Parentalisation du soignant et soins aux enfants autistes à Abidjan

Anna-Corinne Bissouma, Lawrence Yapi

Dans Cliniques 2020/2 (N° 20), pages 108 à 122
Éditions Érès

ISSN 2115-8177
DOI 10.3917/clini.020.0108

Article disponible en ligne à l'adresse
https://www.cairn.info/revue-cliniques-2020-2-page-108.htm

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)



© Henriette Browne, *The sisters of Mercy*

« Concernant la nomination du soignant, il se présente comme « tonton » ou « tata »
suivi de son prénom ou d'un diminutif, ou est appelé comme tel par l'enfant ou les parents.
Cette appellation ouvre à une forme d'intimité relationnelle et affective
qui place le soignant dans un jeu de séduction. »
Anna-Corinne Bissouma et Lawrence Yapi

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

Parentalisation du soignant et soins aux enfants autistes à Abidjan

Parentalisation of the Caregiver and Care of Autistic Children in Abidjan

Anna-Corinne Bissouma
Lawrence Yapi

On dit souvent que l'Africain est un être d'émotion, et les relations qu'il tisse avec les différents partenaires de la relation, quel que soit le milieu où il est, sont souvent basées sur ce principe. Ainsi le patron ou la personne âgée sont appelés « papa, maman, le vieux, la vieille… ». Tout adulte et tout aîné est placé d'emblée dans une relation parentale affective avec celui qui est soit plus jeune soit subalterne (Djo et coll., 2011). Cela peut s'observer dans le milieu professionnel et notamment à l'hôpital dans la relation soignant-soigné.

L'expérience de mise en route d'un hôpital de jour pour enfants autistes à Abidjan a été l'occasion que se mettent en œuvre des modalités de soin et de relation qui ont placé l'équipe soignante dans une nouvelle dynamique. La direction psychanalytique qui a marqué l'ouverture du centre s'est montrée insuffisante et peu accessible au pragmatisme

Anna-Corinne Bissouma, pédopsychiatre, docteur en psychologie, Institut national de santé publique, BPV *47 Abidjan ; annabissouma@yahoo.fr*
Lawrence Yapi, psychologue clinicienne, maître-assistante, UFR LSH*, département de psychologie, université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan,* BPV *34 Abidjan ; lawrys@hotmail.fr*

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

contextuel. Les activités se sont alors enrichies : activités adaptées des thérapies d'échange et de développement, activités de langage et apprentissages scolaires, ateliers-classe PRÉAUT adaptés au contexte ivoirien, activités structurées et cognitives, activités manuelles, activités sensorielles, activités sportives… Le développement de l'activité soignante dans le service avec la nécessité d'accueillir les enfants deux fois par semaine pour cinq heures de temps de prise en charge, a installé l'équipe dans une relation de proximité qui est tout à fait nouvelle pour chacun. Cette proximité avec l'enfant-patient entraîne des modalités relationnelles qui estompent les limites et la neutralité pour placer les uns et les autres dans une position émotionnelle et familiale. Si l'équipe avait déjà été mise à rude épreuve par les modifications de pratiques professionnelles qu'il fallait adopter pour mettre en place l'institution et les mutations nécessaires au jeu relationnel (Bissouma et coll., 2019), un des principes édictés était la bienveillance et la neutralité sans appropriation aucune des patients comme cela pouvait se voir antérieurement dans le soin en pédopsychiatrie à Abidjan. Cette nouvelle dynamique mobilise différemment les professionnels dans leur relation aux parents d'enfants avec autisme. Le handicap de l'enfant a un impact négatif sur les finances, la santé et la vie sociale des parents, mais aussi sur leur vie psychique avec des troubles de la santé mentale. Les mères sont souvent tenues responsables du handicap de leur enfant, qui est la pomme de discorde (N'dri et coll., 2018). Le positionnement des parents est difficile et douloureux. Au cours des consultations de pédopsychiatrie, on peut observer comment le parent a du mal à se positionner à l'égard de l'enfant avec autisme : rejet ou surprotection, difficultés d'évocation, chosification… sont autant de processus qui témoignent d'une place parentale en souffrance. Ainsi, la place que les parents ont du mal à occuper du fait du handicap et de l'anomalie que porte l'enfant semble accueillir le soignant, mais au péril de quoi ?

UN SOIN AUX LIMITES DE L'INTIMITÉ

L'ouverture du centre Marguerite Té Bonlé en juillet 2017 a offert de nouvelles possibilités de soin dans les troubles autistiques en Côte d'Ivoire.

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

Au nombre de toutes les nouveautés auxquelles les soignants ont dû se confronter, il y eut, entre autres, celle d'apprendre à être des référents. Le cadre mis en place, tout en essayant de correspondre aux recommandations internationales, a dû s'adapter à la dimension culturelle de la relation adulte-enfant qui veut qu'en Afrique, d'une part tout adulte est parent pour tout enfant et d'autre part qu'un enfant n'appelle jamais un adulte par son prénom au risque de se montrer malpoli (Erny, 1933 ; Ezembé, 2003). Concernant la nomination du soignant, il se présente comme tonton ou tata suivi de son prénom ou d'un diminutif, ou est appelé comme tel par l'enfant ou les parents. Cette appellation ouvre à une forme d'intimité relationnelle et affective qui place le soignant dans un jeu de séduction. C'est un jeu relationnel admis malgré les nombreuses ambivalences qui sous-tendent ces relations. Les soignants occupent ainsi une position familiale par leur nomination.

Dans ce contexte, force est de constater que les relations tissées dans le service entre soignant-soigné-parent, consciemment ou insidieusement, agissent dans le soin et dans l'engagement des soignants à l'égard de tel ou tel autre enfant. L'apparition du langage verbal chez un enfant est vécue comme un succès personnel par le soignant qui l'accueille comme une offrande. Les comportements-problèmes de tel autre enfant sont vécus douloureusement prenant le soignant au corps avec répulsion, l'enfant étant perçu comme non gratifiant. Au fil des soins, au gré du temps, nous constatons un attachement plus fort des soignants envers les enfants qui évoluent ou qui ont la capacité de manifester des signes de reconnaissance (en nommant le soignant, en lui faisant une accolade chaleureuse que nous appelons *atoû*). Les soignants s'offusquent des caprices d'un enfant ou sont plus prévenants ou plus tolérants quand ils ont pu tisser une relation avec l'enfant. Nous constatons que la relation de soin prend la forme d'une relation affective qui n'est pas toujours examinée. Comment accompagner l'équipe pour travailler ces questions de positionnement et de nomination, de distance affective et de soin, afin de limiter les désillusions inhérentes à l'activité de prise en charge des enfants avec autisme notamment quand un comportement-problème apparaît ou que l'évolution clinique n'est plus aussi notable que précédemment ?

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

De par sa manière d'aborder la relation avec le patient, le soignant est dans un lien affectif qui le place en position parentale. Le couple parent-enfant est devenu, le temps du soin, un couple soignant-soigné que le parent a du mal à réguler (comme nous le verrons dans les vignettes cliniques). L'anomalie de l'autisme qui a plongé le parent dans un monde d'étrangeté et de souffrance agit également au niveau de la relation, par les perturbations des interactions sociales qu'elle a mises au-devant du trouble de l'enfant mais aussi par les nouvelles modalités relationnelles qu'elle impose. Le parent éjecté de sa place et privé de sa toute-puissance par son impuissance ou sa difficulté à établir un lien avec son enfant perd de son panache et s'infantilise en se soumettant aux impératifs du soin qui place le soignant en position de sachant, d'agissant, d'acteur et de puissant. Le parent, affaibli dans sa parentalité, cherche et s'appuie sur une figure indexée ou auréolée d'autorité, de pouvoir de réparation : la figure du soignant. C'est ce qui se joue au centre. Le parent n'est pas le régulateur du couple soignant-soigné mais se met lui-même en position infantile car il a besoin du soignant pour réparer-éduquer son enfant et il est dans un rapport duel avec le soignant. Le parent est également dans cette position régressive car il attend. Il attend que son enfant en devienne un et qu'un jour, il puisse en être le parent. L'assise éducative de l'enfant n'est plus le seul apanage du parent, mais celle du soignant et de l'institution. Ainsi la relation ré-éducative s'«affectivise » et la relation thérapeutique perd de sa neutralité.

Une autre anomalie relationnelle qu'engendre l'autisme est liée à la position même de l'enfant. En Afrique et en Côte d'Ivoire, l'enfant est le plus petit élément de la hiérarchie familiale, le dernier maillon de la chaîne. Il est celui qui doit respect et obéissance, ses sentiments et points de vue sont sous le diktat de l'adulte. L'individualité de l'enfant est peu prise en compte, il fait partie d'un groupe au sein duquel il doit trouver sa place (Djo et coll., 2011). Les diktats de l'autisme sont tout autres et la prise en charge des troubles appelle une prise en compte de l'individualité de l'enfant, de ses intérêts et de son plaisir. Obéir à l'enfant, faire ce qu'il veut, le suivre dans son développement, ne pas le forcer mais tenir compte de son plaisir sont autant d'impératifs d'une prise en charge adaptée qui écorche l'adulte (qu'il soit parent ou soignant) dans sa perception de ce qu'il faut faire pour

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

un(e) enfant. L'enfant avec autisme phagocyte. L'autisme phagocyte et prend au corps. Ce qui rend difficile la position de l'adulte c'est toute cette étrangeté. En se rendant proche de l'enfant, le soignant humanise la relation et la normalise un peu. On peut se demander quels sont les effets psychiques, sur l'adulte et sur l'enfant, de ce changement de positionnement ou de cette confusion qui place le soignant sur un fil rouge à la frontière de la discordance face aux dualités, aux bizarreries et aux ambivalences induites par le fait d'être un adulte africain aux ordres d'un enfant.

Nous avons plusieurs fois constaté, au cours des réunions de synthèse, comment cela pouvait être douloureux psychiquement pour les soignants de renoncer à leurs idéaux pour suivre l'enfant dans ses intérêts ou ses pérégrinations dans le service. Pour tenter de soulager la souffrance des soignants, une supervision a été mise en place, pratiquement au forceps. Dans les services de psychiatrie en Côte d'Ivoire, c'est une activité qui n'existe pas. Pour la mettre en place, il a fallu trouver un psychologue qui accepte de soutenir l'équipe bénévolement, puis convaincre les soignants du bien-fondé de cette supervision. Des séances d'analyse des pratiques, de gestion du stress avaient déjà été organisées sans pour autant que le personnel n'en tire grand bénéfice. Cela est, pour nous, le fait de nombreux freins inconscients qu'il nous faudra analyser. Au bout de trois séances, la supervision agit sur les processus de pensée et les soignants commencent à prendre un peu de distance pour analyser la dynamique de soins. Ils gardent cependant une certaine réserve qui rend difficile l'insight. Pour l'heure, et pour ne pas trop bousculer leurs assises narcissiques, nous faisons avec.

L'enfant autiste qui, au fur et à mesure de son évolution dans le soin, s'humanise et montre des compétences, en devenant un enfant sous le regard du soignant peut, peut-être, redevenir un enfant pour le parent. Est-ce réellement le cas ? Le caractère irrémédiable du handicap, malgré l'évolution favorable de l'enfant, maintient la brisure du miroir parental. En se faisant tonton ou tata, est-ce une tentative inconsciente pour le soignant d'en colmater les brèches ?

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

Ce que la clinique nous donne à voir et à entendre

Deux situations cliniques ont ouvert la voie à la réflexion sur la parentalisation du soignant comme nous l'observons dans notre contexte.

Max qui n'entend pas la voix de sa mère et qui écoute une voix-autre

Max, 6 ans, était non verbal et très instable au départ de sa prise en charge. Il avait moins de six mots qui jaillissaient à l'improviste. La mère, épuisée psychiquement par l'errance thérapeutique, avait répété plusieurs fois au cours du premier entretien médical : « Il ne m'écoute pas, ça m'épuise, c'est comme si ma voix ne passe pas. » L'arrivée de ce patient dans notre service correspondait aux prémices du projet. La prise en charge a d'abord été orientée vers la stabilisation de l'enfant et l'instauration d'une relation. Réduire son instabilité et susciter chez lui le plaisir de venir au centre ont donc été les premiers leviers que nous avons essayé d'actionner. Le cadre mis en place était assez souple, l'enfant étant accompagné dans son exploration de l'environnement et dans ses jeux. La mère se plaignait souvent de la liberté que nous lui accordions. Nous avions fait le choix de travailler sa subjectivité et d'essayer de susciter du plaisir chez lui pour que le regard apparaisse et qu'une relation de soin puisse naître. Progressivement, Max s'est saisi du dispositif. Son instabilité s'est suffisamment réduite pour que des activités d'apprentissage puissent se mettre en place. Le regard est présent et il manifeste de la joie à venir au centre. Au bout de près de onze mois de prise en charge, un jour il demande de l'aide à la soignante pour ouvrir son casier. En réunion de synthèse, celle-ci verbalise sa joie d'avoir enfin pu entendre une phrase émise par Max : « Docteur, mais… quand je l'ai entendu parler j'étais tellement contente que j'ai failli sauter et le prendre dans mes bras pour l'embrasser ! »
Les progrès de Max sont notables : il reconnaît tous les soignants et peut les nommer. Les éducateurs se réjouissent en réunion des compétences nouvelles qui apparaissent. L'émotion et l'affection sont palpables dans leurs propos.
Quelques mois plus tard, un incident survient. Max est au trampoline, il est en avance, alors il joue. À l'heure du début des activités, sa mère l'appelle à plusieurs reprises pour qu'il descende du trampoline,

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

prenne son sac et rentre dans le service. Ses tentatives sont infructueuses. Elle essaie de l'agripper sans succès. Il ne tient toujours pas compte de la voix maternelle. L'éducatrice référente sort pour inviter Max à rentrer. Il obéit instantanément. Sa mère s'énerve et dit « Quand c'est elle tu réagis, quand c'est moi tu ne m'écoutes pas ! », propos sur lesquels rebondit une autre maman en disant : « Vous, les enfants – là c'est comme ça que vous êtes, vous écoutez les tontons et les tanties mais vous ne faites rien avec nous ! » Parentalité en souffrance, qui crie sa douleur de ne pas être. Mais aussi jalousie ou rivalité qui pointent du nez car le soignant semble réussir là où le parent se sent en échec.
L'éducatrice est perturbée par ces propos. Elle se sent indexée, prise en grippe alors elle en parle à la réunion de synthèse. En réunion, nous évoquons les modalités relationnelles entre soignant-soigné-parent et la lutte implicite pour être « parent » de l'enfant et obtenir de lui des compétences. Les soignants ne comprennent pas ce que ces mamans leur reprochent si ce n'est qu'eux arrivent à faire avec l'enfant et les parent n'y arrivent pas (jalousie parentale ?). C'est tout là le problème. En prenant en soin l'enfant et en arrivant à le faire progresser, le soignant se rend coupable d'un double vol : il a pris la place du parent et il lui a pris son enfant puisque c'est lui que l'enfant reconnaît comme adulte éducateur.

Nicolas qui s'accroche à « Papa Koffi »

Nicolas, 5 ans, est verbal. Il est suivi au centre depuis une année. Depuis quelque temps, ses conduites d'opposition ont cédé le pas à un attachement fort et exclusif pour un soignant au point qu'il refuse de partir du centre à la fin de son temps de prise en charge. Il l'appelle « papa Koffi » et s'accroche à lui. Dès son arrivée le matin, il ne veut travailler qu'avec cet éducateur, fait une crise quand une autre personne cherche à le solliciter. C'est une autre soignante qui en parle en réunion, sur le ton du reproche à l'égard du soignant concerné comme si celui-ci avait caché une information capitale. C'est une information capitale.
La réunion de synthèse aborde alors la question de la nomination et du lien qui se tisse entre soignant et soigné. Le changement de nomination du soignant qui n'est plus tonton mais est devenu papa est

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

questionnant. De façon assez courante, dans notre contexte culturel, le tonton peut devenir papa ou être appelé comme tel quand les liens qu'il entretient avec celui qui le nomme sont très forts. Est-ce ce à quoi nous assistons dans le soin ? Le fait que Nicolas appelle l'éducateur « papa » est mal vécu par la majorité des soignants de l'équipe de l'hôpital de jour. Médicalement, nous prenons la paradoxale décision de laisser faire le temps, de voir ce qui sous-tend cette modification et les effets d'une relation privilégiée sur la réduction des comportements-problèmes de Nicolas (caprices, refus d'obéir, crises clastiques à chaque changement d'activité et de salle, agitation motrice et refus de travailler avec un autre soignant que Koffi…). Cette nouvelle appellation met à nu la question de l'intimité dans la relation soignante. Celle-ci est-elle le prix à payer pour voir évoluer un enfant avec troubles autistiques ?

Ces vignettes cliniques montrent comment le soignant en occupant une position parentale vient faire effraction dans la triangulation relationnelle entre les partenaires que sont le père, la mère et l'enfant. Les « je » sont en jeu et l'intimité induite par les soins réguliers et la proximité relationnelle met en question la place de chacun.
Quelle lecture pouvons-nous faire de ce que nous avons observé ?

La méta-organisation psychologique de la relation soignant-soigné

Dans une perspective métapsychologique, l'organisation de la relation montre que le soignant s'invite voire s'impose dans / par le geste (technique thérapeutique) et le verbe (la parole pédagogique et éducative) dans le triangle de la parentalité. Consciemment et inconsciemment, il vient signifier aux parents qu'ils ne sont pas des objets totalement bons, totalement capables et totalement parfaits parce qu'ils ont engendré un enfant avec une anomalie. Il vient signifier encore que lui, soignant, est doté de savoirs et de compétences aptes à arranger, refaçonner, réduire cette anomalie. Il est dans ce triangle en position d'autorité, de pouvoir. Ce pouvoir il le tient de ce qu'il sait de l'anomalie de l'enfant, de la dénarcissisation parentale (l'enfant-anomalie les stigmatise et les désinscrit dans un lignage et dans l'illusion de

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

postérité), de la perte de repère des parents par rapport à l'éducation et de leur incapacité à inscrire leur enfant dans le social normalisé. Il est encore dans le pouvoir par ce qu'il sait en vrai ou en supposé sur la prise en charge thérapeutique, en parole et en action de l'enfant-anomalie, de l'enfant, de l'anomalie et par extension des parents.

Dans l'étrangeté de l'ambivalence, le soignant parentalisé par les parents et l'enfant est en position de toute-puissance. Par son statut, il met en position « basse », subalterne, secondaire, le parent qui vient démuni lui demander de l'aide pour son enfant et dans un glissement perceptible lui demander de l'aide pour redimensionner sa fonction parentale. Aimé et silencieusement détesté – du fait des mouvements intrapsychiques –, le soignant réactive des affects agressifs du parent contre l'enfant-anomalie avec qui il ne parvient à rien et moins encore à communiquer, contre lui-même par des mouvements d'autoflagellation, de dépréciation et d'étayages bancals, et contre l'environnement qui est implacable, scrutateur et indexant.

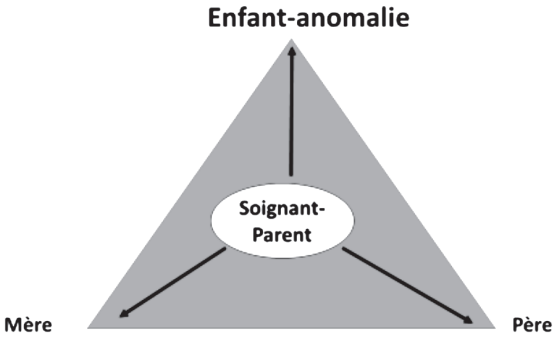


Figure 1 : Figure du triangle réinventé

Perçu et parfois vécu comme dénarcissisant, déphallicisant selon les prérogatives du triangle œdipien (Freud, 1914), le soignant est le tiers augurant d'une certaine castration phallique précisément en ce qui concerne la capacité quasi mystique de créer un humain idéal sans anomalie et de l'inscrire dans des modalités transgénérationnelles, transnominales, de créer l'un des maillons dans le réel qui traversera le temps d'une prétendue pérennité ou pérennisation de soi, ici

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

maintenant, et pour toujours comme cela est évoqué par Lebovici (1996). Le surgissement de l'enfant-anomalie hypothèque et suspend l'intemporel d'une part, et fait apparaître d'autre part, un trou dans le triangle dans lequel s'insère un Autre étrange, étranger, sauveur avec un pouvoir réel ou supposé de redistribuer les cartes de la parentalité. Tiers intermédiaire entre les parents et l'enfant, tiers intermédiaire entre les acteurs dans le couple, tiers intermédiaire entre les parents, l'enfant et l'environnement externe (société, famille, institution).

Un trou dans le triangle qui met en lumière le trou dans la psyché individuelle des acteurs de la parenté initiale. Ce trou dans la psyché c'est celui de la défaillance et de l'incontournable vérité sur la finitude, l'anéantissement. Le trou n'est pas qu'espace, il est topique dynamique dans laquelle s'écoule, s'active, s'échange toute une économie libidinale passive agressive. Un trou tel un vortex dynamique déroulant les ellipses d'une spirale vertigineuse d'où le soignant fait cale et redonne à tort ou à raison un espoir de solution. La métaphore du vortex symbolise le mouvement, la dynamique, l'échange pulsionnel actif-passif et permet de comprendre que les parents sont pris dans une spirale.

Mais cette parentalisation, cette autorité et ce pouvoir de sauveur sont une responsabilité à double tranchant. L'espoir que cette position fait naître n'est pas neutre et comme tout vortex le soignant peut être aspiré et anéanti. Il est anéanti par la fabuleuse demande d'aide, la fabuleuse demande de soin, la fabuleuse espérance de lendemains chantants, la fabuleuse discordance de ses postures. Sa position, ne l'oublions pas, est celle d'une bande, d'un trou à combler et dans une posture délicate d'éducateur pour l'enfant face à son autisme, d'éducateur de l'enfant face à ses parents (nominations, places et rôles), d'éducateur des parents face à la particularité de leur enfant et de fait face à leur très spécifique parentalité. Comme le montrent les flèches du schéma de la triangulation, ce trou occupé par le soignant est central et polydirectionnel. Il est central et expansionnel car il s'exprime dans le temps du soin, dans le temps de l'éducation, dans le temps de sa parentalisation accidentelle, dans le temps de la coparentalité.

Kaléidoscope métaphorique, le soignant en perd son latin. L'enfant-anomalie le nomme et l'affective, le déplace de sa simple mais non moins complexe place de soignant, il le statufie et l'inscrit dans une dynamique bien au-delà du soin. Il l'introjecte et en le mordant

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

parfois, il l'incorpore. L'enfant-anomalie redimensionne le « qui aime bien châtie bien ». Il le fait sien. En l'incorporant et l'introjectant l'enfant-anomalie s'affilie et affilie le soignant, il le fait père/mère au nom d'un fils/fille. Le soignant introjecté devient, par la signifiance de l'appropriation qu'en fait l'enfant-anomalie, un sujet apparenté. Il y a comme un percept de mis au pied du mur et de fait accompli. La relation d'affiliation est renchérie par les parents qui donnent en héritage leur enfant à soigner. Cependant, ce legs inconscient du parent au soignant fini par effracter sa psyché dès lors que l'enfant parentalise le soignant. La réussite du soignant nommé tonton, tata, parfois papa ou maman, souligne l'échec cuisant des parents géniteurs à être légitimés. Ainsi, le parent se sent-il disputé sur son terrain du fait de l'autoaffiliation de l'enfant à cet Autre maître-d'œuvre du soin. Mais peut-on pour autant parler de rivalité entre le parent et le soignant ? En effet, comme nous l'avons évoqué dans le cas clinique de Max, le soignant semble réussir là où le parent est en difficulté. Les propos de certains soignants, en réunion de synthèse, évoquent parfois leur capacité à faire, à réussir, contrairement aux parents « qui ne savent pas et ne savent pas faire ». Ce mode de pensée peut ouvrir à de la maltraitance institutionnelle pour les parents, dépossédés de leur enfant. C'est une question à travailler.

Du côté du soignant une foultitude de mouvements intrapsychiques, intrasubjectifs percutent son étant. Sa posture de soignant le met dans une drôle de position : celle du parent héros malgré lui à la fois aimé/haï, de parent malgré lui d'un enfant parfois ni aimé ni haï inscrit dans une co-parentalité souvent houleuse. Et cependant, perdure l'exigence du devoir qui ordonne cet insolite chaos. Devoir de faire tout et parfois l'impossible, devoir d'être tout et souvent davantage. Ce trou dans la triangulation et dans les psychés a un goût de folie organisée qui tient curieusement la route. Une route qui ne signifie pas une linéarité parfaite bien au contraire ! Comme le triangle borde le lieu et les mouvements de la folie de la coparentalité, la route distribue les étapes, les distances à imposer et d'autres à atteindre, les obstacles en termes de plaintes et de confrontations.

En effet, la relation soignant-soigné(s) ressemble à un véritable parcours d'épreuves et d'éprouvés. Au niveau des plaintes, on va retrouver celle du parent qui se sent dénarcissisé par son propre enfant

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

et déparentalisé par un phénomène inconscient ; on va retrouver celle de ce soignant dénaturé et sur-investi, celle de cette institution reformatée au rang de famille. Ce qui se joue ici est inévitablement la question des identités et du conflit d'intérêts. Effectivement, chaque acteur-adulte semble perdre quelque chose de son identité sociale. Cette identité que chacun a pris soin de construire, de valoriser et d'imposer au socius en tant que rôles, fonctions et statuts. Ces « je » individuels officiels qui par l'impromptu d'une anomalie se collectivisent et s'engagent dans une lutte de pouvoir, arasant les frontières des identités propres pour faire officier un « nous » étriqué courant dans le temps d'un soin à l'autre, dans le temps d'un soin pour les autres. Au niveau des confrontations et des conflits d'intérêts, on va retrouver la double vêture du parent-institutionnel qui n'est pas de la même trempe que la vêture du parent-généalogique. Double habit qui met le soignant en position d'équilibriste pour performer d'extraordinaires aptitudes et conditions de prise en charge pédagogiques, éducatives et affectives d'enfants non-à-soi et continuer à exercer l'éducation ordinaire de ses enfants-à-soi. À n'en point douter, l'une ne manque pas de trancher parfois avec l'autre.

L'enfant et l'anomalie dans tout ça, comment s'en sortent-ils dans ce triangle troué que leur survenue concomitante a généré ? À l'observation et à l'expérience, l'enfant avec son anomalie tire son épingle du jeu. Probablement parce que son « je » n'est pas toujours opérant selon la norme sociale ni selon le diktat d'une psychologie qui personnifie l'individu au terme de sa détermination dans le reflet du miroir subjectivant et sujetissant, l'enfant n'est pas dans les turpitudes du jeu de dupes dans lequel s'abîment les adultes. Les écrits de Lacan (1966) approfondissent cette question. Sa dynamique pulsionnelle et interactionnelle est simple et linéaire, il est porteur d'un certain chaos (anomalie) ricochant contre des objets-sujets affectivés et nommés par lui en écho à un apprentissage minimal et/ou en cours. Il interagit avec ces objets-sujets par la rencontre qu'il fait avec eux et selon le champ de possibles de ses dispositions psychocorporelles. Il s'organise en interne en désorganisant l'environnement externe et le point de rassemblement de l'in et de l'out se trouve sans nul doute dans la trouée du triangle réinventé.

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

Conclusion

Les nombreux réaménagements dans notre pratique professionnelle pour arriver à prendre en charge des enfants avec autisme ont entraîné des modifications de position et certains déplacements. Constituée de soignants à la recherche de contenance, l'équipe peine, pour l'heure, à faire contenance pour les parents et à leur rendre le fauteuil qui leur appartient. La nomination des soignants, empreinte d'une forte connotation culturelle, vient matérialiser le trou et la césure que crée la présence du soignant dans le couple parent-enfant. Ce sont des questions que nous avons mises au travail tout comme la rivalité qui émerge de cette coparentalité du soignant à l'égard des parents de l'enfant. Ce travail psychique institutionnel pourrait se révéler comme garant de bientraitance pour les parents malmenés par l'autisme. Ainsi, travailler à ne pas devenir une institution persécutrice en incluant les parents dans le dispositif (Vuaillat, 2007), tel est l'enjeu de la nouvelle orientation des soins que nous espérons mettre en place dans quelques mois.

Bibliographie

Bissouma, A.C., Heymann, D., Janin-Duc, D. (2019). De l'œuvre de Daniel Dezeuze à la création d'une institution pour enfants autistes à Abidjan. *La psychiatrie de l'enfant*, 62, 337-351.

Djo, L.C., Baude, A., Mieyaa, Y. (2011). L'enfant et sa famille recomposée en Côte d'Ivoire. In C. Zaouche Gaudron (dir.), *Précarités et éducation familiale.* (p. 338-346). Toulouse : érès.

N'Dri, K.M., Yaya, I., Zigoli, R., Ayabakan, F.E., Ipou S.Y., Moke, B.L. (2018). Impact du polyhandicap de l'enfant sur les familles à Abidjan. *Santé publique*, 30, 135-141

Erny, P. (1933). *L'enfant et son milieu en Afrique noire*. Paris : L'Harmattan, 2e édition 1987.

Ezembé, F. (2003). *L'enfant africain et ses univers*. Paris : Karthala.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle* (p. 81-105). Paris : Puf, 1973.

Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1986.

Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In *Écrits* (p. 93-100). Paris : Le Seuil.

Lebovici, S. (1996). La transmission intergénérationnelle ou quelques considérations sur l'utilité de l'étude de l'arbre de vie dans les consultations thérapeutiques parent/

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)

bébé ». In M. Dugnat (dir.), *Troubles relationnels père/mère/bébé : quels soins ?* (p. 19-28). Toulouse : érès.
Vuaillat, S. (2007). L'enfant autiste et ses parents : un exemple de travail au sein d'un CATTP petits. *Perspectives Psy*, 3, (46), 256-266.

Résumé
L'ouverture d'un centre pour enfants avec troubles autistiques a obligé une équipe de professionnels ivoiriens à mettre en place de nouvelles modalités thérapeutiques. L'autisme et les soins mis en place ont induit une relation de soin empreinte d'affectivité, influencée par la culture africaine, ce qui s'entend dans la nomination du soignant. Nommé « tonton » ou « tata », cette appellation du soignant ouvre à la familiarité et à l'intimité en estompant la distance relationnelle inhérente aux soins. De fait, le soignant est placé ou se place en position parentale influencée par les étiquettes identitaires attribuées par les enfants. Doit-il réellement occuper cette place ? Les auteures questionnent aussi bien la distance relationnelle physique et psychique, le jeu relationnel et la triangulation qui se fabrique aux frontières de l'intimité.

Mots-clés
Relation soignant soigné, autisme, parentalisation, nomination.

Abstract
The opening of a centre for children with autistic disorders forced a team of Ivorian professionals to set up new therapeutic modalities. Autism and the care that have been put in place have led to an affective care relationship, influenced by African culture, which is evident in the appointment of the caregiver. Named "uncle" or "auntie", this naming of the caregiver opens up familiarity and intimacy by blurring the relational distance inherent in care. The caregivers are placed or place themselves in a parental position influenced by the identity labels assigned by the children. Should they really occupy this place?
The authors question the physical and psychic relational distance, the relational game and the triangulation that takes place at the frontiers of intimacy.

Keywords
Patient-caregiver relationship, autism, parentalisation, naming.

© Érès | Téléchargé le 30/06/2024 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 41.158.158.68)