pathologiquement violents en m'appuyant sur un article de Winnicott qui est peu cité, « Élaboration de la capacité de sollicitude ». Il y est indiqué que la « sollicitude exprime le fait que l'individu se sent concerné et accepte une responsabilité. Ceci nécessite un Moi qui commence à être indépendant du moi auxiliaire de la mère, et que le nourrisson a un intérieur, et par conséquent, un extérieur, c'est-à-dire un schéma corporel qui s'est mis à exister ». Ceci correspond au résultat impressionnant de la recherche qu'un psychomotricien de notre service a menée sur les enfants violents âgés de 4 à 12 ans et qui est rapportée dans l'ouvrage : 5 enfants sur 9 ne font pas le lien entre une mimique et un sentiment ou une émotion ; 5 sur 11 ne parviennent pas à se déplacer au sol en rampant ou à 4 pattes, alors que ceci est normalement acquis à 10 mois ; 6 sur 11 ne parviennent pas à tenir debout en équilibre statique, les yeux ouverts alors que l'âge d'acquisition est de 3 ans. On comprend l'importance de l'abord corporel pour de tels enfants, sous la forme de bains thérapeutiques, d'enveloppements secs, d'un travail autour de la zone buccale. Winnicott ajoute qu'un enfant ne peut acquérir de la culpabilité que s'il a bénéficié d'une « mère environnement » de bonne qualité, « une personne veillant à écarter l'imprévisible, et qui, d'une façon active, soigne et dirige ». C'est sur ce fond de relation calme que l'enfant va attaquer la « mère objet » par ses mouvements pulsionnels, envie de détruire une mère qui ne vient pas assez vite ou qui ne comprend pas tout de suite ce qu'il exprime, par exemple. On commence à saisir là l'impact de la négligence sur la genèse de l'absence de culpabilité. Surtout, cet ouvrage se veut être un manuel précis pour aider les professionnels confrontés à ces situations. C'est la raison pour laquelle il débute par la description détaillée de la psychothérapie d'un enfant de 10 ans à fortes potentialités meurtrières, Jason, que j'ai rencontré au rythme de 5 à 6 séances par semaine. On constate à quel point le matériel qui apparaît nécessite une lecture en terme de processus archaïques : pour une partie du fonctionnement psychique de cet enfant, la différence fond-forme n'est pas établie, la tridimensionnalité n'est pas intégrée, il n'y a pas de permanence de l'objet, toute présence d'autrui est ressentie comme une intrusion dangereuse, chacun de ces aspects nécessitant une adaptation particulière de l'abord thérapeutique. Sans un travail sur cette « archéologie des émotions », la culpabilité ne peut pas se constituer, donc la répétition des actes violents est inéluctable.

• *CFD : Tu soulignes aussi l'importance dans le développement de ces enfants de traumas répétitifs tout jeunes et de l'influence que cela peut avoir sur le développement de leur pensée : une pensée indifférenciée mais aussi un déficit intellectuel par sidération de la pensée et une totale indisponibilité aux apprentissages.*

MB : Lorsqu'on tente de soigner de tels enfants, on constate que derrière un comportement apparemment sommaire, tel que donner un coup, il y a des processus psychiques très complexes qui se sont mis en place pendant les 18 premiers mois de la vie, et qui constituent une clinique spécifique. Il s'agit tout d'abord d'une indifférenciation entre soi et autrui, entre présent et passé, qui peut être à l'origine de reviviscences sous la forme de flashs hallucinatoires ; d'une absence d'accès à la transitionnalité avec une incapacité de faire semblant ; d'un attachement désorganisé-désorienté ; d'un vécu de désespoir au sens d'une absence d'espoir et d'une sensation de partir en morceaux ; d'une inorganisation du schéma corporel. Et il y a effectivement une atteinte de la pensée qui est sidérée, d'où l'importance de la mesure du quotient de développement pour évaluer la souffrance psychique de l'enfant petit. Par ailleurs, il faut savoir que le langage se développe souvent d'une manière à peu près correcte, ce qui est un piège car ces enfants ne l'utilisent pas réellement pour communiquer avec les adultes ou pour raisonner, mais essentiellement pour maintenir un lien avec autrui. C'est une forme de collage, et ces enfants n'éprouvent pas un des plaisirs partagés les plus précoces, le plaisir cognitif, qui consiste à être heureux d'apprendre et de comprendre. Ces troubles sont les conséquences de traumatismes relationnels précoces dus à un environnement angoissant, imprévisible, à une exposition à des scènes de violence conjugales ou à un délire parental, etc.

• *CFD : Pour la compréhension de la lecture et de tes propos, tu es obligé de développer tes différentes hypothèses indépendamment l'une de l'autre mais il nous semble évident que tous les facteurs de risque dont tu parles sont en interac-*

tions les uns avec les autres. Comment faire comprendre aux professionnels l'importance et l'articulation de ces différents facteurs étiologiques ?

MB : La violence pathologique est d'origine plurifactorielle. Je constate souvent, lorsque j'expose l'ensemble de ces facteurs, un effet de « sidération » chez les professionnels qui réalisent l'ampleur des connaissances dont nous disposons et dont ils n'avaient pas pris conscience. De ce fait, l'ensemble théorico-clinique dont nous disposons peut leur apparaître comme une sorte de corps étranger. Oui, les conséquences neurologiques des traumatismes relationnels précoces sont rapidement fixées, et dans certains pays étrangers, un des premiers buts de la protection de l'enfance est la neuroprotection. Oui, l'attachement désorganisé est souvent fixé avant l'âge de deux ans et il devient alors un obstacle aux soins et à une orientation en famille d'accueil. Oui, les images violentes ou les sensations corporelles liées à la négligence sont incorporées à l'état brut dès les premiers mois de la vie et vont ressurgir ultérieurement sous la forme de flashs hallucinatoires violents. Oui, le premier besoin d'un nourrisson n'est pas d'être aimé, mais d'être rassuré, sans quoi il vit dans un état de stress permanent. Oui, tous ces facteurs sont à l'origine de processus défensifs massifs difficiles à mobiliser, etc. Ce qui me semblerait le plus permettre l'intégration de notre savoir et de nos hypothèses actuelles, serait de considérer l'intervention au niveau préventif et thérapeutique en protection de l'enfance comme une authentique spécialité, autonomisée comme telle. Et il faudrait aussi reconnaître une catégorie nosologique, la pathologie des traumatismes relationnels précoces incluant les différentes formes de violence pathologique, entité nommée telle quelle et que les professionnels pourraient étudier en ayant le sentiment d'être dans un cadre de savoir reconnu et balisé. Sinon, ils ne perçoivent nos connaissances que sous la forme de morceaux épars.

• *CFD : Ce qui me semble primordial dans ton livre est que nous sommes dans le domaine de la pathologie tant pour les enfants dont tu parles que pour leurs parents. Cet aspect me semble très important à souligner, à l'heure actuelle, où le « tout social » amènerait à penser qu'il suffirait de résoudre les difficultés sociales de certaines familles pour qu'il n'y ait plus de problème de violence ou alors où le « tout sécuritaire » mettrait en avant l'idée qu'il suffirait de « rééduquer » les enfants dont tu parles pour que tout aille mieux. Peux-tu développer comment le soin et l'articulation de différentes approches thérapeutiques sont fondamentaux pour ces enfants et comment faire passer ce message ?*

MB : Dans la grande majorité des cas, du fait de leur histoire, les parents des enfants violents n'ont aucune capacité de s'identifier aux besoins de leur enfant petit. Ils ne repèrent pas les messages émis par leur bébé, ou ils les déforment ; et ils sont incapables de jouer avec eux alors qu'on sait que le jeu est l'aliment de la croissance psychique de l'enfant, et c'est ce qui lui permet de mettre son agressivité sous la forme de faire semblant. Ces parents ont des troubles psychiatriques tels qu'une paranoïa, une dépression grave, une structure psychotique avérée ou sans manifestation délirante. Beaucoup de professionnels ne veulent voir ces adultes que comme des parents, et non pas, par exemple, comme un sujet paranoïaque devenu parent. Je suis frappé par l'évitement de tout diagnostic psychiatrique dans les nombreux rapports que je lis. Ce qui est aussi important, c'est la manière dont le trouble psychiatrique va influencer la qualité de la parentalité. Nous avons des outils d'évaluation précis qui permettent d'évaluer rapidement si un parent est capable de se saisir de l'aide éducative qu'on lui propose, à condition que cette aide soit cohérente et qu'elle ait des buts clairs. Mais il existe une véritable résistance à l'utilisation de ces guides des capacités parentales de la part de certains professionnels.

En ce qui concerne l'aspect « social », il suffit de regarder les résultats produits par cette hypothèse : ils sont mauvais dans la plupart des situations où les parents présentent une défaillance éducative importante. Tous les dispositifs de protection de l'enfance performants indiquent que la précarité n'est pas la cause de la violence même si elle aggrave les dysfonctionnements familiaux. Il faut ajouter les problèmes très importants que nous rencontrons face à certains systèmes culturels qui fonctionnent sous forme de clans en projetant massivement la violence et la culpabilité à l'extérieur du groupe familial. Si un enfant frappe de manière répétitive en cour de récréation, c'est toujours parce qu'il est « provoqué » par les autres, ou parce que son institutrice ne l'aime pas, etc.

Ainsi l'honneur de la famille est sauf. Entre le moment où une telle famille nous est adressée et celui où nous pouvons mettre en place un soin réellement efficace, il peut s'écouler une ou deux années, et souvent il faut pour cela obtenir la mise en place d'un placement de l'enfant avec des contacts uniquement sous forme de visites médiatisées.

• *CFD : Il me semble qu'un des fils de ta pratique tend à montrer que dans ces situations extrêmes, le travail thérapeutique avec la famille semble totalement illusoire et qu'il est nécessaire, bien souvent, de faire le deuil de cette possibilité, ce qui est, je crois, très difficile pour la plupart des professionnels. Qu'en penses-tu ?*

MB : Comme tu le sais, j'ai créé le modèle des entretiens familiaux psychanalytiques il y a 25 ans, en allant jusqu'à prendre en charge des familles présentant des dysfonctionnements très lourds. Mais dans les situations dont je parle ici, les parents sont incapables d' « historiciser » leur propre enfance. Ils ne peuvent évoquer que des faits, mais jamais des « événements », c'est-à-dire ce qu'ils ont pu éprouver au moment des faits, ou ils sont massivement projectifs. Il est donc impossible de faire évoluer ces pères et mères, même si d'une manière générale, les professionnels n'aiment pas reconnaître les limites de leurs outils. Curieusement, on accepte qu'un adulte présentant des troubles psychiques graves ne puisse pas progresser, mais on refuse l'idée que ce même adulte ne puisse pas évoluer en tant que parent. Si un changement survient dans la relation entre l'enfant et ses parents, c'est parce que l'enfant aura assoupli certaines de ses défenses grâce au travail thérapeutique mené avec lui, et il sera donc plus prêt à affronter les angoisses anciennes que déclenche chez lui le contact avec ses parents.

• *CFD : Dans notre patientèle tout venant de pédopsychiatres, nous voyons de plus en plus de très jeunes violents. Des enfants qui sont exclus de l'école à 4 ou 5 ans pour violence grave ne sont pas rares. Les hypothèses que tu fais sur les origines multifactorielles de ces comportements sont sûrement valables, ne fût-ce qu'à minima dans les situations que nous voyons et certains auteurs font aussi l'hypothèse de mise en place de clivages à la place du refoulement chez ces enfants. Pour différentes raisons liées à l'évolution de notre société, nous observons combien la phase de latence a changé et qu'elle ne correspond plus à la période d'installation de ce refoulement très utile au développement de l'enfant et à sa disponibilité aux apprentissages. Qu'en penses-tu ?*

MB : Je suis d'accord avec cette idée. Le refoulement nécessite la confrontation des désirs et des pulsions avec un Surmoi si possible cohérent et pas trop sévère. Actuellement, dans notre société on constate qu'il y a une dissolution sociale du Surmoi avec une séduction généralisée portée par les médias, les affiches. On constate alors que beaucoup de parents n'étaient capables d'avoir une attitude éducative cohérente que parce qu'ils éprouvaient la crainte du « qu'en-dira-t-on », c'est-à-dire une honte saine face au regard des autres si son enfant est mal élevé. Avec ce lâchage du corps social, il apparaît que beaucoup de parents n'ont aucune capacité surmoïque en eux.

Le clivage présenté par les enfants violents dont je parle ici est d'une nature différente de celui décrit par Freud, une déchirure verticale dans le Moi destinée à empêcher deux pensées totalement contradictoires d'être en contact. Il s'agit ici d'un multiclivage, au sens où ces enfants ont une pensée atomisée, une partie d'eux ayant intériorisé la violence d'un adulte, une autre partie étant l'enfant terrorisé, une autre est identifiée à la victime (la mère frappée par exemple), une autre dénie la gravité de la situation et idéalise les parents, une autre a une fonction protectrice en s'identifiant par exemple à une grande sœur qui a pu protéger momentanément l'enfant terrifié, etc. Ce clivage prend aussi la forme de processus dissociatifs souvent insuffisamment reconnus : ils consistent en une absence de connexion entre les sensations, les sentiments, les comportements, les souvenirs, la conscience. Il s'agit d'une réaction primaire de défense qui permet à l'enfant petit de survivre à des expériences qui sans cela seraient insurmontables. Ceci entraîne des conduites comme oublier, mentir, avoir des attitudes violentes et destructrices qui risquent d'être traitées comme des problèmes de comportement et non comme des défenses dissociatives.

• *CFD : Tu insistes aussi sur l'importance de la négligence de l'entourage sur le développement de l'enfant. Cet aspect, comme tu le soulignes toi-même est souvent peu pris en*

compte parce qu'il ne fait pas de bruit et qu'il alerte beaucoup moins les professionnels de la petite enfance et de la protection de l'enfance. Pourquoi penses-tu ?

MB : La négligence est une maltraitance sournoise. Ce n'est pas ce que l'on fait à un enfant, c'est plutôt ce que l'on ne lui fait pas, c'est-à-dire une absence de moments de câlins, de portages, d'échanges de sourires, où ces moments ont une durée insuffisante. Parmi les facteurs en cause, l'absence de mouvements proposés à l'enfant lors du maternage et l'absence de jeux ont un effet particulièrement délétère. Un enfant n'est pas un appareil vidéo qu'on peut mettre sur pause en attendant qu'on le stimule quelques années plus tard. Selon C. Lacharité, « Les enfants ont besoin que les adultes de leur entourage immédiat aient une « théorie implicite » de leurs besoins ». Et Stern indique que la négligence crée une violation d'attente, c'est-à-dire ici la sensation d'avoir besoin d'une réponse adéquate et calmante de l'environnement. Cette réponse ne venant pas, l'enfant est en permanence stressé, terme qui est actuellement galvaudé. Ainsi, on dit être stressé quand on doit courir parce qu'on est en retard pour prendre un train. Ici, il s'agit d'autre chose : le stress, pour ces enfants, c'est avoir une hypersécrétion chronique de cortisol dont le résultat est une atteinte de l'hippocampe et de l'amygdale dans le cerveau droit, lieux de la régulation émotionnelle et de l'agressivité ; c'est bloquer sa pensée pour ne pas penser à ce qu'on ressent, en se dissociant en plus si nécessaire ; c'est mettre en place les défenses automatiques dont l'attaque de tous les bons moments plutôt que de subir leur destruction par l'extérieur comme cela s'est produit sans cesse dans le passé. Dans ce contexte, le stress, d'un point de vue psychanalytique, c'est la déliaison, l'anti-liaison. Souvent les professionnels ne prennent conscience de la gravité de la négligence que dans sa forme extrême qu'on appelle un défaut grave de soins, par exemple la dénutrition. Mais on sait maintenant que la négligence moins spectaculaire est le facteur le plus fréquent à l'origine de la violence. L'enfant négligé est peu incité à utiliser des mots pour communiquer avec son entourage (de toute façon on ne l'écoute pas). Par contre, il apprend à utiliser son corps pour transmettre les émotions qu'il ressent. De plus, nous constatons que certains épisodes violents sont une revi-

viscence hallucinatoire des sentiments de lâchage, de partir en morceaux. La négligence prend aussi la forme d'absence de jeux avec les enfants petits. La totalité des parents des enfants violents ne jouent pas avec eux aux jeux très simples de coucou caché, de transvidage, ou autres. À la place, l'enfant est installé devant la télévision et on lui fournit précocement des jeux vidéos. Or le jeu est l'aliment du développement psychique de l'enfant, et c'est lui qui permet l'instauration de la transitionnalité et de la créativité.

• *CFD : Quelle est la part de la lutte contre la dépression, tu en parles à propos de la violence passionnelle mais qu'en est-il pour les autres types de violence ?*

MB : Il est impressionnant de constater que certains enfants ont des mouvements de violence passionnelle comme les adultes, avec une douleur qui traverse tout leur corps, qui brûle comme dans la passion amoureuse lorsqu'elle ne reçoit pas de réponse. Ces enfants ont des parents qui à la fois les négligent, les délaissent, et les séduisent, si bien qu'ils sont dans l'attente permanente du retour de tels parents, dans l'attente d'un signe d'attention. On ne peut pas parler chez eux de dépression au sens de tristesse, car leur douleur est l'équivalent d'un mouvement mélancolique. Dans leur violence, il y a l'idée de tuer comme forme de possession ultime de l'objet, être le dernier à avoir été en relation avec lui. L'ensemble des enfants violents ne parvient pas à éprouver de dépression. Jason (le jeune garçon dont je parle au début du livre) déclare clairement qu'il n'a jamais éprouvé de chagrin dans sa vie. Pouvoir être triste nécessite d'avoir fait l'expérience d'un objet auquel on a pu adresser ses émotions et qui a pu les contenir, en être le témoin, et les nommer. La dépression nécessite de pouvoir évoquer en pensée une personne à qui faire part de ce sentiment de tristesse et donc d'avoir rencontré un certain niveau d'empathie. Les enfants dont il est question ici s'effondrent en pleurant, mais ils ne se dépriment pas.

• *CFD : Tu relèves la question de la fratrie. La conviction que les enfants d'une même fratrie feraient alliance face aux défaillances parentales et qu'ils pourraient être une ressource l'un pour l'autre est souvent mise en avant, alors que ces relations fraternelles sont plutôt sources de conflits, de violence et de haine. Ce qui remet aussi fondamentalement en*

question la position que prennent de nombreux professionnels de placer frère et sœur dans une même institution ou famille d'accueil.

MB : La relation fraternelle n'est pas une donnée positive en soi. Pour constituer un étayage réciproque, elle nécessite que les enfants aient pu surmonter des épreuves communes, dont leur rivalité, ce qui n'est pas simple, partager des moments de plaisir et des valeurs. Dans les situations de défaillance parentale importante, un parent a été insatisfaisant pour chacun des enfants. Un père ou une mère qui donne peu d'attention exacerbe la rivalité entre ses enfants pour obtenir le regard de l'adulte. La « frérocité » normale prend alors des aspects de haine destructrice. On constate ainsi que la présence du frère ou de la sœur peut avoir un effet aussi désorganisateur que la présence du parent lui-même car cette présence fait ressurgir de manière hallucinatoire les vécus traumatiques physiques ou relationnels précoces éprouvés en présence des parents : chaos, séduction, terreur à l'état brut, abandon. Il est donc nécessaire de réaliser une évaluation clinique sans préjuger de la qualité de la relation qui existe dans la fratrie. Beaucoup d'enfants ne tirent aucun bénéfice de leur placement familial car ils sont placés avec leur frère ou leur sœur, et c'est même une des causes d'échec de ces placements.

• *CFD : Le dispositif psychiatrique que vous avez mis en place est multifocal, on sent bien la nécessité que tous ces niveaux de contenance (contenance groupale, institutionnelle, contenance corporelle, psychique, pédopsychiatrique) soient présents pour aboutir à un résultat car si quelque chose échappe, une faille se crée dans le système thérapeutique et l'enfant ou la famille s'en empare. Quelle énergie et quelle vigilance cela demande ! Comment y arrivez-vous ?*

MB : On ne parvient jamais à un dispositif parfait, mais on essaie de tendre vers le plus de cohérence possible. Il est important de prendre le temps d'élaborer un projet de service, ce qui a pris deux ans dans notre équipe. Le but de chaque élément du dispositif doit être précisé avec ses modalités de mise en œuvre. Quels sont les différents constituants d'un cadre de soins ? Comment gérer le temps de relation individuelle qui doit être quotidien avec l'enfant ? Comment devons-nous nous articuler avec les professionnels extérieurs au service ? Etc. Il

faut créer une sorte de culture du cadre et de la contenance, ce qui nécessite d'avoir fait ce que j'appelle des « expériences fondatrices » au cours desquelles on a constaté les effets de ce mode de soins, et inversement, les effets que produit le fait de ne pas en respecter suffisamment les principes. Il est vrai que ceci demande une vigilance constante, mais il est encore plus fatigant d'avoir le sentiment de travailler dans l'incohérence et l'inefficacité.

• *CFD : Le travail sur la régression a été oublié avec la psychiatrie moderne et avec les hospitalisations de plus en plus courtes, quelque chose qui est perdu d'un abord psychiatrique pourtant bien nécessaire pour certains patients.*

MB : Nous avons une durée moyenne de séjour plus longue que la moyenne nationale, mais les enfants que nous recevons ne peuvent pas vivre dans leur famille biologique, une famille d'accueil, une institution. Notre hiérarchie administrative est consciente que si on laisse sortir de tels enfants trop rapidement, ils reviendront dans notre service après avoir fait des dégâts non négligeables. Nous avons donc la possibilité de laisser ces enfants régresser, en évaluant en permanence si la régression est positive ou « maligne », c'est-à-dire tournée seulement vers l'obtention de bénéfices secondaires. Par régression positive, j'entends la possibilité de reprendre progressivement contact avec des parties de soi fragiles et souffrantes que le sujet protégeait par des défenses massives, ou de faire des expériences que le sujet n'a jamais pu réaliser précédemment, comme avoir des rêveries, commencer à être en relation avec soi-même, laisser venir en soi des sensations corporelles et des émotions sans éprouver d'angoisse. Ceci nécessite que l'équipe ne soit pas obsédée par la crainte de la chronicité. La régression est différente de l'absence de progression. Mais il faut aussi une vigilance institutionnelle au sens où ces enfants trouvent pour la première fois une sécurité importante dans notre service, et par conséquent, ils sont très angoissés à l'idée d'en sortir, ce qui est pourtant inévitable.

• *CFD : Vous avez développé de nombreuses approches thérapeutiques corporelles et tu les décris dans ton livre. Tu expliques bien en quoi la contention, qui ne s'utilise que dans des contextes très précis, permet à ces enfants de se rassembler et de retrouver progressivement une unité corporelle et*

une certaine conscience, en tous cas une certaine amélioration de la conscience de leur schéma corporel. Évidemment, vu de l'extérieur, ce procédé thérapeutique peut faire réagir les gens de manière négative vis-à-vis de cette pratique. Comment as-tu été amené à préciser cette approche et à la pratiquer de manière adaptée ?

MB : La contention est un des modes de contenance physique. Je définis ici le mot « contenance » comme la reprise à un niveau psychosomatique ou intrapsychique plus ou moins conscient par un sujet d'une expérience qui limite sa violence dans la réalité. De tels dispositifs peuvent être utilisés lorsque la parole ne fait plus tiers, lorsque le sujet est devenu inaccessible : plus on va vers lui, plus on est menaçant à ses yeux ou plus il se met en danger. Parmi les dispositifs contenants, il y a le cadre thérapeutique individualisé, les médicaments, l'enveloppement en urgence ou programmé (différent du packing), l'isolement au besoin. La contention est un dispositif ultime que nous n'utilisons que lorsque tous les autres moyens d'intervention thérapeutique ont échoué. Il s'agit d'un soin intensif au niveau psychique, qui demande un travail considérable concernant la prise en charge corporelle du jeune, et qui s'accompagne d'un dispositif d'écoute intensif afin de pouvoir travailler sur le matériel verbal amené alors par l'enfant. Sans cette écoute, la contention ne sert à rien d'un point de vue dynamique, elle ne fait que protéger des coups. Nous avons créé ce dispositif grâce à la guidance scientifique de René Roussillon qui a été le directeur de recherche d'un médecin de notre service, le Dr Rigaud, qui a consacré son mémoire de DEA à la théorisation de cette pratique et à la compréhension des processus psychiques qu'elle induit. Il est compliqué pour les personnes qui n'ont pas à prendre en charge des préadolescents extrêmement violents et dangereux de comprendre cette pratique. Ces jeunes présentent un gigantesque processus de défense par externalisation. Ils ne supportent aucune tension intra-psychique et l'expulsent sous forme d'actes violents. Ce mode de défense survient à la place d'une pensée et empêche la pensée. Nous constatons donc que ces sujets ne pensent que lorsqu'on parvient à les empêcher d'agir. La contention, en empêchant cette défense par l'acte, permet l'apparition d'une capacité de penser, d'autant plus que les soins de nursing amènent une régression souvent spectaculaire et procure pour la

première fois au sujet une sensation de cohérence corporelle. Ce dispositif qui nécessite une implication très importante de tout le personnel n'est mis en place que lorsque tous les autres dispositifs ont échoué, et il peut se passer un an, dans le service, sans que nous soyons obligés d'y avoir recours.

• *CFD : Comment vois-tu l'avenir des institutions de soins pédopsychiatriques ? Et l'avenir de la politique des soins au moment de la crise quand on ne pense qu'à des mesures d'économie ? Penses-tu que l'approche psychanalytique ou psychodynamique aura encore sa place dans les soins pédopsychiatriques aux enfants ?*

MB : En ce qui concerne l'avenir de la pédopsychiatrie publique dans le domaine des enfants violents, négligés, maltraités, je ne suis pas optimiste. Nous connaissons les principes de prévention qui pourraient être mis en place, mais deux obstacles majeurs empêchent de les utiliser. Le premier est idéologique. Les lois belges et françaises sont centrées sur les parents et pas sur la protection du développement de l'enfant. Les seuls pays dans lesquels la prévention donne des résultats sont ceux qui ont une loi centrée sur la définition suivante de l'intérêt de l'enfant : la protection de son développement physique, affectif, intellectuel, et social, ce qui nécessite une évaluation constante et précise de ce développement dans ces registres, en particulier pendant les deux premières années de la vie. D'une manière générale le pronostic évolutif des enfants précocement violents dépend du dispositif législatif concernant la protection de l'enfance. Il est intéressant d'indiquer ici comment a été construite la loi québécoise qui est une des plus protectrices du monde. Vers 1970, les familles d'accueil se sont plaint que les enfants âgés de deux – trois ans qu'on leur confiait présentaient des troubles du comportement insurmontables. Les éducateurs de la protection de la jeunesse leur ont répondu que c'est parce qu'elles ne savaient pas s'en occuper. Ces familles d'accueil se sont regroupées et ont riposté en disant qu'il n'en était rien et qu'il y avait d'autres causes. Il a alors été décidé d'évaluer l'état des trente mille enfants suivis par le dispositif de protection de la jeunesse du Québec, c'est la fameuse enquête des trente mille. Le résultat a été catastrophique. La plupart de ces enfants avaient évolué vers une déficience intellectuelle, une errance, des troubles psychiatriques, de la délinquance avec de la criminalité. Il a

alors été décidé de mettre fin à ces évolutions péjoratives, et la loi a été construite à partir de la question : quels sont les besoins minimum qui doivent être satisfaits pour qu'un enfant se développe correctement ? Malheureusement, ni en Belgique ni en France on n'envisage de faire une telle photo concernant l'état des enfants suivis par nos dispositifs de protection de l'enfance, peut-être par crainte du résultat.

Le deuxième obstacle est économique. Il y a une vingtaine d'années, nous avions peut-être encore la possibilité d'investir un budget important dans la prévention tout en maintenant une certaine qualité de soins. Actuellement, nous sommes confrontés à une augmentation importante des situations lourdes, très coûteuses à prendre en charge, et les soins ainsi que l'hébergement dans les foyers éducatifs utilisent la plus grande partie des budgets si bien qu'il est devenu quasiment impossible de mettre en place simultanément une prévention cohérente, alors que dans les pays où cela s'est fait, la rentabilité de ces actions est démontrée. Qui plus est, il existe le mythe insuffisamment démenti par les psychiatres que la pédopsychiatrie pourrait tout réparer. Or c'est faux, nous n'avons pas cette capacité, ce qui devrait donner encore plus d'importance à la prévention.

Quant à l'approche psychodynamique, il est évident qu'une partie du matériel produit par ces enfants ainsi que certains aspects de leur comportement ne peuvent être compris que grâce à l'outil psychanalytique. Ceci n'est pas exclusif d'autres abords, telle la prise en compte de la théorie de l'attachement, de la dimension génétique, neurologique, culturelle. Mais la pédopsychiatrie ne peut se passer de cet angle de compréhension dans la mesure où nous sommes confrontés aux ratés de la construction du psychisme infantile. La psychiatrie adulte peut plus avoir la tentation de se passer de la compréhension psychanalytique, mais en pédopsychiatrie, cela consisterait à s'amputer d'un moyen d'action important et efficace.

• *CFD : Tu parles à la fois d'un travail de pionnier et de recherche et à la fois tu dois te battre pour préserver un espace de soins protégé, je trouve très difficile de pouvoir mener les deux en même temps, qu'est-ce qui te permet d'être sur ces deux fronts à la fois ?*

MB : Un élément qui permet de tenir face à des situations aussi délicates est l'intérêt de la recherche. Tous les jours, ces enfants nous amènent dans des territoires inconnus, nous font découvrir des processus psychiques inexplorés, et les membres de l'équipe peuvent éprouver un plaisir à partager leur créativité et à « féconder » mutuellement le psychisme des autres.

• *CFD : Tu décris bien l'importance du chef qui investit le travail et l'équipe. Est-ce que ce corps à corps ne tient pas la route grâce à ce chef d'équipe ? Que se passe-t-il quand celui-ci lâche prise ou se décourage ?*

MB : Kernberg a bien décrit la tâche du leader qui « consiste à juger. Le mieux qu'il puisse faire est peut-être de rester attentif aux implications d'une position où l'on juge les autres ». Il ajoute que le leader doit être concentré sur la tâche à effectuer par le groupe plutôt que sur les contraintes humaines que celle-ci comporte. En ce sens, le rôle du chef de service est d'être témoin de ce que l'équipe éprouve, subit, et parvient à réaliser. Être témoin des difficultés et y réfléchir montre aux autres soignants que leur travail laisse une trace en s'inscrivant dans le psychisme d'un autre et qu'une personne éprouve de l'empathie par rapport à ce qu'ils subissent, mais ceci ne doit jamais basculer dans la plainte qui est toujours délétère pour un groupe. D'une manière générale, rien n'est jamais acquis dans une équipe confrontée à des situations aussi difficiles. L'institution soignante ou éducative est comme un bateau qui se fixe un cap : le projet de service. Ce bateau va sans arrêt dévier, d'un ou deux degrés au départ, ce qui ne se voit pas, mais une fois une certaine distance parcourue, c'est-à-dire un certain temps écoulé, l'écart est devenu tel qu'il va être difficile de retrouver le cap. Aussi est-il nécessaire qu'un individu chargé de la fonction hiérarchique tienne le rôle de tour de contrôle concernant ce cap. Mais rien n'est jamais complètement perdu non plus.

Par ailleurs, plus on travaille avec des sujets violents, plus la notion de cadre contenant doit être essentielle afin que les actes qui s'y produisent puissent prendre un sens, et donc plus on doit être rigoureux dans le soin.

Luxembourg- St Etienne, avril 2012

Bibliographie

BERGER Maurice : *Voulons-nous des enfants barbares ?*, Paris, 2008, Dunod.

BERGER Maurice : *Soigner les enfants violents*, Paris, 2012, Dunod.

KERNBERG Otto : *Le divan à la mer : la psychanalyse des organisations*, Revue française de psychanalyse, 4, Paris, 2006, PUF, p. 919-932.

LACHARITÉ Carl, Ethier Louise, Nolin Pierre : *Vers une théorie éco-systémique de la négligence envers les enfants*, Bulletin de psychologie, tome 59 (4), n° 484, 2006, Paris, p.381-394.

RIGAUD Catherine : *Violence et contention : la fonction phorique du soin*, diplôme d'études approfondies de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lyon 2.Berger, 2001.

WINNICOTT Donald W. : *Elaboration de la capacité de sollicitude*, trad fr. in *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, 1962, Payot, p.31-42.