

Le concept de violence.

Penser le soin des jeunes extrêmement violents.

Il revient à Jean Bergeret de redéfinir la violence fondamentale et ce, en accord avec la plupart des théories philosophiques : la violence est naturelle : on la trouve à l'œuvre dans les diverses formes de lutte et de sélection biologiques. Elle représente le plus primaire de tous les instincts et entre dans le groupe des instincts de conservation et de vie (Freud). Elle est simple réaction naturelle de défense de l'intégrité, réelle ou symbolique du sujet.

Il y a lieu de la distinguer de l'agressivité qui, s'étayant sur cette violence instinctuelle de base, est objectale, libidinale, visant alors à nuire personnellement à un autre personnage, réel ou symbolique pour un motif précis, réel ou symbolique.

Nous tenons compte du fait qu'il existe une violence structurale à la nature humaine. Cette violence traverse les générations et sont des valeurs instituées. Aujourd'hui cette autorité ne remplit plus son rôle. Elle est en place de génération en génération pour négocier la violence de la génération la plus jeune. Aujourd'hui, globalisant, les jeunes n'ont plus d'interlocuteur à qui adresser leur violence. Et existe une mise en place de la négation de la violence structurale. Ce qui engendre une violence supplémentaire.

Il nous semble que parce que la violence structurale n'est pas inscrite, n'est pas reconnue, le déchaînement de la violence adolescente vient de la confrontation à la génération du dessus.

L'enfant, l'adolescent est piégé il est livré au « sans limite ». Dans notre travail de pédopsychologue ce qui est en jeu c'est d'énoncer la limite, de dire « non » pas tellement pour respecter cette limite mais pour situer la rencontre : que soit situé l'intérêt de la locution pour qu'il y ait consistance à la rencontre et du dialogue. C'est la mise en place de la possibilité de l'altérité.

Argument : la contention permet la contenance qui permet le contact qui permet le toucher.

Devant les actes de violence individuelle des préadolescents hospitalisés, une réponse physique thérapeutique contenant est souvent nécessaire. Constatons qu'elle est rarement utilisée et comprise malgré les bons résultats si elle s'accompagne d'un abord psychothérapeutique. Les soignants sont piégés, faute de réfléchir ces prises en charge on évite le problème, on pose des raisonnements simplistes et on dénie cette violence. Jusqu'au moment où il y a un passage à l'acte soit de l'adolescent en traitement soit d'un soignant. Se pose la difficulté d'identification à la victime, la peur physique, la peur de sa propre violence, l'incapacité d'accepter l'inefficacité de la parole seule, la complexité déprimante des situations.

À ce propos rappelons que pour nous un service hospitalier de pédopsychiatrie à un fonctionnement bien précis. Celui-ci est caractérisé par une fonction de contenance : il y a la présence et la continuité. Cette permanence, cette disponibilité impliquent des notions de

limites temporelles. Une deuxième fonction est la fonction de suppléance. Ce rôle de suppléance vient pallier aux manifestations déficitaires éventuelles et aux carences de fonctionnement mental. Nous parlerons d'étayage. Cela se fait au niveau psychothérapeutique, au niveau social quelquefois au niveau médicamenteux. Un troisième rôle est un rôle d'incitation. C'est la recherche d'une participation active du patient par l'intermédiaire de l'équipe et du référent nous somme là dans le domaine du symbolique. On permet l'offre d'une réalité partagée entre des soignants. Enfin dernière fonction d'un service de pédopsychiatrie : la fonction de soins par la parole est l'agir. Cela se fait par la découverte des limites du service et des thérapeutes. Billon toujours lui « Aux sources de l'expérience », Paris, P.U.F.1979 décrit la fonction soignante en psychiatrie comme une fonction de transformation des contenus psychiques projetés par le patient.

Le jeune enfant va projeter dans sa mère ses angoisses intenses et sa crainte de la détruire. Seul il est incapable d'élaborer ses angoisses. On en revient à la description de la capacité de rêverie maternelle : grâce à sa réceptivité, à sa rêverie, (liée à une fonction Alpha adéquate), la mère peut prendre des angoisses du bébé dans son propre psychisme et permettre au bébé une élaboration progressive de ses fantasmes primitifs. On sait que cette absence d'élaboration met en place la violence. Cette rêverie maternelle fait partie du travail qui se redéploie dans une prise en charge pédopsychiatrique. Nous savons qu'il s'agit souvent de trithérapie : la prise en charge mère enfant, la prise en charge individuelle, le passage en hôpital de jour. Tout est mis en place pour permettre un travail sur la contenance et le fait de tenir l'enfant. Nous savons que des enfants qui sont en grande insécurité ne savent où sont leurs limites et les limites de l'adulte. Nous savons également que cela commence dans la prise en bras ou sur les genoux. Nous rappelons que pour Winnicott la contenance que l'on ne trouve ni à la maison ni à l'école renforcera les agis. Nous avons appris à l'université que Winnicott parlait de holding lorsqu'il dit que les agis sont banaux dans certaines étapes du développement mais sont toujours un appel à la contenance.

Les pédopsychiatres et les pédopsychologues qui acceptent avec des équipes de soignants (infirmier infirmière éducateur éducatrice psychomotriciens) de se confronter au traitement d'enfants et d'adolescents violents en hôpital insistent sur le point suivant : l'abord thérapeutique passe un moment ou un autre part une réponse physique contenant.

Notre expérience indique que pour les enfants et adolescents violents pris en charge, les adultes qui sont au front doivent pouvoir fournir une réponse instantanée, spectaculaire, et contenant, avec la nécessité qu'il y ait un (des) adulte présent suffisamment fort. Parler ne suffit plus lors des moments de crise. Les adultes savent que cette réponse est ressentie comme sadique. Il est bouleversant de découvrir que fréquemment celui qui intervient pour stopper l'attaque que porte un enfant violent passe instantanément du statut de sauveur à celui de tortionnaire potentiel dans le regard des autres et à ses propres yeux. L'enfant qui attaquait l'instant d'avant devient soudainement la victime à protéger. Notre expérience nous amène à dire qu'une absence de réponse peut être vécue comme un lâchage, un abandon.

Lorsque que des parents, des systèmes familiaux, des tribunaux de la jeunesse, d'autres lieux de soins hôpitaux et prise en charge (institution) ont déposé leur bilan devant certains

préadolescents extrêmement violents, la réponse ne peut être qu'une contention. Tenir le sujet par le bras, proposer d'être pris dans les bras, proposer un enveloppement de type packing est impossible à mettre en œuvre pas seulement du fait de la dangerosité de l'enfant mais aussi parce qu'à ce moment toute proximité corporelle est insupportable pour le sujet. Ce mode de prise en charge par contention doit s'accompagner d'un abord relationnel intensif de la part des soignants pendant des heures. Ainsi nous préconisons un soin corporel toutes les heures, massage partiel, soins du visage. Cette contention n'est pas que protection. Elle vise surtout à aider le sujet à penser. Nous avons constaté qu'il y a plusieurs temps : la contention permet un premier temps de régression : capacité de régresser (cri peur sanglots) et de tolérer ce qui surgit alors grâce à la présence des soignants, souvent présence individuelle d'un référent compris comme étant acceptée dans la proximité. Un deuxième temps sera le temps du discours du soignant d'abord en soliloque puis en dialogue avec le jeune : l'histoire de ces traumatismes. Enfin l'accompagnement lors de ces contentions pour la confrontation aux stimulations du monde extérieur, au groupe, à la honte par rapport aux actes commis.

Nous sommes devant des situations extrêmes. Les processus de liaison interne psychique sont en échec : ainsi la liaison corps psyché, la constitution du surmoi, la représentation en fantasme de l'acte violent, la constitution d'un masochisme non pathologique. Nous intervenons à ce niveau lorsque que d'autres moyens extérieurs au sujet avaient été utilisés sans résultat.

Ainsi la parole éducative, psychothérapie.

Ainsi la juste sanction qui domestique la pulsion, ainsi l'enveloppement, l'ensserrement, le ferme maintien, voire l'enveloppement humide.

La médication qui bien comprise par le sujet peut aider à contenir la pulsion.

Il est difficile d'imaginer le soulagement que peut procurer le fait d'être contenu par des attaches pourtant ce n'est souvent qu'à cette occasion que quelque chose cède souvent sous la forme d'un mouvement régressif. Un lien se noue avec le soignant référent, capacité de nouer des liens qui deviennent ensuite exportables

Les signes observables doivent être repris urgemment par l'équipe pour prononcer la fin de la période de contention. En effet le travail est encore plus important dans la période de ces contentions progressives. Pour que celle-ci soit riche sur le plan relationnel le dialogue doit s'instaurer avec le sujet entre (le patient) pour leur proposer leur contention un moment fixe avec leur accord. Ce n'est plus l'aspect protection contre la violence est alors en jeu : ces préadolescents violents ont besoin de ressentir pendant une durée brève un rappel des sensations et des sentiments unifiant éprouver au cours de la contention. Par la suite lorsqu'il n'y a plus aucun moment de contention ils se mettent dans des cartons des tunnels et ce travail se fera chez le psychomotricien avant d'affronter le monde réel.

Nous considérons les comportements hyper violents des jeunes adolescents comme la conséquence d'un échec massif de la séduction maternelle et paternelle primaire : ces jeunes adolescents n'ont pas été les bébés séduisants pour leurs parents. Il y a un mélange de désintérêt parental. On peut penser qu'enfant il a vécu des sentiments de terreur alors qu'il était pris dans une relation de séduction narcissique. Il y a eu dès le début des signes qu'il adressait à l'autre une déformation ou une annulation de leur sentence : rien ne se construisait : tout reste à construire.

L'enfant est soumis dès sa naissance à une relation d'objet impitoyable.

L'abord thérapeutique est une tâche immense.

Faire retrouver au sujet la perception de la contention à la contenance par l'intermédiaire de processus d'étayage. Ainsi la prise de conscience de son corps, de ses orifices, son fonctionnement, le long cheminement des sensations enfin identifiées aux émotions.

Le tout étant pris dans des processus de désaffection physique et psychique. Le travail de la contention permet l'apparition de l'ennui, permet le travail sur l'indépendance, l'apparition du plaisir de la dépendance, l'apparition de premiers souvenirs, la constitution de divers autoérotisme.

Restent les problèmes contre-transférentiels

La prise en charge des sujets violents pose des problèmes contre-transférentiels à analyser. Il constitue un des obstacles majeurs aux soins.

La résistance à l'identification à la victime prend la forme d'un déni de l'acte violent. Nous pensons qu'il est nécessaire de faire le grand écart entre l'identification à l'agresseur et l'identification à la victime, hors clivage. Nous constatons comme tous les autres intervenants que la plupart des enfants violents ont d'abord été victimes avant de devenir agresseur c'est pourquoi nous tenons pour important de ne pas minimiser ou d'excuser les actes violents et de montrer tous leurs effets dans une description des actes agressifs très précise.

Ces difficultés extrêmes à réfléchir la violence est un des facteurs qui empêchent que se mette en place des dispositifs préventifs, éducatifs, et thérapeutiques adaptés.