

Psychanalyste sans frontières. Psychanalyste en institution et contretransfert*

Iorraine boucher

O n l'aura deviné avec ce titre « psychanalyste sans frontières », je fais référence à la version psy des médecins sans frontières. Ces médecins qui vont sur des lieux d'urgence humanitaire et qui essaient de faire de la médecine, tant bien que mal, alors qu'ils ont appris leur art dans un pays développé disposant d'un cadre de travail tellement plus sophistiqué. Un des fondateurs de cette organisation, Jean Christophe Rufin, merveilleux auteur récipiendaire du prix Goncourt pour le roman *Rouge Brésil*, intitulait d'ailleurs un de ses livres sur les humanitaires, *Les causes perdues*. Cette représentation de mon rôle de psychanalyste me vient à l'esprit lorsque je tente de me figurer mon travail de consultation auprès d'équipes de soins travaillant avec une clientèle d'enfants maltraités (en internat, en externat ou encore à l'école spécialisée pour cette clientèle d'enfants). Je voudrais m'en servir pour développer avec vous certaines facettes de ce travail de consultation et des enjeux contre-transférentiels qu'il suscite. L'élaboration du contre-transfert constitue d'ailleurs la pierre d'assise d'un engagement fécond dans une telle entreprise

Catastrophe externe et catastrophe interne

Je constate, par cette association troublante aux médecins sans frontière et aux causes perdues, que je suis en train d'avouer un doute latent quant à l'avenir d'une telle entreprise de consultation. Mais bien qu'à première vue dépressive, cette représentation a des effets apaisants et stimulants lorsque je me sens découragée par l'étendue d'un projet de soins affectifs auprès d'une clientèle d'enfants institutionnalisés (surtout lorsque j'entends tomber les bombes des nouvelles compressions budgétaires ou que je sens le vent des désorganisantes réorganisations d'équipe venir nous refroidir jusqu'à l'os). Que peut bien faire une psychanalyste sur un tel champ de bataille, si loin de son pays d'origine, son bureau plus douillet et son cadre habituel? Il y a quelque chose de fou dans cette aventure, me dis-je souvent. Pour ajouter cruellement à ces doutes qui me mitraillent, je suis sollicitée

* Version remaniée d'une présentation lors de la Conférence publique de la Société psychanalytique de Montréal, sur le thème « Le psychanalyste hors-cadre. Peut-on être analyste en milieu non analytique et à quel prix? ». Montréal, novembre 2002.

par une impression que me communiquent les équipes de soins et que je tenterai de communiquer à mon tour par cette fantaisie macabre : une analyste s'approche de l'enfant et lui dit : « Dis-moi, mon petit, pendant qu'on regarde couler le sang de ta jambe arrachée, comment te sens-tu, as-tu fait quelques rêves cette nuit qui pourraient nous éclairer sur les conflits intérieurs qui t'habitent et te paralysent? » La psychanalyste devient ce parent séducteur pervers qui dénie la réalité des sévices et l'urgence de soins parentaux plus appropriés. Mon offre d'accompagnement psychologique dans ce contexte si traumatisé, de l'intérieur comme de l'extérieur, prend la connotation d'une proposition totalement folle, voire d'un sadisme démentiel.

Ne serait-il pas mieux de mettre mes énergies d'analyste ailleurs? me dis-je. C'est là une autre manifestation de mon contretransfert. Il me faut élaborer ces représentations déstabilisantes pour rester au plus près des enfants afin qu'aux sévices déjà subis ne s'ajoute pas la blessure psychique qu'inflige le déni ambiant du caractère traumatique *sur le tissu psychique* des événements que ces enfants ont vécus ou sont en train de vivre. Et le plus dur sera de côtoyer l'horreur. On ne gagnera pas la bataille, le mal est lui aussi sans frontières. Quand la douleur psychique ne se mue pas en souffrance élaborée, elle se transmet, se gonfle, se répand par des symptômes, des désordres de comportement, par des agirs qui engendrent d'autres agirs dans l'environnement, autant chez moi que chez les plus volontaires des intervenants. C'est cette douleur qui risque de nous entraîner avec elle dans des stratégies d'évitement au cœur même de nos contretransferts et à cause d'eux. Devant ces grandes blessures, il n'y aura que de petites victoires plus ou moins bien reconnues.

Doutes, désespoir et désinvestissement

À me demander ce que je fais là, ne suis-je pas à questionner la légitimité de mon apport (que j'espère de psychanalyse appliquée), la pertinence de maintenir une liberté de penser et de ressentir sur une terre de mort? Vient à ma rencontre à nouveau ces alliés : aujourd'hui, qui oserait dire que les médecins sans frontières n'ont pas leur raison d'être, qu'ils sont hors d'ordre, hors cadre? Qui oserait dire qu'ils n'ont pas d'affaire là avec leurs connaissances sophistiquées, apparemment trop sophistiquées pour ce qu'ils en feront? Des collègues médecins pourraient s'inquiéter des pertes de connaissances pointues que s'infligent ces collègues œuvrant à l'étranger. Ne vont-ils pas émousser leur capacité de travailler dans un cadre plus *hi-tech*? Des non-médecins pourraient aussi douter des compétences de ces médecins expatriés? En effet, pourquoi ne sont-ils pas restés dans leur univers de formation, au plus près de leurs collègues reconnus et au plus près de patients qui pourraient bénéficier, sans toutes ces interruptions explosives de traitement, de leurs approches conçues pour un cadre plus efficace, moins miné?

Ne sont-ils pas suspects ces médecins relativement solitaires qui s'occupent de pathologie de grand ensemble, malnutrition, épidémie, insalubrité, blessures de guerre, carence nutritionnelle? Même leurs diagnostics apparaissent flous et

perdent leur acuité. Carence affective et désordres graves de l'attachement ne font pas partie des diagnostics reconnus dans le DSM IV. Pourtant, la reconnaissance de tels syndromes éviteraient la multiplication pour un même patient des diagnostics reconnus, associés à des médicaments multiples, comme trouble de l'attention avec hyperactivité, retard dysharmonique du développement cognitif, troubles des conduites, troubles anxieux et dépressifs, etc.

Pourtant, sans sous-estimer le poids du discrédit extérieur exprimé envers le médecin œuvrant sans frontières, je pense néanmoins que c'est au cœur du médecin lui-même que le doute se fait le plus criant quant à la portée de son travail. C'est Rufin lui-même, donc, ce médecin sans frontières, qui parle des causes perdues. Le désespoir guette. J'en suis ainsi venu à penser que cette forme de contre-transfert de base révèle des phénomènes fondamentaux intriqués à la pathologie en cause. C'est ainsi, dans ce trouble du psychanalyste sans frontières, que j'expérimente des émois que mes patients et leurs accompagnants ont tant de peine à nommer, mais qu'ils me font bien sentir. Des émois qui ne se nomment pas, mais se ressentent comme un interdit de poursuivre, d'être là à ressentir malgré tout, comme si nous nous adonnions à quelque chose de futile ou de pervers.

Une impression s'est précisée avec le temps : le désinvestissement est le résultat ultime des traumatismes. Il s'exprime par l'impression que ça ne vaut pas la peine de parler, de comprendre, de réfléchir, de penser avec d'autres ou à propos de quelqu'un si blessé, si compromis, si traumatisé, de si hors diagnostic. Cela ne vaut plus la peine, c'est trop tard; quelque chose serait plutôt à *faire de façon urgente*. Voilà une expression, chez l'analyste, du désespoir qui a franchi les frontières de la psyché de l'enfant, qui n'a pas pu le circonscrire, le traduire et le communiquer en mots. Voilà aussi une expression, chez l'analyste, de ce que Racamier¹ décrivait comme la contamination de l'arène thérapeutique par la haine viscérale de toute forme de pensée apparaissant lorsqu'on s'occupe d'enfants de familles pour qui cet interdit de penser est gage d'impunité pour les abuseurs. Celui qui pense se sent alors paradoxalement comme celui qui abuse car il enfreint l'interdit de penser, et les autres interdits associés, notamment celui d'être psychologiquement séparé, donc de s'individualiser (des interdits qui sont tous des variantes d'une position transgressive face à l'interdit plus structurant de l'inceste).

Prendre le temps de penser

Lorsque j'entreprends un travail de consultation auprès d'une nouvelle équipe de soins, il m'arrive de me faire rappeler par des intervenants, qui doutent de mon approche psychanalytique, qualifiée de « folklorique et hors réalité », que je ne peux pas les aider concrètement. Heureusement, un peu plus tard nous constatons que des solutions créatrices et concrètes se sont imposées d'elles-mêmes peu après des rencontres de mise en commun affectives et associatives autour d'un enfant, avec une tentative de compréhension dynamique, aussi apparemment *flyée* soit-elle. Les intervenants n'ont pas tort lorsqu'ils me reprochent mon manque de représentation-but immédiate et concrète, mais il ne s'agit que d'un détour, un

temps de suspension au service de la pensée, pour envisager des solutions concrètes. Ils ont besoin de mon autorisation toutefois, par ma présence, pour soutenir leur droit à suspendre le temps et l'action pour penser. C'est dire que de l'intérieur d'eux-même, cette autorisation n'est pas assurée.

La clientèle d'enfants est le plus souvent issue de milieux familiaux où sévissent des troubles de personnalité et des perversions narcissiques chez les parents, et où s'exercent corrélativement des séductions narcissiques sur les enfants. Il n'est pas rare que, dans ces familles, opèrent des secrets innommables qu'il faut respecter sous peine de menaces d'abandon, voire de mort, ce qui induit inévitablement une terreur à penser par soi-même ou avec d'autres, peur importée par l'enfant dans son entourage de soins. Il s'agit là du contretransfert du milieu de soins. Et bien sûr, le contretransfert n'est pas conscient; les acteurs, dont je suis, ne le reconnaissent pas d'abord. Les signes sont indirects, mais la propagation peut être épidémique, comme la dysenterie dans un camp de réfugiés.

Un rôle dans l'équipe de soins

Ne soyons pas surpris que la psychanalyse soit repoussée comme voie d'investigation pour des pathologies qui manquent d'intériorité, qui ne permettent pas une névrose de transfert et qui s'extériorisent dans le comportement. Plusieurs analystes avant moi ont abordé ces questions². Sans se vouloir unique et suffisante, cette voie psychanalytique ne peut être juste dans son appréciation des problèmes présentés que s'il y a un travail d'équipe et une certaine réciprocité dans les échanges. Gilbert Diakine nous parle « d'un va-et-vient entre ce qu'on devine des fantasmes de l'enfant et ce qu'on subit de ses agirs ». L'analyste peut aider à deviner les fantasmes morbides présents mais les autres acteurs sont essentiels pour découvrir l'éventail des agirs en quête de sens. Claude Balier³, psychanalyste d'institution carcérale, écrit que le travail en commun permet un élargissement du champ transitionnel propice au développement des imagos portés par le patient.

Winnicott écrivait qu'un bébé seul, ça n'existe pas. Dans le traitement d'enfants présentant des troubles sévères et précoces du développement (faux selfs, états limites, troubles graves du caractère), un analyste dépositaire du savoir avec son patient, ça n'existe pas davantage. L'analyste isolé, par exemple, pourrait être trop attiré par les aspects névrotiques que le jeune peut lui présenter en rencontre individuelle. Il est donc important de rassembler toutes les facettes éparses que l'enfant jette activement aux quatre coins de son univers, pour y découvrir les indices de son fonctionnement non seulement névrotique, mais aussi psychotique ou dépressif.

Confronté à un milieu non analytique, les chances sont qu'on définisse malheureusement le psychanalyste comme une personne qui, à l'instar d'une certaine lecture de Freud abandonnant sa *neurotica*⁴, ne porterait attention qu'au fantasme, niant que la séduction puisse avoir eu lieu dans la réalité. Dans un milieu où la maltraitance existe bel et bien, que viendrait faire une analyste auprès d'un enfant qui a connu, par exemple, un abus sexuel ou le comportement violent de ses

parents? Bernard Durand⁵, psychiatre en milieu hospitalier, souligne ce problème technique des psychothérapies d'enfants ou d'adolescents victimes d'abus : « On ne peut pas écouter le discours d'une adolescente victime d'inceste comme on écoute les fantasmes œdipiens d'une adolescente, et si je souligne cela, c'est que malheureusement cette manière de procéder qui n'aide en rien la victime et même contribue à renforcer la dimension traumatique, se rencontre trop souvent... La non prise en compte de ce réel constitue un obstacle à un travail psychothérapeutique, tout autant que le fait de réduire le sujet à la seule dimension de victime ».

Penser que l'analyste n'a rien à faire là dans le traitement des pathologies de l'extériorité, c'est méconnaître tout le chemin parcouru par Freud⁶ et ses successeurs depuis 1897. C'est méconnaître toute l'évolution de la pensée psychanalytique sur les prérequis de la symbolisation. C'est méconnaître les avancées réalisées sur les effets du traumatisme, les carences représentationnelles consécutives et les manières d'y pallier en traitement.

Nous savons maintenant qu'un fantasme subjectivé, organisateur des universaux du psychisme, ne se construit qu'à la condition que l'enfant soit à l'abri d'un traumatisme du même ordre⁷. Ainsi le fantasme œdipien ne se construit par l'enfant que si ce dernier ne subit pas l'inceste. Les écrits psychanalytiques contemporains se penchent particulièrement sur les carences de la représentance fantasmatique⁸ et la prédominance en cours de traitement de traces mnésiques de sensations et de traces perceptives, avec le danger associé de collapsus entre les deux registres du réel et du fantasme, chez tout patient ayant connu des traumatismes précoces⁹. La reconnaissance clinique de ce type archaïque de traces mnésiques a une grande pertinence dans le traitement des manifestations de la maltraitance¹⁰.

L'enfant se souvient alors davantage en actes ou en sensations qu'en souvenirs mis en mots. En bon traumatophile, il nous réclame ainsi sa dose de trauma, comme une demande addictive faite à l'autre d'être le support d'une projection primaire, d'être l'acteur maltraitant ou maltraité situé à l'extérieur de lui, qui aurait par ailleurs la capacité de l'entraîner vers le chemin des mots, vers son propre récit. Son tissu mémoriel effiloché, il nous réclame de penser, à partir de notre place observante, à une scène qui risque de nous pétrifier tout autant que lui dans une sorte d'arrêt sur l'image. Il nous réclame une reconstruction éprouvante, en acte d'abord, en mots ensuite, d'une scène traumatique qui appartient à son histoire mais vient s'actualiser sous une forme concrète entre lui et nous. L'enfant se présente donc à nous à travers une action, en quête d'un interprète sensible aux codes préverbaux. Ce n'est qu'après avoir intérioriser cette fonction interprétative qu'il saura à son tour nous traduire en mots le fantasme soustendu par son action¹¹.

Un exemple clinique : le débordement d'un jeune garçon

Un jeune garçon s'est enfermé seul dans une toilette, a ouvert grand le robinet, a bouché la cuvette et a provoqué une inondation. On a dû le sortir de là par des manœuvres extraordinaires et pas mal de dégâts. Doit-il bénéficier d'un autre plan

de traitement, rien ne marche? de médicaments additionnels, il ne répond à aucune contention même chimique? d'une autre unité de soin? « Nous n'en pouvons plus et nous passons en cour bientôt, et nous n'avons qu'une heure de discussion parce qu'il y a des retards, et tout devrait être décidé d'ici la fin de la rencontre ».

Nous sommes huit autour de la table, éducateurs, travailleur social, chef d'équipe et moi. Comme vous voyez, la quantité est au rendez-vous, elle pèse. En arrière-scène, les parents font pression pour que l'équipe réussisse des miracles pour changer leur enfant, tout en disqualifiant ouvertement les intervenants. Il y a aussi les pressions administratives, syndicales et budgétaires pour hâter les processus. Devant toutes ces questions en rafale que viennent de me poser les intervenants, donnant l'impression de ne pas trop y croire ou de me les refiler en totalité, je ne peux qu'offrir mon écoute alors qu'on attend de moi des éclaircissements.

Je demande : « Parlez-moi de lui, de vous. Quelle est son histoire, la vôtre avec lui? » Je sais que mes questions ont quelque chose d'intolérable, qu'elles s'ajoutent au trop plein, qu'elles sont reçues comme une sorte de gifle sadique, une fin de non recevoir, et non comme une voie de solution. Nous pouvons, par surcroît, compter sur l'enfant carencé et ses parents pour nous faire oublier que cet enfant-là a une histoire dont il n'a pu faire encore un récit. Il agit comme un comédien qui donne souvent la même représentation, sans savoir qui est l'auteur de la pièce. Par la voie de la contrainte de répétition, c'est là une forme de dénonciation en acte, à son propre insu, des traumatismes subis mais non remémorés .

L'enfant et ses parents, quand ce n'est pas l'institution et ses acteurs, nous collent à l'événementiel, nous inondent par leur débordement, nous font croire que tout est à l'extérieur de leur pouvoir de penser. Pour le moi fragile de l'enfant, cette décharge dans l'actualisation a un effet parexcitant devant l'émergence d'un fantasme intolérable. Mais la décharge n'est pas une défense exclusive à l'enfant. Les intervenants, analyste inclus bien sûr, sont tous à risque, dans ces moments de grande pression, de décharger, entre autres sur un mode activiste, éducatif, pédagogique ou intellectuel. Le défi, c'est de décoller tous ensemble de l'événementiel, alors que les hémorragies externes et internes font rage.

Ça coule, ça déborde, ça envahit tout l'espace pour penser, il n'y a plus que des litiges, il n'y a plus que des urgences. Pourtant, il doit bien y avoir quelque chose en amont qui crée ce flot intarissable, et quelque chose qui manque pour contenir ce flot, une digue psychique quelconque, un sens organisateur. Dans la discussion, certains éléments prennent forme : l'abandon d'un parent qui interdit tout autre attache affective, la décision intempestive du juge avec le retour soudain de l'autre parent abuseur mais supposé miraculé, la perte d'une éducatrice accompagnatrice, le changement de clientèle de l'unité de soins, la raréfaction des rencontres avec ce jeune et entre nous à son sujet.

Introduire un espace pour la subjectivité

Mais la discussion ne révèle pas ce que l'enfant lui-même aurait à dire de ce qui se passe. Cette mise à l'écart du sujet de la carence ne peut pleinement s'expliquer que par les effets de ses défenses de désobjectivation : le jeune n'est pas sujet de ses actes et de ses pensées, mais le produit des actes et des pensées des plus grands. En contrepartie, intervient un contretransfert omnipotent courant chez les soignants : le fantasme de l'enfant innocent et victime, où est nié l'activité de celui-ci dans l'entretien de sa carence, ne serait-ce que par l'usage de défenses inadaptées. Ce contretransfert omnipotent nous fait devenir plus responsable que l'enfant lui-même de sa réparation; il a pour corollaire le fantasme d'avoir endommagé l'enfant. Dans une telle situation, qui voudra le premier en parler?

De ce cas à peine évoqué dans sa complexité, je voudrais que vous reteniez que le plus difficile, c'est d'abord de contenir mes doutes à moi. Mes doutes, amplifiés au cours de ce type de rencontre de synthèse, sont indicateurs de ce qui traverse le champ des soins : les doutes de tout le monde. Je dois m'opposer à la force d'attraction de ce puissant circuit d'action-réaction, manège dans lequel nous ne sommes plus que des choses soumises à un arc réflexe plus grand que nous, vertige masochique où seuls l'investissement et l'entretien de la souffrance semblent avoir de l'avenir. Pour en sortir, je n'ai d'abord d'autre solution à proposer que d'interposer l'espace de la réflexion commune, grain de sable qui fera peut-être ralentir l'engrenage.

Par cette proposition réitérée, me voilà devenir dépositaire de la demande d'exploration psychanalytique. Dans ces moments critiques, l'injection de ma propre libido s'avère nécessaire, je m'offre pour ainsi dire en objet d'étayage. Pour moi, et je le dis souvent aux intervenants, la chose la plus terrible qui puisse arriver, c'est que la détresse du jeune reste obstinément silencieuse malgré le bruit qu'il fait, malgré les débordements, et surtout à cause des débordements. C'est donc dire qu'il nous faut éviter une réaction intolérante et savoir importer un espace de jeu, aussi artificiel peut-il apparaître, dans lequel on va se comporter à la manière d'un enfant qui tente de jouer même si les parents s'engueulent, même s'ils se lancent des assiettes, même si la police va bientôt venir. Suspendre volontairement et temporairement le temps afin de départager ce qui est à l'origine de cette désorganisation chez l'enfant et dans son environnement.

Nous aurons à distinguer l'œuvre des traumatismes externes et internes. Des traumatismes externes, il faudra identifier celui plus ancien dénié, ou encore monté en épingle pour faire écran à celui plus récent engendré par le plan d'intervention; il faudra les départager, ces traumatismes externes déterminants, de ceux internes activés par tantôt des événements malheureux, mais tantôt aussi par des événements heureux inducteurs de conflits de loyauté ou inducteurs d'un sentiment de transgression inimaginable.

Quel que soit le déclencheur, la montée d'un conflit interne chez l'enfant, qui a peine à le contenir psychiquement, peut à lui seul générer des passages à l'acte, imposant la conviction que tout vient des événements externes et que les solutions ont essentiellement à être concrètes. Le surinvestissement de la réalité extérieure

est un recours défensif puissant devant un monde interne devenu inquiétant, difficile à contenir, trop excité. L'accrochage au percept sert de soutien aux équilibres internes menacés, et ceci non seulement chez l'enfant, mais aussi chez les soignants, en favorisant un contre-investissement du monde interne anxiogène. De plus, une position d'omnipotence peut être récupérée par la négative, souvent même sous un mode addictif. Cette fascination par le négatif conduit à des impasses mortifères et masochiques, mais délivre momentanément de bien des angoisses d'impuissance et de bien des affects dépressifs¹².

Rétablir les frontières qui manquent

Lors de ces « descentes aux affects pénibles » en équipe, nous sommes ainsi conduits à remettre des frontières là où il en manquaient cruellement, parce que la pathologie elle-même est de nature à brouiller les frontières et à empêcher qu'il s'en crée. C'est la pensée qui est compromise. La première frontière paraexcitante pour penser devient une importation. Elle commence par un refus de savoir et de répondre dans l'immédiat.

Revenons à notre jeune garçon, celui qui en « met plein le dash » aux dires affectueux maintenant de son éducateur, qui depuis deux rencontres d'équipe a pu reprendre contact plus étroitement avec le jeune : il est maintenant décrit plus calme qu'auparavant, sans qu'on puisse dire exactement ce qui a provoqué l'amélioration du tableau. Nous imaginons bien qu'il y a un lien entre la mise en commun difficile faite en équipe, l'apparition de cette frontière, le « dash », dans le discours de l'éducateur et l'apaisement de tension observable. Mais on ne sait pas toujours comment le changement survient, ce qui peut offenser les esprits scientifiques en mal d'explications claires, nettes et quantifiables; ce qui ennuie ceux qui croient exclusivement à des programmes de formation brefs et des protocoles prêt-à-porter¹³.

Que dit notre jeune peu après l'inondation, sur son propre fonctionnement psychique? Dans le discours intime tenu à son éducateur, l'événement heureux, pour moi, c'est qu'y apparaît un « je » et des mots bien à lui : « Le problème quand j'essaie de me retenir de tout éclabousser, c'est que je télécharge dans ma tête ». Ces petits mots évoquent une séquence qui peut ressembler à cela : être en soi à l'intérieur, être une monade, fermer la porte, être dans une toilette, se cacher, se toucher, s'isoler pour se soulager en l'absence de l'autre, interdit du plaisir qui exclut l'autre et le convoque en pensée et non en acte, symbolisation impossible et désymbolisation, se retenir et retenir, avoir de la merde dans la tête, faire pipi partout, inonder mais ne pas pleurer, convoquer le filet de sécurité, ça déborde, on ne sait plus qui déborde, et dans un contenant qui a été fermé comment? qui a été ouvert comment?, par qui?, par quoi?, alimenté par un robinet qui n'arrête pas de déverser dans un trop petit contenant qui n'a pas la capacité de vidanger à mesure, et il faut qu'il se cache, le petit, et qu'il s'enferme dans un espace clos pour protéger lui-même et les autres des débordements pulsionnels, des débordements d'amour, de haine, de terreur, etc...

Se limiter dans un espace illimité

Ce que j'essaie de communiquer, c'est un autre élément de mon contre-transfert : combien il est éprouvant pour un analyste de se limiter dans un espace si illimité. Les analystes s'affairent d'ordinaire à débusquer, sous les symptômes discrets ou tapageurs, la vision de soi et du monde qu'entretient l'enfant, où dominent l'illusion, les fantasmes, les processus de projection et d'introjection, un mode de raisonnement logique inachevé ou perturbé. Ils aiment, à l'abri d'un cadre protégé, plonger profondément. Ils souhaitent pour eux et pour leurs analysants prendre le temps qu'il faut (le temps des mouvements subjectifs, qui n'est pas le temps chronologique), dans un espace limité pour que la psyché puisse s'étaler et qu'on puisse mieux en suivre les mouvements illimités¹⁴. Ils aiment prendre ce temps-là pour ne pas le perdre dans des expédients.

La marge de manœuvre est ici tellement plus limitée. Les pressions étranglent l'espace. La carence fantasmatique des jeunes (avec les carences cognitives, voir l'addendum) et les multiples intrusions d'agirs désymbolisants compromettent d'autant le cadre d'une exploration confortable du monde interne.

Et le temps manque. Ce jeune qui « télécharge dans sa tête », je n'en entendrai peut-être parler qu'une dizaine de fois en deux ou trois ans, je le verrai à quelques reprises peut-être, puis, du jour au lendemain, il aura changé d'institution. Il y aurait eu tant à faire, tant à analyser au plus près, dans un cadre plus analytique, avec des troupes plus nombreuses, plus formées et plus stables. Or, rien de tel. Que du possible.

Il reste à espérer qu'avant son départ, le jeune aura eu la chance de faire l'expérience de la survie du milieu de soins, suffisamment pour lui permettre de prendre le risque de fantasmer notre disparition sans qu'elle s'impose à lui de l'extérieur par des changements trop hâtifs de projet de vie. En d'autres mots, il faut espérer que le milieu lui aura permis la constitution de la névrose traumatique¹⁵ qui avait avortée antérieurement, comme en faisait foi le recours à l'agir. Le jeune apparaîtra plus malade, à ce moment charnière de son traitement. Les intervenants seront inquiets d'avoir affaire à un enfant non plus agissant mais fou cette fois : « Il ne va pas mieux, il va mal, il fait des cauchemars, il a l'air bizarre ». Pour l'analyste, de sa position excentrique, c'est là un moment de se réjouir, puisque nous avons l'indice de l'organisation d'un traumatisme en deux temps¹⁶, la manifestation d'une topique interne.

À partir de ce carrefour, l'enfant, avec notre accompagnement parexcitant, aura moins besoin d'évacuer en action sur une scène externe ce qu'il ne pouvait antérieurement mettre en rêve traumatique, mais seulement reproduire à l'infini (névrose de destinée). Une mise en représentation intérieure est devenue possible. Au milieu du champs de bataille interne pulluleront des scènes sado-masochiques de monstres, machines infernales, policiers assassins... La terreur se li(e)ra sur le visage de l'enfant, avec dans son sillage un vent de panique chez les intervenants. Il sera alors important de reconnaître que l'enfant organise maintenant sur un mode actif mais fantasmé ce qui avait été vécu cruellement sur une mode passif et traumatique. Il aura besoin maintenant que le milieu soit capable de l'accompagner

d'une nouvelle manière. Concomitamment, l'enfant deviendra aussi plus disponible à une approche psychothérapeutique adaptée.

Et voilà, c'est dans ces conditions de renoncement qu'un enfant d'institution rencontre une psychanalyste sans frontières. Le renoncement à une approche plus complète et satisfaisante, l'analyste le partage avec l'enfant et son entourage, péniblement. À petits pas, en devant continuellement élaborer les forces destructrices, en questionnant les pièges de l'agir et de la désymbolisation, ils pourront cheminer ensemble, chercher à penser un peu l'immensité de tout ce qu'il leur manque et de tout ce qui a manqué, de tout ce qui est cassé ou miné, pour défricher une voie de réparation.

Addendum :

Les effets cognitifs de la maltraitance

Les répercussions de la maltraitance ne touchent pas seulement les relations affectives. L'analyste œuvrant en institution sociale doit aussi s'intéresser au développement cognitif des jeunes, en particulier aux perturbations discrètes ou massives des processus de symbolisation ou de désymbolisation. Pour certains enfants, l'opération additive $1 + 1 = 2$ s'avérera impossible à symboliser tellement ils éprouvent des difficultés avec la représentation mentale de l'union fusionnelle qui fut orageuse dans leur histoire précoce. Imaginez leurs difficultés de rapprochement avec un éducateur, imaginez leurs problèmes de mathématiques et d'hyperactivité à l'école, imaginez leur difficultés à toute forme d'expérience et de représentation de la triangulation. Pour d'autres enfants, l'opération soustractive $2 - 1 = 1$ ravive toute représentation de perte catastrophique. Imaginez leurs crises émotionnelles ou leur inhibition phobique de pensée à la perte d'un accompagnateur pour une simple fin de semaine ou lors de l'introduction de la soustraction à l'école.

L'analyste cherchera ainsi l'origine de la contamination affective et fantasmatique au sein des activités mentales que d'autres voudraient logiques, aseptiques, purement cognitives, et sublimées.

Par ailleurs, nous savons que, pour qu'il y ait capacité symbolique, il est nécessaire que l'enfant ait fait l'expérience de la continuité de l'objet de soins et l'expérience continue du « je », ainsi que celle de l'opposition entre ce qui est dans les limites de son Moi en devenir et ce qui est au dehors. La conservation de la représentation mentale de ce qui n'est pas immédiatement dans le champ perceptif est nécessaire, comme la possibilité d'évoquer le parent absent, pour ensuite évoquer tout autre objet absent, même un objet cognitif.

Chez l'enfant, tout fantasme de destruction de l'objet, $2 - 1 = 1$, ou du je, $1 + 1 = 2$, s'organise en même temps que s'acquière la continuité narcissique et objectale. Encore faut-il que, dans la réalité objective, l'objet ait été suffisamment survivant et continu pour que l'enfant puisse se payer le luxe de rêver et de fantasmer, c'est à dire qu'il puisse faire disparaître le parent et le faire apparaître concomitamment en fantasme.

Par exemple, pour qu'un enfant puisse se permettre le fantasme « un parent est battu¹⁷ », et ensuite, « un enfant est battu », il lui faut faire l'expérience de pouvoir battre le parent en pensée, tout en continuant de rencontrer un parent non battu, et bien vivant, dans le réel. En même temps qu'il fait peu à peu la différence entre ce qu'il pense et ce qui arrive en dehors de lui, l'enfant craint de moins en moins de s'offrir des fantasmes sadiques ou masochiques. La clientèle d'enfants ayant connu des abandons de parents trop faibles, ou des agirs pervers de parents impuissants risque de n'avoir recours qu'à des agirs sadiques ou masochiques, à défaut de pouvoir établir un espace de jeu fantasmatique.

Iorraine Boucher
4000, marcil
montréal, qc, h4a 2z6

Notes

1. Racamier, P.-C. 1995, *L'inceste et l'incestuel*, Paris, Éd. du Collège.
2. Braunschweig, D., Lebovici S., VanThiel Godfrind, La psychopathie chez l'enfant, dans *Psychiatrie de l'enfant*, 1969, XII : 1-106. Gilbert Diakine, *Psychopathie chez l'enfant et chez l'adolescent, Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, tome 2, Paris, PUF., chapitre 49, 1985.
3. Claude Balier, Comportements violents transgressifs, proximité de la psychose, *Psychanalyse et psychose*, n° 1, 2001, 51-64.
4. S. Freud, lettre à Fliess, du 21-9-1897.
5. Bernard Durand, Brève réflexion d'un praticien hospitalier, La maltraitance, dans la *Revue Psychanalyse et Enfance du Centre Alfred Binet*, n° 27, décembre 1999, p. 179-181.
6. S. Freud, note en bas de page de 1924 sur son article de 1896, Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense : « la séduction conserve toujours une certaine importance étiologique et je tiens encore aujourd'hui pour exactes certaines de mes opinions exprimées dans ce chapitre ».
7. Nathalie Zaltzman, L'inceste est-il une notion psychanalytique?, dans *L'inceste*, Paris, PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse, 2001, p. 57-74.
8. Pierre Fédida, La sexualité infantile et l'auto-érotisme du transfert, dans *Sexualité infantile et attachement*, Paris, PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse, p. 181, « le traumatisme concerne une attaque de la créativité du fantasme ».
9. 62^e Congrès de psychanalystes de langue française, Bruxelles, mai 2002, Transformations dans l'analyse, de quelques figures de transformation : de l'intersychique à l'intrapsychique, et chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle.
10. Jacques André, L'unique objet, dans *Les états limites*, Paris, PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse, 1999, p.14 : « Dans le fond, il n'y a jamais de carence pour un nourrisson; pour lui c'est toujours trop, toujours traumatique. La carence est un point de vue d'observateur... L'excès de son cri (au bébé) ou son silence en témoigne ».
11. Jean Laplanche, Sexualité et attachement dans la métapsychologie, dans *Sexualité infantile et attachement*, Paris, PUF, p. 78 : « On voit comment on peut dire que « la séduction est la vérité de l'étayage ». Non pas que je dénie la fonction active de l'enfant, comme symbolisation, fantasmatisation, et ceci dans l'*après-coup*. Mais cette activité porte sur des messages déjà

compromis par le sexuel, en provenance de l'autre-adulte. C'est même du fait de cet aspect énigmatique du message adulte que l'enfant est incité à développer une activité insolite de « traduction ».

12. P. Jeammet, *L'énigme du masochisme*, Paris, PUF, coll. « Petite Bibliothèque de psychanalyse », 2000.
13. Il y a une grande différence entre, d'une part, nourrir des auditeurs d'enseignement et de conseils, et, d'autre part, rencontrer les intervenants pour les écouter, tendus, excédés, découragés ou opposants, de manière à leur permettre d'apprendre à partir de cette expérience en partie d'origine contretransférentielle, inhérente au métier, et en partie d'origine individuelle. C'est tout le domaine du travail de l'outil-personne(s), c'est-à-dire le travail sur le fonctionnement d'équipe percutée par le jeune et sa famille, mais aussi sur le fonctionnement individuel lorsque chacun est ébranlé dans une part fragile de lui-même. Ces enfants ont appris très tôt certaines stratégies perverses d'évitement de leurs conflits internes par la voie habile de l'excitation de nos propres failles individuelles et collectives. Les dérapages contretransférentiels présenteront les mêmes couleurs que ces stratégies, ils seront tout aussi pervers : l'évacuation de toute référence au monde psychique interne, l'extériorisation des conflits, l'inhibition de pensée, le désespoir rebel omnipotent et maniaque, l'agitation autoexcitatoire dans l'action-réaction plutôt que dans le plaisir autoérotique (normalement associée à la capacité de jouer avec les concepts de soins), ou, plus dangereusement, le retrait dépressif menant au désinvestissement objectal, signes avant-coureurs, au sein de l'équipe, de certains dangers de suicide imminent dans l'unité de soins.
14. Jean Imbeault, *Mouvements*, Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 1997.
15. S. Freud, *Les névroses traumatiques*, 1920
16. S. Freud, *L'esquisse*, 1895
17. L. Boucher, Un parent est battu, *Filigrane*, volume 9, n° 2, 2000, p. 35-53.

Références

- Imbeault, Jean, 1997, *Mouvements*, Connaissance de l'inconscient, Editions Gallimard,.
- Freud, S., 1920, *Les névroses traumatiques*.
- Freud, S., 1895, *L'esquisse*.
- Boucher, L., 2000, Un parent est battu, *Filigrane*, volume 9, n° 2, p. 35-53.