

Maurice Berger

Soigner les enfants violents

Traitement, prévention, enjeux

2^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021
(Dunod, collection Enfances, 2012
pour la précédente édition)
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-080247-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>AVANT-PROPOS</i>	IX
La suite institutionnelle de l'histoire	IX
La suite clinique de l'histoire	X
La suite scientifique de l'histoire	XIII
 <i>PRÉAMBULE. L'HISTOIRE PSYCHANALYTIQUE D'UNE INSTITUTION THÉRAPEUTIQUE RECEVANT DES ENFANTS VIOLENTS</i>	 XV
Le projet de soins	XVII
Le rôle du chef	XVIII
Les fonctions tierces	XIX
La nécessité de la cocreativité, ou la fonction de la recherche	XXI
 <i>INTRODUCTION</i>	 1

PREMIÈRE PARTIE

DONNÉES CLINIQUES RÉCENTES SUR LA VIOLENCE
DES ENFANTS ET PRÉADOLESCENTS

1. Psychothérapie psychanalytique et prise en charge institutionnelle d'un préadolescent à fortes potentialités meurtrières	11
Présentation	11
Quelques mots de l'histoire traumatique de Jason	16
La prise en charge individuelle	18
<i>Séquence 1 : le principe de transformation visuelle lente, 19 • Séquence 2 : du fond à l'apparition des fantasmes, 24 • Séquence 3 : la conception violente, 26 • Séquence 4 : la dialectique fond-forme, 28 • Séquence 5 : l'apparition de la tridimensionnalité, 29 • Séquence 6 : la transformation verbale lente, 32 • Séquence 7 : transfert et contre-transfert maternel, 34 • Séquence 8 : séduction et meurtre, 35 • Séquence 9 : la fin des moments de contention, 42 • Séquence 10 : l'annonce de la sortie, 43</i>	
Situation actuelle	46
2. Des enfants violents sans sentiment de culpabilité	53
Les conditions pour que se constituent des sentiments d'empathie et un surmoi cohérent	54
Propositions	57
<i>Le premier principe consiste à centraliser toutes les informations sur une personne référente de l'enfant qui a un lien stable avec lui, 57 • Le deuxième principe est d'éviter l'effacement de l'acte par son auteur, 57 • Le troisième principe est l'aide à l'anticipation, 59</i>	
Un exemple d'absence d'empathie	61
3. La négligence, point aveugle	63
La négligence : définition et conséquences	63
Comment prêter attention à la négligence	67
Ailleurs, on fait beaucoup mieux	70
<i>L'Ontario et Shakespeare, 70 • En Angleterre, 72</i>	
La prise en charge de Mylène, enfant négligée	75
<i>Réflexions sur l'articulation entre temporalité des processus psychiques chez l'enfant et temporalité judiciaire, 84</i>	

4. Différentes formes de violence	89
La violence pathologique extrême (VPE)	89
La violence avec processus sadique (VAS)	95
<i>Quelques repères cliniques, 96 • Réflexions sur la prise en charge institutionnelle des sujets violents et sadiques, 101</i>	
La violence passionnelle (VP)	109
La violence intrafamiliale nécessitant un placement	112
<i>Différenciation et plaisir partagé, 121 • La fonction du sacrifice, 124</i>	
5. Les relations fraternelles dans les situations de défaillances parentales importantes	131
Réflexions sur la fraternité	132
La fraternité dans les situations de défaillance parentale précoce	134
<i>La haine, 134 • La fratrie, incarnation du passé traumatique, 135 • L'absence de représentation du passé, 135 • Une relation d'emprise, 135 • Une demande brusque et ponctuelle, 136</i>	
Quel dispositif mettre en place pour aménager les relations fraternelles ?	136
<i>L'idéologie de la fratrie, 136</i>	

DEUXIÈME PARTIE

PRISE EN CHARGE DE LA VIOLENCE

6. La contenance institutionnelle, physique, et groupale	141
La contenance institutionnelle et physique	141
<i>Le cadre, 143 • Les composantes de la contenance institutionnelle au long terme, 147</i>	
La contenance groupale	155
<i>Le groupe soignant face à un vécu traumatique, 155 • Les conteneurs institutionnels, 158</i>	
7. La contenance corporelle, psychique, pédagogique	163
La contenance corporelle	163
<i>Les bains thérapeutiques, 164 • L'enveloppement fait au calme, 168 • La zone buccale, 169 • La thérapie psychomotrice, 170 • La trace corporelle, 175 • Du côté des parents, 175</i>	
La contenance psychique	175

Deux exemples de dispositif d'écoute d'un enfant violent en hôpital de jour	178
La contenance pédagogique	195
<i>L'apprentissage est un objectif essentiel, 196 • La réflexion partagée avec les pédagogues, 196 • Les difficultés spécifiques, 198</i>	
8. Crises violentes des enfants et urgence	201
Le sens du recours au service d'urgence	201
<i>La crise, 201 • La difficulté de comprendre la situation, 202 • L'urgence comme symptôme de l'impossibilité de vivre ensemble, 203</i>	
Protocole institutionnel en cas de passage à l'acte violent de la part d'un enfant ou préadolescent	207
<i>Pour tenter d'éviter une crise, 207 • Lorsque la crise a lieu malgré ces précautions, 208 • Une institution doit toujours avoir en pensée un autre lieu plus contenant que ce qu'elle peut proposer, 208 • Après la crise, 209</i>	
9. Réflexions sur le partenariat et l'interdisciplinarité	211
Qu'attend-on des professionnels qui travaillent en pédopsychiatrie ?	212
Avons-nous un accord sur les buts à atteindre et sur leur ordre d'importance ?	212
Parlons-nous du même enfant ?	213
Avons-nous la même représentation de ce qu'est un soin psychique ?	214
Avons-nous la même représentation des parents ?	214
Pour parvenir à la construction d'une pensée différenciée chez l'enfant, plusieurs conditions peuvent être requises	216
Comment les places des différents professionnels peuvent-elles se définir et s'articuler ?	219
Comment un professionnel peut-il prendre sa place quand il arrive dans une situation ancienne ?	220
10. Avec 33 ans de recul : bilan	225
Pour qu'un développement affectif et intellectuel soit durable	227
<i>L'évolution des contacts, 227 • La continuité des intervenants, c'est-à-dire leur engagement dans la situation, 228 • Le dispositif « autoprotecteur », 231 • Comment les soignants peuvent-ils être « durables », c'est-à-dire tenir leur investissement face à l'usure ?, 231</i>	

TROISIÈME PARTIE

DES LOIS INADÉQUATES

11. La loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance	237
La loi de mars 2007 : un échec majeur	237
<i>Les circonstances de la construction de la loi, 238 • L'enjeu : Les troubles graves de la personnalité et du comportement, 240 • En conclusion, 251</i>	
La Convention internationale des droits de l'enfant : un texte trop flou	253
La Convention européenne des droits de l'homme : une idéologie du lien du sang	254
12. Article 350 du Code civil et idéologie de la filiation	255
13. Ordonnance de 1945 et abaissement de l'âge de la responsabilité pénale : un permis de violer ?	263
Du côté de la victime	264
Remarques cliniques	265
<i>Les sujets qui présentent une violence pathologique extrême (VPE, cf. chap. 4), 266 • L'agression sexuelle comme manière d'expérimenter la sexualité, 267 • Les violences sexuelles groupales incluant les viols collectifs, 267</i>	
Les points communs	269
<i>L'effacement, 269 • Ces sujets n'ont pas acquis la transitionnalité, 271 • Une carence autoérotique, 271 • L'honneur de la famille, 271 • Il existe beaucoup d'autres processus en jeu, 271</i>	
Le rôle de la loi dans la prise en charge du jeune agresseur sexuel	272
<i>Au niveau de la prévention « tardive », 272 • Mesures préventives de la récidive, 273</i>	
14. Quelle prévention ?	277
Les obstacles	277
Quelques idées	278

<i>CONCLUSION</i>	283
Les médias : agitation et désintérêt	283
<i>L'absence de rigueur de nombreux journalistes, 283 • Le peu d'intérêt des médias pour la protection de l'enfance, 284 • L'absence d'éthique de nombreux journalistes, 285 • Un futur inquiétant, 286</i>	
 <i>LA FACE CACHÉE DE LA NÉGLIGENCE. EXTRAIT DU BILAN 2010 DES DIRECTEURS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE DU QUÉBEC</i>	 287
Définition	287
Prévalence	288
L'enfant négligé	288
La sévérité de la négligence	289
Les conséquences de la négligence chez l'enfant	290
 <i>LISTE DES OBSERVATIONS</i>	 293
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	 295

Avant-propos

Ce livre est le résultat d'un travail d'équipe et d'une réflexion collective menée pendant 35 ans par les membres du service de pédopsychiatrie que j'ai dirigé au CHU de Saint-Étienne et qui avait décidé de dédier une grande partie de son activité à la prise en charge des enfants et adolescents extrêmement violents, ceux qui ne pouvaient plus rester dans leur famille biologique, leur famille d'accueil, leur institution.

Il contient une somme importante de données théoriques et pratiques, et avec du recul, on peut considérer qu'il est toujours l'ouvrage de référence pour la prise en charge des enfants violents... qui ont de fortes chances de devenir des adolescents puis des adultes violents à défaut de soins adéquats.

LA SUITE INSTITUTIONNELLE DE L'HISTOIRE

Ce dispositif de soins et de recherche, si long à construire, n'existe plus. Il a été fermé dès mon départ à la retraite fin 2014. Quatre-vingts Professeurs d'Université français et étrangers, chefs de service, juges des enfants, ont écrit en vain pour demander que ce service formateur pour la communauté des soignants soit maintenu. Leur question était : « Comment peut-on fermer le seul lieu de recherche clinique francophone dans ce domaine au moment où la « violence des jeunes », comme le disent les médias, est en augmentation constante ? »

Il fut décidé d'effacer les empreintes colorées des mains, soulignées de leurs prénoms, que tous les enfants hospitalisés avaient apposées sur un mur, mêlées à celles des soignants, traces de ce moment où ils étaient parvenus à penser. Il fut interdit à l'équipe de réaliser des visites médiatisées dans le service, elles devaient toutes être prises en charge par l'Aide sociale à l'enfance (qui m'avait demandé d'en gérer moi-même certaines particulièrement tendues et qui se déroulaient mieux en milieu soignant). Le service de placement familial spécialisé créé avec l'aide de Myriam David et d'Hanna Rottman fut supprimé. Etc. Ces actes anti-pensée furent peut-être sous-tendus par de forts mouvements d'envie destructrice par rapport à la créativité du service et à sa réputation internationale. De plus, de forts systèmes d'allégeances institutionnels étaient en jeu. Le professeur directeur du pôle de psychiatrie du CHU m'écrivit « comprendre que sa basse stratégie de gestionnaire ne corresponde pas à mes ambitions de thérapeute ».

Mais on ne peut pas détruire la pensée. De nombreux membres de l'équipe, dans leur vie professionnelle actuelle hors du CHU, utilisent les principes thérapeutiques construits collectivement. Et l'expérience accumulée continue à être transmise par ce livre.

LA SUITE CLINIQUE DE L'HISTOIRE

Dès la fermeture du service, je fus contacté par le directeur d'un Centre Éducatif Renforcé (CER) recevant des adolescents violents pour beaucoup en provenance des banlieues dites « sensibles », telles que Vaulx-en-Velin, Vénissieux, etc. À mon arrivée dans ce Centre, j'étais convaincu que l'expérience et le savoir acquis avec les enfants violents étaient transposables. Mais ce ne fut pas si simple. Oui, les processus décrits avec les plus petits étaient repérables chez les plus grands, et les connaître permettait une compréhension plus rapide de l'origine de leur comportement. Mais l'adolescence, et le fait même que ces sujets n'aient pas été pris en charge plus tôt, rendaient impossible l'utilisation des mêmes dispositifs thérapeutiques. Les enfants acceptent de s'appuyer sur le corps des éducatrices, éducateurs, infirmier(e)s même pour des câlins, les adolescents s'appuient « contre » le corps des éducateurs sous la forme d'un affrontement rituel pour débiter la relation ; les enfants acceptent de dépendre de nous affectivement, les adolescents refusent toute aide, laquelle irait à l'encontre de leur besoin d'indépendance ; les enfants ont la capacité de décrire ce qu'ils ressentent sous forme de dessins, de jeux avec des figurines, de petits récits

écrits à deux, les adolescents en question ne savent ni jouer ni faire semblant ; les enfants restent en notre présence lorsqu'ils éprouvent une forte tension et on peut en parler avec eux sur le moment, les adolescents partent dans le parc pour une durée indéterminée ; les enfants ne rencontrent qu'en notre présence leur famille dont nous connaissons les difficultés éducatives majeures ; sauf exception, les adolescents ont avec leur famille des contacts non médiatisés¹ par nous, etc. On peut résumer ces différences dans le tableau suivant.

Enfant de moins de 12 ans	Adolescent
Accepte la dépendance affective par rapport aux soignants.	Présente une volonté d'indépendance.
Dépend totalement de l'adulte dans la réalité.	Dépend de l'argent des trafics illégaux.
Peut s'appuyer physiquement sur le corps du professionnel référent (proximité, câlin).	S'appuie contre le corps du professionnel (affrontement).
S'appuie sur la pensée de l'éducatrice/éducateur en prise en charge en hôpital de jour.	S'appuie sur le groupe extérieur (le quartier).
Parle de ce qu'il ressent au professionnel témoin impliqué. Affects de détresse partagés pour la première fois.	Parle difficilement de ses émotions, qu'il a du mal à identifier.
Peut comparer de lui-même la relation offerte par le professionnel référent avec l'attitude parentale.	Ne peut pas procéder à cette comparaison. Psychisme envahi par la groupalité familiale.
Accepte les mises en représentation, récits à deux, dessins, jeux de rôle, etc.	N'accepte pas ces types de médiation.

1. On appelle « visites médiatisées » des rencontres entre un enfant et ses parents qui ne se déroulent qu'en présence de professionnels et dans un lieu institutionnel, à un rythme défini par un juge des enfants.

Lors des contacts avec ses parents, peut être protégé par des visites médiatisées.	Capacité de fuguer pour aller dans sa famille.
Visites médiatisées au cours desquelles l'enfant parvient à différencier sa pensée de celle de ses parents. Possibilité de travailler sur les imagos parentales même à l'adolescence.	Incapacité des sujets de penser sur leurs parents (imagos intouchables) et de penser en présence de leurs parents. Adolescent et parents doivent être reçus séparément pendant longtemps (<i>cf. infra</i>).
Peut s'étayer sur les pairs en groupe pédagogique.	Est envahi psychiquement et excité par le groupe, donc nécessité d'une pédagogie individuelle, ou honte du sujet face au groupe s'il n'arrive pas à réaliser un exercice.
Force physique contenable.	Grande force (lutte corps à corps avec les éducateurs).
« Fugues » très rares. La tension est gérée dans la relation.	Fugues fréquentes en cas de tension.
Pas de consommation de drogue.	Diverses addictions qui gênent la pensée et l'apprentissage.

À cela, il faut ajouter les difficultés liées au fonctionnement clanique indifférencié de nombreuses familles qui entrave la construction d'une pensée personnelle chez beaucoup de ces adolescents, et la dimension groupale des liens avec les autres jeunes du quartier d'origine. Autre problème majeur dans le CER : l'absence des dispositifs contenant décrits au chapitre 6 de cet ouvrage constitue un véritable handicap pour l'apparition d'une capacité de mentalisation. Il a donc fallu construire un autre cadre de travail, une autre manière de penser, de parler à ces jeunes. Leur capacité de réfléchir et d'accepter de l'aide était beaucoup plus abîmée que je l'avais imaginé et les difficultés bien supérieures à celles que j'avais rencontrées auparavant. Ce travail est décrit dans un petit livre, *Sur la violence gratuite en France* (L'Artilleur, 2019).

LA SUITE SCIENTIFIQUE DE L'HISTOIRE

Nos connaissances en matière de psychotraumatisme avancent rapidement. En particulier, l'utilisation de l'EMDR employé jusqu'alors surtout en cas de traumatisme ponctuel a maintenant des bases qui permettent d'y faire appel en cas de pathologie des traumatismes relationnels précoces. Il peut donc être intéressant de tenter d'ajouter cet outil à nos dispositifs thérapeutiques. Mais il faut prêter attention au fait que cette modalité thérapeutique n'est utilisable que si l'enfant est totalement à l'abri de tout contact insuffisamment protégé avec le parent à l'origine de ces traumatismes. Il en est de même à propos des recherches qui se développent concernant les troubles de l'attachement.

Enfin, dans cette nouvelle édition, j'ai ajouté un préambule qui montre comment donner d'excellents chocolats à une équipe infirmière épuisée par la prise en charge des enfants violents ne règle pas les problèmes. Il s'agit d'un court exposé fait au Congrès de l'Association Internationale de Psychanalyse de Couple et de Famille (AIPCF) en 2018. Je disposais d'un temps de parole de vingt minutes.

Maurice Berger
Le 30 octobre 2020

Préambule

L'histoire psychanalytique d'une institution thérapeutique recevant des enfants violents

Comment travailler avec des sujets qui n'éprouvent aucune culpabilité, quelles que soient les blessures infligées à autrui ? Rosa Jaitin, présidente de l'Association Internationale de Psychanalyse de Couple et de Famille (AIPCF) m'a demandé de parler du travail du psychanalyste dans un groupe institutionnel. Je vais donc décrire mon expérience de psychanalyste qui a consisté à être responsable d'un service de pédopsychiatrie dédié à la prise en charge des enfants extrêmement violents.

Les enfants et préadolescents accueillis étaient âgés de 4 à 12 ans, et certains, qui pesaient plus de 80 kg (160 pounds), avaient une grande force physique. Très violents, ils ne pouvaient plus rester dans leur famille biologique, leur famille d'accueil, ou leur institution éducative. Tous les soins précédents avaient échoué. Certains avaient cassé la mâchoire d'éducateurs, un autre éviscérait des oisillons vivants. Et si ces sujets ne parvenaient pas à modifier leur fonctionnement psychique dans notre service où ils étaient hospitalisés à temps complet parfois pendant deux ans, ils risquaient d'être dangereux après leur sortie.

La quasi-totalité d'entre eux avaient été gravement négligés, ou maltraités, ou témoins précocement de scènes de violences conjugales, ou pris dans des

relations perverses durant l'enfance. Or, comme l'indique Winnicott, un enfant ne peut pas se sentir responsable de ce qu'il fait à l'autre s'il n'a pas d'abord bénéficié d'une bonne mère environnement. Et il est inutile pendant longtemps de chercher à éveiller de l'empathie en eux. Il faut d'abord qu'ils fassent l'expérience d'une relation stable émotionnellement, sécurisante, résistante aux attaques, ce qui prend beaucoup de temps.

Comment le groupe professionnel pouvait-il survivre psychiquement dans la durée, garder sa cohérence, et amener ces jeunes à penser au lieu de frapper ? Car la question n'était pas « que va-t-il penser ? », mais « va-t-il penser ? ».

Au début, moi-même et les autres professionnels pensions qu'un travail psychanalytique intensif allait permettre à ces enfants de se construire des représentations de ce qui se passait en eux, et diminuer ainsi leurs actes violents. Il leur fut donc proposé 5 à 6 séances de psychothérapie par semaine. Ce fut un échec complet. Ces enfants continuèrent à expulser hors d'eux les tensions qu'ils ressentaient, sous la forme d'actes violents face auxquels notre parole ne faisait pas tiers entre eux et nous. Et au cours des séances de psychothérapie, ces sujets clivés n'évoquaient pas leurs actes violents commis parfois peu de temps avant la séance.

L'échec fut aussi institutionnel : la première génération de jeunes infirmier(e)s ne résista que quelques mois à la violence et il fallut renouveler complètement cette partie de l'équipe.

Nous avons donc dû inverser fondamentalement notre manière de penser. Il fallait d'abord empêcher la répétition des actes violents pour que de la pensée apparaisse. Ainsi, des soignants qui étaient dans une position psychique consistant à « réparer » des enfants négligés et maltraités se sont trouvés devant la nécessité d'avoir recours à une contenance physique. C'est avec cette révolution dans nos pratiques que commence le récit de l'histoire de ce groupe.

Plusieurs organisateurs du groupe furent nécessaires :

- le projet de soins,
- le rôle du chef,
- les fonctions tierces,
- le facteur K de Bion et la cocreativité.

LE PROJET DE SOINS

Pour contenir la violence, il fallait d'abord que l'équipe dispose elle-même d'une enveloppe groupale contenant au sens décrit par Anzieu.

Il fut alors décidé de construire un projet de soins, grâce à des réunions d'1h30 toutes les semaines, pendant 18 mois. Tout fut réfléchi ensemble et écrit : les objectifs de chaque action, les modalités de construction d'un cadre individuel. L'appartenance à l'équipe reposait sur l'acceptation de cette manière de penser, et ce fond commun permettait ensuite d'individualiser chaque prise en charge sans qu'apparaissent des fantasmes de casse du groupe lors des discussions.

Une partie du projet portait sur la mise en place de dispositifs contenant, force physique qui ne dépasse pas le niveau minimum nécessaire, qui est codée institutionnellement, qui s'accompagne de paroles, et qui doit ensuite être reprise en équipe. Ces dispositifs étaient les médicaments ; l'enveloppement en urgence dans une couverture ; le retour en chambre ; la contention au sol que les hommes de l'équipe effectuaient fermement mais sans violence, avec leur partie féminine ; l'isolement ; et dans de très rares cas, lorsqu'existait une dangerosité extrême, une contention sur un lit comme celle qui peut se passer en psychiatrie d'adultes.

La description des conditions d'utilisation de chaque dispositif a eu une fonction tierce déculpabilisante pour l'équipe. Par ailleurs, ces dispositifs permettaient que les soignants soient moins en danger, ce qui est indispensable car une équipe qui a peur cherche d'abord à se protéger et s'éloigne du soin.

Un autre point essentiel du projet portait sur la construction d'un cadre de vie individuel pour chaque enfant. Le cadre est une expression concrète du soin. Il doit être stable et solide, permettre à l'enfant de pallier son incapacité de réguler ses émotions et ses pulsions, et de se représenter des limites psychiques et corporelles par rapport à autrui. C'est un pare-excitation adapté à chaque enfant qui joue un rôle de prothèse d'enveloppe, de « Moi-peau » (Anzieu, 1985). Il inclut la rythmicité du temps de vie, et l'anticipation qui permet la prévisibilité : un cadre avec des conséquences prévisibles dès qu'il est transgressé permet que ces sujets commencent à pouvoir anticiper les conséquences de leurs actes, c'est un miroir. L'objectif est que le sujet intériorise progressivement ce cadre de manière suffisamment permanente pour être moins désorganisé. Tout était construit pour aider le sujet à produire de la pensée. Ainsi, l'isolement dans une pièce en cas de grande violence fournissait une prothèse d'enveloppe, mais ce

n'était pas un exil : nous le transformions en expérience de solitude accompagnée, capacité d'être seul en présence de l'autre décrite par Winnicott que le sujet n'avait jamais vécue pendant son enfance. L'infirmier(e) écrit une phrase simple, et propose au sujet seul dans la pièce d'écrire une autre phrase qui fasse suite pour construire une histoire. Le professionnel indique qu'il reviendra dans 5 minutes pour ajouter lui-même une phrase après celle de l'enfant. Ainsi le sujet commence à pouvoir penser seul parce qu'il sait que sa pensée a un destinataire qui l'intégrera dans un échange. On peut aussi proposer un dessin que chacun complète à tour de rôle.

Comme l'indique Didier Anzieu, il faut un contenant pour que les pensées puissent circuler librement, aussi bien pour nos patients que pour les professionnels.

La contenance a donc pour but la reprise à un niveau psychosomatique ou intrapsychique par un sujet d'une expérience qui limite sa violence dans la réalité. Ce processus ne peut s'effectuer que si la contenance s'accompagne d'une écoute intensive du matériel psychique qui peut enfin apparaître grâce à l'empêchement de l'acte. Ainsi Medhi, 12 ans, qui a déjà blessé plusieurs adultes, s'apprête à frapper. Jusqu'à présent, il a été impossible de parler avec lui de ses préoccupations. Nous sommes alors obligés de le contenir sur son lit, dispositif exceptionnel et inhumain. Pourtant, quand on lui demande le lendemain matin, alors qu'il est encore attaché, comment s'est passée sa nuit, il répond : « Bien, j'ai réfléchi aux 26 raisons pour lesquelles mon enfance s'est mal passée », et le travail psychothérapique commence alors au pied de son lit. À l'occasion d'un repas où il demande que nous le nourrissions, il évoque comment sa mère le griffait à l'intérieur de la bouche afin que les éducateurs ne puissent pas voir les sévices. Nous pouvons alors comprendre avec lui pourquoi il a mordu féroce-ment la joue d'un autre enfant. Et lorsqu'il est décontenu après plusieurs jours, il demande qu'on le borde très fortement le soir, donc il recherche l'expérience psychosomatique de contenance qui l'a protégé de sa désorganisation interne.

LE RÔLE DU CHEF

Il apparut rapidement que notre bateau déviait tous les jours d'un degré par rapport au cap fixé par le projet de soins. Au bout d'une semaine, cela fait un écart important. Il fut évident que *rien ne serait jamais acquis*, et qu'il fallait une ou deux tours de contrôle pour ramener le bateau dans la bonne direction. Ce fut une des fonctions du chef de service.

Le psychanalyste Kernberg écrit : « *Il est important que les responsables hiérarchiques exercent clairement leur fonction* », c'est-à-dire soient capables de s'identifier à ce que ressentent les autres membres de l'équipe mais aussi de s'en différencier. L'équilibre est parfois délicat entre le fait de faire confiance à la créativité du groupe et la nécessité d'imposer, de trancher. « La tâche du leader 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. » Par ailleurs, « être leader nécessite de trouver un équilibre entre un narcissisme sain (au sens d'être sûr de soi plutôt qu'effacé), et une « paranoïa anticipatoire justifiable », c'est-à-dire une prudence et une vigilance à l'égard du monde ». En ce sens, lorsque notre service était calme, cela signifiait que nous allions être confrontés prochainement à des crises. « Le leader doit être concentré sur *la tâche à effectuer* par le groupe plutôt que sur les contraintes humaines que celle-ci comporte. » Le concept de tâche à effectuer n'est pas un idéal irréalisable car il correspond à un bon équilibre entre Surmoi et Idéal du Moi.

LES FONCTIONS TIERCES

Chez les enfants terrorisants, il y a un enfant terrorisé en détresse qui réveille notre fibre maternelle. Ces sujets ont besoin de rencontrer une figure d'attachement sécurisante qui s'engage auprès d'eux, ils ont besoin de faire l'expérience de contacts corporels apaisants tels que les câlins. Mais comme l'indique E. Bonneville, on sait aussi qu'un sujet négligé et/ou maltraité va chercher à élire un adulte comme objet merveilleux pouvant totalement combler ses manques affectifs. Et il est difficile pour un professionnel de ne pas se laisser aspirer par un tel besoin de la part de l'enfant. Une telle tentative réparatrice est vouée à l'échec car elle n'a pas de fin et elle ne peut être que source de désillusion et de déception. Elle crée un espace d'intimité malsain, est source d'exclusion des autres membres de l'équipe désignés comme moins bons, et est donc à l'origine de clivages. Aussi fut-il décidé qu'il y ait constamment des fonctions tierces. Deux professionnels, et jamais un seul, étaient nommés référents pour chaque enfant. Rien de ce qu'un enfant disait à un professionnel ne devait être gardé pour soi car cela risquait de créer un espace de complicité secrète, et nous jouions ainsi en permanence le rôle de tiers les uns par rapport aux autres.

La problématique des patients peut se rejouer entre les soignants. Ainsi à une période où l'équipe était fatiguée et se plaignait car plusieurs préadolescents hospitalisés étaient très difficiles, un lundi matin j'ai offert aux professionnels

beaucoup d'excellents chocolats pour qu'ils trouvent quelque chose d'agréable au travail. Je me présentais donc comme un objet réparateur merveilleux. Les plaintes augmentèrent les jours suivants. Je refis un test le lundi suivant avec le même résultat. Je risquais donc de mater l'équipe de manière interminable. Je fis alors une réunion et dis que le travail était particulièrement difficile en ce moment, mais que se plaindre sur nous-mêmes risquait d'être délétère et qu'il était préférable d'essayer d'être une équipe de combat. Certains exprimèrent leur soulagement de sortir du service à la fin de leur poste, et leur culpabilité de laisser la situation aux infirmier(e)s qui leur succédaient, avec l'envie de leur donner une armure. Les plaintes cessèrent, mais trois semaines plus tard, lors d'une autre réunion, je constatais qu'une infirmière avait une grosse écorchure au bras. Elle m'expliqua que c'était Anaïs, 5 ans, tigresse inapprochable, qui lui avait fait ça ; et à ce moment tous les infirmier(e)s me montrèrent leurs bras griffés, mordus, des traces de strangulation au cou, et ils m'expliquèrent qu'ils ne m'en parlaient pas car je leur avais dit de ne plus se plaindre. Ils avaient accompli les tâches nécessaires, comme l'écrivait Kernberg, mais je leur répondis que je voulais absolument savoir ce qui leur arrivait, ce qu'ils subissaient, et en être le témoin. L'équipe avait donc réagi à ma demande comme les enfants battus, en ne manifestant plus rien, comme si les maltraitances qu'ils subissaient allaient être déniées. On remarque l'isomorphie avec ce qui se passe entre soignant et enfant : on ne répare jamais un enfant qui a subi des maltraitances et des négligences, mais on a un rôle de témoin impliqué qui atteste de ce qui s'est passé sans le dénier ; qui le nomme ; qui l'écoute en étant touché et c'est souvent la première fois que les affects de détresse sont partagés ; qui le conserve dans son esprit ou en l'écrivant.

Des fonctions tierces durent aussi être introduites dans les entretiens psychothérapeutiques. En effet, pour ces enfants, l'asymétrie inhérente à la situation psychothérapeutique à deux était synonyme de risque d'emprise, de soumission ou de dépendance inquiétante. Je proposai donc que les psychothérapeutes reçoivent ces jeunes pendant longtemps en présence d'un infirmier référent, figure d'attachement sécurisante car il partageait leur vie quotidienne. Les enfants purent alors exprimer leurs sentiments beaucoup plus facilement.

LA NÉCESSITÉ DE LA COCRÉATIVITÉ, OU LA FONCTION DE LA RECHERCHE

De tels soins sont peu réalisables sans être couplés à une activité de recherche. Survivre psychiquement nécessite un impératif de théorisation, qui concerne d'abord des processus inconnus.

Bion décrit le facteur K (*knowledge*, connaissance) comme un élément constitutif de la personnalité dès la petite enfance. « K signifie la volonté de savoir sans insister sur la connaissance en elle-même », « ce n'est pas une chose que nous avons ». K, c'est le besoin et le plaisir de comprendre, d'apprendre de l'expérience, au cours d'une découverte, partagée en l'occurrence.

Ce plaisir cognitif partagé est neutre par rapport aux affects classiques. C'est le plaisir d'articuler sa pensée avec celle de l'autre, de féconder mutuellement nos esprits pour aboutir à une création nouvelle ; c'est une des formes de la mutualité, et il soude les équipes. Ainsi avons-nous compris comment derrière un acte sommaire, donner un coup, se tiennent des processus passionnants à découvrir tels que l'absence d'accès à la tridimensionnalité, des troubles massifs du schéma corporel et de la représentation du visage, l'attaque corporelle de l'autre comme moyen de le rendre réel et utilisable, les conséquences de la non-acquisition de la permanence de l'objet, etc. Et c'est parce que j'étais impliqué directement dans les soins et la recherche commune que j'ai pu coupler ma position hiérarchique et psychanalytique. Mon rôle était d'aider les enfants à penser au lieu d'agir, et d'aider les soignants à penser sur la nécessité d'agir.

Grâce à ces organisateurs, l'équipe a pu être stable. Et les résultats thérapeutiques ont été corrects. Des moments de tendresse saine pouvaient se produire avec les enfants sans être pervertis.

Introduction

POURQUOI ÉCRIRE UN NOUVEL OUVRAGE sur le thème des enfants, préadolescents et adolescents violents trois ans après la parution de *Voulons-nous des enfants barbares ?* en octobre 2008 ? Pour trois raisons.

Voici la première :

« Cher Monsieur Berger,

Je m'occupe du service d'hospitalisation pédopsychiatrique de mon département. Nous accueillons une population d'adolescents extrêmement difficiles, population que vous connaissez bien. Pour la plupart, ils nous viennent d'autres institutions. Leurs parcours sont faits d'événements traumatiques multiples avec mise en échec des différents placements ou des autres mesures mises en œuvre par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou l'Éducation nationale. Nous arrivons en fin de course avec un regard très négatif porté sur l'adolescent par son institution d'origine et des mises en actes impressionnantes de la part de ces sujets, en particulier une extrême violence. Nous avons une unité de neuf lits. Depuis plusieurs mois, avec la succession d'adolescents de même profil, l'équipe a été mise à mal et elle est maintenant dans le rejet des jeunes que nous accueillons. L'équipe médicale et la psychologue ont essayé par le biais de références à des articles, par nos témoignages de ce que nous comprenions de cette violence, de remobiliser l'équipe, mais en vain. C'est pourquoi je sollicite votre aide sous la forme d'une intervention de votre part en tant que personne référente et reconnue, pour que notre équipe en proie au *burn-out* puisse se réapproprier le soin et permettre de réhumaniser ces jeunes que nous accueillons. Je vous remercie... »

Il s'agit de la quatrième demande que je reçois en un an de la part de médecins responsables d'une unité d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie.

Par ailleurs, tous les quinze jours environ, des responsables d'institutions pour mineurs¹ m'adressent des courriers tels que celui-ci :

« Nous souhaiterions travailler avec vous sur l'accessibilité de nombreux enfants au travail éducatif, sur le sentiment des professionnels que certains enfants n'éprouvent aucune culpabilité, et sur le dépassement d'un certain découragement ou d'une impuissance des éducateurs démunis et mis à mal face à certains enfants. »

Ou, de la part du directeur d'un autre établissement éducatif :

« On ressemble de plus en plus à un hôpital psychiatrique. Nous souhaitons rencontrer votre équipe pour discuter des problèmes posés par les jeunes que nous recevons. Plus précisément : faut-il un espace particulier ou une mise en œuvre précise pour apaiser un jeune en état de crise ? Comment contenir physiquement une fille ? Quelles sont nos limites de travail ? Quelles modalités pour un atelier thérapeutique ? Quand doit-on appeler le 15 ? »

Ces médecins, psychologues, éducateurs, infirmiers, directeurs d'établissements, qui sont en première ligne, me questionnent de manière *très précise* sur la façon dont ils peuvent agir pour aider les sujets violents, et faire en sorte que ces comportements dangereux désorganisent moins le fonctionnement des institutions. C'est pourquoi certains chapitres de ce livre comprendront des descriptions détaillées des dispositifs physiques et psychiques nécessaires pour contenir la violence car c'est sur ces détails que se joue souvent la cohérence de la prise en charge. Il faut remarquer que ce ne sont pas seulement ces institutions qui sont déstabilisées par les modes de violence décrits ici. Il en va de même de l'école, et il devient presque impossible de trouver des classes spécialisées calmes en primaire et en secondaire pour les enfants « fragiles » qui sont très angoissés face à tout comportement violent.

Ces professionnels qui sont directement sur le terrain font appel à notre équipe parce qu'ils savent que ce que nous disons repose sur une expérience réelle. Pourtant il y a longtemps que je ne cache plus mon pessimisme concernant l'évolution du dispositif de protection de l'enfance français et la grande difficulté de réaliser de telles prises en charge. Dans un premier temps, jusqu'en 2007, j'ai tenté avec un très petit nombre d'autres personnes² d'influencer le fonctionnement de ce dispositif. Cette démarche, ce combat, a échoué et m'a valu

1. Maison d'enfants à caractère social (MECS), institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), institut médico-éducatif (IME).

2. Je rends hommage ici à Henriette Martinez, députée qui a le plus compris les enjeux que constitue la protection du développement de l'enfant et qui s'est battue sur ce sujet sans chercher à en tirer le moindre profit personnel.

de sérieuses représailles. Mais comme l'a écrit Malraux, « Ce n'est pas la peine d'aller au bord du Rubicon si c'est pour pêcher à la ligne ». Alors que j'éprouve le soulagement du renoncement, des professionnels engagés dans leur travail montrent qu'ils préfèrent un interlocuteur avec qui parler de la réalité de ce qui ne va pas à l'autosatisfaction officielle de nombreux responsables institutionnels. Mais dans le contexte français, que peut leur apporter notre expérience ?

Il est possible de leur proposer des outils pour évaluer la gravité d'une situation afin de les aider à argumenter leurs rapports écrits. Nous travaillons aussi ensemble sur ce que ressentent les enfants dont ils me parlent et sur l'importance pour ces sujets qu'un adulte mette en mots ce qu'ils éprouvent. Je leur explique qu'on parvient à sortir d'affaire un enfant de temps en temps et leur indique les conditions qui peuvent y contribuer. La première motivation pour écrire ce livre est donc éthique et sans mégalomanie ; elle est résumée par la phrase du Talmud que je rapporte ici sans connotation religieuse : « Celui qui sauve un homme sauve l'humanité entière. » Concernant les autres enfants en grande difficulté, j'indique aux professionnels ce qui peut être proposé pour parvenir « au moins mal » à la majorité du sujet, et vogue la galère, souvent vers l'errance (je rappelle que 40 % des SDF âgés de 18 à 24 ans sortent directement du dispositif de protection de l'enfance sans avoir acquis le minimum de capacité à établir des liens avec autrui (Firdion, 2006)), vers le handicap et la dépendance sous la forme d'une allocation d'adulte handicapé à vie, vers la maltraitance subie, vers la violence entraînant un emprisonnement, vers l'hôpital psychiatrique. Et je leur explique que de telles évolutions ne sont pas liées à eux, professionnels honnêtes ; ce qui les soulage alors qu'ils ont souvent le sentiment d'être insuffisamment compétents.

Deuxième raison, chacun des enfants dont je parle ici nous fait découvrir des processus psychiques nouveaux, ce qui rend passionnant ce genre de travail à condition de ne pas être submergé individuellement et groupalement par ce qu'il nous fait vivre. Par exemple, en 2008, notre attention s'était portée essentiellement sur la violence pathologique extrême parce qu'elle nous confronte aux accès les plus explosifs. Mais ceci s'est révélé insuffisant : une fois posés ces premiers fondements théoriques, il est apparu qu'il existait d'autres formes de violence, tout aussi fréquentes. Cette recherche nous a amenés à des conclusions surprenantes :

- les comportements très violents trouvent leur origine dans les deux premières années de la vie ;