

Collection Fondation pour l'Enfance

Le jeune enfant violent



FONDATION
POUR
L'ENFANCE

Le jeune enfant violent

**Cet ouvrage a été élaboré à la suite
d'un colloque qui s'est tenu le 24 mars 2006
au Centre des Conférences Internationales (Paris)**

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 5 |
| Violence et agressivité : quels processus en jeu ? | |
| Catherine RIGAUD | 7 |
| La prise en charge des enfants présentant une violence pathologique extrême | |
| Maurice BERGER | 13 |
| Le jeune enfant violent : sources et devenir | |
| André CAREL | 27 |
| Prise en charge de la violence de l'enfant en crèche et en école maternelle | |
| Régine CALAZEL | 37 |
| Isabelle MONMAYRANT | 43 |
| Marie-Blanche LACROIX | 49 |
| Prise en charge de la violence de manière groupale en institution | |
| Maguy MONMAYRANT | 55 |
| Bibliographie | 65 |

Introduction

De plus en plus d'enfants sont violents, et à un âge de plus en plus précoce. A la différence des enfants agressifs qui attaquent une (ou des) personne(s) précise(s), ils frappent n'importe qui, sans raison apparente, sans culpabilité, parfois dès quinze ou seize mois lorsque la marche libère leurs mains. Leur histoire révèle qu'ils ont souvent été pris dans des échanges précoces très inadéquats avec leurs parents. Comment comprendre cette violence qui surgit bien avant la préadolescence ? Comment les professionnels peuvent-ils la gérer en crèche, en maternelle, en psychothérapie, avec la famille ou en institution ? A partir de l'expérience des intervenants, on constatera qu'il commence à exister des réponses à ces questions, même si travailler avec un enfant violent représente toujours un défi délicat à relever.

Violence et agressivité : quels processus en jeu ?

Catherine RIGAUD, Psychiatre, pédopsychiatre, praticien hospitalier - CHS Pierrefeu du Var

Nous avons été confrontés en service d'hospitalisation à temps plein de pédopsychiatrie, à des formes extrêmes de violence comportementale chez le préadolescent. Ceci nous a permis de faire le lien avec les formes plus précoces de la violence, et de recentrer notre attention sur le petit enfant violent. Ces observations et les hypothèses concernant les processus intrapsychiques sous-jacents à cette expression symptomatique ont rencontré les travaux antérieurs de l'équipe du Docteur Berger au sujet des défaillances parentales sévères et précoces. Enfin, le travail que j'exerce aujourd'hui en milieu carcéral auprès d'adolescents et jeunes adultes confirme ce caractère de continuité dans la problématique violente au sein de l'individu.

Pour penser au sujet de la violence, il faut clairement distinguer, pour un individu, les comportements d'une part, et la dynamique interne qui sous-tend ces comportements d'autre part. La violence n'est pas tant une affaire de symptômes que de processus au sein du fonctionnement psychique du sujet (ou plutôt du sujet en devenir, en construction).

Nous allons développer deux idées principales :

- 1- La violence en tant que processus n'a pas d'âge chronologique ; ses formes symptomatiques seront variables selon que l'on est nourrisson, enfant, adolescent, adulte. Si l'on peut décrire plus exhaustivement la violence du préadolescent, c'est parce que cette dernière est plus explosive et plus observable : la violence du préadolescent, ce sont les processus violents observés à la loupe.
- 2- La genèse des processus violents au cœur de la construction de l'individu s'opère dans la petite enfance, dans la relation aux objets primaires.

1- La violence du préadolescent

Malgré ses caractéristiques cliniques accentuées, elle n'est cependant pas caricaturale et il faut l'observer, comme tout phénomène clinique, de manière rigoureuse, et dans un premier temps dégagée des explications sociologiques trop souvent associées.

La violence de ces enfants est omniprésente et à l'origine des multiples ruptures de liens. C'est une violence irraisonnée, avec un potentiel destructeur dans la réalité très important. Elle dépasse les capacités contenantantes de la famille, des institutions éducatives et parfois médicales (hôpital de jour notamment). Cette violence détruit le cadre matériel et entraîne la rupture des liens. Elle s'exerce le plus souvent au sein même du lieu d'accueil, où la note est parfois importante (plusieurs dizaines de milliers de francs), et où, inéluctablement, la violence vient finalement détruire l'autre : Medhi, à 11 ans, a cassé la mâchoire de son

éducateur; il a aussi blessé plusieurs enfants dont l'un en lui arrachant la joue d'un coup de dents ; David a fait de multiples dégâts ; ces deux enfants, à moins de 12 ans, doivent déjà répondre d'une plainte pénale pour coups et blessures. Lucie fait des crises clastiques d'une telle ampleur que lorsqu'elle a 10 ans, les adultes de son école ne pouvant la maîtriser, font appel aux pompiers.

Cette violence, si l'on s'en tient à un abord purement descriptif, est déclenchée par la frustration à laquelle ces enfants semblent avoir une totale intolérance. Elle est associée à un caractère d'impulsivité, une méconnaissance des conséquences de l'acte, une non prise en compte de la souffrance de l'autre, une absence de culpabilité et de désir de réparation.

Il est intéressant de noter que cette violence n'est pas préférentiellement dirigée, en tout cas chez des pré-adolescents, à l'encontre des figures ayant un caractère d'autorité ou de loi. Dans le quotidien, elle est aléatoire et imprévisible.

Le potentiel séducteur de ces enfants est très important, ainsi que le caractère manipulateur.

Il ne s'agit pas d'une violence groupale : l'enfant violent, malgré sa façade d'hyperadaptation superficielle, est en trop grande difficulté relationnelle pour faire face, dans la durée, aux règles et aux codes d'une micro-société, fût-t-elle elle-même "hors-la-loi".

L'omnipotence est associée à la destruction, et renforcée au fur et à mesure des expériences de rupture. La peur engendrée chez l'autre par l'intensité de la violence participe aussi au renforcement de l'omnipotence.

Très souvent, il n'existe pas un déni vrai des actes violents : le déni porte sur l'élément ayant déclenché la violence, l'enfant ne pouvant pas plus résoudre après coup, avec des mots, la situation de confrontation qu'il avait initialement cherché à régler par la violence. D'ailleurs, très souvent, le fait de chercher à reparler de la situation initiale amène une nouvelle crise de violence (en parler, c'est faire revenir la situation à l'identique).

Ces enfants présentent donc une « façade trompeuse » caractérisée entre autres par trois éléments :

- Ils sont décrits comme ayant une "intolérance à la frustration". En analysant le matériel clinique, on s'aperçoit que la frustration n'est qu'un prétexte et que, si l'on accède à la demande de l'enfant, il va faire une autre crise afin de pouvoir extérioriser sa violence à ce moment-là. Il semble que la majorité des situations où il y a eu une crise violente provient d'une interaction où l'enfant a ressenti une menace narcissique (menace sur le narcissisme primaire).
- De la même manière, on espère parfois résoudre les conflits par la mise en place d'un compromis. Or, avec ce type de patients, le compromis n'est qu'un avatar : il n'est jamais un "toi et moi" ou un "un peu de toi et un peu de moi", ou encore mieux une "réalité trouvée-créeée par toi et moi, acceptée par nous et qui nous satisfait chacun suffisamment", mais il est vécu comme un "tout toi", ou bien un "tout moi", ou bien un "ni toi ni moi". Ce compromis n'a rien de transitionnel, il correspond en fait à un évitement, ou plutôt une suspension temporaire de la confrontation (confrontation plutôt que conflit, mot désignant une réalité psychique beaucoup plus élaborée).

- Toujours dans les mêmes nuances, la violence de ces enfants est souvent assimilée à de l'agressivité : or il s'agit d'une violence beaucoup moins élaborée que l'agressivité dirigée vers un objet différencié. Le symptôme "violence" peut renvoyer au moins à deux modalités de fonctionnement psychique, et le matériel clinique peut être entendu et compris à deux niveaux : par exemple, alors que David avait 8 ans, il frappe très fortement, à l'hôpital de jour où il est accueilli, un enfant d'un coup de pied dans la poitrine et, est-il noté dans le dossier, "n'en a éprouvé aucune culpabilité, se montrant au contraire satisfait de voir les marques faites par ses coups sur le corps de l'autre enfant, car il ne pensait pas qu'il pouvait taper aussi fort. Le lendemain, il a tapé encore un autre enfant". Voici quels sont les deux niveaux de compréhension possible de ce matériel : le premier est celui du plaisir de faire mal, du sadisme exercé à l'encontre d'un objet différencié. Le second niveau est celui de la question de l'empreinte qu'on laisse sur l'environnement, en l'occurrence une empreinte qui renseigne sur ses propres propriétés ("il ne pensait pas qu'il pouvait taper aussi fort") et sur sa propre identité, comme "en négatif" ou en creux, marquée dans le corps de l'autre.

En somme, on a à faire à des enfants qui font parfaitement illusion, dont la violence pseudo-agressive, déclenchée par des pseudo-frustrations, semble parfois résolue par des pseudo-compromis. En réalité, le noyau de leur problématique se situe bien en-deça de la relation à l'objet différencié : la recherche des limites du Moi est la priorité de ces sujets (en réalité "pas-encore-sujets"...). En sollicitant désespérément un objet suffisamment solide pour émerger et survivre à la violence, l'enfant se cherche lui-même.

Se rajoutent à ces signes, notamment chez l'enfant plus petit, les observations suivantes :

- Une psychomotricité particulière : hyperactivité motrice, auto-agrippement musculaire ; et si l'on y porte finement attention, on verra des troubles de la sensibilité corporelle. Petit, l'enfant peut tomber, se cogner, s'écorcher, il ne manifeste aucune plainte ; c'est "l'enfant qui n'a jamais mal". Plus tard, ces phénomènes persistent durant les crises de violence explosive : l'enfant cogne, tape, détruit, sans percevoir qu'il se fait mal, se cogne, se tape... encore plus tard, on s'apercevra chez l'adolescent qu'il cherche la sensation douloureuse comme une marque d'existence. Certains enfants recherchent les chocs ou les dermabrasions sur toute leur surface cutanée ; d'autres se collent contre un radiateur chaud jusqu'à être brûlé sans ressentir de douleur ; Medhi dit qu'il ne sent pas les coups sur son corps et se couche systématiquement derrière la porte de sa chambre, de sorte que chaque nouvel arrivant lui donne un coup à l'ouverture de la porte. Lucie ne semble pas érotiser la douleur des auto-mutilations dont elle se rend victime mais, au contraire, elle ne sent rien (après s'être arraché à l'intérieur de la joue une surface de muqueuse de la taille d'une pièce de monnaie, elle croque une tranche de citron, sans manifestation de douleur ni de plaisir ; lorsqu'elle s'arrache une molaire à l'aide d'un morceau de plastique dur, elle ne ressent aucune sensation et nous confiera, étonnée de notre réaction, qu'elle a ainsi arraché "à froid" toutes ses dents de lait, sans douleur).

Deux ans après le début de son hospitalisation, Lucie est devenue très douillette : un jour où j'observe, un rien amusée, la scène qu'elle fait à une infirmière pour obtenir un pansement sur une écorchure minime, elle surprend mon regard et me lance sur un ton entendu : "Tu te rappelles ? Avant, j'arrivais pas à avoir mal...". On comprend alors la dimension archaïque de la recherche du sujet violent.

- Une pauvreté affective, une sorte de dureté masquant mal un bouillonnement pulsionnel désorganisé : c'est "l'enfant qui ne pleure jamais". En réalité, si l'on interroge plus précisément l'entourage, il révèle que l'enfant pleure parfois ; la question qu'il faut alors toujours poser est : "de rage ou de tristesse ?"... La réponse est systématique : l'enfant est capable d'un pleur qui est en réalité un hurlement de rage et d'impuissance déniée, mais jamais un pleur d'effondrement, de dépression, de tristesse... jamais consolable d'ailleurs.

De tout cela il faut comprendre que la violence est une problématique identitaire archaïque : quand la violence processuelle a pris racine dans le fonctionnement psychique d'un sujet, c'est que les choses ne se jouent pas autour de la perte de l'objet, ou de la maîtrise d'un objet différencié, ni même autour d'une crainte d'abandon, mais autour d'une crainte d'arrachement, ou d'intrusion destructrice dans la psyché. Lucie, toujours après une longue et difficile période de soins, me confie : "Tu sais, avant, quand j'étais isolée dans ma chambre et qu'il n'y avait pas de bruit dans le service, je savais pas si j'étais vivante ou morte..." Quelle plus juste définition de l'angoisse agonistique ?

2- La genèse des processus violents

Il est nécessaire de rechercher dans les dossiers antérieurs, médicaux mais aussi socio-éducatifs, quels ont été les aléas de la relation entre parents et enfant ; les événements, mais aussi certaines paroles dites par la mère, le père ou l'enfant lors de certains épisodes de placement. Mais il est indispensable de mettre en correspondance ces éventuelles traces du passé (riches, et support de représentations pour l'enfant en travail), avec les contacts actuels entre l'enfant et ses parents. Le cadre des visites médiatisées tel qu'il sera évoqué par le Docteur Berger est l'outil le plus adéquat pour ce travail. Visites médiatisées avec des nourrissons bien sûr, mais cet outil se révèle de la même manière indispensable avec les enfants et les adolescents. Entre une mère et son fils de 13 ans, il faut alors savoir reprendre l'histoire interactionnelle là où elle s'est arrêtée, là où elle ne s'est parfois pas construite ; là où elle a été marquée par la terreur et la folie...

Non pour construire ou reconstruire, mais pour fabriquer et qualifier des éprouvés. De véritables interactions mère-bébé se jouent avec les corps grandis de ces nourrissons de 13 ans. Ce qui apparaît avec ce matériel du passé et de l'actuel, ce sont les choses suivantes :

- Au-delà d'une maltraitance physique avérée, qui n'est pas constante, le rapport au corps de leur enfant est pour ces parents très particulier, comme s'ils en avaient une mauvaise perception dans ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression, la perméabilité ou l'imperméabilité, la contenance...

La maman d'une petite fille, par exemple, n'avait aucune idée de la taille du récipient qu'elle devait utiliser pour baigner son bébé, juste à la sortie de la maternité : elle pensait la lâcher dans la baignoire remplie d'eau ; quand la puéricultrice lui demande s'il n'y aurait pas quelque chose de plus adapté, elle sort du placard un plat à gratin. Un autre enfant, dès son premier âge, est littéralement gavé par sa mère jusqu'au vomissement pluri-quotidien ; de même il n'est pas porté par sa mère mais enserré, étouffé. En ce qui concerne Lucie, née prématurément avec une malformation urinaire, elle a vécu ses trois premières semaines de vie en incubateur avant d'être opérée en urgence ; dès l'âge de 3 ans et demi, c'est une enfant inscolarisable, et l'interaction entre elle et sa mère semble très pathologique ; sa maman est décrite comme une personne froide et distante, obsessionnelle, phobique notamment du toucher (difficulté à accepter la poignée de mains) ; plusieurs années après, Lucie n'est toujours pas scolarisable, elle est énurétique, encoprétique, très violente, ne peut vivre qu'avec sa mère avec une intolérance totale à la séparation et un lien de dépendance et de maîtrise mutuelle (tyrannie majeure de Lucie envers sa mère qui doit la laver à l'âge de 8 ans, entrer avec elle dans les toilettes pour l'essuyer, mais qui en retour fait preuve d'une grande incohérence éducative avec des points de rigidité majeure inconstants, soumis à sa propre envie). En ce qui concerne David, c'est par exemple dans l'établissement de la temporalité que se situe l'incohérence et le "lâcher" maternels : lorsqu'il a 2 ans, sa maman le laisse à la nourrice chargée du placement "le temps d'aller faire une course" et revient 16 jours après ; c'est un enfant dont les besoins vitaux (faim, soif, sommeil, miction et défécation...) n'ont pas été pris en compte et n'ont pas pu être gérés dans la réalité. Enfin, certains de ces parents peuvent dire qu'ils étaient capables sur de longs moments d'oublier qu'ils avaient un bébé, de le lâcher psychologiquement et physiquement de manière brutale et totale. En ce qui concerne Medhi, il a subi une maltraitance avérée (à la lecture du dossier complet, on constate plusieurs certificats médicaux décrivant des attaques du corps de cet enfant dès l'âge de 8 mois : coups d'ongles, ecchymoses multiples, mais aussi fracture de la clavicule, hématomes intra-crâniens, hémorragie rétinienne...).

Mais surtout, le rapport d'évaluation psychologique de sa mère lorsqu'il avait huit mois la cite textuellement, lorsqu'elle dit : "je n'aime pas son corps" ; ce rapport mentionne une aversion physique de la mère pour l'enfant, ce dernier étant contraint à se nourrir seul, le biberon calé par des coussins, jamais porté, jamais tenu ; lors de son premier placement, à l'âge de huit mois, Medhi ne recevra que trois visites de sa mère en trois mois : la défaillance du holding psychique va de pair avec celle du holding physique.

- La violence est à comprendre comme un symptôme, signe d'une terreur sous-jacente : celle de penser tout mouvement de l'environnement (et notamment les mouvements d'approche ou de retrait) comme désignifiants. Ceci suppose, pour ces sujets, dans les interactions précoces, un défaut grave de l'environnement dans sa fonction de perception et de mise en sens des signes en provenance du nourrisson. Ce sont là les

fonctions de détoxification des éléments de Bion qui sont supposées inopérantes. Cette défaillance de l'environnement maternel se joue sur le plan psychique, mais est mise en acte dans une inadéquation mortifère envahissant tout le champ des interactions corporelles et sensorielles.

Le signal envoyé par l'enfant ne laisse pas trace en l'autre, et, d'une part, n'acquiert pas le statut de signe ; d'autre part, ne peut être métabolisé et réadressé dans l'indispensable retour sur soi d'où pourra naître l'auto-érotisme. On comprend mieux alors les difficultés majeures de représentation et de symbolisation de ces sujets qui ne savent pas que le signe existe.

- On doit aussi étudier les rapports de la violence avec la notion de destructivité Winnicottienne. Le rôle de l'environnement est la survie, qui consiste à résister sans effondrement ni rétorsion, afin qu'émerge du champ de l'omnipotence un objet différencié, "juste assez" malléable et réactif. C'est-à-dire un objet support d'une trace, modifié par elle mais ni détruit, ni destructeur en retour. Le sujet peut alors se supposer origine de la trace : de la réponse de l'objet réel découle donc la possible réflexivité ; la conscience de soi émerge corrélativement à la découverte de l'objet.

En conclusion, sur ce sujet de la violence, il est indispensable de sortir du registre symptomatique et de cibler au mieux les processus défailants sur le plan intrapsychique et relationnel.

Il est tout aussi indispensable de ne pas confondre des registres problématiques tout à fait différents, de replacer l'agressivité dans le développement normal de l'enfant, et la violence dans un ordre processuel archaïque et pathologique.

L'importance de la prévention, du dépistage, de l'accompagnement et de l'orientation des formes précoces de la violence est capitale si l'on veut éviter les tableaux "explosifs" de la violence installée, tels que ceux décrits dans cet exposé.

Et dans tout cela, il faut prendre garde à notre déni d'adulte devant la souffrance muette du nourrisson. Un film de Philippe Mazet, présenté au colloque de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent de Nice en 2001 (préalable à l'article du même auteur "le déni de l'intersubjectivité dans les interactions précoces comme paradigme de la violence psychologique"), montrait un bébé de 6 ou 8 mois nourri par une mère, non maltraitante dans ses intentions, mais dans un défaut total d'interprétation des signes de satiété puis de souffrance du bébé, accélérant le rythme du nourrissage. Cette scène insoutenable de par l'altération grandissante de l'état du nourrisson, projetée devant un parterre de professionnels de l'enfance, avait provoqué comme réaction principale... le rire.

La prise en charge des enfants présentant une violence pathologique extrême

Maurice BERGER, Chef de service en psychiatrie de l'enfant – CHU St Etienne

Certains enfants, âgés d'un an et demi à douze-quatorze ans, présentent "une violence pathologique extrême", extrême mais de plus en plus fréquente. De manière répétitive, ils ont attaqué et blessé parfois grièvement d'autres enfants et des adultes. "Malgré lui", notre service (unités d'hôpital de jour, d'hospitalisation temps plein, et de placement familial) a été amené à se spécialiser en partie dans la prise en charge de cette forme dangereuse de souffrance. Je n'évoquerai pas ici la violence sexuelle qui est un domaine psychopathologique spécifique et différent.

Quelques mots de "clinique institutionnelle"

Il existe de nombreuses définitions de la violence. Volontairement, je me contenterai de la définition suivante parce qu'elle souligne le problème auquel sont confrontés les soignants qui utilisent l'outil de référence psychanalytique : la violence, c'est lorsque la parole ne fait plus tiers. Ceci désorganise considérablement notre manière de théoriser et d'intervenir. Comme beaucoup de psychiatres ou de psychologues, il m'est arrivé, il y a plusieurs années, de parvenir à contenir par la parole des adultes psychotiques ou psychopathes prêts à commettre des actes graves, mais ce n'est pas possible dans les situations que je vais évoquer. Cette violence est alors le symptôme le plus détransitionnalisant qui soit pour les groupes de soignants. Je m'explique : dans une équipe, ou entre équipes, tout en ayant des modes de pensée différents entre collègues, on peut cependant constater qu'on est d'accord sur certains points, même si c'est à condition de ne pas trop approfondir, et ceci permet de cohabiter, de collaborer, comme dans tout groupe humain. Mais cette aire d'illusion est questionnée sans échappatoire par la violence d'un patient, car on ne peut y faire face que si tous les soignants agissent de la même manière, avec les mêmes options théoriques et thérapeutiques sur certains points essentiels. Les divergences ne peuvent plus rester implicites, c'est pourquoi la violence est un facteur d'éclatement des groupes professionnels.

De plus, du fait de la dangerosité du sujet, toute violence nécessite la mise en place d'un abord contenant. Un tel cadre implique une certaine "violence thérapeutique", laquelle ne dépasse pas le niveau minimum nécessaire pour la protection des professionnels et des autres enfants et préadolescents ; est codée professionnellement ; est médiatisée au sens où elle s'accompagne de paroles et d'une écoute permanente. Or comme l'ont souligné M. Monmayrant et M. B. Lacroix (1999), que dès qu'on contient la violence d'un enfant ou d'un préadolescent, on passe aux yeux d'autrui du statut de victime à celui d'agresseur, et c'est un élément supplémentaire de clivage institutionnel. Une collègue disait à juste titre que les soignants qui effectuent le travail sont souvent considérés comme les bourreaux dans une société : on a besoin d'eux mais ils ne sont pas fréquentables.

Mais cette bascule agresseur-agressé est aussi une manière de commencer à comprendre les processus psychiques d'indifférenciation à l'œuvre. Cet enfant de cinq ans qui vient de frapper

avec une violence stupéfiante en proférant des insultes d'une voix devenue brusquement grave, est-ce un enfant ou un adulte ? Face à lui, nous, soignants, sommes-nous des enfants frappés par la mère sadique et redoutable qui l'habite, ou des adultes maltraitants qui imposons à un enfant des mesures dignes de la psychiatrie d'avant Philippe Pinel ?

Une clinique spécifique

Face à la violence, notre attention est habituellement attirée par le manifeste, c'est-à-dire par le non contrôle et la force pulsionnels, l'intention destructrice à l'égard de l'autre. Mais ceci cache les processus originels fondamentaux : une indifférenciation soi-objet, source de manifestations hallucinatoires, une absence de cohésion corporelle, et enfin une incapacité d'accès au jeu.¹

1. L'indifférenciation tout d'abord

Il s'agit du surgissement d'une imago parentale violente introjectée précocement, mais plus que d'une identification introjective, on peut parler d'une "identification incorporative pathologique" qui va produire des réminiscences perceptives. Ces enfants ont des comportements de violence sous l'effet du surgissement répétitif, en eux, de sensations et de sentiments qu'ils ont éprouvés dans le passé, le plus souvent à la période pré-verbale, dans des circonstances où ils se trouvaient impuissants, débordés, terrifiés, et dans la solitude la plus totale car sans adulte avec lequel partager ce qu'ils ressentaient. Ces sensations-images resurgissent telles quelles sans aucune raison, ou à l'occasion d'une frustration minime, ou dans des circonstances qui évoquent celles du passé. Ces enfants disent d'ailleurs : "Pour moi, le passé, c'est le présent puisque j'y pense encore". Et ce que nous appelons des troubles caractériels, des "crises", sont donc en fait souvent de véritables moments hallucinatoires hors réalité. Cette incorporation est précoce puisque ces enfants frappent dès 15-16 mois, c'est-à-dire dès que la marche libère leurs mains, ce qui leur permet d'attaquer. Leur violence est indifférenciée quant au but et à l'objet visé. Omniprésente, elle peut apparaître n'importe quand, n'importe où, elle est dirigée autant contre les objets que contre les personnes, et n'est pas spécialement destinée aux figures parentales ou d'autorité et de loi. Elle peut s'accompagner de cruauté à l'égard des animaux (mammifères, oiseaux), n'est suivie d'aucun sentiment de culpabilité, l'enfant étant indifférent à la douleur d'autrui. Une fois "enclenchée", l'attaque violente ne peut être interrompue et se déroule jusqu'à son "terme naturel". L'enfant, irraisonnable, est insensible à toute proposition de compromis ou à la sanction, dénie la gravité de l'acte et efface ses conséquences : on ne parvient pas à en reparler avec lui, pour lui "c'est terminé". Ces troubles se fixent rapidement, fréquemment dès l'âge de dix-huit mois-deux ans.

On comprend pourquoi parler de la violence des "jeunes" est souvent une inexactitude : cette violence n'a pas d'âge chronologique, simplement ces enfants deviennent plus forts physiquement donc il devient impossible de continuer à sous-estimer l'aspect très pathologique de leurs attaques. On constate que cette violence est d'une nature différente de l'agressivité, qui s'adresse à un objet vécu comme différencié de soi, est plus structurée, dirigée vers des personnes précises (un enfant puîné, un parent), et s'accompagne de culpabilité.

1. Jeu au sens d'une activité qui a une teneur transitionnelle, qui est créative et non répétitive ou anarchique, qui introduit du faire semblant, qui est partagée avec l'autre, et qui symbolise certains mouvements affectifs du sujet.

Elle est aussi différente de l'état de rage constant, avec une attaque de tous les bons moments de relation, que l'on rencontre chez les enfants qui présentent une modalité d'attachement désorganisée-désorientée. Encore que M. Main (1998) évoque, à ce propos, certains enfants pris entre la terreur du rejet et la terreur du contact.

L'exemple suivant, qui servira de fil directeur à mon propos, montre la complexité du fonctionnement psychique de ces enfants. Joël a été placé à deux ans et demi pour être protégé de son milieu familial. Auparavant, il a été séparé treize fois de ses parents et rendu chaque fois dans sa famille par un juge des enfants. En pouponnière, son jeu préféré consiste à étrangler les autres enfants "jusqu'au bout" et en riant, ce qui demande une surveillance absolument constante de la part des adultes. Dans l'hôpital de jour où il est pris en charge à l'âge de cinq ans, il continue à frapper et étrangler sans raison apparente et sans retenue.

Quand les soignants essaient de discuter avec lui pour comprendre ce qu'il ressent dans ces moments ou pour le gronder, il rit ou affiche un grand sourire "mécanique" qui évoque celui du joker joué par Jack Nicholson dans Batman. Cette attitude laisse les soignants désarmés et inquiets.

Le père de cet enfant était un homme particulièrement violent physiquement et verbalement. Au cours d'un entretien, je demande à Joël si son père jouait à l'étrangler en lui serrant le cou entre ses jambes, scène que j'ai observée dans une autre famille, et il répond que oui. Il avait alors très peur d'étouffer car son père poussait le jeu à sa limite, mais en même temps, il riait comme son père. Dans un tel contexte, un enfant n'a que peu de choix. S'opposer serait suicidaire. S'il montre son angoisse, son père risque de le serrer encore plus fort avec une jouissance sadique. L'attitude la plus adaptée est de tenter d'amadouer le "tortionnaire" en riant avec lui, en faisant comme si ce qui se passe n'était qu'un jeu, comme si parents et enfant étaient complices, en communauté de pensée sur le fait que tous deux s'amusent. Mais il ne faut pas oublier qu'à ce moment, l'enfant ne sait pas que le jeu n'ira pas jusqu'à sa mort. Et au cours de la prise en charge individuelle avec son éducatrice de référence, le principal jeu de Joël consiste à menacer. En même temps, il a tellement peur qu'elle ne se transforme en monstre qu'une tierce personne, une autre éducatrice, doit participer à ce moment de soin pour le rassurer.

Au cours de la prise en charge dont je donnerai quelques extraits plus loin, le fonctionnement psychique de cet enfant, apparaît clivé en au moins six parties. Mais ce clivage a-t-il la fonction de protéger le psychique de certains affects, ou plus profondément, n'est-il pas surtout le signe d'une inorganisation psychique très archaïque ?

La première partie est celle qui a incorporé l'agresseur dont l'image ne peut même pas être projetée sur l'extérieur. Un tel sujet ne parvient pas à passer du traumatisme au préjudice. Quand on demandait à Joël pourquoi il essayait d'étrangler les autres enfants, il répondait : "C'est papa en moi qui me fait agir ainsi ». Dès qu'ils ont acquis le langage, certains de ces enfants ont même leur voix qui change au cours de leurs actes violents et insultent avec une tonalité et des mots d'adulte. Contrairement à une idée souvent avancée, un tel sujet n'est pas dans la "toute puissance". Plus petit, il n'a pas eu d'autre choix que de mettre "en lui" l'image terrifiante de son père, dans une sorte d'incorporation globale. R. Roussillon souligne qu'en fait, l'enfant est alors tout-impuissant face au surgissement hallucinatoire de l'image de son père (ou de sa mère) violent en lui (M. Berger, 2004). Ces sujets n'ont donc aucune liberté interne, au sens où ils sont totalement débordés par ce qui se passe en eux ; ils n'ont pas "la liberté de ne pas taper".

La deuxième partie, celle qui sourit, est celle qui a tenté d'amadouer le fauve.

Une troisième partie, qui sourit elle aussi, est identifiée à la jouissance de l'agresseur (beaucoup de ces enfants nous expliquent comment leurs parents souriaient en se livrant à des jeux sadiques qui consistaient à les mettre en danger).

La quatrième partie est celle qui se met régulièrement en situation de danger. Joël était attiré par les manèges, les pétards, et reliait cela aux moments effrayants où son père le "promenait" à toute vitesse sur sa moto, ou encore au moment où il lui donnait un gros pétard allumé, et son jeu consistait à ordonner à son fils de le garder dans la main le plus longtemps possible jusqu'à la limite de l'explosion. Quand on explore cette compulsion de répétition, on constate qu'en plus d'un sentiment de maîtrise active sur le traumatisme, Joël cherche aussi à retrouver l'excitation extrême d'avoir survécu, ce qui peut devenir un comportement littéralement addictif. Comment renoncer à un tel sentiment de puissance ? Mon attention a été attirée sur ce processus après qu'un ancien militaire ayant combattu pendant la guerre d'Algérie m'a fait part de sa souffrance persistante quarante années après la fin de ce conflit. A certains moments, il revit les moments d'excitation extrême liée au combat, où la rapidité de chaque geste au dixième de seconde près déterminait sa survie : c'était lui ou l'autre qui était tué, en fonction de celui qui tirait le plus rapidement.

Ces scènes repassent toujours d'une manière automatique dans son esprit, et il lui est extrêmement difficile de calmer l'excitation et la violence qui l'envahissent.

Seule la présence de son épouse rencontrée après la guerre, une femme douce et apaisante, lui permet de cesser d'être débordé (ceci renvoie aussi à l'échec des psychothérapies de certains anciens combattants du conflit libanais).

Mais Joël est capable de protéger les autres enfants dans certaines circonstances. Cette **cinquième partie** renvoie peut-être à des bribes d'identification à sa mère, elle-même toxicomane, psychotique et violente, mais qui a mis une fois ses enfants en pouponnière afin qu'ils soient au calme, et qui une autre fois a fait intervenir la police à domicile pour mettre fin à une scène de violence conjugale. Joël se rappelle que son père tapait alors le ventre de sa mère enceinte de son petit frère à coups de poing et de pied.

Tout ceci était compliqué par le fait que ces deux parents étaient à la fois la source de la peur et les seules personnes vers lesquelles Joël pouvait se tourner dans son état de détresse, car il n'avait pas d'autre adulte à sa disposition.

Une sixième partie, on y arrive enfin, est l'enfant terrorisé. Joël est terrifié d'une manière hallucinatoire lorsqu'il doit traverser les couloirs pourtant bien éclairés de l'hôpital de jour pour aller aux toilettes. Et le soir, il ne parvient pas à s'endormir si la lumière de sa chambre n'est pas éclairée ou s'il n'y a pas quelqu'un qui dort dans la même chambre que lui. Ces affects de terreur sont partiellement gelés, ce qu'explique Joël lorsqu'il évoque "l'histoire d'un homme qui a trop peur pour montrer qu'il a peur". Comme l'a décrit S. Fraiberg (1993), cette réaction de gel qui apparaît dès l'âge de cinq mois, peut se rompre pour laisser place à un hurlement, et Joël criait ainsi comme une sirène sans raison, d'une manière inarrêtable, par exemple en classe. Tous les enfants violents ont cette partie terrifiée en eux.

Une septième partie concerne les images sexuelles à teneur hallucinatoire, et elle n'est apparue que récemment, après que l'essentiel des comportements violents se sont atténués.

L'assistante maternelle souligne alors que Joël ricane dès qu'elle lui touche l'épaule pour lui montrer quelque chose ou même simplement lorsqu'elle a une position éducative, lui rappelant par exemple qu'il doit aller se laver les dents. En prise en charge, il explique qu'il est convaincu que l'assistante maternelle veut faire l'amour avec lui à ce moment. Pour lui, penser à un bébé, c'est penser à l'amour. Il dit se rappeler d'une scène où il aurait vu ses parents avoir une relation sexuelle dans leur chambre devant lui, et ils lui auraient dit de rester. Il aurait vu du sang à ce moment et ses parents auraient fait exprès de faire cette scène pour lui faire envie. Il pense en même temps qu'un bébé risque d'être violé, que lui-même d'ailleurs est violé lorsque l'assistante maternelle lui donne des ordres, etc. Nous ne savons pas encore quel statut donner à ces images et comment nous allons réfléchir à cela avec lui. On peut remarquer à ce propos que l'indifférenciation envahit aussi la représentation de la sexualité. Joël imagine des jumeaux s'embrassant sur la bouche pour faire comme un couple d'adultes (cf. l'origine de l'espèce humaine d'après Aristophane dans "le Banquet" de Platon). Ou un enfant violent de douze ans demande en psychothérapie : "je suis sorti du ventre de mon père ou du ventre de ma mère ?" Ou encore un autre enfant de treize ans cherche en vain la différence entre un homme et une femme, car il pense que les seins des deux peuvent donner du lait. Il en conclut que les seins des femmes servent seulement pour la décoration.

2. Des interactions précoces défectueuses

D'une manière générale, ces enfants ont été soumis à des interactions particulièrement défectueuses dès leur plus jeune âge. On pourrait reprendre ici les notions développées par R. Roussillon (2004) à propos des situations extrêmes et de la survivance psychique. J'y ajouterai les éléments suivants.

- *Violence subie, violence vue*

La violence parentale, physique et/ou sexuelle, a été habituellement présente, mais pas obligatoirement. Nous avons constaté, et un ensemble de travaux récents confirme ces données, que le même processus d'identification incorporative pathologique a lieu pour des enfants exposés dès tout-petits à des scènes de violence conjugale sans jamais avoir été frappés (Keren M., 2005). Ces enfants ont vécu ces scènes à une époque où ils ne se sentaient pas complètement différenciés du monde extérieur. Un bébé dont la mère est frappée quand elle le porte dans les bras se vit comme un bébé tapé, mais aussi, et c'est le seul moyen dont il dispose pour ne pas sombrer dans l'angoisse la plus totale, comme l'agresseur tout-puissant.

L'exemple suivant montre l'introjection liée à un tel contexte familial. Je suis appelé un soir dans mon service pour un enfant de sept ans habituellement violent, qui hurle en permanence depuis une heure, menace l'infirmière, et dès que celle-ci prend un peu de distance par rapport à lui, il se glisse sous son lit et appuie sur la pédale qui en règle la hauteur afin de le baisser pour s'écraser lui-même d'une manière dangereuse. Pendant un long moment, j'essaie de discuter avec lui sur ce qu'il ressent. C'est un échec. Je m'installe à distance dans un coin de sa chambre et m'assois en restant silencieux en sa présence. Il ne le supporte pas et commence à briser tous les objets présents. Je l'arrête. Il installe alors son visage à une vingtaine de centimètres du mien et hurle d'une manière ininterrompue la bouche grande ouverte pendant de longues minutes avec une telle intensité que j'ai un traumatisme tympanique et n'entends plus d'une oreille pendant plusieurs minutes. Il n'y a apparemment pas d'issue : on ne peut ni toucher cet enfant, ni lui parler de manière proche ou à distance, ni le laisser seul. Au bout d'une heure et demie, je me résigne à calmer son état d'agitation par l'injection

d'un neuroleptique. Le lendemain, en parlant avec le psychiatre au courant de son histoire, j'apprends que cet enfant a été soumis au spectacle de scènes de violence interminables entre ses parents, qui duraient quatre à cinq heures, faites de hurlements ininterrompus, et qu'il a reproduites entre lui et moi d'une manière qui n'avait pas de fin. On peut imaginer qu'en même temps, en s'écrasant sous son lit (peut-être représentation du lit conjugal), il me montre l'enfant en lui qui se sentait détruit par la dispute parentale. Si j'avais pu faire preuve de capacités identificatoires plus importantes, j'aurais peut-être pu calmer cette scène par une construction historique ou une psychodramatisation sur le moment, en jouant avec l'infirmière le rôle de parents s'insultant et en mettant en même temps des mots sur le vécu de l'enfant témoin écrasé, détruit par ce spectacle.

- *Le deuxième type d'interaction pathologique* a été décrit par C. Rigaud (2001). Il s'agit de *la désignification de l'ensemble des signaux corporels* : dès les premiers jours, le sujet a vécu une désignification des signes qu'il a adressés à l'autre, une déformation ou une annulation de leur sens. L'accès à la symbolisation devient difficile, voire impossible pour celui qui n'a pu faire l'expérience que ses signes avaient un sens. Et en conséquence, tout mouvement de l'objet à l'égard de l'enfant peut être vécu par lui comme désignifiant. Ceci s'est accompagné d'un échec de la séduction primaire au sens où la mère n'éprouvait pas d'attirance pour le corps de son enfant, ne le trouvait pas séduisant, pas mignon. Le rapport de ces parents au corps de leur enfant est très particulier, comme s'ils avaient une mauvaise perception de ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression, etc... Les effets sur l'organisation psychosomatique de l'enfant sont considérables. Ces enfants ne peuvent prendre conscience des caractéristiques physiques de leur corps que lorsqu'ils constatent la trace réelle qu'ils laissent dans le corps de l'autre par les coups, morsures, griffures, empreinte laissée sur l'environnement qui va renseigner le sujet sur ses propres propriétés ("je ne pensais pas pouvoir taper aussi fort").

3. Les troubles de la représentation de soi

Les perturbations des interactions précoces sont à l'origine de troubles du schéma corporel et de la représentation de soi qui apparaissent d'une manière évidente lorsqu'on demande à ces sujets de dessiner des figures de Rey. Et on constate au cours des prises en charge que ces enfants n'identifient pas leurs sensations ou ont une représentation étrange de l'image de leur corps. On peut émettre ici l'hypothèse qu'un sujet ne se représente son corps que s'il est investi dans une relation libidinalisée. Ainsi Mehdi dont le corps répugnait tellement sa mère selon les dires mêmes de cette dernière, qu'elle le nourrissait avec un biberon calé par un coussin sans le tenir dans les bras, demande un jour à être nourri par un infirmier. Celui-ci lui introduit la fourchette dans la bouche et Mehdi ne referme pas les lèvres. L'infirmier continue à enfoncer doucement, inquiet de constater qu'il s'approche du pharynx, et à ce moment Mehdi referme les dents sur les doigts du soignant, involontairement. Nous nous rendrons compte en parlant ensuite avec lui qu'il n'a aucune représentation de la profondeur de sa cavité buccale, ni même de ses lèvres, la conséquence étant qu'il laisse dégouliner en permanence la nourriture sur son menton. Ou encore il apparaît qu'une fillette de dix ans hyperviolente est incapable de faire la différence au niveau des sensations entre avoir envie d'uriner et envie de déféquer. Un autre enfant réalise au bout d'un an de soins qu'il fait caca par un trou. Ces enfants n'ont jamais pu constituer les principales fonctions du Moi-peau décrite par D. Anzieu (1985), en particulier la fonction d'intersensorialité : la peau est comme une toile de fond, surface originaire sur laquelle se déploient les interconnexions

sensorielles, se situent les orifices aussi. Cette non-organisation du schéma corporel est peu explorée en général par les soignants, encore moins chez les enfants qui parlent bien. Elle est d'autant plus dommageable qu'elle entraîne des troubles cognitifs importants, eux-mêmes sous-évalués.

L'atteinte de la capacité de pensée et de se représenter son corps se manifestent souvent précocement par un faible quotient de développement mesuré au test de Brunet-Lézine dans les trente premiers mois, une baisse progressive de ce quotient étant un des indicateurs de l'intensité de la souffrance psychique du nourrisson.

4. La fugue sans but

Il est intéressant de faire le parallèle entre la violence pathologique extrême et une autre pathologie à laquelle notre service est régulièrement confronté, celle des enfants et préadolescents soumis eux aussi à des traumatismes précoces physiques, sexuels et psychiques, et qui, de manière compulsive, fuient d'où qu'ils soient. A leur propos, on peut émettre les hypothèses suivantes : lorsqu'ils étaient enfants, le plus important pour ces sujets, était d'être hors du lieu où se produisaient les scènes angoissantes. Ce qui est vital, c'est d'être "hors de", la survie est à l'extérieur, et ces sujets fuient sans autre but et sans lieu où aller. Mais à défaut de pouvoir sortir physiquement, la solution utilisée par l'enfant petit a consisté à se mettre psychologiquement hors de soi. En terme de problématique écorce-noyau, dans la violence pathologique extrême A.Carel évoque le noyau "volcanique" du sujet ; alors que chez le sujet compulsivement fugueur, le noyau est à l'extérieur de soi, mais ceci ne suffisant pas, le sujet a activement auto-fragmenté ses ébauches de self afin d'éviter qu'il ne devienne un centre de cible bombardable (M. Berger, 1990, p. 108-112). Ceci atteint profondément le sentiment d'identité et amène ces sujets à développer des processus d'identification adhésive à défaut d'avoir pu constituer d'autres processus d'identification. Il est nécessaire "d'immobiliser" ces enfants, en chambre par exemple, pour débiter un travail psychique, en leur expliquant qu'on est obligé d'immobiliser leur "partie" fugueuse qui nous empêche, eux-mêmes et les soignants, d'entrer en relation avec les autres parties de leur personne.

Au cours des entretiens que le psychiatre ou le psychologue a alors avec eux, il est souvent souhaitable de passer par une période où un autre soignant est présent, un(e) infirmier(e) par exemple.

En effet, il est fréquent qu'un tel préadolescent sorte de la relation et se tourne immédiatement vers l'autre adulte dès que le psychothérapeute lui parle, se décentrant ainsi du regard et de la parole de l'interlocuteur principal vécu comme dangereux.

On ne parvient donc pas à communiquer avec le sujet, à l'atteindre, car il est "ailleurs". Ce n'est que dans un temps ultérieur que les entretiens peuvent se dérouler à deux. Lorsque l'état de ces préadolescents s'améliore, ils arrêtent de fuir mais ont cependant besoin d'avoir la fenêtre de leur chambre ouverte en permanence. Puis apparaît une dépendance infantile acceptée, et une "saine" angoisse de l'étranger. Ainsi un adolescent de douze ans s'enfuit compulsivement du service d'hospitalisation et erre dans la ville en entrant en contact avec des adultes inconnus. Après neuf mois de traitement, lorsqu'il sort du service pour diverses activités, il a besoin de maintenir sa main posée sur l'épaule de son infirmière référente car, explique-t-il, il craint de la perdre et de se perdre.

Non traitée, cette forme de claustrophobie archaïque prédispose à un devenir de SDF qui refuse toute habitation, même par grand froid (ceci n'est qu'une des causes possibles de ce mode d'errance).

Revenons aux enfants qui présentent une violence extrême. Sans prise en charge adaptée, leur devenir est inquiétant : il existe de fortes chances pour qu'ils blessent grièvement, ou violent, ou tuent. Guy Georges présentait cette clinique lorsqu'il était enfant. Et chacun des éléments décrits ci-dessus doit être pris en compte pour la construction du dispositif thérapeutique.

Réflexions sur les processus thérapeutiques ²

La tentation, c'est de gérer la crise, le moment de violence. Or seul un processus thérapeutique long s'étalant sur plusieurs années permet de modifier la structure psychique de certains de ces enfants et préadolescents. Mais une réflexion préalable et permanente est nécessaire, concernant les mouvements contre-transférentiels provoqués par le fait de traiter ce genre d'enfants. Il est intéressant de penser ces difficultés en mettant en parallèle ce qu'a vécu l'enfant et ce que vit l'équipe elle-même, comme si elle était un enfant face à la violence.

1. Contre-transfert et violence

La **première réflexion** doit concerner notre rapport au cadre versus notre rapport à la parole. Nous souhaitons utiliser une parole s'adressant à un sujet différencié, mais ces enfants n'en sont pas là, le "à toi, à moi" ne s'est jamais constitué et la parole n'a pas le statut d'un médiateur qui permet les échanges, en particulier au moment des épisodes violents. Nous sommes comme ces enfants pour lesquels la parole ne servait à rien. Et l'émergence d'une parole signifiante ne pourra se mettre en place que grâce au cadre, lequel n'a donc pas une fonction défensive destinée à se protéger mais a comme but de permettre qu'adviennent les conditions pour qu'un sujet s'approprie sa pensée. Un fonctionnement psychique aussi complexe ne peut pas être réglé seulement par le renvoi à la loi, ou par l'affirmation qu'il s'agit d'un problème éducatif ou de précarité. En même temps, on ne réalise la complexité de la vie psychique de tels enfants que si on rentre dans le soin au sens large de ce terme.

Le **deuxième point** est notre rapport à la peur. Certains enfants ont une force physique importante. Les soignants savent qu'ils risquent d'être griffés, mordus, frappés, contraints à des corps à corps, gravement menacés par certains parents. Une équipe qui ne se sent pas en sécurité est comme un enfant qui a peur, elle ne peut plus penser et met son énergie à être sur ses gardes.

Il est donc nécessaire de mettre en place des dispositifs de sécurité, sans crainte du ridicule. Mais accepter de se protéger, c'est reconnaître que la situation est traumatique, ce qui va à l'encontre de notre déni.

Troisième point, notre rapport à notre propre violence. Lorsqu'un affrontement se produit, il est nécessaire de relever le défi sans défier, ce qui fait appel à la fois à des parties masculines et féminines en soi, ou éventuellement réparties entre le rôle médical et le rôle infirmier.

Il peut être aussi nécessaire de parvenir à endosser la "pensée" d'un parent violent lors des moments de psychodramatisation des scènes d'agression en entretiens individuels, par exemple au cours de récits à deux, sortes de squiggle parlé au cours desquels une histoire est construite en commun, une phrase étant dite par l'enfant et une autre par le thérapeute, ce qui aide beaucoup certains de ces enfants qui ont d'énormes difficultés de mentalisation (Berger M., 2005 b, 2006).

2. Chacun des points décrits dans cet article nécessiterait de plus longs développements.

Quatrième point, notre rapport à la culpabilité. Pardonner un acte violent, c'est empêcher l'enfant de faire un travail psychique, car de son point de vue, c'est effacer les conséquences, mais c'est aussi faire comme si l'acte n'avait pas laissé de traces chez l'autre. Nous risquons donc de priver le sujet de la fonction miroir qu'il a besoin de rencontrer et qui lui a souvent fait défaut. On doit donc montrer à l'enfant l'effet de son action, la rupture relationnelle temporaire que cela provoque. Se contenter de rappeler la loi est de peu d'utilité.

Cinquième point, notre rapport à la théorie. Avec de tels sujets, il est nécessaire de se désabriter en permanence afin de pouvoir s'identifier à des processus psychiques inhabituels. Il faut souligner ici l'importance du "cas fondateur", c'est-à-dire de la première situation où on a exploré ces processus psychiques avec des outils jusqu'à présent peu utilisés. Ce sont des évolutions positives qui nous ont permis d'estimer, a posteriori, que nous avons une légitimité à pratiquer ainsi.

2. Les soins : de l'hallucination à la représentation

Le but premier du travail thérapeutique, c'est de permettre au sujet d'accéder à une pensée différenciée qui lui permette de faire la différence entre présent et passé ; entre réalité et hallucination ; entre ce qui, en soi, vient de soi et vient d'autrui. Pour parvenir à ce qu'advienne ce fonctionnement représentatif, une capacité de mettre en mots et de symboliser ce qui est ressenti. Pour cela, il faut progressivement aider l'enfant à identifier ses sentiments, à parvenir à penser sur ce qu'il ressent. Parce que parvenir à penser sur ce qu'on ressent est un différenciateur puissant, alors que le clivage est un indifférenciateur tout aussi puissant. Pour atteindre ce but, je propose brièvement les cinq axes suivants.

a. Evaluer la tolérance de l'enfant par rapport à la présence de l'objet "soignant" et à sa parole

Si la tolérance est relativement bonne, une psychothérapie individuelle, ou plus rarement familiale, peut être envisagée.

De même, pour les enfants petits, un groupe thérapeutique peut être mis en place, (cf. M. Monmayrant et M.B. Lacroix, 1999).

Lorsque la tolérance est moins bonne, la présence temporaire d'un tiers, autre soignant, diminue l'aspect massif et angoissant du transfert qui amène l'enfant à percevoir le thérapeute comme un monstre menaçant. Comme l'indique E. Bonneville (2003), ce tiers peut être un miroir, l'enfant ne parlant à l'adulte qu'en le regardant dans ce miroir, ou une distance importante, l'enfant pouvant même être derrière un fauteuil.

Enfin lorsque l'objet est répétitivement attaqué d'une manière physique, souvent dangereuse, on est obligé de faire appel à des dispositifs contenant, avec comme but, suivant l'expression de C. Rigaud (2001), de passer progressivement de la contention à la contenance psychique.

b. La mise en place de dispositifs contenant est alors nécessaire, toujours accompagnée d'une attitude d'écoute spécifique

Dans la majorité des situations, il est nécessaire de faire appel au juge des enfants. Le premier cadre contenant est la parole du magistrat, si elle est signifiante, adaptée, et si la décision judiciaire est assez protectrice. Sinon, aucun soin cohérent ne peut être entrepris.

Puis, en ce qui concerne le comportement violent lui-même, on commence habituellement par une prescription médicamenteuse.

Si c'est insuffisant, l'enfant est accueilli dans une pièce fermée. Ainsi Joël a été installé seul dans une pièce de l'hôpital de jour pendant trois mois, dont la porte était close, parfois fermée à clé. Puis il a pu de lui-même laisser la porte ouverte. Il y réalisait des dessins et construisait des objets qui avaient une valeur symbolique. Ainsi il dessinait un aquarium qui protégeait les poissons, représentation de la pièce close, et exprimait sa crainte que la vitre ne se rompe. Il pouvait participer sans problème aux repas collectifs, à certains ateliers thérapeutiques où il amenait un matériel intéressant. Par contre, dès qu'il était hors cadre précis, hors "attention conjointe", par exemple dans le couloir en présence d'autres enfants, l'excitation et les hallucinations resurgissaient. Les mêmes constatations ont été faites en maternelle où certains enfants ne deviennent violents qu'au moment du passage entre deux activités, ce qui nécessite une attention particulière de la part des enseignantes (F.A.R.E., 2004). Après quatre ans de soins, Joël peut maintenant se déplacer sans contrainte dans le service, s'est mis à apprendre, et n'est plus violent même lorsque d'autres enfants le provoquent grossièrement. C'est grâce à ce cadre, plus complexe en réalité, qu'il s'est mis à penser avant de frapper. Auparavant, il fonctionnait comme l'homme d'un scénario qu'il expose en entretien : cet homme tue et contemple les dégâts pour avoir une idée. C'est comme s'il fallait avoir déchargé la violence pour commencer à penser, mais c'est un mécanisme à haut risque dans la réalité.

Les enveloppements secs peuvent être utilisés pour les enfants petits. Certains passent alors en deux minutes d'un état de violence à l'endormissement et réclament ces enveloppements lorsqu'ils sentent monter la violence en eux.

L'ultime dispositif est la contention physique, contention par des sangles car tous les préadolescents pour lesquels il a été nécessaire de l'utiliser nous ont indiqué qu'ils ne voulaient pas être tenus dans nos bras : c'était trop angoissant pour eux car cela leur rappelait le contact avec le corps de leurs parents, et ils préféraient être attachés sur un lit, ce qui serait intolérable pour la plupart des personnes. Il est toujours étonnant de constater comment ces sujets peuvent alors se mettre à penser. Ainsi un jeune qui ne pouvait que répondre "ta gueule, tu me prends la tête" quand on essayait de discuter avec lui, déclare après la première nuit où il est contenu, qu'il a réfléchi aux vingt six raisons pour lesquelles son enfance s'est mal passée. Simultanément, un nursing intensif est mis en place, à l'écoute des signes émis par le sujet. Les processus psychiques complexes qui se produisent alors ont été décrits par ailleurs (C. Rigaud, 2001).

Quel que soit le dispositif contenant mis en place, il est nécessaire qu'il dure suffisamment pour que le sujet puisse en ressentir et intérioriser les effets. Souvent il produit une régression immédiate avec un apaisement. C'est aussi dans ce contexte que l'on va pouvoir analyser dans le transfert des modes relationnels très archaïques. Par exemple Mehdi, douze ans, demande à une infirmière de s'approcher pour lui confier des paroles importantes à voix basse, et lorsqu'elle le fait, il lui hurle brusquement dans l'oreille, lui faisant vivre l'imprévisibilité angoissante et la transformation brusque de la tendresse en violence à laquelle sa mère l'a soumis de multiples fois.

Le cadre ne doit être assoupli que très progressivement car ces enfants n'ont pas intégré la représentation de l'activité de transformation, la malléabilité. Tout changement de cadre risque d'être ressenti non pas comme une modification liée à leurs progrès, mais comme une perte des limites offertes par le cadre précédent.

Avant chaque changement, on discute avec l'enfant des aménagements possibles, et on parle avec lui tous les jours de l'effet qu'ils produisent sur lui. En même temps, lorsqu'on assouplit le cadre, on observe en permanence sur le visage de l'enfant si le père "fou" ou la mère "folle" ressurgit en lui.

Un autre aspect du cadre porte sur la neutralisation, non plus de la violence interne, mais des éléments du monde extérieur que l'enfant ressent comme trop excitants et qui réactivent les surgissements hallucinatoires (un objet, une activité comme le quad, le manège, des visites médiatisées trop longues, des cadeaux des parents). Il s'agit d'un principe général qui doit être adapté à chaque sujet.

c. Une écoute individuelle intensive

La mise en place d'un cadre contenant ne produit pleinement des effets durables que si elle s'accompagne d'un dispositif d'écoute quotidien ou pluri-quotidien qui est en grande partie confié aux éducateurs, éducatrices, ou infirmier(e)s, car ces enfants ne peuvent pas attendre une séance de psychothérapie quelques jours plus tard pour exprimer ce qu'ils ressentent. Il faut qu'ils aient à leur disposition un objet qui reçoive leurs émotions à l'état brut sur le moment, sans les déformer et sans être désorganisé par elles. Depuis une vingtaine d'années, nous définissons cette position comme celle de "témoin impliqué" (Berger M., 2004 ; Berger M., Manic Y., Pastrana H., 2005). On ne va pas chercher à "réparer" l'enfant, à l'aider, mais le premier travail sera d'accepter de ressentir les affects qu'il fait vivre, et qu'il a ressentis auparavant dans sa famille sans pouvoir les identifier : confusion, excitation, plaisir voyeuriste, érotisation, sentiment d'être sous emprise, ou abandonné, solitude, terreur, désir de meurtre d'une intensité parfois extrême accompagné d'un retard assassin à notre intention, sans crainte phobique d'accompagner l'enfant jusqu'au bout de son mouvement psychique. Mais il ne suffit pas d'écouter, il faut jouer réellement avec l'enfant car souvent il ne peut pas penser seul. Ainsi un enfant s'occupe d'un poupon en montrant ce qu'est une mère incompetente, il le laisse pleurer en faisant tranquillement autre chose. Un autre prend une poupée dont il tape le crâne contre un mur. L'éducatrice fait les cris du bébé, lui prête des paroles : "au secours, personne ne m'aide, j'ai peur, ça ne finira jamais, on va me payer ça, etc." Ou encore un enfant de cinq ans d'une violence extrême est angoissé la nuit car il voit une main l'attaquer, à la fois rétorsion de sa propre violence diurne et image hallucinatoire de la grande violence paternelle. Lors des entretiens, il demande si une main peut se détacher du corps. Il va être nécessaire de l'aider à mettre en représentation les destins possibles de cette main, meurtrière, perforante et constrictive comme une serre d'aigle, non protectrice, séductrice.

Il peut être important de proposer plusieurs scénarios possibles à partir du même thème. A ce moment, le scénario n'est plus une hallucination que l'enfant pense être réelle, il est traité comme une pensée, une rêverie, un matériel représentatif et il devient moins angoissant. Ainsi une fillette de neuf ans déclare : "je voudrais tuer ma mère". Elle est très angoissée d'avoir prononcé cette phrase. Quelques jours plus tard, elle change l'histoire et imagine pendant trois semaines le scénario suivant : sa mère est dans le coma et elle hésite énormément à choisir si sa mère va mourir ou vivre. L'infirmière référente propose d'imaginer les deux, c'est-à-dire de traiter cela comme un fantasme alors que l'enfant est tendue comme s'il y avait un danger vital à son récit. Elle accepte. Dans son premier choix, sa mère meurt parce qu'elle a les poumons malades et parce que ses enfants se vengent d'elle. Son décès ne les empêche pas de grandir par la suite. Dans le deuxième choix, la mère survit, et l'enfant se demande si elle pourra retourner chez sa mère, peut-être à 18 ans (M. Berger, 2004).

D'une manière générale, c'est un matériel riche qui apparaît au cours de ces moments individuels et qui pose en permanence la question du niveau de compréhension et d'intervention le plus adapté. A titre d'exemple, voici un extrait du matériel amené par Joël après quatre ans d'entretiens individuels.

"Le père de Pinocchio le fout dans le feu car il est en bois, mais comme il est en bois, il n'a rien senti. Ses jambes repousseront de toute manière. Comme Pinocchio n'a plus de jambes, il veut une chaise électrique, qui va trop vite. L'éducatrice fait l'enfant qui a peur. "Ca s'arrête car il n'a plus de courant", ajoute Joël. On peut intervenir sur la manière dont cet enfant a gelé ce qu'il ressentait (les jambes en bois qui ne sentent rien).

En même temps, des jambes qui brûlent, cela empêche de fuir. La solution ensuite, c'est la chaise électrique (ce qui évoque un fauteuil roulant, mais aussi une sorte de condamnation à mort), et cette chaise est dans l'excitation, elle va trop vite. Mais on peut remarquer que Joël trouve une issue puisqu'il n'y a plus de courant à un moment ; on n'est donc pas dans un mouvement perpétuel. La question, c'est quand parler de l'histoire sans réactiver le traumatisme ?

Faut-il le faire dans cette situation, où Joël évoque déjà fréquemment dans la réalité ce que son père lui a fait subir ? Vaut-il mieux utiliser des formules générales : "Ah, ça peut s'arrêter" (à propos de la chaise électrique), ou "l'enfant ne peut pas fuir s'il ne sent plus ses jambes"(ce qui évoque la sidération). On peut aussi se contenter de remarquer en soi sans rien dire que cet enfant parle de ces situations. Le niveau d'intervention est l'objet d'un débat d'équipe permanent. A certains moments, il pourra être nécessaire de refuser fermement certains comportements défensifs antérieurs parce que l'enfant a acquis d'autres capacités relationnelles et cognitives.

d. Un travail doit avoir lieu au niveau des ressentis corporels pour requalifier les sensations, le goût, aider à percevoir le corps dans ses dimensions, son fonctionnement, qualifier les émotions d'une personne, permettre la construction d'une cohésion psychosomatique.

Et au niveau des apprentissages, les troubles de la représentation de soi rendent nécessaire l'utilisation d'outils spécifiques comme le Programme d'Enrichissement Instrumental ou des ateliers de raisonnement logique qui permettent au sujet de s'approprier sa manière de penser. L'enjeu est d'aider le sujet à comprendre de quelle manière il s'est posé la question pour fournir la réponse qu'il a faite, qu'elle soit juste ou fausse.

e. Travailler sur la relation avec l'objet primaire angoissant, c'est-à-dire les parents : les visites médiatisées

Dans 10 % des situations, on peut réaliser un travail d'entretiens familiaux psychanalytiques sur la dimension transgénérationnelle de la violence. Mais dans 90 % des cas, ceci n'est pas possible car les parents ont des capacités de changement inexistantes ou qui ne peuvent se produire qu'au bout de trop nombreuses années. Souvent ces parents ne peuvent évoquer quoi que ce soit de leur enfance, et tenter de le faire avec eux a comme conséquence qu'ils ne reviennent plus pendant plusieurs mois ou se montrent violents par rapport à nous ("vous voulez dire que je suis comme mon père", ceci étant suivi de menaces).

Les visites médiatisées sont l'outil qui permet à l'enfant de travailler directement sur sa relation avec ses parents (M. Berger, 2005 a). Elles ont lieu en présence de deux professionnels, pendant des années, et leur but principal est d'aider l'enfant à différencier sa pensée de celle de ses parents, à être moins envahi par leur violence, leur pathologie, et à être moins angoissé en leur présence.

Elles doivent être préparées avant le rendez-vous, protégées des excès du parent pendant leur déroulement, et reprises après : “qu’as-tu ressenti à tel moment, que penses-tu de ce que ta mère a dit quand tu lui as posé telle question ?”, etc. Une visite médiatisée est un lieu de travail psychique, ce n’est pas un acte social.

Qu’un enfant parvienne à tenir une pensée différenciée sans être terrorisé ni séduit en présence du parent est un élément de bonne valeur pronostique, mais obtenir un tel résultat peut prendre des années. L’utilisation de cet outil n’est pas toujours comprise par certains professionnels.

Le rythme et la longueur de ces visites doivent être fixés en fonction de l’intensité et de la durée des réactions hallucinatoires et des signes d’angoisse de l’enfant.

Si la présence d’un parent qui ne contrôle pas son impulsivité est trop angoissante, ou si l’enfant est désorganisé à un niveau psychique ou psychosomatique dès qu’on évoque l’éventualité d’une rencontre, ces visites doivent être espacées parfois au rythme d’une fois tous les six mois, ou suspendues. Le risque alors, c’est que l’objet demeure imaginé comme terrifiant ou idéalisé.

Enfin, si possible, de tels enfants doivent être suivis par la même équipe jusqu’à leur majorité, car cela permet de reprendre les éventuelles turbulences de l’adolescence sur un fond relationnel établi et à partir de ce qu’on a compris des processus psychiques antérieurs.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. Le Moi-peau, Dunod, 1985

BERGER M. Des entretiens familiaux à la représentation de soi. Ed. du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale ; éd. Apsygee, 1990

BERGER M. L’échec de la protection de l’enfance. Dunod, 2004

BERGER M. Ces enfants qu’on sacrifie... au nom de la protection de l’enfance. Dunod, 2005 a

BERGER M. L’enfant instable. Dunod 2ème éd. 2005 b

BERGER M. “Réflexions sur les difficultés de la prise en charge des abuseurs sexuels”, exposé fait au 3ème congrès international francophone sur l’agression sexuelle : “Les agresseurs sexuels mineurs : mieux comprendre et prévenir”, Cifas : Gatineau, Québec, 2006

BERGER M. ; MANIC Y. ; PASTRANA H. L’accompagnement des mouvements émotionnels et psychiques de l’enfant confronté à la séparation. In GABEL M. (dir.) ; LAMOUR M. (dir.) ; MANCIAUX M. (dir.). La protection de l’enfance. Maintien, rupture et soins des liens. Fleurus, 2005, p.153-168

BONNEVILLE E. A la rencontre du traumatisme des liens chez l’enfant placé. Mémoire DEA, Psychologie, Université Lyon-2, 2003

F.A.R.E. Prévention précoce de la violence du jeune enfant. Association de formation et recherche pour la Santé Mentale infanto-juvénile, Mairie de Toulouse, 2004

FRAIBERG S. Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. Devenir, vol. 51, 1993, p. 7-29.

KEREN M. Traumatisme précoce et jeune enfant : aspects cliniques et psychopathologiques. Conférence à la Journée scientifique de l’Hôpital Ste Justine, Montréal, 6 octobre 2005

MAIN M. De l’attachement à la psychopathologie, Enfance, 1998, 3, p. 13-27

MONMAYRANT M., LACROIX M-B. Enfants terribles, enfants féroces. Erès, 1999

RIGAUD-BERTHET C. Violence et contention : la fonction phorique du soin. Mémoire DEA, Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université Lyon 2, 2001

ROUSSILLON R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In : FURTOS J. (dir.) ; LAVAL C. (dir.). La santé mentale en actes. De la clinique au politique. Erès, 2005

Le jeune enfant violent : sources et devenir

André CAREL, Psychiatre, psychanalyste

Maurice Berger et moi-même nous nous efforçons d'avancer dans la compréhension des processus intra et interpsychiques familiaux et dans la mise en œuvre de traitements psychiques, éclairés par la psychanalyse, qui visent, non sans peine et récidive, avec le concours, autant que faire se peut, des services sociaux et judiciaires, à produire des changements suffisamment stables chez le jeune enfant violent.

Mon expérience, celle des formes moindres de la violence chez le très jeune enfant, celle des formes violentes des liens premiers entrera donc en résonance avec celle de Maurice Berger, pionnier dans ce domaine.

Ma réflexion s'étaye, en outre, sur des auteurs dont les travaux, issus de l'expérience clinique auprès des adultes, convergent de manière remarquable avec ceux des praticiens de l'enfance :

- Jean Bergeret, le premier à avoir fait émerger, au plan métapsychologique, le concept de violence, différenciée de l'agressivité. ¹
- Claude Balier dont les travaux sur la psychanalyse des comportements violents sont devenus référentiels. ²
- André Ciavaldini qui développe, en collaboration avec un groupe de collègues, une réflexion sur la psychopathologie des agresseurs sexuels à partir de la pratique de soins en milieu pénitentiaire. ³

La rencontre, dans la vie et pas seulement dans la théorie, avec l'enfant, voire avec le très jeune enfant auteur de violences, confronte la personne, le thérapeute qui fait cette démarche, qui ne s'y dérobe pas - la dérobade est le fond qui manque le moins, la dérobade est le lieu commun de notre contre transfert premier - à l'effroi, à la terreur intime.

Si la conscience du danger encouru dans la rencontre peut déjà en soutenir le motif, si l'agir violent de l'enfant peut réactualiser en nous les traces mnésiques de la violence que nous avons pu avoir vécue, cette terreur intime, face à l'agir violent de l'enfant, provient, j'en fais l'hypothèse, du renversement radical que cet agir fait subir, plus encore peut-être que la sexualité infantile, à notre conception du monde concernant "La nature humaine" (au sens de Winnicott, 1988), et le développement de l'enfant à partir de la dépendance et de la vulnérabilité.

1. La violence fondamentale. L'inépuisable Œdipe. Dunod, 1984. La violence et la vie. La face cachée de l'Œdipe. Dunod, 1994

2. La psychanalyse des comportements violents. PUF, 1988 et 1996. La violence en abyme. PUF, 2005

3. La psychopathologie des agresseurs sexuels. Masson, 2001

Ainsi l'agir violent de l'enfant, par la violation d'attente qu'il impose à notre univers mental, produit un ébranlement, voire une effraction identitaire en nous adultes. Et ce d'autant qu'un tel recours à l'agir s'effectue dans un état où le sujet enfant est hors de soi. Non seulement sa psyché "ne réside plus dans son corps", comme dit Winnicott, malgré que le corps soit l'agent de l'action, mais, de plus, la subjectivité du sujet enfant, son "sentiment de soi" (P.C. Racamier) paraît se dissoudre. Car cette subjectivité s'expatrie, elle "s'excorpore" (A. Green) par l'agir sur l'autre, elle s'excorpore dans le moi-corps de l'autre qui en devient le dépositaire, à son moi-corps défendant.

Le grand problème est que ce transfert massif et brutal d'une motion qui paraît tout d'abord réduite à sa simple expression économique, qui paraît insensée pendant longtemps, s'effectue souvent selon une procédure intersubjectale qui doit dénier la qualité subjectale de l'autre, pour mieux en faire l'ustensile de l'exportation hors soi de la violence inscrite dans le soi infantile.

L'autre est alors non seulement "désobjectalisé" au sens de A. Green, il est aussi désobjectalisé et, j'ajoute, désintersubjectalisé. L'autre, le thérapeute, subit alors l'épreuve d'une déliaison polymorphe dans sa groupalité psychique intra et inter, déliaison qui produit un vécu, bref ou durable, d'égarement. Ce tremblement de terre psychique nécessite un important travail groupal de perlaboration pour surmonter les ondes de choc identitaires qu'il provoque en soi et dans le groupe d'appartenance. Il faut beaucoup de temps pour que puisse s'effectuer à partir de cet ensemble violent - l'agir de l'enfant et l'éprouvé d'égarement du thérapeute - une reprise en main psychique qui permette de rester en lien avec l'enfant et de penser que tout ça contient une potentialité de mise en histoire et en sens, que tout ça n'est pas pure violence réduite à elle-même, vouée à la répétition automatique et que ça, ce geste, ce cri, pourra peut-être un jour prendre valeur de réminiscence, à condition que le thérapeute et son groupe aient retrouvé leur qualité identitaire.

Survivre comme sujet articule trois impératifs, dit R. Roussillon ⁴ :

- ne pas se retirer de la relation
- ne pas exercer de rétorsion agressive,
- qualifier ce qu'il y a de potentialité créatrice et adaptative dans la destructivité.

Mais il ne suffit pas, bien entendu, de formuler cet impératif catégorique, il faut le faire vivre dans le lien au long cours. Le travail se compte plus souvent en années qu'en semaines ou en mois et c'est là une véritable épreuve d'endurance.

Peu à peu, tenir bon, malgré qu'on soit poussé à bout, mis en rage et désespoir, hors de soi-même à son tour, par la répétition des agirs violents, permet de transformer la virulence de l'actuel en vitalité du présent et de la co-présence. Alors, la violence destructrice exercée sur le thérapeute et sur soi-même enfant, selon la "logique du désespoir" (A. Green), se réintrie avec la libido capable de conserver et de créer, et ce, grâce à l'action psychique de l'autre, du groupe des autres.

4 Violence et identité : (discussion de l'exposé d'A. Green) Journal de la psychanalyse de l'enfant, 18. (Destin de la violence), Bayard, 1995, p.274-281

La violence redevient “fondamentale”, fondatrice de l’affirmation de soi, de la ré-appropriation subjective de la vivacité pulsionnelle. L’enfant redevient propriétaire de ses mouvements pulsionnels ré-intriqués, du fait de la liaison et de la redifférenciation entre soi et l’autre.

Ainsi, le recours par l’enfant, parfois très jeune, à l’agir violent témoigne bien, quelque soit l’éventualité d’hypothétiques co-facteurs de vulnérabilité génétique à ce faire, des troubles et souffrances précoces, intenses, prolongées dans les liens premiers, dans le processus d’inter-subjectalisation. Ce recours à l’agir violent, prend alors valeur tout à la fois de réminiscence des violences polymorphes éprouvées et de solution défensive.

Nous allons, à partir de la clinique des agirs violents, approfondir les processus psychopathologiques qui les sous-tendent, reconstruire certaines des expériences historiques dont ils procèdent, indiquer enfin des perspectives quant aux traitements psychiques susceptibles de produire un changement durable.

Julian

Julian est âgé de 8 mois lorsque je le rencontre avec sa mère pour la première fois sur un mode qui, d’emblée, suscite en moi inquiétude et sidération. “Je vous présente le bébé tyran, lance-t-elle dans le couloir en brandissant un magnifique bébé. Oui, poursuit-elle en s’amusant de l’étonnement qu’elle a réussi à provoquer en moi, il m’oblige à rester deux heures par jour dans son parc, la nuit il ne dort pas si je ne le mets pas dans mon lit, il commence à chercher à me taper, il pleure toute la journée, c’est l’enfer”.

Je parviens néanmoins à calmer le jeu, chacun s’assoit et je découvre un beau bébé de 8 mois attentif et souriant, très, voire trop en contact avec l’étranger que je suis pour lui, capable de saisir les figurines d’animaux que je lui présente et de s’intéresser à un petit jeu de “coucou-cacher”.

J’apprends très vite que cette jeune femme vit seule avec ce premier enfant. Le père géniteur a rompu avec elle dès après l’accouchement. Elle-même est en soins psychiatriques depuis plusieurs années au CMP adultes du secteur. Ses troubles cliniques alternent des moments dépressifs manifestes, des épisodes persécutaires et des agirs psychopathiques. Son seul soutien, si l’on peut dire, est la grand-mère maternelle de l’enfant, jugée paranoïaque, intrusive et disqualifiante. La mère a pu alléger les violences éducatives de sa propre mère lorsque, adolescente, elle apprit les arts martiaux et la menaça de rétorsion. Quant au père, elle garde de lui après son décès lorsqu’elle avait 20 ans, une image idéalisée.

Les soins que nous pûmes mettre en place, notamment le soin à domicile permirent d’observer que, de fait, comme le discours maternel l’annonçait, le lien mère-bébé était profondément en souffrance. Une indication thérapeutique de crèche contribua à très nettement améliorer la situation pendant toute une période malgré les réticences constantes de la mère à accepter la continuité des soins et de l’aide.

Cette jeune mère était capable de tendresse et d’attention à l’égard de son bébé Julian dont la croissance physique et psychique pouvait la remplir de fierté légitime, à condition cependant qu’elle fut contenue et étayée avec fermeté bienveillante et continuité par une tierce personne.

Cependant, lorsque la mère était livrée à elle-même, débordée par ses mouvements intérieurs, le bébé Julian, dès 8 mois et ensuite, était pris dans un tel réseau d'excitations contradictoires et incohérentes qu'il en venait, pour lutter contre la détresse, à taper, griffer sa mère dans un sursaut défensif contre l'envahisseur qu'elle devenait alors.

L'agir violent du bébé paraissait constituer la résultante de plusieurs modalités processuelles enchevêtrées, récurrentes, présentant les caractères du harcèlement psychique.

- le lien était intensément paradoxal, alternant ou mélangeant l'intrusion et le laisser tomber, sans possibilité d'anticipation, selon donc un rythme chaotique constitutif d'un attachement désorienté, désorganisé.
- le climat émotionnel était celui d'une co-excitation quasi-permanente à tonalité maniaque, accompagnant aussi bien les rapprochés affectueux qui prenaient rapidement une tonalité incestuelle que les essais de différenciation-séparation, d'instauration des limites et interdits, essais qui prenaient tout aussi rapidement une allure agressive destructive, notamment par la tonalité de la voix et le choix des mots.
- les jeux transitionnalisants ne pouvaient pas s'instaurer entre mère et fils malgré les capacités du bébé : jeux d'accordage, jeux de présence-absence, jeux de faire semblant, etc... Ils étaient remplacés par des pseudo-jeux pervers et angoissants, bien décrits par Maurice Berger⁵ : pseudo-jeux de mise en danger, de métamorphose brutale, d'excitation corporelle, d'emprise réciproque, de violation des règles du jeu, etc...
- l'intensité des projections maternelles sur l'enfant, notamment celles concernant un mixte d'imgo maternelle persécutoire et d'imgo paternelle idéalisée, dépossédait Julian de son identité propre et le soumettait soit à des effets de confusion identitaire, soit à une inversion générationnelle. L'enfant développa une peur pour la mère en désarroi, combinée à la peur de la mère violente.
- dernier élément que je retiendrai ici pour tracer dans les grandes lignes ce portrait clinique, l'intensité de la méconnaissance en déni qui altérait la prise en considération par la mère de la détresse de son bébé et la sienne propre, détresse qu'elle ne manquait cependant pas de percevoir ("c'est infernal") mais aussi qui lui faisait dénier les besoins biologiques et psychiques élémentaires, dénier le monde interne propre à l'enfant.

On saisit, au simple énoncé schématique de cette complexité que la genèse du recours à l'agir violent chez l'enfant, relève d'une histoire qui ne saurait se réduire à la répétition, en retournement, de la violence physique manifeste subie autrefois par le sujet enfant.

Le concept de traumatisme manque, lui aussi, à spécifier une telle complexité sauf à invoquer une situation polytraumatique continue. Il n'en reste pas moins vrai que la question du débordement quantitatif des capacités de régulation de l'appareil psychique est au cœur du problème économique de cette clinique, à condition toutefois d'ajouter que le débordement des capacités élaboratives concerne tout à la fois l'appareil psychique de chacun des sujets du groupe et l'appareil psychique familial, la groupalité familiale au sens de R. Kaës.

5. L'échec de la protection de l'enfant. Dunod 2003-2004, p 72-77

D'où la question lancinante devant une telle clinique : à partir de quand, au delà de quel seuil les dispositifs ambulatoires ne sont plus pertinents et doivent être relayés, remplacés par la séparation parent-enfant, afin de tenter d'éviter un plus grand dommage psychique à l'enfant ?

Eléments de psychopathologie

Une question se pose d'emblée, en préliminaire de l'étude des processus psychopathologiques susceptible d'éclairer la genèse du recours à l'agir violent et les dimensions à mettre en œuvre dans le traitement psychique : ces processus sont-ils spécifiques ou se retrouvent-ils dans d'autres configurations cliniques, psychotiques, psychosomatiques, troubles des conduites, tendance anti-sociale sévère, évolution déficitaire ?

Ma réponse est qu'en effet on les retrouve, d'autant que ces cliniques peuvent s'associer ou alterner, dans le cadre des co-morbidités, en ajoutant qu'il y a sans doute aussi des éléments, au sein de cet ensemble psychopathologique qui peuvent faire pencher la balance du côté des agirs violents.

Je retiens deux co-facteurs susceptibles d'infléchir le destin du sujet du côté de la violence :

- la violence physique manifeste, les affrontements explicites dans l'environnement, tout autant ceux du côté des adultes-parents dont l'enfant est le témoin obligé et terrorisé (M. Berger⁶), que ceux dont il est victime.
- peut-être aussi une certaine capacité de l'enfant à lutter contre l'adversité, à faire appel, à ne pas renoncer à la sauvegarde de soi-même.

1. Les défaillances de l'intersubjectalisation sont au cœur de l'ensemble processuel

Tous les auteurs ont souligné à quel point le recours à l'agir violent s'effectuait dans un contexte psychique marqué par l'intensité du déni, par la méconnaissance en déni, par les troubles de la reconnaissance, à plusieurs dimensions interconnectées :

- déni des affects (alexithymie), déni nécessité, on en reparlera, par la tourmente et la terreur affective éprouvées par l'enfant et par l'adulte-parent.
- déni de la subjectivité de l'autre et de soi-même
- déni du lien intersubjectif entre soi et l'autre

A ce titre, l'agir violent est un moment existentiel paradoxal où il s'agit de tenter de rester soi tout en étant hors de soi. Au moment de l'agir violent l'autre est dépossédé de sa subjectivité.

De personne il devient chose, objet-ustensile dans lequel déposer la charge violente qui envahissait le sujet auteur de l'agir. Lorsqu'un tel système défensif se pérennise, il aboutit à la perversion narcissique, d'intensité variable selon les cas.

De telles modalités défensives actuelles répètent celles mises en place dans l'histoire, lors de la construction des liens premiers, au cours des générations successives.

6. BERGER M. L'échec de la protection de l'enfance, Dunod, 2004

J'ai introduit le concept d'intersubjectalisation⁷ pour mieux signifier les enjeux pulsionnels et inconscients de l'intersubjectivité et souligner l'articulation de l'intra et l'interpsychique dans l'épigénèse et dans la transmission-transformation générationnelle en après-coups successifs.

Il est difficile de se représenter à quels extrêmes les bébés peuvent être exposés lorsqu'on n'en a pas été le témoin direct. Encore faut-il, pour en témoigner, surmonter l'oubli qui tente d'effacer l'effroi ressenti.

Un bref exemple : Paul, 4 mois, a dû être séparé et placé à la Cité de l'enfance par décision judiciaire urgente en période périnatale. La mère, psychotique déficitaire depuis l'enfance, a négligé son état de grossesse, puis les premiers soins du bébé à la maternité. Le père, paranoïaque, s'en prend à tout le monde, y compris au bébé qu'il malmène physiquement.

Ce jour là, Paul a 4 mois, je suis requis pour donner un avis sur l'opportunité du retour du bébé chez ses parents. Sont présents les deux parents, le bébé et la puéricultrice référente de la Cité.

En quelques dizaines de secondes s'instaure une scène qui s'est déjà répétée ailleurs de multiples fois : la violence verbale des parents éclate, le bébé n'existe plus à leurs yeux, il n'est plus que malmené dans leurs bras comme un chiffon. Aussitôt le bébé gèle ses affects, hypertonise son corps, évite tout regard puis s'effondre comme silencieusement démantelé.

Il ne pourra exprimer sa détresse en pleurant qu'après avoir passé un long moment de réconfort dans les bras secourables de la puéricultrice.

De telles expériences dont il est difficile, je le répète, de se figurer que le bébé puisse les subir répétitivement dès les premiers mois de son existence, ne sont pas exceptionnelles. Elles laissent des traces mnésiques que l'on va tenter ensuite de traduire en des mots pour dire la chose, lors de leur répétition en agirs violents dans le soin.

- la "masse" affective lors de la crise n'est plus guère qualifiable sinon par des approximations : catastrophe, agonie, terreur. Ce dernier terme rend assez bien compte de l'alternance affective que le clinicien repère chez l'enfant devenu grand : terroriste le jour, terrorisé la nuit.
- le lien dans le soin, le toucher physique mais aussi le toucher affectif réactualisent la terreur sur le mode hallucinatoire. D'où la nécessité absolue du tact et de l'apprivoisement très progressif.
- la neutralité bienveillante du thérapeute doit ici être neutralisation de tout ce qui fait excès en trop ou en manque. La bienveillance est sans cesse à ré-instaurer, preuves perceptives à l'appui, preuves de la bonne distance, toujours intensément fluctuante selon le besoin intersubjectif du patient, d'où les grandes difficultés d'accordage.

Car la rythmicité intersubjectale - macro-rythmes des besoins psychobiologiques et de l'attachement-détachement, micro-rythmes de l'attention mutuelle asymétrique dans les premiers

7. CAREL A. L'intersubjectalisation in *La subjectivation*, Dunod, 2006, p 79-89

soins et les premiers jeux d'accordage - cette rythmicité, au fondement de la continuité d'existence et du sentiment de soi, n'a pas eu lieu.

Elle était remplacée par l'alternance chaotique de moments de rapprocher, sources de vécu d'intrusion et d'empiétement et de moments d'éloignement, sources de vécus de laisser tomber et de décontenance.

La méconnaissance en déni massif de la détresse-desaide éprouvée alors par le bébé et simultanément par "le bébé dans le parent" fonctionnait comme accélérateur de la désorganisation, puisque la psyché du parent n'est plus informée, du moins ne peut plus tenir compte des signaux de détresse qui pourtant l'envahissent. L'angoisse ne fait plus signal pour la régulation du soi et de l'intersubjectivité, l'angoisse devient terreur débordante.

Certains bébés et jeunes enfants gardent longtemps une certaine capacité de protestation, d'appel à l'aide, de rage et de recours à l'agir violent vis-à-vis de l'objet premier devenu si précaire. Dans ce cas, on peut considérer que le bébé maintient la capacité d'une certaine violence fondamentale et fondatrice pour la survie et la sauvegarde narcissique : "soi ou l'autre", comme le dit J. Bergeret.

Cependant, à un moment ou à un autre, le bébé ne peut plus faire l'économie d'une autre ligne de défense qui va combiner plusieurs opérations mentales :

- la répression affective jusqu'au gel décrit par Selma Fraiberg,
- la déliaison intersubjectale par les évitements relationnels massifs, sensoriels et tonico-moteurs,
- la déliaison intrapsychique en multiclivage se traduit par un premier effet de démantèlement, de fragmentation de l'enveloppe de consensualité et par un second effet quasi simultané de surinvestissement et de fixation aux formes sensori-motrices, conduisant aux "sensations-objets" de Tustin (via la lumière, le bruit, un geste, une tension musculaire, une hypervigilance, etc...).

Ainsi il semble bien que, peu à peu, le bébé apprend, sous la contrainte, à se délier et à se cliver de plus en plus radicalement des sources de sa vitalité, de son expérience affective et de l'objet-autre-sujet. On en verra les conséquences sur le régime pulsionnel. On va retrouver ces processus défensifs dans le contre-transfert des professionnels et plus généralement dans la vie institutionnelle par effet de projection et de diffraction dans la groupalité.

Cela va se traduire notamment par des effets contre-transférentiels : peur du contact ou, à l'inverse, attractivité passionnelle ou alternance inopinée de vécus de collage et de clivage, ou encore confusion entre soi et l'autre et dans le monde intérieur avec brouillard cognitif associé au sentiment d'urgence. Ce sentiment d'urgence est un signal d'alarme du retour des vécus de catastrophe. Ce sont là des éléments psychiques qui font réminiscence dans le corps et la psyché du soignant, à son insu profond tout d'abord.

Car, ce qui est transmis de l'expérience du sujet enfant autrefois bébé c'est le processus de déni auquel il a été assujéti tout autant que l'expérience douloureuse elle-même.

D'où la difficulté de prendre conscience de tels mouvements contre transférentiels, d'où l'intérêt de la perlaboration groupale pour garder avec l'enfant une fluctuation suffisamment bonne de la distance psychique, on en reparlera à propos de l'investissement des limites et de la contenance.

On comprend que l'analyse des vicissitudes de l'intersubjectalisation dans l'actuel et dans l'histoire amène à reconsidérer la classique identification à l'agresseur invoquée si souvent pour éclairer le recours à l'agir violent. Cette locution est en partie trompeuse. Le terme d'identification, même si on le précise en disant "incorporative" suppose une certaine structuration identitaire du soi ; de même le terme "à l'agresseur" suppose un repérage de l'altérité.

Or, dans l'éprouvé de terreur que j'ai essayé de décrire, ces formes là du psychique sont anéanties au profit de la force quantitative. Je parlerai plus volontiers d'une forme d'empreinte pré-identificatoire pour désigner cette trace de la charge économique excessive.

Serait-ce cette charge que le recours à l'agir violent aurait fonction de décharger en répétition automatique, d'où le côté insensé de cet agir ?

Cela étant, il y a bien dans un temps second, en tout cas logiquement second, même si c'est très peu de temps après, une identification à l'agresseur idéalisé comme modalité de la défense maniaque associant déni, défi, idéalisation. C'est un temps second de reconstruction du lien, connoté alors d'omnipotence inanitaire.

Cependant cette liaison intersubjectale est difficile à mettre en œuvre dans la rencontre thérapeutique car une telle rencontre s'effectue souvent, côté enfant, en court circuit entre soi et l'autre, de manière qu'on peut dire addictive ou séductrice ou maniaque, en tout cas sans le détour qui apprivoise l'altérité.

D'où ces moments qu'on pourrait croire, du point de vue du thérapeute, propices à une rencontre de sujet à sujet alors qu'ils provoquent au contraire, parce que ces moments font court-circuit, le retour hallucinatoire de la terreur expérimentée dans les liens premiers. C'est là un nouveau paradoxe d'une liaison qui, bien que suffisamment bonne selon les critères de l'observateur, peut muter en déliaison traumatique. C'est une expérience où chacun se sent ensuite coupable et honteux du ratage et de l'espoir déçu. Culpabilité et honte primaires suscitées par le mal-être, par le mal à être ensemble, par la désidentification.

On peut faire l'hypothèse que, ce qui fait retour hallucinatoire, dans de tels moments, est une modalité particulière du lien paradoxal premier en collage et clivage, un lien qui fait alterner et cohabiter deux états opposés du lien :

- L'état de confusion soi-autre, à l'opposé de l'illusion primaire de communauté et de communion.
- Un état du lien où l'autre est considéré prématurément comme un non soi radical, non reconnaissable comme semblable, non identifiable à soi, non spécularisable. C'est ainsi

qu'on peut entendre dès la maternité des phrases du type : "je ne reconnais pas ce bébé, ce n'est pas mon enfant, il a une drôle d'odeur, quand le regarde je vois sa grand-mère, etc..."

D'où l'importance, dans le traitement psychique, de l'attention portée au regard, celui de l'enfant ou le sien propre de thérapeute et à ce qu'il véhicule comme affect et comme mise en figuration, en psychodramatisation émergente de l'intersubjectivité.

Ces souffrances dans les liens premiers s'enracinent le plus souvent, on le sait, dans l'histoire générationnelle ou plutôt dans ses après-coups dont la périnatalité est la période féconde. Le travail de nativité articulé au travail de deuil, la reconfiguration réelle et fantasmatique de la groupalité familiale sont autant de motifs à la réactualisation, dans la psyché parentale, de leurs éprouvés infantiles et de leurs liens à la génération antérieure. Je n'en dirai pas plus aujourd'hui sinon pour souligner l'hypothèse de travail suivante : ce qui se transmet d'une génération à l'autre, avec le moins de transformation, de la manière la plus isomorphique, c'est l'événement psychique (la violence, la haine, le laisser tomber, l'empiétement, etc..) et, tout autant, le déni en commun qui négative cet événement, qui le "réduit à l'état de ça"⁸. L'événement, l'expérience de souffrance psychique déniée en soi, projetée, excorporée dans l'autre, déniée en l'autre et par l'autre, cette cascade de dénis et de clivages installe l'expérience, sinon tout à fait hors de soi, du moins sous la forme d'une co-excitation en soi (un "état de ça") du fait des déliaisons successives inter et intrapsychiques.

Dans le dispositif de traitement psychique nous retrouvons la question de la résurgence des co-excitations dans toute une série d'occurrences : absence-présence, gratification-frustration, plaisir-déplaisir, etc....

2. Devenir de la co-excitation

Dans les conditions auxquelles la famille actuelle et générationnelle est exposée, le trajet pulsionnel, à partir du corps-source, à partir de l'objet source manque à s'organiser ou se déconstruit sans cesse. Mais, de plus, une conflictualité primaire envahit la psyché du bébé, une conflictualité trop violente et paradoxale. L'alternance d'empiétement et de laisser tomber et le déni en commun de la souffrance ne permettent pas de construire des solutions de compromis face aux conflits.

Le paradoxe s'installe dans l'inter et dans l'intra psychique : c'est l'impasse. Une manière de formuler cette impasse reviendrait à dire : "il est incestuel de s'attacher, destructif de se détacher, interdit et impossible de figurer le conflit".

Dans la psyché de l'enfant se développe, comme chez le parent, une instance de type suran-timoi cruel, idéal du moi tyrannique qui impose une répression pulsionnelle très intense, d'où "le bébé trop sage" et sa dépression froide quasi mélancolique.

Une répression pulsionnelle ponctuée de manifestations volcaniques d'une pulsion trop long-temps retenue, moments qui vont se multiplier après l'acquisition de la marche. Le recours

8. FREUD S. L'homme Moïse et le monothéisme, Gallimard, 1939, p 193

à l'agir violent peut alors se comprendre comme l'effet de la brutale libération du trop plein pulsionnel, suivie d'un apaisement quantitatif, sans souci quant aux conséquences de l'agir.

D'autres fois on voit s'installer la solution incestuelle entre le parent et l'enfant dès les premiers mois, l'incestuel, c'est-à-dire une emprise co-excitante, non libidinale, anti-mélancolique, désintersubjectalisante. L'incestuel accroît d'autant plus l'excitation de l'enfant qu'il contribue à l'empêchement de l'investissement des limites et du ludique. Ce qu'on appelle l'érotisation des liens est en réalité un fonctionnement incestuel anti-érotique, anti-libidinal et source de déliaison.

D'où la question dans l'institution de soins : comment, très progressivement, donner des indices d'affection, de tendresse et d'estime, comment privilégier pendant un temps la retenue, la discrétion pour permettre à l'enfant de découvrir un autre destin pulsionnel que l'incestuel ?

3. L'investissement des limites par l'enfant a subi lui aussi des distorsions graves du fait qu'au cours du développement, il n'a pas pu rencontrer la continuité et la cohérence dans les quatre grands domaines suivants :

- le respect des rythmes et des espaces biologiques de son corps,
- la contenance psychique,
- le processus d'autorité
- les règles du jeu symbolique,

qui, chacun, contribue habituellement à fonder la valeur, pour la croissance psychique, des limites temporelles, spatiales et morales.

4. Quant aux processus ludiques inter et intrapsychiques, ils sont, soit réduits à la portion congrue ou absents, soit pervers, on l'a évoqué brièvement.

Le plaisir spécifique du jeu symbolique, la jubilation, n'a pas été expérimenté. Cette source là de plaisir intense n'a pas été découverte. L'enfant recherche alors d'avantage la co-excitation, sexualise les liens pour lutter contre l'ennui et le retour de la mélancolie. L'agir violent lui-même en vient à se sexualiser et l'enfant devient alors davantage vulnérable à l'éventuel agir pervers d'autrui

Dans les formes moyennes de violence il s'avère que l'enfant est sensible, même très jeune, à l'action organisatrice et calmante du psychodrame de groupe, du jeu de faire-semblant : il y apprend simultanément l'intersubjectalité, la valeur et le sens des limites ainsi que le plaisir jubilatoire du jeu. Le recours à l'agir violent devient peu à peu moins nécessaire.

On comprend à l'examen, même succinct, des conditions complexes qui président à l'émergence du recours à l'agir violent, à quel point cette solution défensive est difficile à dénouer, à quel travail de Sisyphe l'équipe soignante doit s'atteler, de quelle endurance elle doit faire preuve.

Prise en charge de la violence de l'enfant en crèche et en école maternelle

Régine CALAZEL, Éducatrice de jeunes enfants – Toulouse

Le CAPPE, Collectif d'Action et de Prévention pour la Petite Enfance, est une structure qui accueille 16 jeunes enfants et leurs familles.

Notre équipe est constituée d'hommes et de femmes, 5 éducateurs de jeunes enfants, un psychologue, une cuisinière, un médecin.

Notre travail porte essentiellement sur la prévention des agirs violents chez les jeunes enfants ainsi que sur la défaillance des liens parents-enfants.

Nous observons chez certains jeunes enfants des manifestations d'attaques envers autrui : attaques portées à la tête, au visage, dans des tentatives d'effraction du corps de l'autre, lancés d'objets durs, griffures des joues, agrippements aux cheveux, morsures, coups portés dans le dos, coups de pied, cris stridents ou bien lorsque l'enfant se jette sur une surface dure.

Ce qui nous semble constitutif de la violence, c'est toujours la rapidité de l'action, cette fulgurance qui s'exprime sans pensée, ni délai, dans la négation de l'autre, de soi.

L'enfant violent dans l'après-coup adressant un regard à l'adulte comme s'il ne s'était rien passé, ne comprenant pas ce qui vient de se dérouler comme à son insu, accroché au regard de l'autre dans l'impossible de dire. Un mouvement dépressif peut suivre cet événement comme si l'enfant était lâché, abandonné, errant.

Ces mouvements prédateurs de l'enfant violent nous posent la question d'un éventuel périmètre de sécurité qui aurait été franchi pour l'enfant agresseur, déclenchant chez lui des tentatives d'intrusion, de destruction, de fusion, de raptage, d'arrachage d'objets réels ou imaginaires, comme si quelque chose ne s'éprouvait pas de la limite, de la douleur, de la profondeur de son propre corps et du corps de l'autre, signant ainsi la non-différenciation. On pourrait dire que l'enfant tenterait de voler à celui qui le possède dans l'immédiateté de l'avoir en soi ce qu'il ne sait pas encore qu'il est.

Les familles qui s'adressent à nous dans une situation de détresse posent une demande inscrite dans l'urgence d'un besoin de soutien.

Paradoxalement, notre travail va consister à poser du délai et de l'échéance afin de dénouer le caractère parfois dramatique que revêtent certaines situations.

Il serait erroné de penser qu'à ce caractère urgent que revêt la demande, il faille tenter d'y apporter une réponse inscrite dans la projection d'un dénouement immédiat.

La prise en charge des agirs violents nécessite, selon nous, de considérer sérieusement les questions relatives à l'espace qui abrite les corps et la pensée, et celles du temps qui doit pouvoir être étiré à la mesure de l'humain.

Tout le travail consiste alors à envisager avec la famille la mise en place d'un lien relationnel inscrit dans une permanence qui vient rompre avec un quotidien inscrit dans la rupture, l'absence de perspectives, le chaos, la désaffiliation, la disqualification sociale.

Notre expérience au CAPPE. nous permet, à l'heure actuelle, d'avancer que différents dispositifs que nous avons mis en place font baisser de façon significative le niveau des violences, qu'il s'agisse de celles des enfants, de leurs parents, de l'équipe. Ces dispositifs sont de différents ordres : une contractualisation de l'accueil qui, dès l'inscription, s'organise dans une instance séparatrice, concernant les fonctions inhérentes à la parentalité, c'est-à-dire l'éducation de l'enfant, la santé de l'enfant, l'argent en tant que moyen de subvenir aux besoins de l'enfant.

Dans l'équipe, trois personnes sont garantes de chacune de ces instances et sont les uniques interlocuteurs pour chacune d'elles avec les parents.

Cette séparation des fonctions permet de ne pas cristalliser les transferts sur une seule personne, tout en permettant aux parents de maintenir au moins un niveau de bonne compétence dans un ou plusieurs, voire tous, différents niveaux de responsabilité. Par exemple, tel parent peut s'éprouver compétent dans la prise en charge de la santé de son enfant et avoir davantage de difficultés concernant l'argent dont on s'acquitte. Il trouvera dans cette instance séparatrice la possibilité de s'éprouver dans une ambivalence au bon sens du terme qui ne se refermera pas comme un piège du "tout ou rien" mais qui donnera la possibilité d'éprouver que là où surgit une difficulté, elle ne réduit pas tout à néant dans la relation.

Etant confrontés à des parents parfois très réactifs, pouvant généraliser à l'ensemble de l'équipe un rapport conflictuel, nous faisons fréquemment l'expérience que ce dispositif agit comme un désamorçage qui permet au parent de trouver une alternative à la rupture lui permettant par ailleurs un niveau moindre de culpabilité et d'inquiétude concernant l'accueil de son enfant.

Des entretiens individuels et réguliers avec l'ensemble des familles viennent soutenir cette instance. Ils permettent de travailler autour de la temporalité, de la mise en latence de ce qui paraît être une montagne. Face à un événement, une situation, un empêchement dans la fonction parentale, ce dispositif permet de décondenser des événements traumatiques en essayant de reconsidérer avec les parents ce qui est vécu ici et maintenant au regard de leur propre histoire.

Des groupes de parole avec les parents relativement récents dans notre pratique ne constituent, à l'heure actuelle, un matériau suffisant pour nous permettre d'affirmer qu'ils font baisser le niveau des violences. Cependant nous observons qu'ils sont générateurs de liens, d'empathie et que les parents qui en bénéficient semblent moins sujets à vouloir être en place de leur enfant à la crèche et dans une meilleure capacité de contenance avec eux.

Concernant l'équipe où chacun occupe la place pour laquelle il est le plus compétent, des dispositifs s'organisent en binôme pour ce qui concerne les différents niveaux de responsabilité. Ils ont une dimension collective concernant la mise en pensée du travail, que ce soit dans différents temps de réunion ou dans le travail de supervision. Cette mise en pensée trouve sa traduction dans une activité d'écriture. Ces différents dispositifs permettent un meilleur investissement, une diminution de l'anxiété et de la culpabilité.

Concernant l'expression de la violence, ils permettent en créant du délai qu'elle perde peu à peu son caractère inéluctable et paralysant et favorisent la possibilité de ne y répondre de façon symétrique. Ces dispositifs sont autant de paliers de décompression. Nous constatons que, pour que le niveau de violence baisse pour un enfant ou ses parents, il va être nécessaire que des accroches positives aient lieu. Pour les favoriser, les différents dispositifs vont permettre de construire les vecteurs des liens qui prennent appui sur un cadre posé, nettement défini.

Ce cadre a une certaine élasticité qui prend en compte l'évolution des situations familiales, il a aussi des angles qui, eux, s'en tiennent à faire tenir l'ensemble. C'est à l'intérieur de ce cadre que va pouvoir s'organiser et être favorisée la fluidité des échanges émotionnels précurseurs à la mise en place, la réparation ou la consolidation des liens.

Cela suppose que l'enfant autant que son parent puissent être accueillis dans leur être par une des personnes de l'équipe et que cette personne puisse elle-même être accueillie et soutenue dans l'aventure de cette rencontre par les autres membres de l'équipe, voire des tiers extérieurs à elle.

Les parents d'Alexandre, 2 ans et demi, ont fui la violence d'un pays d'Afrique en guerre. Ils ont erré dans une demande d'asile, de centres d'accueil d'urgence en hôtels. L'aîné des enfants, 4 ans, présente un mutisme, des signes de violence, des troubles du comportement. Alexandre, accueilli jusque-là quelques heures en halte-garderie, présente lui aussi des comportements très agressifs.

La mère que nous avons rencontrée dans une première instance décrit une ambiance familiale survoltée, une incapacité à venir à bout de ses enfants, une très grande lassitude associée à une forte culpabilité, un père peu présent à ses côtés. C'est dans cette situation de marasme social et familial, que nous rencontrons, pour la première fois, un collègue et moi-même, Alexandre et son frère accompagnés de leur mère. Les 2 enfants sont mutiques, inquiets, fébriles. Nous leur expliquons la raison de leur présence dans ce lieu et la façon dont les choses vont se dérouler pendant la demi-heure qui vient : je vais discuter avec leur mère pendant que mon collègue va leur proposer des jeux. Le simple fait, pour moi, de prendre place à côté de leur mère déclenche une série d'attaques en cascade. Alexandre donne des coups très forts et répétés sur le corps de sa mère qui n'oppose aucune résistance, son frère se jette contre les murs, la porte ; les 2 enfants s'attaquent mutuellement et, ce, en l'espace de quelques minutes.

Mon collègue et moi nous nous saisissons à bras le corps des 2 enfants dans une attitude immédiate contenante, associée à un propos ferme et non ambigu, qui énonce l'interdit de se faire mal ou de faire mal à l'autre. La question de l'accueil de cet enfant va, dans un premier temps, générer du conflit et de l'inquiétude dans l'équipe.

Va-t-il anéantir l'harmonie que nous avons patiemment réussie à construire avec le groupe des autres enfants ? Va-t'il faire régresser ceux d'entre eux qui ont abandonné leur propre comportement violent ?

Devant rejoindre un groupe dont un des enfants, nouveau lui aussi, est en très mauvais état, l'éducateur responsable de ce groupe s'inquiète quant à cette surcharge de travail, lui-même étant déjà engagé d'une part avec les parents des enfants du groupe et d'autre part dans des dispositifs essentiels au bon fonctionnement de la crèche et très mobilisants.

Nous l'assurons de notre soutien et de notre confiance, dans ses compétences personnelles et professionnelles. Arrivant à nous mettre tous d'accord, nous définissons un cadre et un contrat pour l'accueil de cet enfant et de sa famille comprenant une période d'observation nous permettant de nous engager plus avant ou non dans cet accueil.

Alexandre a bénéficié dès son arrivée à la crèche de l'ambiance sereine d'un groupe d'enfants accueillants, créatifs et joyeux, ayant déjà établi des liens de confiance avec le lieu et les personnes du lieu. Il fera, dès le premier jour, l'expérience de la présence fiable d'un professionnel référent qui l'introduira dans le groupe.

Cet éducateur travaillera avec Alexandre sur différents niveaux : nommant clairement les interdits préalables à la relation avec les autres, signifiant à Alexandre ce qui, dans ses gestes brusques, relèvent de la maladresse ou de l'intention. Comprenant d'emblée l'insupportable et le trouble liés à tout contact corporel avec autrui pour cet enfant, nous préserverons une distance de confort pour lui. A cette absence de contacts corporels sera substituée une contenance du regard et de la parole. En de rares occasions, Alexandre se laissera débordé par des mouvements de violence, dans ces moments-là il sera toujours porté et tenu fermement, expérimentant une limite de sa propre enveloppe corporelle, n'étant rendu à sa liberté de mouvements qu'après relâchement de toutes tensions. Refusant de s'alimenter trois semaines durant, ce sont l'observation du moindre signe, une douce patience, un encouragement respectueux et léger qui viendront à bout de tant d'inquiétude. Au cours de cette période, Alexandre trouvera chez les enfants du groupe une grande compassion, rencontrant au cours de ses déambulations des compagnons proposant une route à l'errance, lui offrant des appuis, des supports de jeux, de regard, de communication joyeuse. Evitant eux aussi une trop grande proximité corporelle, ils se relayeront tels des sentinelles à ses côtés quand Alexandre, par-delà la baie vitrée, attend le retour de sa mère. Devant tant de calme habité, Alexandre abaissera progressivement sa garde, acceptant de placer furtivement sa main dans celle de l'autre, il y a tant de façons de dire merci.

Accueillir un enfant débordé par de telles attaques suppose qu'il puisse, dès son arrivée, être accueilli et soutenu par des professionnels disponibles et détendus mais également par un groupe d'enfants confiants, ayant résolu un certain nombre de difficultés.

Ces enfants se proposent alors comme des pairs attractifs, des modèles d'identification valables et valorisés. Ils sont une perspective de recours et de soutien autres que ceux proposés par les adultes. Pour un enfant comme Alexandre, ils représentent d'emblée une perspective possible d'un avenir paisible, rassurant et accessible.

Ces enfants sont, pour nous, des interlocuteurs valables, auxquels nous adressons notre satisfaction devant chacun de leurs progrès, chacune de leurs avancées. Ils sont reconnus dans leur intelligence et leur courage, dans un appel à leur humanité en devenir et dans la persévérance de leur être.

Nous travaillons avec les enfants sur une dépendance moindre, à s'en déprendre là où elle n'est pas nécessaire. Travailler à les rendre actifs, faire de telle sorte qu'ils puissent agir sur les situations, les objets en fonction de leur maturité affective et corporelle en favorisant des expériences dans un cadre de sécurité.

Dans ce quotidien avec les enfants, le temps et l'espace se structurent et font enveloppe à des objets porteurs de sens, ce qui renvoie l'enfant à son espace corporel, aux limites de cet espace, à son intériorité.

En structurant un espace extérieur à l'enfant et dans lequel il est plongé, cela lui permet d'organiser son espace interne tout en organisant son activité et sa relation à l'autre.

L'enfant est là dans du vivant en perpétuel mouvement et dans de l'activité symbolique permanente.

Notre expérience, la rapidité de nos réponses, notre capacité de réflexion et d'action en commun, notre soutien sans faille à l'égard d'Alexandre et de ses parents nous permettront d'être les témoins d'un événement toujours très émouvant quand il se produit : l'agressivité d'Alexandre semble au fil des jours fondre comme neige au soleil.

Au cours d'une période assez courte, les parents d'Alexandre attaqueront le cadre du côté des horaires (oubliant de venir chercher leur enfant) et du côté du paiement en refusant de fournir les documents nécessaires pour l'établir.

Dans cette période, le père fera une crise de violence au centre d'hébergement menaçant de mort l'assistante sociale chargée du suivi de la famille.

Le père devant la fermeté de notre collègue en charge de cette instance menacera de retirer Alexandre de la crèche. Il lui sera signifié que tel est son droit mais que s'il ne s'en tient pas au cadre de l'accord qu'il a engagé avec nous, c'est nous qui mettrons un terme à l'accueil de la famille. Il reviendra le lendemain à l'heure et avec les documents requis.

Nous faisons ici l'hypothèse que les parents d'Alexandre font chez nous l'expérience d'un groupe qui tient. Par ailleurs, ils font l'expérience, avec les personnes en charge de la santé et de l'éducation, de l'évolution positive de leur enfant à laquelle nous les avons associés.

Cette évolution a eu des répercussions significatives sur l'ambiance à la maison, ce qui nous semble être un facteur d'importance qui permet à ces parents d'éprouver positivement leur capacité à contenir physiquement et psychiquement leur enfant.

Si l'expérience nous a prouvé quelque chose, c'est qu'il est fondamental que l'enfant et ses parents progressent dans un même mouvement. Pour ce faire, notre attention doit porter sur l'ensemble de la famille. Rien ne serait pire que de créer chez les enfants des conflits de loyauté envers leurs parents, rien ne serait pire que ces derniers se sentent invalidés dans leur mission d'éducation.

Prise en charge de la violence de l'enfant en crèche et en école maternelle

Isabelle MONMAYRANT, Professeur des écoles

L'accueil des enfants de 2 ans à l'école maternelle soulève de **réelles interrogations**.

Mais en ZEP, on ne demande pas aux enseignants de répondre à la question "Faut-il ou non, accueillir des élèves si jeunes à l'école ?". Nous devons le faire. Ce qui ne nous empêche pas d'avoir un avis et de le faire savoir.

Comme n'avons pas le choix de les accueillir ou non, nous avons essayé d'organiser un accueil, qui soit le plus adapté possible à des enfants de cet âge.

Petit historique : il y a 10 ans travailler dans cette école était impossible : avec de nombreuses situations violentes, entre enfants, entre parents et professionnels de l'école et même entre professionnels.

Exemple : Pendant la récréation, un enfant court et tombe. Un autre qui passe, le regarde et lui donne un grand coup de pied dans la tête.

L'arrivée sur l'école, d'une éducatrice de jeunes enfants et d'un Centre Loisirs Associé Ecole (CLAE), le changement de directrice et la participation de certaines enseignantes à un groupe de réflexion sur la violence du jeune enfant ont permis de repenser et de modifier le fonctionnement de cette école. Cette réflexion a entraîné de nombreuses modifications.

Exemple : Au niveau de la récréation : apport de véhicules roulants (demande de subventions), réfection de la cour (travail avec les services d'architecture de la mairie), mise en place de récréations échelonnées (tous les enseignants sont donc de service).

Il y a 7 ans, cette réflexion a abouti, à l'élaboration et la mise en place d'un projet spécifique d'accueil pour les élèves de 2 ans et la création d'une classe de Toute Petite Section (TPS). Ce projet est évalué et modifié chaque année. Actuellement, cette classe accueille 20 élèves nés en 2003. 3 adultes y interviennent :

- l'enseignante et l'ATSEM toute la journée (c'est la seule ATSEM à avoir des horaires coupés)
- l'éducatrice les mardis et vendredis matin.

Ce qui nous permet, dans cette classe de 2 ans, d'accueillir la violence et de la réduire tient à un fonctionnement particulier à cette école mais aussi à de nombreux petits détails qu'il serait trop long d'énumérer ici.

J'ai donc choisi de développer deux axes en particulier :

- l'accueil des enfants et de leurs parents
- l'ambiance de classe.

L'accueil des enfants et de leurs parents

Avec l'aide de l'éducatrice, toute l'équipe a réfléchi à l'amélioration de l'entrée d'un enfant et de ses parents à l'école avec pour chaque enfant, quelque soit son âge :

- **un temps d'inscription avec la directrice**

Pour les 2 ans : ce moment est l'occasion de présenter le projet d'accueil spécifique de cette classe.

- **une visite de l'école avec l'éducatrice** pour présenter les locaux, le fonctionnement de l'école et être à l'écoute des inquiétudes et questionnements des parents.

A cette occasion, ils sont présentés à la directrice du CLAE et à la responsable de la cantine. *Aucun enfant ne rentre à l'école sans l'avoir visitée. Même en cas d'urgence, une visite est organisée, la veille au soir ou le matin même avant d'entrer en classe. Il faut parfois insister auprès de parents qui pensent par exemple que l'enfant connaît déjà l'école pour y avoir accompagné les aînés. Mais il nous paraît important même dans ce cas qu'il ait sa propre visite de l'école. De la même manière chaque enfant visite le dortoir avec ses parents et l'éducatrice, le matin de la première sieste. Cela permet à l'éducatrice de se renseigner sur les rituels de chaque enfant pour aller à la sieste et de lui faire choisir son lit.*

- **une réunion de rentrée**, courant septembre pour présenter les projets de l'école et de la classe. En rappelant dans cette école que la classe des 2 ans n'a pas pour objectif d'aller vers une scolarisation à temps plein en fin d'année

Je vais détailler trois spécificités de cette classe qui demande une réelle collaboration avec les parents : la rentrée échelonnée, l'accueil à mi-temps et l'adaptation.

La rentrée échelonnée par groupe de 3, sur au moins 15 jours, ne pose pas de grands problèmes. La plupart des parents acceptent sans difficulté que la rentrée de leur enfant soit décalée. Elle permet à l'enseignante d'accueillir plus individuellement chaque famille et aux parents, par exemple, de faire la rentrée des aînés et d'être disponible pour celle de l'enfant de 2 ans.

La période d'adaptation dépend de chaque enfant. Au cours de l'inscription et de la visite on note les **inquiétudes des parents**, on demande si l'enfant est allé à la crèche, s'il l'ont déjà laissé dans la famille par exemple. Cela nous permet d'insister plus ou moins sur l'importance d'une adaptation progressive avant que l'enfant reste la matinée entière. Tant que cela semble nécessaire, pour l'enfant ou pour les parents, une aide à la séparation est proposée. Elle peut prendre de **multiples formes** : permettre aux parents de rester en classe après 9h, venir chercher leur enfant au bout d'une demi-heure puis augmenter petit à petit le temps de présence. Cette année nous sommes allés plus loin dans ce dispositif pour deux enfants qui n'avaient jamais été séparés de leur mère. Ils sont venus plusieurs fois jouer en classe avec leurs parents jusqu'au moment où ils ont été suffisamment en confiance pour rester. Les modalités sont adaptées à chaque cas et discutées avec les familles. Ce n'est pas toujours évident. Il faut parfois insister auprès de parents qui semblent vouloir se débarrasser de leurs enfants. Et c'est souvent parce que c'est trop dur pour eux et non par rejet.

Pour l'accueil à mi-temps : Les familles savent qu'elles ont le **droit** de les mettre à temps plein dès le premier jour d'école mais on insiste sur l'importance de permettre à chaque enfant de **s'adapter progressivement**.

Etant donné qu'ils vont passer des années à l'école, il vaut mieux que cette première scolarisation se passe bien... Ceci étant dit, ce n'est pas simple pour les parents de trouver une solution de garde pour l'après-midi. On prend donc le temps avec chaque famille, en fonction de leur situation, de trouver la meilleure solution possible.

Dans un premier temps, certaines familles n'en voient aucune. Mais cette année, par exemple, toutes ont fini par trouver comment faire : en faisant appel à une tante ou à une voisine, en demandant à la nounou de continuer à le garder l'après-midi pendant quelques mois, en prévoyant de faire venir la grand-mère d'Algérie à cette période ou en retardant la reprise d'un emploi.

Deux élèves seulement sont revenus l'après-midi en décembre et avec dans les 2 cas des adaptations (jusqu'à 15h30 pour l'un et pas le vendredi pour l'autre).

Lorsqu'un parent souhaite faire venir son **enfant à plein temps, il prend rendez-vous** avec l'enseignante et l'EJE. C'est **obligatoire**, dans cette école. Un enfant de TPS ne peut pas s'inscrire à la **cantine** sans que les parents en aient d'abord parlé à l'enseignante. Même chose pour le **CLAE**.

Mais les parents savent que ce n'est pas pour faire obstacle, qu'ils ont le droit de le mettre à temps plein. Et que c'est l'occasion de confronter nos points de vue sur l'accueil de leur enfant à l'école et de préparer ensemble un passage progressif à temps plein qui lui soit adapté.

C'est également un moment privilégié d'échange avec les familles et certaines fois, on est étonné de l'écart qu'il y a entre ce que montre un enfant à l'école et ce qu'il fait dans sa famille.

Ce projet d'accueil nécessite donc une **collaboration avec les parents**. Pour cela il faut pouvoir les rencontrer, leur accorder du **temps et de l'attention**. Au minimum chaque famille aura eu un temps de rencontre « individualisé » avec un membre de l'équipe (directrice puis éducatrice) d'une heure avant la rentrée. Mais aussi d'au moins une heure supplémentaire avec l'enseignante et l'éducatrice pour faire un point sur leur enfant en février mais aussi en juin, sans compter évidemment les échanges journaliers au début et à la fin de la classe.

C'est important de montrer aux parents qu'on mesure les efforts qu'ils ont fait pour trouver des solutions, qu'on a besoin de leur aide pour que leur enfant se sente bien à l'école. Et que ce n'est qu'en réfléchissant ensemble qu'on pourra trouver ce qui conviendra le mieux à leur enfant.

L'ambiance de classe

Afin de réduire la violence, avec l'ATSEM, nous sommes attentives en permanence à l'ambiance de la classe qui doit être paisible. **Paisible mais pas docile**. "Ce doit être une ruche qui bourdonne" dit Régine. J'encourage les bruits qui sont liés à de la **création ou à de l'expérimentation** mais pas ceux qui sont liés à de l'excitation. C'est difficile de le définir. Un enfant qui tape sa pâte à modeler sur une table très fort pour l'aplatir ou pour voir le bruit que ça produit, fait à priori autant de bruit qu'un autre qui est en train de s'énerver. Mais l'intention est différente et ma réaction le sera aussi. Dans un cas je vais laisser faire et même l'encourager et dans l'autre je vais intervenir.

De différentes manières : en essayant de l'intéresser à ce que les autres sont en train d'expérimenter avec la pâte à modeler, en lui proposant de changer d'activité, d'aller prendre la boîte à colère, d'aller au calme avec son doudou dans la cabane, ou de venir avec moi. Cela me permet de **prévenir la violence** avant qu'elle n'émerge par des coups ou des chutes. Lorsqu'un enfant est en train de taper avec la vache sur la ferme et sur les murs, et que j'ai l'impression qu'il ne va pas tarder à frapper celui qui joue à côté, j'interviens. Je demande à l'enfant : "Qu'est ce qu'elle a cette vache aujourd'hui ?". "On dirait qu'elle est en colère". "Qu'est ce qu'on peut faire ?" Souvent ça suffit. Je repars mais je reste attentive à ce qui se passe à la ferme et j'interviens à nouveau si je le pense nécessaire.

C'est à partir de l'observation de l'**ambiance** que je fais **évoluer** le fonctionnement de la classe et les activités que je propose. J'essaie de voir, si elle est tendue quels sont les moments qui semblent les plus difficiles et comment je peux faire pour les modifier.

J'ai par exemple, en cours d'année, supprimer l'atelier de déplacement avec les trotteurs les jours du parcours de grande motricité. Parcequ'au moment de revenir en classe, les enfants me semblaient fatigués : certains tombaient, ne supportaient plus les autres et je leur ai donc proposé des ateliers plus calmes : découverte d'instruments de musique, marionnettes, transvasements. L'ambiance de la classe s'est immédiatement apaisée.

Certaines modifications se font au jour le jour. J'adapte ce que je propose à l'état du groupe. Si en rentrant de récréation, plusieurs élèves sont très excités ou fatigués, je vais remplacer la séance de motricité par de la relaxation.

Dans la même idée, lorsque l'éducatrice est présente, elle va prendre avec elle les élèves qui en ont besoin. **On va donc constituer le groupe sur le moment même** avec, par exemple les élèves qui ne supportent plus le grand groupe mais aussi une petite fille qui a énormément investi la relation avec elle.

Régulièrement il doit nous arriver de nous tromper, de mal interpréter ce qui se passe. Mais lorsque ça arrive et que nous proposons une solution qui n'est vraiment pas adaptée à un enfant qui nous semble agité, il la refuse même si on insiste.

Je vais prendre un exemple. Les enfants qui sont surexcités et qui me semblent avoir besoin de se reposer, commencent le plus souvent par refuser d'aller dans la cabane avec leur doudou. Mais si je reste avec eux, un petit moment, pour les aider à se calmer (avec l'étoile musicale de la classe ou en leur faisant une caresse sur le front), très vite ils s'apaisent. Et je les laisse en leur disant qu'ils peuvent revenir jouer dès qu'ils le veulent. Ils restent au calme un moment puis reviennent avec nous. Lorsqu'ils n'arrivent pas du tout à se poser je me dis que je me suis trompée, qu'ils ne doivent pas être fatigués et j'essaie autre chose.

Le fait qu'il y ait deux adultes attentives à ce qui se passe et en capacité d'intervenir, le fait également qu'on réfléchisse à ce qui va être, aujourd'hui, le plus adapté à l'état du groupe, plutôt que de maintenir coûte que coûte les activités que nous avons prévues et passer notre temps à les reprendre, « à les gronder », la présence de l'éducatrice qui permet de proposer des activités plus souples et en petits groupes, le fait qu'ils n'aient été que 14 jusqu'en novembre et la concertation avec les parents a permis à la classe de se constituer dans de bonnes conditions, sans actes violents. J'en étais même arrivée à croire que j'avais de la chance et que cette année il n'y avait aucun enfant "violent" dans cette classe.

Mais il a suffi d'une modification du cadre - que l'ATSEM soit absente quelques jours, même remplacée - pour que certains enfants explosent : se mettent à taper, griffer, à hurler ou à se jeter violemment par terre...

Je me suis retrouvée sans pouvoir passer le relais, sans avoir le temps d'expliquer tous les petits détails qui font que la classe fonctionne. Et il m'aurait été impossible de continuer longtemps ainsi.

Accueillir la violence suppose des adultes qui se connaissent, qui ont l'habitude de fonctionner et de réfléchir ensemble. Quelque soit le dispositif, il me semble fragile. Le moindre changement dans le cadre mis en place peut tout remettre en cause et faire apparaître de la violence chez certains enfants. Mais cela suppose aussi d'avoir des lieux pour y réfléchir.

J'ai eu la chance de pouvoir le faire depuis quelques années avec un petit groupe d'enseignantes, une psychologue et une psychiatre au sein d'un groupe de réflexion sur la violence du jeune enfant. Cela m'a permis chaque fois que j'étais confrontée à des actes violents de ne pas me laisser submerger, de continuer à penser et à chercher des solutions. Cela m'a permis de ne pas considérer la violence comme une caractéristique de tel ou tel enfant ou parent sur laquelle je n'avais que peu d'influence mais comme une donnée à laquelle je pouvais réfléchir. Et que je pouvais faire évoluer, que je pouvais modifier par des dispositifs que je pouvais mettre en place dans l'école et dans la classe.

Prise en charge de la violence de l'enfant en crèche et en école maternelle

Marie-Blanche LACROIX, Psychiatre, psychanalyste - Toulouse

Comment prendre en charge la violence à la crèche et à l'école maternelle ? Peut-être de mille et une façons. En effet, chaque crèche et chaque école maternelle, comme chaque famille, est conduite à créer sa propre attitude d'autorité, de fermeté, pour endiguer et transformer la vigueur souvent débordante des enfants qui grandissent. Car l'éducation est un se-faisant, un processus qui se déroule de façon indéfiniment diverse.

Que se passe-t-il avant l'entrée de l'enfant à la crèche ou à l'école maternelle, dès la naissance ? Je rappelle la massivité de cet événement et des premiers temps de la vie. Les émotions sont énormes pour tout le monde, nouveau-né et entourage. Chacun y résonne, chacun est débordé.

Quelles sont ces émotions?

- des **angoisses** fondamentales de pertes des limites (la perte du contour utérin), de chute dans le vide, de liquéfaction,
- des angoisses devant l'inconnu, le mystère de cette nouvelle vie,
- des angoisses devant la fragilité du nouveau-né, la peur d'être incompetent pour les parents etc... des angoisses, mais aussi des **espoirs** démesurés pour l'avenir de cet enfant, un investissement narcissique très fort et très porteur pour l'enfant,
- et encore, un **lien passionnel** qui s'instaure, la survenue d'une période de symbiose normale, un tissu familial qui s'agrandit, qui s'enrichit, et l'ouverture sur un nouveau monde qui se dessine.

Et puis, quand tout va bien, se produit chez l'enfant l'instauration rapide d'un premier sentiment de soi, d'une première enveloppe corporo-psychique, grâce à ce que G.Haag appelle les "boucles de retour"¹. Elle dit que le nouveau-né lance une manifestation : un cri, un geste, une mimique, un projet. L'adulte reçoit cette manifestation, il la ressent et il l'interprète dans la "mêmeté", dans l'identification fusionnelle : par ex. "tu es tout rouge, j'ai l'impression que tu as mal ou que tu es en colère ; je vais te prendre". A cet âge là, pour l'enfant, la compréhension et l'amour coïncident. Il y a un élément de bonheur vital à être reçu et compris. Mais la réponse de l'adulte est évidemment toujours un peu différente de l'expression de l'enfant. L'adulte dispose d'un recul, d'une épaisseur d'expérience, d'une palette d'émotions diversifiée, il parle, il agit. Et l'enfant ressent ce décalage, il en éprouve un petit vertige qui provoque chez lui une petite ressaisie tonique et motrice.

1. HAAG G. Le moi corporel entre dépression primaire et dépression mélancolique, in « le spectre de la dépression », Revue Française de Psychanalyse, 2004

Si ces relations en boucle sont ressenties assez souvent, ce sont ces deux expériences (mini-bonheur commun de la rencontre et mini-ressaisie tonico-motrice dans la différence, le vertige) qui fondent peu à peu le premier sentiment de soi, le sentiment d'un premier contour définissant une première volonté, une première identité, une première "peau psychique" qui s'instaure au cours des deux premiers mois de la vie, c'est-à-dire précocément.

Ensuite, dans les échanges corporels et psychiques liés à la tenue, au holding, à la qualité d'attention, va apparaître, dans une négociation de tous les instants, la **deuxième enveloppe**, celle qui définit notre contour par rapport aux autres.

Comment chaque famille, chaque entourage, vont-ils, en fonction de leur relation à cet enfant, de leur forme psychique et physique, de leur culture, de leurs références éducatives, faire face à l'essor à la fois prodigieux et exténuant de leur enfant ?

Car l'enfant change tout le temps. Les retournements, les mouvements brusques en arrière, les gestes brusques et imprévisibles (balayages, agrippements, jets), les montées intrépides et répétées à l'interdit (la prise électrique, la plante verte, la tasse fragile, la télécommande de la TV...), toutes ces initiatives enthousiasmantes et périlleuses peuvent survenir à partir de 4-6 mois. L'adulte est donc amené dès cet âge à limiter parfois l'ardeur motrice de l'enfant. Dans le même mouvement, l'adulte s'identifie à cette ardeur, à cet enthousiasme. Il soutient le mouvement vers l'activité, vers l'expérimentation et le progrès. L'enfant ressent ces deux mouvements. Il est stoppé par le geste, par le "non!" fort, par le retrait de l'objet qui le tente et il éprouve là aussi une ressaisie motrice et tonique **obligée** qui le blesse, qui l'humilie. La limite entre son vouloir à lui et celui des autres s'expérimente et se précise au fil du temps.

Dans un premier temps, l'arbitraire et les malentendus sont la règle, parce que le petit enfant ne connaît pas notre monde, il ne le perçoit pas comme nous. Les parents en ont l'intuition. Ils accompagnent à leur façon les découvertes de leur enfant, l'apprentissage de la profondeur, l'apprentissage des tris qu'il faut effectuer pour se civiliser, et ils proposent des solutions vers des voies autorisées, symbolisées.

Par exemple, "Tu peux boire l'eau de la timbale, mais tu ne peux pas boire l'eau du bain ou de la flaque. Par contre, tu peux remplir les bouches des boîtes ou des flacons que je mets dans ton bain pour jouer et leur donner à boire, et tu peux transvaser". Ou bien, "Tu ne peux pas me tirer les cheveux parce que ça me fait mal (et même si tes cheveux à toi sont si petits que tu ne sais pas encore que ça fait mal). Mais je peux te confier cette ficelle ou ce lacet qui sont aussi intéressants qu'un cheveu, si ce sont les liens que tu explores en ce moment". Ou encore "Même si tu m'en veux beaucoup d'avoir refusé ou interrompu telle initiative qui te tenait à cœur, tu ne dois pas me taper. Tu peux me faire savoir que tu es mécontent d'une autre façon et nous pourrions peut-être jouer à la bagarre tout à l'heure". Ou plus tard, "Même si ta colère est énorme, tu ne dois pas m'insulter. Tu peux penser ce que tu veux de moi dans ta tête, mais tu le dis autrement" etc...

Je souhaite souligner l'importance du **va et vient** qui survient entre les moments d'excitation, de débordement, de conflit, et donc de **limite imposée et claire** et d'autres moments de jeu, de plaisir partagé, d'entente et de tranquillité pendant lesquels **les limites entre les uns et les autres peuvent être flottantes, imprécises**. Ce va et vient est comme une sorte de expiration qu'il est nécessaire d'expérimenter fréquemment pendant des années pour s'en approprier personnellement les capacités de modulation et de fluctuation dans la souplesse.

Les assauts répétés de l'enfant qui va bien vers l'activité, la maîtrise, la décision personnelle, la confrontation, l'autonomie, tous ces mouvements s'observent au cours de la croissance d'une future personne " bien dans sa peau". C'est ainsi que l'enfant devient apte dans les temps à imaginer, à réfléchir, à décider, à moduler sa tonico-motricité à son service personnel, à s'identifier à l'autre, à se soucier de lui-même et de l'autre, à être sensible aux mouvements groupaux sans en être l'esclave. Ce processus n'est possible que grâce à la **fermeté joueuse** d'adultes présents, disponibles, en bonne forme et courageux. Dans la perspective de la violence, ce sont là les enjeux des cinq ou six premières années de la vie.

Pour réfléchir à la façon dont la crèche et l'école maternelle peuvent, en appoint des familles, favoriser la prise en charge de la violence, il m'a paru souhaitable que des personnes qui sont aux premières lignes fassent part, ne serait-ce que brièvement, de leur expérience.

Régine Calazel, éducatrice de jeunes enfants, présentera le travail d'une crèche qui reçoit à partir d'un an des enfants dont la souffrance, le "hors de soi", sont déjà évidents.

C'est dire que le processus que je viens de décrire n'a pas pu avoir lieu. Les familles de ces enfants ne vont pas bien non plus.

Isabelle Monmayrant, professeur des écoles, va nous décrire la réflexion et les aménagements effectués par une école maternelle située dans une ZEP. Des modifications ont porté depuis longtemps sur l'ensemble de l'école et des efforts actuels se centrent sur l'accueil des deux ans.

En effet, les enfants de deux ans qui n'ont pas été en crèche auparavant peuvent manifester clairement quand ils accompagnent leurs aînés qu'ils souhaitent aller à l'école. Ils désirent imiter les grands, être actifs comme eux ; parfois aussi ils perçoivent et imaginent une ambiance plus vivante et plus gaie à l'école qu'à la maison. Mais rien ne leur permet pour autant d'anticiper qu'ils vont se trouver "tout seuls" dans ce nouveau groupe, coupés et privés de cette partie d'eux-mêmes qu'est encore souvent leur entourage familial, cet entourage qui constitue leur territoire familial, leur sécurité de base.

On ne peut donc que s'interroger avec inquiétude sur les effets de la mise rapide en grande collectivité, et pendant des temps parfois très longs, de très jeunes enfants. Peuvent-ils vraiment se construire alors même que la confrontation et le soutien apportés par la relation à l'adulte font trop souvent défaut ? Plongés dans le contexte d'un grand groupe d'enfants du même âge, risquent-ils de développer une sorte de conformisme de surface, de pseudo-docilité qui ne les protégerait pas contre l'émergence possible de mouvements de rage, de mouvements d'explosion incontrôlés?

Les expériences relatées par Régine Calazel et Isabelle Monmayrant (et bien d'autres formes d'expériences convaincantes) nous montrent qu'un jeune enfant qui apparaît débordable, en risque de hors de soi et de violence, peut, au prix d'efforts réels, se rassembler, s'apaiser, devenir plus auteur et acteur de sa propre vie.

Quels sont les **points communs** des deux expériences que nous venons d'entendre ?

- d'abord une attention portée au **cadre architectural** : le jeune enfant s'imprègne de ce cadre sur lequel il projette son corps et son psychisme. Les jeunes parents ont l'intuition de ces processus : ils refont les berceaux, ils repeignent les chambres, ils aménagent la maison pour que leur enfant voie le monde beau et qu'il s'y reflète. L'harmonie des pro

portions et des couleurs, la proposition d'objets plaisants, la présence de lieux pour le jeu et pour le repos, d'espaces contenant variés, tout est essentiel pour offrir à l'enfant un monde dont les qualités lui conviennent.

- ensuite, une attention portée aux **rythmes** des activités et aussi aux **groupes**, à leurs fluctuations selon les moments : grand groupe, petit groupe, relation individuelle ; attention portée au moment si important où un enfant commence à pouvoir "être seul en présence" des autres, en présence d'un groupe.
- une attention portée aussi à l'**ambiance** sereine, légère, favorisant l'activité, l'amusement, et pouvant aussi accueillir et moduler l'excitation, le désaccord, le conflit, la tristesse.

Et donc, une attention portée aux personnes adultes présentes et en charge, à leur humeur, à leur santé physique et psychique, à leur fiabilité, à leur régularité.

Plusieurs remarques au sujet de ces personnes qui s'occupent de jeunes enfants :

- elles doivent être **expertes** ; elles n'ont pas le choix puisqu'elles sont au front, que leur responsabilité est considérable pour l'avenir de l'enfant, et qu'elles en ont l'intuition.
- elles doivent être **authentiques** dans leur relation à chaque enfant, puisque c'est cette attitude juste, ajustée (comme dans la "boucle de retour") à chacun qui va fonder et alimenter la justesse de la sensibilité de l'enfant qui leur est confié, cette personne en cours de construction.

C'est dire que leur tâche serait impossible si ces adultes professionnels n'étaient pas actifs dans leur projet, l'inventant et le modulant constamment au fil du temps en fonction des enfants présents et en fonction de l'évolution de leur propre expérience, dans un **esprit de recherche** permanent. Les **équipes** ne peuvent faire face aux mouvements de violence et de destructivité que si elles sont inventives et solidaires, habituées à considérer attentivement les **moments les pires** de leur expérience et à y réfléchir ensemble. Ce n'est en effet que dans un contexte de confiance que l'adulte peut considérer le moment humiliant où il a éprouvé un mouvement de haine, ou bien où il a été débordé en présence d'un enfant.

Moment inévitable, puisque mouvement projeté par l'enfant et qui n'a jamais été vraiment reçu jusqu'alors. Pour l'enfant, c'est à ce prix : être reçu, et être souffert, et être éventuellement contenu et limité, et être compris, et ceci beaucoup de fois, que peut, un jour, survenir le bonheur de la rencontre.

Régine Calazel et Isabelle Monmayrant nous montrent à quel point il n'y a pas de jeunes enfants sans **parents**, et que ceux-ci ont besoin, eux aussi, qu'on les pense (qu'on pense à eux tels qu'ils sont), qu'on soutienne leur initiative, qu'on stimule leur inventivité et leurs qualités de parents. Etre exigeants, c'est les estimer, même s'il faut aller au conflit et qu'il serait plus simple de baisser les bras. Mais, nous l'avons vu, l'intérêt de l'**exigence**, c'est de leur permettre de découvrir et de constater eux-mêmes, peu à peu, que ce qu'ils font est bien pour leur enfant et que celui-ci va bien.

Enfin, pour illustrer l'aspect aléatoire de la **prévention** et la position obligatoirement inventive, créative et risquée dans laquelle se trouvent les personnes qui sont "au front", j'ai songé à l'exemple suivant.

J'ai rencontré récemment en consultation pour un deuxième agrément, dans la perspective d'une deuxième adoption, un couple que j'avais déjà rencontré pour le premier agrément. Je leur ai demandé de me raconter la première adoption. Cet enfant, adopté à 4 mois au Viet-Nam va avoir un an prochainement. Ils ont passé un mois avec lui là-bas, période très heureuse, malgré des troubles du sommeil importants qui ne se sont calmés que plusieurs mois après l'arrivée de ce bébé en France. Actuellement, ils décrivent un petit garçon très sociable, affectueux, très très vif, très agité, très bavard. Il bouge tout le temps, me disent-ils.

Intérieurement, je suis préoccupée et un peu terrifiée. J'ai dans la tête des enfants adoptés qui sont arrivés dans un état d'instabilité impressionnante, pathologique, sorte de défense de survie instituée à l'occasion de tout ce qu'ils venaient de vivre ; j'ai appris aussi que les enfants adoptés présentent souvent des troubles psycho-moteurs et qu'ils peuvent en être pénalisés de différentes façons par la suite ; et puis, je connais plusieurs cas d'adolescents adoptés dont les troubles du comportement sont graves... Donc, je suis très hésitante : vais-je conseiller à ce couple de consulter ? Et si je le fais, est-ce prendre le risque d'inscrire une difficulté trop tôt, de lui donner corps en quelque sorte ?

Dans le même temps, ces parents m'expliquent que, lorsque l'un d'entre eux s'installe dans une pièce tranquille et qu'il lit, cet enfant peut s'installer dans sa chambre proche, tranquille, et regarder lui aussi un livre pendant une dizaine de minutes. Il va avoir un an. Ce n'est pas si mal. J'ai grande confiance en ces parents : Madame est musicienne et institutrice d'école maternelle à temps partiel ; je l'imagine très douée pour les comptines, les jeux rythmés, la pré-psychomotricité. Monsieur a vécu précocement des événements graves qui le rendent très sensible et apte à s'identifier à un petit enfant.

J'opte donc pour la confiance en eux. Je tais mes appréhensions. Par contre, je me permets de plaider vigoureusement pour qu'ils n'adoptent pas le second enfant trop vite, qu'ils laissent le temps à l'aîné de se construire, d'aller à l'école après 3 ans, d'être solide dans sa vie et dans son monde à lui avant que le cyclone émotionnel lié à l'arrivée d'un deuxième enfant dans la famille ne risque de le déborder.

Peut-être ai-je eu tort ? Je ne le saurai que dans des années, et peut-être ne le saurai-je jamais. Peut-être aurais-je réagi différemment si, dans les jours qui précédaient cette consultation, j'avais rencontré un de ces adolescents dont les troubles sont lourds ? Ma panique aurait été plus forte et plus contagieuse.

J'ai exposé cette situation pour montrer à quel point les aspects de prévention de la "violence du jeune enfant" peuvent se présenter de façon incertaine, et à quel point ils nous impliquent personnellement.

Prise en charge de la violence de manière groupale en institution

Maguy MONMAYRANT, Psychologue, psychothérapeute

“Le travail forcé peut être productif, mais il n’est jamais créatif : nos tâches professionnelles exigent de nous une personnalisation très active, où devant l’inconnu de l’autre, il faut l’inventer au plus près de ce qu’il est. Nos jeux et nos enjeux qui dévoilent la vie des autres, comportent l’actualisation de nos intuitions, de notre imagination et de nos concepts. C’est ainsi que s’en suit notre souci, voire notre responsabilité” F. Tosquelles ¹

C’est sans doute Maÿlis qui m’a le plus appris sur la violence, sur une forme de violence qui appartient plus au groupe qu’à la personne qui l’agit et à laquelle systématiquement on l’attribue. C’est assez logique de dire de quelqu’un qui vocifère, insulte ou frappe qu’il est violent. Pourtant, à prendre en compte les logiques qui opèrent à bas bruit dans le tissu groupal, en de ça des processus d’individualisation, ce n’est plus si évident.

Il faut sans doute insister là-dessus et c’est ce que nous voudrions développer. Certaines personnes donc ont des conduites violentes et on les dit violentes. Quand on peut suivre précisément leur devenir dans un champ travaillé, un champ qui n’est pas complètement obscurci par des préjugés, un champ où l’on peut “lire” ou “suivre” quelque chose de ce qui se passe, on constate que la violence qui apparaît chez eux appartient plus aux groupes auxquels ils sont liés qu’à leur organisation psychique. Ils sont seulement le lieu d’apparition d’une violence qui ne leur appartient pas en propre. On peut penser que des atmosphères irrespirables, incestueuses ou seulement la fausse gentillesse de certains groupes, des non-dits ou exactions provoquent chez certaines personnes des conduites violentes. Tenter de les traiter directement de cette violence est assez inefficace. Mais si l’on traite le groupe de ces symptômes, en analysant ce qui s’y passe, (analyse institutionnelle) et en le dotant d’instances symboliques comme un lieu de parole ou si l’on traite l’établissement qui l’englobe par la création d’un “club thérapeutique” par exemple, ces conduites se raréfient et tendent à disparaître.

Il faut dire en matière de violence que Maÿlis y est tombée dès la naissance et même bien avant puisque sa famille a quitté un pays du Maghreb dans des conditions très difficiles pour s’établir dans une grande ville du sud-est de la France. Elle a à peine plus d’un an quand, avec son frère qui a deux ans de plus, elle part en catastrophe au foyer de l’enfance après un cataclysme parental. Six mois après le frère et la soeur sont confiés par un juge des enfants à une grand-mère qui a la particularité d’être mère de cinq enfants, tous délinquants, dont le père de Maÿlis.

Je la rencontrai, il doit y avoir huit ans, elle en a presque dix, dans un établissement du secteur médico-social qu’elle fréquente depuis quelques années déjà. Son comportement est très troublé, euphémisme pour parler d’une tigresse qui n’a peur de rien ni de personne.

1. TOSQUELLES F. De la personne au groupe. A propos des équipes de soin. Erès, 1995

Elle n'est pas plus impressionnée par les adolescents délinquants qu'elle attaque, on se rappelle qu'elle les fréquente depuis toujours, que par les adultes fussent-ils directeur, éducateur ou psychologue. Quand j'essaie de la rencontrer, elle connaît toutes les "ficelles" de l'établissement. Elle n'a aucun besoin de la psychologue que je suis et me le fait savoir "pas de temps à perdre, d'ailleurs, je n'ai aucun problème". Je ne savais pas alors qu'elle avait, au bout du compte raison.

Je resterai dans ses parages au sein de l'établissement, dans des groupes où l'on se côtoie à distance si je peux dire. Peut-être m'observe-t-elle comme je le fais moi-même, du coin de l'œil en attente de... De quoi ? On se plaint d'elle partout, elle occupe le devant de la scène de toutes les réunions, de fonctionnement ou de synthèse à cause de ses éclats, de ses violences en parole et en acte.

Pourtant, elle suit sans retard une scolarité normale, elle est scolarisée en milieu ordinaire, bien qu'elle n'y adopte pas une attitude ordinaire. Ses refus spectaculaires, son insolence et son excitation la mettent presque journallement au bord de la rupture, pourtant cette situation dure depuis plus d'un an.

On se familiarise de loin, je me sens psychologue en planque presque. Je saisis certaines occurrences offertes par la vie quotidienne pour être là au cas où quelque chose de l'ordre du "hasard d'une rencontre" (Jean Oury) se présenterait. Il semble bien par exemple, que je sois la seule à pouvoir la ramener chez elle le mardi soir et pourquoi pas. Elle est plutôt fière de rentrer dans cette grosse voiture, au début, elle ne parle pas, moi pas beaucoup. Elle met sur mon lecteur CD un de ses disques qu'elle accompagne en chantant. Au fil des mois et des ans, c'est là qu'elle pourra parler de ses peurs puis de ses drames.

Pour reprendre un mot qui circule beaucoup en ce moment, on peut dire de Maÿlis qu'elle a un trouble grave de la conduite. Elle ne parle pas, elle montre. Elle montre par ses agissements, sans doute se montre-t-elle, et ce toujours dans un groupe, peut-être même à l'abri d'un groupe. Elle montre par sa tonicité, ses postures, ses gestes, ses cris et ses coups, elle montre par son corps, corps se "surmanifestant" dans les artifices de rencontre² ce qui doit être une souffrance qui lui colle à la peau et qui donc n'a aucun lieu pour se présenter encore moins pour se représenter.

Ce qu'elle montre fait peur dans l'établissement autant qu'à l'école. On cherche à l'éloigner par tous les moyens, l'éloigner du groupe qui lui fait du mal, pense-t-on puis que c'est là qu'elle se déchaîne. Mais, hors du groupe, elle ne peut concrètement vivre. Les tentatives pour lui trouver une famille d'accueil sont vaines jusqu'à ses seize ans, elle est devenue, alors, presque une sage jeune fille. Comment trouver une famille qui accepte de vivre avec une maghrébine d'une rare insolence ? Elle est condamnée à l'internat, alors que repérer dans ces signes qu'elle fait aux adultes chargés d'elle que nous sommes ? Que retenir de ceux qu'elle montre à ses pairs ou dans sa famille ?

À ces crises de violence s'ajoute un eczéma géant qui la recouvre quand elle revient dans l'établissement après un séjour en famille, une peau souffrante, craquelée, un masque tiré et triste quand il n'est pas endiablé par l'excitation. Une silhouette longiligne, asexuée, d'une adresse sportive toujours remarquée.

2. OURY J., Préface Pankow 2006

De longs cheveux bruns frisés, tirés-serrés dans un chignon fait en un tour de main. Une qualité de présence qui attire tout regard. Aucune difficulté pour être leader d'un groupe.

“Au commencement est le groupe, la famille, le couple ; chacun s'en individue de façon plus ou moins complète, et prend sa singularité de cette base partagée... Être éminemment social, l'homme passe la plupart de son existence dans des groupes : familiaux bien sûr, scolaires, professionnels, amicaux...”³

Quand je fais sa connaissance, Maÿlis circule au minimum dans trois groupes, la famille, l'école et l'établissement, pour ne citer que les plus faciles à repérer. C'est dans sa famille qu'elle a commencé, comme nous tous, son travail d'individuation. Elle n'a pas pu le poursuivre tranquillement, ayant trop vite connu et avant qu'elle en ait les moyens, d'autres groupes : celui qui l'a accueillie au foyer de l'enfance, sa deuxième famille (celle de la grand-mère, sans grand-père depuis longtemps). Quel rapport peut-il y avoir entre ces perturbations historiques et les crises de violence actuelles ? Y en a-t-il seulement un ?

Avec la famille de la grand-mère, les relations restent superficielles. On ne sait pas grand-chose de ce qui s'y passe. Cette absence de collaboration est souvent source d'inquiétude vu l'état physique de Maÿlis quand elle en revient. On se doute d'un drame, mais on n'y a pas accès.

Elle suit une scolarité normale dans une école qui a été choisie pour elle, elle est la seule de l'établissement à la fréquenter. Les relations sont obligatoirement étroites, il faut très souvent intervenir et soutenir les enseignants pour qu'ils puissent continuer à travailler avec elle. Ses résultats ne sont pas si mal, tout compte fait.

Dans l'établissement, elle vit, dans un groupe vertical et mixte. Il est difficile de lire ce qui se passe dans un groupe, en particulier dans un groupe de vie, il y a tellement de variables en interactions réciproques. Toujours difficile de repérer ce qui dans un quotidien, pourrait jouer de facteur déclanchant à une crise. On a déjà eu l'occasion de travailler avec des enfants ou des adolescents faisant des crises violentes. De cette expérience, on a retenu la nécessité de maintenir une dimension d'accueil de telle sorte que comme chacun des autres membres du groupe, elle s'y sente accueillie de manière singulière. L'attitude accueillante nécessite un grand travail psychique, comment par exemple retrouver rapidement cette qualité quand l'excitation qu'elle a amenée a gagné tout le groupe ? À cette dimension d'accueil s'ajoute celle de contenance, il faut qu'elle soit contenue dans les relations et dans le groupe c'est-à-dire que les crises affectent, marquent, sans détruire, qu'elle puisse faire “l'épreuve de la destructivité” dont parle Winnicott⁴ sans qu'il lui retourne des représailles. Accueil, contenance et enfin et inscription, il faut encore que ce qu'elle agit puisse s'y inscrire pour pouvoir disposer du temps nécessaire à la transformation, à l'humanisation ou à l'élaboration, pour qu'elle puisse saisir cette mise en œuvre.

C'est pendant plus de quarante ans le choix de cet établissement, d'accueillir des enfants aux pathologies diverses dont des psychotiques, dans une vie de groupe, on pourrait dire la plus vivante possible, où ils sont portés par l'ambiance et tenus dans les relations et non par des portes, des grilles, des murs, des entraves ou encore par des médicaments.

4. WINNICOTT D. W. Jeu et réalité, NRF Gallimard, 1975

On a y pendant longtemps lutté contre le cloisonnement et pour la liberté de circulation, autant de notions qui se réfèrent au mouvement de psychothérapie institutionnelle porté dans ces lieux par les docteurs Chaurand et Tosquelles. On se rappelle que Tosquelles avait, avec les malades de l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban, abattu les murs de l'asile. On se rappelle que ce mouvement de psychothérapie institutionnelle avait permis d'ouvrir les quartiers d'agités et ce, avant la mise en circulation des neuroleptiques.

Pas de psychothérapie institutionnelle sans analyse institutionnelle, sans tenir compte des deux aliénations dont parle Jean Oury : l'aliénation sociale et l'aliénation "psychopathologique"⁵. La notion de soin émane du groupe de vie d'internat, noyau auquel d'adosse un demi internat et une prise en charge ambulatoire répertoriée comme un Service d'Education et de Soins à Domicile (SESD) ou plus informelle autour des anciens. Les notions de transfert, d'inconscient, de fantasme circulent dans les réunions. Des psychothérapies analytiques individuelles ou groupales, des thérapies médiatisées, du packing et différents ateliers s'articulent au groupe de vie. C'est dans cet ensemble-là que se développe la fonction soignante.

Comme chacun d'entre nous, après son travail d'individuation et ses avatars, Maÿlis passe sa vie à passer d'un groupe à l'autre, à plonger d'un groupe à l'autre ou même à se noyer d'un groupe à l'autre pour n'émerger sujet séparé que dans l'entre deux groupes. Comment repérer dans cette circulation la fonction de ses crises ?

"Le comportement d'un malade dans le groupe de travail n'a parfois de sens qu'en face des tensions éveillées dans le groupe nourricier du quartier ou dans le groupe de psychothérapie analytique. Un groupe sert de champ d'acting-out⁶ à un autre groupe"⁷.

Cette idée est rappelée par Jean Oury : "Il (F. Tosquelles) privilégie beaucoup la notion de passage. Il a toujours privilégié ça. Par exemple dans un article de 1960, sur la "séméiologie des groupes". Le passage d'un groupe à l'autre : souvent, on joue dans un groupe ce qui s'est déclenché dans le premier"⁸.

Si l'on suit F. Tosquelles, les "crises" que fait Maÿlis dans son groupe de vie peuvent prendre sens dans ce groupe ou dans les autres auxquels elle appartient. Pour aider Maÿlis il faudrait donc pouvoir tenir compte de ce qui se passe dans les différents groupes qu'elle fréquente mais aussi dans les différents établissements et institutions auxquels appartiennent ces groupes. Maÿlis appartient à deux établissements, par la classe qu'elle fréquente à l'éducation nationale et par le groupe d'internat à un établissement du secteur médico-social qui s'est doté d'un certain nombre d'institutions. Il faut trouver quelques points pour distinguer groupe, établissement ou institution. Le groupe est pour l'homme sa condition de possibilité.

5. OURY J. L'aliénation, Galilée, 1992

6. Un "Acting-out" est un acte qui a un sens dans une relation transférentielle. On peut donc le dire "adressé" à une personne, des personnes, un groupe. Jean Oury rappelle souvent qu'il a la même structure que le fantasme. Il doit être interprété. L'acting-out s'oppose au "passage à l'acte" qui est "décharge" de tension, hors scène.

7. TOSQUELLES F., ouvrage déjà cité p.1

8. OURY J., L'aliénation, Galilée, 1992 ENRIQUEZ E., Le groupe : M. Dechaud-Ferbus, A. Ferrant, Revue Française de psychanalyse n°3 "Groupes", PUF, Paris 1999

“Un individu psychiquement isolé n’existe pas, ne saurait même exister, dans la mesure où il est impossible de se construire sans groupe, sans “autre”⁹.

“L’individu est et a toujours été membre d’un groupe, même si cette appartenance consiste à se comporter de façon à paraître prouver qu’il n’appartient à aucun groupe” et plus loin “en fait, aucun individu, aussi isolé soit-il dans le temps et dans l’espace, ne peut être considéré comme n’appartenant à aucun groupe et ne manifestant aucune activité issue de la psychologie collective”¹⁰.

Le groupe est toujours premier, c’est du groupe, du groupe familial, que se dégage “l’individu”. Le groupe dépasse la somme des personnes qui le compose. Il est même “immédiatement” une entité qui, dans le fantasme de ses membres, a une existence indépendante de ceux qui le composent. R. Kaès parle d’appareil psychique groupal, (...) “en tant qu’appareil psychique, l’appareil psychique groupal accomplit un travail particulier : produire, lier et transformer la réalité psychique de et dans le groupe. Il ne fonctionne que par les apports de ses sujets et constitue un dispositif irréductible à l’appareil psychique individuel : il n’en est pas l’extrapolation”¹¹.

L’institution s’origine dans l’acte qui l’institue, cette notion appartient au droit. La famille est une institution dans le sens où, par un contrat, elle s’institue. Sont aussi institutions les moyens que se donne un groupe de personnes qui a en charge les enfants d’un établissement, la réunion hebdomadaire de synthèse, le conseil d’enfants ou pour le groupe de Maÿlis, le club de rugby.

L’établissement est la chose établie, c’est l’appareil auquel l’état délègue une mission dont il a la charge. L’établissement engendre un niveau organisationnel qui s’articule d’un côté à l’état, par exemple par le financement qu’il lui attribue ou le statut des personnes qui le feront marcher, et aux institutions qui se sont créées pour accomplir sa mission. On a vu récemment l’importance du rapport entre l’état et l’établissement quand le temps de travail a été réduit de trente-neuf à trente-cinq heures. Cette mesure a détruit des institutions dans des établissements (par exemple une réunion des coopératives du samedi matin), et mis pour des mois le feu dans tous les groupes de vie. On peut encore ajouter quelques années après que ce ne sont pas seulement des institutions qui ont été détruites là mais le processus même d’institutionnalisation, compter les heures par exemple s’inscrit dans une logique totalement opposée à la logique de la fonction soignante.

Ce niveau organisationnel à l’interface de l’état et des institutions est extrêmement important. Il dépendait avant dans les établissements du secteur médico-social, d’une direction médicale, il est actuellement tenu par des directeurs gestionnaires.

On n’a vraiment pas l’impression que c’est mieux. Ce qui vient d’être décrit de l’établissement où vivait Maÿlis n’existe plus actuellement. L’écart qui s’est creusé entre l’organisationnel et les institutions créées pour soigner les enfants, a effacé sans même s’en rendre compte le support de la fonction soignante.

9. ENRIQUEZ E., Le groupe : M. Dechaud-Ferbus, A. Ferrant, Revue Française de psychanalyse n° 3 “Groupes”, PUF, Paris 1999 65

10. BION W.R., Recherche sur les petits groupes, PUF, 19

11. KAES R., Quelques reformulations métapsychologiques à partir de la pratique psychanalytique en situation de groupe, Revue Française de psychanalyse n° 3

On peut simplement rappeler que les violences les plus graves dans le monde et dans l'histoire ne viennent pas d'une personne, d'un individu qui est vite limité mais de l'organisation. Tous les génocides en dépendent. À prendre en compte l'analyse de ce qui se passe à ce niveau permettrait de modifier de manière durable un grand nombre de comportements violents.

On ne peut donner dans ce cadre que quelques repères bien insuffisants pour amorcer une quelconque analyse institutionnelle, on essaie juste de donner une idée de la complexité dans laquelle on est plongé quand on tente de tenir en même temps vie collective et respect de l'originalité de chacun. C'est un thème auquel Jean Oury a consacré un an de son travail au séminaire de Sainte-Anne¹².

Une après-midi de folie, jeune adolescente, Maÿlis provoque un jeune éducateur qui finit par ne plus pouvoir se distancier de ces provocations. Il s'oppose à elle, essaie de l'arrêter puis de la contenir. Ils en viennent à un corps à corps qui se termine par une immobilisation. Il n'arrive à la maintenir au sol qu'assis sur elle. La scène fait monter tout le groupe en pression. C'est l'hiver, il fait nuit. Affolé, isolé bien qu'au milieu des autres il appelle la gendarmerie. Ils arrivent à sept, se trouvent très rapidement impuissants à calmer "ces furies" le disent, "notre présence ne fait que les exciter" et repartent. Une fugue, un retour dans la nuit clôturent l'épisode. Le lendemain un entre-filet sous la rubrique des faits-divers relate l'épisode dans un quotidien régional.

C'est un peu "l'événement" qui fait déborder le vase. Le groupe est ingérable, que faire ? Aucune autre suggestion ne se présentant, le groupe d'adultes après plusieurs heures de réflexion décide la mise en place de trois réunions de l'ensemble du groupe d'enfants et du groupe d'adultes, soit une trentaine de personnes dans un lieu symbolique, le bureau du dernier médecin directeur de l'établissement qui porte encore son nom alors qu'il est parti depuis plusieurs années. (Pour reprendre la distinction entre établissement et institution, cette réunion est, peut-on dire, une institution). Souvenir d'une réunion tendue où les adultes blessés, en colère, reprochent à tour de rôle aux enfants leur attitude inqualifiable développant un énorme surmoi qui n'a pas l'air de les effrayer. Contrairement à ce qu'on pourrait attendre dans une telle ambiance, ils y sont plutôt bien les enfants dans cette réunion, ils y sont mieux que les adultes, ils parlent même. Sans doute le groupe d'enfants est-il attentif à ce niveau de soucis que leur attitude donne aux adultes, sans doute aussi cette réunion fait-elle ouverture par et sur une possibilité de dire. En tout cas c'est dans une de ces trois réunions que Maÿlis, en association sur le mot crise, dans le sens de crise d'épilepsie, parle de crise de nerfs, de celles que fait souvent sa grand-mère. "Elle veut sauter par la fenêtre", raconte-t-elle, "il faut que je la tiens pour l'empêcher", tout ça dit en riant sur le ton d'une bonne blague.

Pour la première fois Maÿlis met en rapport famille et établissement sur le mot crise qui est le lieu de sa "pathologie". C'est la première fois qu'elle peut faire état d'une difficulté familiale, première fois que quelque chose transparaît de ce milieu fermé. Sans doute l'épisode se serait-il vite refermé si tout un champ relationnel n'avait été prêt.

Tout est en place pour que cette ouverture se maintienne. Maÿlis est en relation avec plusieurs adultes¹³, relations qui vont s'amplifier à partir de là.

12. Ce travail a donné lieu à une publication sous le titre "Le Collectif", cité dans la bibliographie

13. Au cours des années, Maÿlis s'est choisi quelques adultes auxquels elle est préférentiellement attachée dans l'ensemble proposé par l'établissement. Ce choix a été respecté. On pourrait dire que ce groupe d'adultes est une "constellation" au sens qu'est donné à ce mot dans la Clinique de La Borde de Jean Oury.

Plus elle raconte, plus son milieu de référence paraît inadéquat. L'établissement s'engagera de plus en plus vers une véritable protection. Plus les personnes de l'établissement ont accès aux crises de fureur de la grand-mère, moins Maïlis en fait. On arrivera à une modification du droit de garde qui sera donné à un service de protection de l'enfance. Le comportement de Maïlis s'apaisera petit à petit.

Jusqu'à cette réunion, ce ne sont pas des paroles qui circulent mais un comportement, une conduite, conduite qui pendant tout un temps qualifie Maïlis, enfant puis adolescente au comportement troublé. Ce comportement aurait-il valeur d'une impossible prise de parole ?

Les crises que Maïlis fait dans l'établissement ne sont pas ses crises à elle, individuée, mais les crises du groupe familial dont elle fait partie et dont elle n'est pas séparée. Le premier acte de séparation au sujet des crises s'effectuera dans cette instance symbolique, cette grande réunion par le fait qu'elle puisse en dire quelque chose. Raconter les crises de nerf de la grand-mère la dégage de ces crises. Quelque chose se décolle de ce corps en mouvement et en dessine une nouvelle délimitation.

Les adultes qui composent l'équipe du lieu où vit Maïlis disposent d'une certaine autonomie. Ils peuvent se réunir, réfléchir, et prendre l'initiative d'une décision. On ne leur dicte pas ce qu'ils ont à faire. On peut souligner que cette possibilité de pouvoir réfléchir à plusieurs en ayant un certain champ de manœuvre et d'avoir à sa disposition quelques outils, quelques concepts psychanalytiques permettent de "traiter" les crises de violence de Maïlis. Les crises de ce groupe, sans doute parce qu'il dispose d'un temps et d'une ambiance où le penser est encore possible, ne vont pas se solder par des punitions individuelles ou des exclusions mais par une modification groupale, la réunion de tous les enfants et les adultes d'un même groupe. Une crise, la crise d'un enfant, d'un enfant dans le groupe c'est-à-dire la crise du groupe, modifie le cours normal d'une organisation, comme le fera par la suite une parole. (Ce que Maïlis raconte sur ce qui se passe chez elle aboutira à un changement du droit de garde.) Cette instance s'invente là et elle n'existera que dans ce contexte-là, pour ce groupe-là. Elle ne se réunira que trois fois. Son effet d'ouverture est lié au fait qu'elle est inventée là, pour cette cause-là, et pas pour une autre. Cette instance est une création au sens donné par F. Tosquelles. L'équipe n'est pas là dans les conditions d'un "travail forcé" mais d'un "travail créatif". Cette créativité contient la crise et la transforme.

S'ajoutera aux trois réunions une "fermeté" jouée à plusieurs. Si Maïlis dérape dans une excitation impossible à contenir, on pose immédiatement un arrêt, elle est par exemple ramenée chez elle ou quelques années après dans sa famille d'accueil. Cette proposition doit contenir une certaine "vérité", puisqu'elle acceptera à chaque fois d'être ramenée chez elle alors qu'elle pourrait très bien s'y opposer.

L'idée de proposer une réunion regroupant tous les adultes et les enfants du groupe pour traiter une crise s'origine dans une pratique travaillée et élaborée par le mouvement de "Pédagogie Institutionnelle". On ne parlera que d'une réunion proche de ce qui s'appelle dans ce mouvement le "conseil d'enfants"¹⁴ qui se formalisera un peu plus tard dans le groupe de Maïlis, à l'occasion des drames occasionnés par l'explosion de l'usine AZF. On s'y arrêtera un moment puisqu'il s'agit à nos yeux de ce qui est le meilleur outil pour travailler les phénomènes violents dans un groupe.

14. Pour en savoir davantage se référer au livre de René Laffitte : Mémento de Pédagogie Institutionnelle. "Faire de la classe un milieu éducatif". Matrice 1999

Il s'agit d'un temps symbolique qui réunit, vingt minutes par semaine, tous les enfants du groupe et les adultes présents, éducateurs, psychiatre et psychologue.

Chaque enfant, à son tour, s'exerce à la fonction présidentielle. Assis face à la pendule, il ouvre et ferme la séance. Ce dire a un effet immédiat ce qui en étonne beaucoup. Magie du mot qu'il suffit de prononcer pour que la réunion commence ou se termine (dimension performative du langage). Il donne la parole aux enfants et adultes, dans l'ordre des doigts qui se signalent. Il garantit le respect de la parole de chacun, celui qui parle pourra aller jusqu'au bout de ce qu'il veut dire sans être coupé. Il peut aussi résumer, extraire l'essentiel de ce qui vient de se dire pour celui qui prend en route la réunion comme ça arrive quelques fois dans un groupe de vie.

On se rappelle l'œil brillant d'une "graine de crapule" (Fernand Deligny) qui tardait systématiquement à voir le doigt levé de l'adulte. Cet exercice (du citoyen ?) exige toute une organisation fiable, en particulier un tour de rôle écrit tant la fonction présidentielle est briguée.

Ce n'est pas si fréquent d'être à la tête de la distribution de la parole quand on est le plus jeune, le dernier arrivé ou qu'on a du mal à trouver les noms des copains ou les mots. Certains demandent aux adultes qu'ils connaissent bien un retour sur leur prestation. "T'as trouvé comment ma présidence ?"

Et pour les adultes, il s'agit d'un exercice hebdomadaire d'analyse de leur pouvoir, leur rôle et leurs fonctions. La tentation est grande de s'imposer par la force quand on est adulte et qu'on s'adresse à des enfants qui, en plus, sont en difficulté. S'imposer par la force, au nom d'une éducation qui confond contenance et fermeté avec la loi du plus fort, celle de la jungle. Et si c'était à cette violence que certains enfants répondaient par la violence ? On mesure dans ces réunions, concrètement, l'écart entre le sentiment de respecter la parole de l'enfant et la réalité de ce respect. On verra cette instance rentrer dans la culture du groupe de vie. On a souvent attribué la disparition des phénomènes de contagion, (phénomène à la base de la crise de cette fin d'après-midi) à cet exercice hebdomadaire.

On peut donner un exemple. C'est aujourd'hui B. qui doit présider la réunion, c'est son tour comme c'est marqué sur le cahier. Chacun assis à sa place attend le mot qui ouvrira la réunion. Mais B. un jeune adolescent psychotique, en ce moment ne va pas bien. Il erre dans l'établissement sans pouvoir s'arrêter dans sa classe ou sur son lieu de vie. On l'a retrouvé la veille déambulant sur la rocade. On est très vigilant, il peut mettre sa vie en jeu. Et là, assis à la place du président, il ricane sans pouvoir parler ni même regarder. Il se met brutalement en colère, renverse des chaises. G. l'éducateur qui le connaît le mieux se lève pour le tenir. B. hurle, s'agite, G. tient bon.

"Lâche-le" dit l'un des enfants.

"Non" répond un autre, "il va aller sur la rocade".

"Lâche-le, je vais le tenir moi".

(Plusieurs) "Mais tu n'as pas la force, il va t'échapper".

"Je veux t'aider à le tenir" dit à G. un enfant qui n'a rien dit jusque-là. Il se lève, aide l'éducateur et ajoute un peu essoufflé : "Il serait mieux sur son lit, il faut le transporter". La scène se déplace du séjour où se tient la réunion à la chambre de B.

Trois personnes quittent le champ de la réunion, le président suivant sur la liste a pris ses fonctions et la réunion se poursuit.

On voit là qu'il n'y a pas de contagion. La fureur de B. ne déclenche pas la violence des autres. Et si l'émotion est grande, elle ne fait pas perdre la tête à des enfants qui savent ensemble ce qui convient à l'un d'entre eux qui va mal. C'est ce qui doit s'appeler une fonction soignante partagée.

Pour revenir à Maÿlis, ce qui paraît surprenant c'est qu'alors qu'elle dispose de plusieurs possibilités de relations individuelles, éducateurs, psychologues, psychiatres, elle commencera à parler de ce qui fait son drame dans un groupe d'une trentaine de personnes. N'est-ce qu'en groupe qu'on peut penser groupe, associer sur le groupe ? Le problème du groupe familial ne peut-il être amené, "attrapé" par les associations que dans un groupe ?

À ce moment-là, son attachement à l'établissement, le transfert, est-il plus groupal qu'individuel ? Ce n'est qu'après qu'elle peut s'engager et se soutenir dans un travail psychothérapique plus classique. Plus personne ne peut actuellement imaginer ce qu'a été son attitude pendant de très longues années.

Avec plusieurs années de recul, après une installation dans une vie d'adulte de manière peut-être prématurée mais ce n'est pas sûr, Maÿlis nous apprend qu'on peut avoir un comportement très troublé, qu'on peut manifester une grande violence sans l'être. Un intolérable à vivre et une impossibilité à dire en serait l'origine. Il s'agirait alors de construire des "praticables" (Jean Oury) pour un accès possible au champ de la parole, parole écoutée concrètement c'est-à-dire qui puisse être à l'origine de modifications.

C'est un peu dans ce sens que nous comprenons cette phrase de F. Tosquelles : " ... L'homme est si l'on veut un animal, mais qui ne vit pas comme les autres animaux dans un milieu naturel... "

Il convertit le milieu "naturel" en "monde". Il réussit ainsi à "humaniser la nature" et à humaniser du même coup sa vie animale, sa vie "naturelle". Son destin et le processus d'humanisation qui lui est propre ne se posent jamais sous le dilemme de s'adapter ou de périr. Il construit avec les autres hommes, un monde dans lequel il "se fera homme"¹⁵. Si l'autre, enfant ou adulte n'a pas à s'adapter ou à périr mais à créer son monde puisque c'est à ce prix qu'il se fera homme comme le dit F. Tosquelles, la question n'est plus dès lors de fabriquer un groupe idéal pour des enfants mais d'œuvrer à la mise en place d'un groupe qui puisse être façonné, modelé par les enfants et les adultes qui le composent.

Maÿlis fait des crises à l'école ou dans l'établissement qui n'existent que "collées" à celles qui se vivent en famille. Et si d'autres enfants parlent sans le savoir dans leur agitation, par exemple scolaire, de ce qui se passe ou de ce qui, à l'insu de tous, se trame ailleurs par exemple en famille ? Dans quel dispositif ce niveau-là peut-il être touché ? Nos prises en charge depuis qu'elles se font principalement individuelles ne peuvent "attraper" ce niveau en deçà de toute individuation. C'est le domaine du groupe dont nous ne sommes jamais très loin quoi que nous en pensions.

15. TOSQUELLES F. Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique, Ed. du Scarabée, 1967

À la suite de cette expérience et de bien d'autres, au lieu de proposer des séances individuelles à certains diables qui troublent les classes, il m'arrive de proposer un travail familial, un travail avec toute la famille, parents, frères et sœurs. (Peut-être faudrait-il y inviter les animaux domestiques et les voisins, s'il est vrai comme le précise Jean-Claude Rouchy qu'ils font partie avec la famille du « groupe primaire » qui fabrique l'individuation)¹⁶. C'est toujours un peu mystérieux qu'une séance mensuelle de la famille dans mon bureau puisse modifier l'agitation d'un des enfants de la famille. Effet miracle isolé ? C'est trop fréquent pour ça. Que s'y passe-t-il donc ?

Le groupe a ceci de particulier qu'il travaille comme le bois ou le vin, dans un niveau totalement inaccessible. On ne sait pas ce qui s'y passe, on ne voit que ce qui y rentre et ce qui en sort. On ne peut tenter ici, que quelques repères de l'ordre du cadre.

- On travaille dans un cadre de type psychothérapie de groupe, du groupe familial. On trouve toujours la puissance du transfert groupal et par le mécanisme de l'illusion groupale son effet de délimitation. À se voir fonctionner, la famille se perçoit comme un tout. Un tout, tenu, contenu grâce à un regard dans le groupe ce qui suffit le plus souvent à favoriser l'émergence de fonctions inhibées, la fonction limitante du "non" ferme d'un père qui arrête le débordement de son fils, par exemple, ou fonction d'accueil des genoux qui s'offrent au bébé qui ne peut suivre ce qui se passe "sur" la table. On y repère aussi l'effet d'insight sur des associations d'idées, ainsi une maman s'entend-elle associer aux troubles bruyants de son second garçon, ceux de son frère qui préoccupait sa propre mère comme elle aurait pu le faire dans une séance d'analyse.
- L'effet structurant de ces séances est lié à l'ambiance qui y règne. Par la technique groupale (dite de gyrophare par le Dr Lacroix,) chacun a la parole dans le texte du groupe. Tout mot, geste ou jeu est langage-groupe.

Chacun, du plus jeune au plus âgé, contribue à la compréhension de ce qui est entrain de se jouer. On commente à voix haute en même temps que l'on parle, par exemple aux parents, le jeu du dernier sur le sol du bureau ou le thème dessiné sur la table. On saisit parfois un lien concret, on se contente le plus souvent de mettre ces différentes formes de langage au même niveau dans le récit du groupe. Chacun y a donc la parole.

Par ce biais, ces séances s'apparentent aux réunions proposées après la crise de Majlis c'est-à-dire à une instance symbolique type "conseil".

Peut-être aussi, beaucoup de familles avec de jeunes enfants ont besoin d'une fonction grand-parentale. J'aime bien jouer cette fonction-là.

16. ROUCHY J-C., ouvrage déjà cité

BIBLIOGRAPHIE : L'enfant violent

1 - OUVRAGES et ASSIMILÉS

ANTIER Edwige, L'agressivité

Paris : Bayard, 2002, coll. La vie de famille, 144 p.

BALIER Claude, Psychanalyse des comportements violents

Paris : PUF, 2002, coll. Le Fil Rouge, 288 p.

BERGER Maurice, Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance

Paris : Dunod, 2005, coll. Enfances, 168 p.

BLEGER José, Psychanalyse du cadre psychanalytique

In : Crise, rupture et dépassement, Dunod, 2004, coll. Inconscient et culture, 336 p.

BRULE Christian, Le syndrome du petit pot de bébé, la violence n'est pas une fatalité

Monaco : Editions du Rocher, 1999, 223 p.

CHILAND Colette, YOUNG Gerald, Les enfants et la violence

Paris : PUF, 1997, coll. Monographies de Ass. Int. Psychiatrie enfant et adolescent, 258 p.

Collectif, L'enfant-problème

In : Le Débat ; Editions Gallimard, 2004 ; n° 132, 224 p.

Collectif, L'enfant. Psychologie et développement. Education et socialisation.

Economie et consommation

In : Sciences Humaines, 2004 ; n° Hors Série 45, 79 p.

Collectif, Enfants et violences. Les 10-13 ans, âge invisible...

Paris : Editions Autrement, 1979, 224 p.

Collectif, Histoires de violence

Ramonville-St-Agne : Lettre du GRAPE (La) ; Editions Erès, 1999 ; n° 38, 83 p.

DALLOZ Danielle, Où commence la violence ? Pour une prévention chez le tout-petit

Paris : Albin Michel, 2003, coll. La cause des bébés, 161 p.

DAVID Myriam, Pour une meilleure connaissance du bébé

In : Loczy : un nouveau paradigme, PUF, 2002, coll. Le Fil Rouge, pp.31-50

DUMAS Jean, L'enfant violent. Le connaître, l'aider, l'aimer

Paris : Bayard, 2000, 258 p.

ESTERLE-HEDIBEL Maryse, CESDIP, Jeunes, incivilités, violences, quels constats ?

Quelle prévention ?

Paris : Mardis de Chaligny, 2001 ; n° 10, 48 p.

FONDATION POUR L'ENFANCE, Collectif, La violence de l'enfant : Actualité, historicité, sens et destins des violences enfantines. 1ère séance plénière in "Enfance et violences. Les violences faites à l'enfant sont-elles l'enfance des violences de l'Histoire ? Actes des journées d'Etudes et de réflexion, UFR, CCI Paris, 12-13 décembre 1996"

Paris : Fondation pour l'Enfance, 1997, pp.67-111

GENDREAU Joël, L'adolescence et ses "rites" de passage
Malakoff : Desclée de Brouwer, 1998, coll. Intelligence du Corps, 140 p.

JOLY Fabien (Dir.), Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique
Paris : In Press, 2003, 260 p.

LACROIX M-B, MONMAYRANT M, Enfants terribles, enfants féroces. La violence du jeune enfant
Toulouse : Erès, 1999, 248 p.

LACROIX M-B, MONMAYRANT M, Observation du nourrisson et violence du jeune enfant
In : Les liens d'émerveillement, Toulouse : Erès, 1995, 288 p.

LACROIX M-B, MONMAYRANT M, Du bébé au groupe d'enfants : l'impact de la violence
émotionnelle. Une approche analytique
In : Vie émotionnelle et souffrance du bébé, 2002, 240 p.

LEBAILLY Philippe, La violence des jeunes. Comprendre et prévenir
Paris : Editions ASH, 2001, 144 p.

MARTICHOUX Joëlle, Violence des jeunes, les parents sont-ils démissionnaires ?
Issy Les Moulineaux : Editions Prat, 2000, coll. Droit de Regard, 186 p.

MELLIER Denis, Les bébés en détresse : Intersubjectivité et travail du lien
Paris : PUF, 2005, coll. Le Fil Rouge, 320 p.

NADEL Jacqueline, DECETY Jean, Imiter pour découvrir l'humain
Paris : PUF, 2002, coll. Psychologies et sciences de la pensée, 232 p.

PETITCLERC Jean-Marie, Education non violente : comprendre, prévenir, enrayer la violence
Saint-Maurice : Editions Saint-Augustin, 2005, coll. L'aire de famille, 120 p.

PLEUX Didier, De l'enfant roi à l'enfant tyran
Paris : Odile Jacob, 2002, coll. Vie pratique, 300 p.

PURPER-OUAKIL Diane, Enfants tyrans, parents souffrants
Paris : Editions Aubier, 2004, 295 p.

ROBICHAUD Maria-G.R, L'enfant souffre-douleur. L'intimidation à l'école
Montréal : Editions de l'Homme, 2003, coll. Parents aujourd'hui, 170 p.

ROUSSILLON René, Logiques archéologiques du cadre psychanalytique,
Paris : PUF, 1995, coll. Le Fil rouge, 256 p.

TISSERON Serge, Enfants sous influence : Les écrans rendent-ils les jeunes violents ?
Paris : Armand Colin, 2000, 175 p.

2 - RAPPORTS

BAUDRY Patrick, BLAYA Catherine, CHOQUET Marie, DEBARBIEUX Eric, POMMEREAU Xavier,
Souffrances et violences à l'adolescence. Qu'en penser? Que faire? Rapport à Claude Bartolone,
ministre délégué à la Ville
Issy Les Moulineaux : ESF, 2000, coll. Actions sociales/ Confrontations, 161 p.

FRANCE-Premier Ministre ; Ministère de l'Intérieur de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales ; HERMANGE Marie-Thérèse (Rapp.) ; RUDOLPH Luc (Rapp.)
La sécurité des mineurs. Rapport à J-P. Raffarin, Premier Ministre et D. de Villepin, Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et des Libertés Locales, 1er mars 2005
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>, 2005, 208 p.

3 - ARTICLES

ARBISIO Christine, De l'enfant pervers à l'enfant violent. In "Psychopathes et pervers. Dossier"
In : Journal des Psychologues (Le), 2003 ; n° 211, pp.34-39

BERGER Maurice, RIGAUD Catherine, Les visites médiatisées
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2001, 49, n°3, pp. 159-170

BERGER Maurice, RIGAUD Catherine, La perversion du discours sur la violence
In : Groupal, 2003, n° 13, 171 p.

BERGER Maurice, FERRAND Alain, Notes cliniques sur la cruauté pathologique de l'enfant
In : Cahiers de Psychologie Clinique, 2004, n° 22, pp. 125-139

BERGERET Jean, Le passage à l'acte et la violence chez l'enfant et l'adolescent. Compréhension et prévention des phénomènes
In : Psychologie et Education, 1993 ; n° 14, pp. 11-24

BLANC Julie, La violence à l'école : quoi faire ?
In : Naître et Grandir, 2000 ; n° 7, pp. 80-81

BON Norbert, Violence précoce en crèche : le désarroi des professionnels de l'enfance
In : Journal des Psychologues (Le), 2003 ; n° 212, pp.12-16

CHARTIER Emmanuelle, MARTIN-GAUTIER Virginie, PETIOT Stéphanie et al., La violence de mineur sur mineur. Dossier
In : Enfance et Partage Infos, 2001 ; n° 88, pp. 7-19

Collectif, Violences des moins de 13 ans : Sortir du désarroi
In : Ecole des Parents (L'), 1999 ; n° 2, pp. 26-57

Comité National de l'Enfance, FORTINEAU Jacques, TERRYN Françoise, Les racines de la violence à l'école primaire : conférence du 2 avril 2003
In : Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2003 ; 16 ; n° 7, pp.385-390
Programme "Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle"

DUMAS Jean, L'enfant violent : pourquoi, comment ? In "L'enfant"
In : Sciences Humaines, 2004 ; n° Hors Série 45, pp.42-45

GIMENEZ Caroline, BLATIER Catherine, Etude de l'émergence de l'agressivité physique au cours de la prime enfance : une analyse des comportements agressifs des enfants âgés de 17 mois. In : Devenir, 2004, 16 , n°4, pp.309-335

GUEDENEY A, CHARRON J, DELOUR M, FERMANIAN J, L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse Bébé (ADBB). In : La Psychiatrie de l'enfant, 2001, 44, n°1, pp.211-231

KONICHECKIS Alberto, Violence à la crèche : discontinuités, communication et observation
In : Métiers de la Petite Enfance, 2004 ; n° 102, pp.8-13

LAFORTUNE Denis, Abus sexuel juvénile et délinquance juvénile à la lumière des antécédents personnels et familiaux
In : Revue internationale Criminologie et Police Technique & Scientifique, 2001 ; LIV ; n° 3, pp.299-317

LIATARD-DULAC Brigitte, Prévenir la violence à l'école avec les Enfants Médiateurs
In : Lettre de la Fondation pour l'Enfance (La), 2001 ; n° 29, p.2

MARTORELL A., Violence et parricide chez des jeunes ne présentant pas de pathologie psychiatrique caractérisée
In : Soins Psychiatrie, 1987 ; n° 85, pp.5-9

MAZET Philippe ; RABAIN Didier, Le déni de l'intersubjectivité dans les interactions précoces comme paradigme de la violence psychologique
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2002, 50, n° 6-7, pp.424-428

MBANZOULOU Paul ; APAVIM, La violence à l'école : un retour d'expérience - Sur le terrain
In : RAJS - Revue d'Action Juridique et Sociale (La), 2004 ; n° 231, pp.13-18

MUCCHIELLI Laurent, L'augmentation de la violence : un phénomène exagéré ?
In : Lien Social, 2001 ; n° 595, pp.11-12

MYQUEL Martine, A propos de la violence...
In : Métiers de la Petite Enfance, 2004 ; n° 101, pp.12-14

MYQUEL Martine, Aspects psychopathologiques de la violence
In : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2002 ; 50, n° 6-7, pp. 413-418

PLEUX Didier, Les avatars de l'enfant roi. In "L'enfant"
In : Sciences Humaines, 2004 ; n° Hors Série 45, pp.50-51

RIGAUD Catherine, Contention sans perversion en pédopsychiatrie extrême
In : Abstract Psychiatrie, 2002 ; 232, pp. 9.

RIGAUD Catherine, Violence et contention : la fonction phorique du soin
2001, Diplôme d'études approfondies de Psychopathologie et Psychologie Clinique, Université Lyon II.

TORDJMAN Sylvie, CLARK Allan W, Etats-Unis : Enfants violents, enfants agresseurs
In : Médecine et Enfance, 1993 ; 13 ; n° 4, pp.141-144

TRÉMINTIN Jacques, Portons un autre regard sur la violence des jeunes !
In : Lien Social, 2004 ; n° 714, pp.4-7