puf

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

DE L'ŒUVRE DE DANIEL DEZEUZE À LA CRÉATION D'UNE INSTITUTION POUR ENFANTS AUTISTES À ABIDJAN

Anna-Corinne Bissouma, Dominique Heymann, Dominique Janin-Duc

Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant »

2019/2 Vol. 62 | pages 337 à 351

ISSN 0079-726X
ISBN 9782130821596
DOI 10.3917/psye.622.0337

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2019-2-page-337.htm

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.
© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

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.

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

DE L'ŒUVRE DE DANIEL DEZEUZE À LA CRÉATION D'UNE INSTITUTION POUR ENFANTS AUTISTES À ABIDJAN

ANNA-CORINNE BISSOUMA [1], DOMINIQUE HEYMANN [2], DOMINIQUE JANIN-DUC [3]

DE L'ŒUVRE DE DANIEL DEZEUZE À LA CRÉATION D'UNE INSTITUTION POUR ENFANTS AUTISTES À ABIDJAN

La clinique des institutions psychiatriques africaines est peu décrite et le processus de création d'une structure, du point de vue de la clinique institutionnelle, peu élaboré. La mise en route d'un projet d'ouverture du premier centre de diagnostic et de prise en charge des troubles envahissants du développement de Côte d'Ivoire en collaboration avec des équipes françaises ouvre à la possibilité de questionner l'institution et les processus qui l'amènent à prendre forme et vie. « Comment ça tient ? » À partir de cette question qui a surgi devant l'œuvre de Daniel Dezeuze s'est dépliée une réflexion autour d'une aventure institutionnelle en terre ivoirienne. Les auteures réfléchissent au processus de mise en place d'une institution pour enfants autistes et à ce qui s'est joué, après plus d'une année de cheminements multiples, afin que des professionnels parviennent à faire équipe grâce au nouage de liens et au désir.

Mots-clés : *Institution, autisme, Côte d'Ivoire.*

THE WORK OF DANIEL DEZEUZE AND THE CREATION OF AN INSTITUTION FOR AUTISTIC CHILDREN IN ABIDJAN

Clinical practice in African psychiatric institutions have been poorly described, and the process of creating a facility from the point of view of institutional practice has been explored very little. A new project to open the first center for diagnosing and managing pervasive developmental disorders in Côte d'Ivoire, in collaboration with French teams, has enabled us to raise questions about institutions and processes leading to their creation. A question arose from reading the work of Daniel Dezeuze: How does it work? This led us to reflect on an institutional adventure in Côte d'Ivoire. The authors discuss the process of setting up an institution for autistic children, and what has been accomplished after more than a year during which many paths were taken, so that professionals can work together by building connections and a shared desire.

Keywords: *Institution, autism, Côte d'Ivoire.*

En séjour à Grenoble en Isère (France) dans le cadre d'un stage de renforcement des capacités sur la psychopathologie et la prise en charge des troubles

1. Pédopsychiatre, Docteur en psychologie et psychanalyse, Institut National de Santé Publique, Côte d'Ivoire.
2. Enseignante spécialisée et psychopédagogue, ancienne élève de l'Ecole Normale Supérieure de Fontenay/Saint-Cloud, Docteur en Sciences de l'Information et de la Communication, France.
3. Psychologue clinicienne, DESS et DEA en psychopathologie clinique, Psychanalyste, France.

Psychiatrie de l'enfant, LXII, 2, 2019, p. 337 à 351

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

autistiques en novembre 2017 [1], il nous a été donné de visiter le Musée de Grenoble où était proposée une rétrospective des œuvres de Daniel Dezeuze. Parcourant les allées du musée, d'une salle à l'autre, à la découverte de son travail, une question s'est imposée : « Comment ça tient ? » « "Ça" quoi ? ». Ce « ça » transposé de l'œuvre de Dezeuze faisait référence au centre pour enfants autistes que nous avions mis en route à Abidjan (Côte d'Ivoire) en juillet 2017, et cela après une année de projet pilote. Une année de cheminement qui a révélé tous les écueils du vivre-ensemble professionnel, toutes les difficultés à faire corps afin de faire équipe pour des professionnels qui, tout en étant collègues de service, n'avaient jusqu'à présent jamais développé de liens de travail. Ils n'avaient jamais eu à se « partager » un patient, à s'investir à plusieurs dans une prise en charge, à s'inscrire dans un projet institutionnel et encore moins dans un projet thérapeutique, et au-delà à faire alliance avec les autres professionnels et la famille. En quelque sorte, la question du levier qui permet le travail institutionnel dans un établissement de soins psychiques et qui est le lien entre les différents professionnels ne s'était encore jamais posée faute d'institution elle-même. Le but de ce travail est de réfléchir à comment se sont mis en place les liens de travail pour faire exister une institution pour enfants autistes à Abidjan.

AU DÉBUT : UN CENTRE, MAIS PAS UNE INSTITUTION

Avant de nous engager dans le projet d'ouvrir un centre spécialisé pour enfants autistes, « nous » – c'est-à-dire tous ceux qui ont été embarqués dans l'aventure – travaillions dans l'unique centre de pédopsychiatrie de Côte d'Ivoire : le *Centre de guidance infantile* (CGI). Seul service de ce type dans le pays et logé à l'Institut national de santé publique (INSP), il a été créé en 1974 pour répondre à l'augmentation des demandes de soins psychiatriques pour enfants et adolescents (Bissouma, Anoumatacky, Te Bonle, Delafosse, & Fourment, 2013). Situé initialement hors les murs de l'INSP, c'est en 1994 que le centre a aménagé au sein de l'Institut. En 2011, le service a été détruit au cours de la crise post-électorale que connut le pays. Ce n'est qu'en octobre 2014 qu'il sera véritablement réinstallé et pourra reprendre pleinement ses activités. Les années et les évènements ont laissé des traces, les dysfonctionnements sont nombreux et les tentatives de reprise du gouvernail se soldent le plus souvent par un échec. Plusieurs raisons pouvaient expliquer la situation : absence de leadership médical, management difficile, absence d'esprit d'équipe, individualisme professionnel et procrastination, méconnaissance des valeurs instituantes du centre, pertes de repères, stress et *burn/bore out* pour bon nombre d'éducateurs, difficultés à penser le soin, afflux de demandes de soin et dépassement des capacités pour y répondre, absence de moyens, insuffisance de médecins, absence de certaines catégories professionnelles, méconnaissance de la psychopathologie infanto-juvénile pour les personnels

1. Sept membres de l'équipe d'Abidjan ont été accueillis à Grenoble par les co-auteures de cet article pour prendre part au stage d'observation « Psychopathologie des troubles du spectre autistique » organisé en collaboration avec le Centre hospitalier Alpes-Isère.

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

nouvellement affectés, difficultés à transmettre le savoir et les acquis de l'expérience, difficultés communicationnelles.

Autant de problématiques qui non seulement altèrent le fonctionnement institutionnel mais agissent négativement sur les relations interpersonnelles et la capacité à travailler. Pour essayer d'apporter une solution, des actions sont menées sans grands succès d'autant plus qu'il faut faire avec le deuil (décès du chef de service), ce qui aggrave encore la situation. C'est dans un tel contexte mortifère et délétère qu'une lueur apparait avec la mise en place d'un partenariat avec deux associations grenobloises : *Solidarité internationale Isère Autisme* et *Aide Médicale et Développement*. Un projet naît et prend forme, celui de créer le premier centre ivoirien de prise en charge de l'autisme.

En juin 2016, un tiers de l'équipe du centre est désigné pour travailler à la mise en place du centre autisme qui sera accueilli dans un bâtiment mitoyen. Les difficultés se présentent d'emblée. Certains travaillent depuis près de vingt ans et les plus jeunes fonctionnaires depuis au moins six ans. Ils ont toujours été plus ou moins autonomes, « s'auto-autonomisant », peu en lien avec le médecin sauf au moment de l'ouverture du dossier du patient, faisant rarement de point avec ce dernier et seuls à décider du contenu de la prise en charge. Les médecins aussi ne suivent que de loin l'activité des paramédicaux et toutes les tentatives de « regards » se vivent de façon éminemment intrusives. L'activité nouvelle qu'il faut préparer impose de nouvelles façons de faire, de penser et d'agir. Cela suppose de renoncer à la toute-puissance, mais pas seulement, car il est question de tenter de faire travailler ensemble des personnes différentes les unes des autres (ce qui est normal) mais aussi différentes dans la conception de leur rôle, dans la conception du soin et du travail, dans leur rendement et dans leur rythme.

C'est ce qu'il a fallu d'abord mettre au travail pour espérer pouvoir faire exister un centre et, au-delà, une institution. L'institution se définit comme l'action d'instituer, d'établir (un établissement d'enseignement par exemple), ou sur le plan juridique comme l'ensemble des règles régies par le droit, établies en vue de la satisfaction d'intérêts collectifs (organisme visant à les maintenir). C'est une norme ou pratique socialement sanctionnée, qui a valeur officielle, légale (*Encyclopédie Larousse*). C'est donc l'idée d'instituer, établir, règlementer, régir pour le bien collectif en un lieu, de faire cadre (cadrer et organiser les pratiques dans le lieu-dit). C'est aussi celle de lier, de se lier, de faire lien afin de faire exister un soin possible quel qu'il soit. Pour Serge Vallon (2004), l'institution c'est *« ce qui ne se voit pas de ce qui se voit »*.

Dans *Clinique de l'Institution*, Jean-Pierre Lebrun (2008) explore les différentes acceptions du mot « institution », en pointant les dimensions topologiques et chronologiques. L'institution peut être entendue comme l'action d'instituer ou ce qui est institué. Mais on emploie plutôt ce terme pour désigner « le lieu qui accueille ce qui est institué […], la structure même qui accueille ce dont elle a la charge ». Dans l'action d'instituer, Lebrun souligne la temporalité au sens où l'on met en place quelque chose qui n'existait pas avant. « C'est le fait d'inaugurer qui donne au premier, à l'aîné, à l'ombilic, son statut spécifique. D'emblée on entend la notion de commencement, et donc de commandement. […] Le terme même d'institution entraîne avec lui la notion de disparité implicite des places *via* la temporalité qu'il inclut. »

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

Pierre Legendre (2007) écrit : « Faire tenir, à l'instar du joint ou de la cheville qui fait tenir les éléments de la charpente, c'est l'essence de la fonction institutionnelle. » On pourrait ajouter les charnières, les poulies et autres dispositifs permettant qu'un jeu, un mouvement puisse advenir au sein du montage bricolé. C'est peut-être ce qui distingue une *institution* d'un *établissement* ou d'un *centre*, des lieux statiques et figés dans leurs fonctionnements. L'institution serait bien du côté d'une *fonction*, fonction instituante qui peut ensuite, sous condition, devenir institutionnelle. Cette fonction instituante – et cela a tout son intérêt dans l'expérience que nous sommes en train de vivre – répond à un impératif : celui de mettre en place un cadre, des références de soins et de prise en charge, des orientations pédagogiques, éducatives, thérapeutiques, des lois de fonctionnement, bref de faire des choix. Elle répond à un impératif structural : la nécessité de la détermination et de la différenciation. Nous sommes obligés d'inventer un cadre qui prenne en compte ce à quoi nous tenons pour ce lieu, son personnel et les patients auxquels il va se consacrer. Ce sont les modalités de fonctionnement de cette fonction qui nous intéressent ici : Quelle institution ? Quels seront les modèles ? Avec qui, où et comment ? L'espace et le temps, l'histoire, les références théoriques et cliniques qui sont nées ailleurs, le modèle de la famille, autant de repères structuraux pour une naissance qui, comme toute naissance, est aussi une promesse et un inconnu.

Qu'est-ce à dire ? Faire exister un centre, c'est avoir un local, le nommer et l'équiper ; c'est se mettre à y travailler d'une façon ou d'une autre et accueillir des patients. Mettre en route une institution, c'est interroger une pratique qui doit être pensée, des valeurs, une philosophie de soin, un cadre de collaboration, le tout vécu et porté par une équipe qui s'est donné un modèle et une loi pour travailler à apporter des soins aux enfants. Rien ne prédisposait à y parvenir tant les résistances étaient grandes.

C'est dans ce contexte que nous avons commencé à penser le soin, penser l'autisme, penser nos pratiques et à réfléchir à comment les moduler et les adapter à la problématique autistique pour avancer vers la création du centre, tout au moins s'y préparer.

Réfléchir à ce que nous renvoyait l'œuvre de Dezeuze nous a ouvert une lucarne sur une possible mise en penser de l'expérience que nous vivions en Côte d'Ivoire. Cette œuvre a été *tutérante* et constructive pour notre pensée car dans le contexte africain, nous avons peu de ressources sur lesquelles nous appuyer. En effet, en Afrique francophone, il n'y a pas d'institution pour enfants autistes (une telle initiative semble se mettre en route au Sénégal) et la revue de littérature est pauvre sur le sujet.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ŒUVRE DE DANIEL DEZEUZE : UNE MÉTAPHORE POUR UNE INSTITUTION

Daniel Dezeuze est un artiste français, né en 1942. Peintre, plasticien et sculpteur, c'est l'un des membres fondateurs du mouvement Supports/Surfaces dans les années 1970. L'exposition de 2017 à Grenoble s'intitulait « Daniel Dezeuze - une rétrospective ».

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

D'emblée on est saisi par la dimension énigmatique, anecdotique et réflexive qui pousse à se demander : « Mais qu'est-ce que c'est que ça ? » C'est une question qui est venue à l'esprit de tous les stagiaires africains présents à Grenoble en novembre 2017. L'art contemporain, nous n'y sommes pas tous familiarisés et face à la nouveauté, à l'étrangeté, la première réflexion a été : « C'est un fou qui a fait ça ! ? » Quelle est cette exposition de bric-à-brac, avec ces cadres de portes ou de fenêtres, cordes et grillages en tout genre ? Passé ce moment de stupéfaction, s'est offerte à nous une œuvre gigantesque qui invite au voyage, à la découverte de l'altérité et l'étrangeté, au regard sur des œuvres qui intériorisent et poussent à aller plus loin, à dépasser les limites de notre pensée pour ouvrir d'autres lieux, d'autres possibles. C'est une voie qui s'est alors ouverte pour réfléchir à notre centre avant même que s'inaugure le stage pour lequel nous avions bravé le temps, la distance et pour lequel nous subissions le courroux du climat.

Les murs blancs du musée, contre lesquels sont posées certaines œuvres, donnent à chacune une dimension de scène. Le cadre (de porte, de fenêtre) se fait tableau, se fait support, entre en jeu. Les murs blancs font crier les châssis qui s'y affichent et, de la blancheur qui se fait cadre et support, émerge une œuvre qui pose question. L'espace n'est plus neutre, il s'agite, s'avance, plonge, nous oblige à rester en éveil. Parfois, matériaux pauvres qui semblent abandonnés ; d'autres fois, pauvreté du matériel et des matériaux qui, liés à d'autres, se font enrichissement… et ça nous parle du lien et du *holding* et du *handling* de Winnicott. Ce travail quasi artisanal à partir de matériaux bruts, la tentative d'articuler différents objets singuliers, de créer des dispositifs cohérents avec des objets et outils de cueillette, toute cette démarche nous rappelle notre bricolage pour tenter de faire du lien dans le processus que nous avons entamé à Abidjan, aussi bien entre nous que dans nos démarches de soin et de prise en charge. Châssis et plastiques, grillages, panneaux extensibles, filets et claies interrogent sur la transparence dans l'institution et sur le cadre. La notion d'« *ajoure* » déployée par Dezeuze nous invite à interroger les notions de vide, de creux, de la limite dedans/dehors, de l'intrusion, de la traversée, du visible et du caché. Autant de questions à mettre au travail quand on pense une institution – a fortiori pour enfants avec autisme. L'espace est découpé, sculpté et l'artiste nous engage à le traverser. Les murs blancs contre lesquels sont adossés châssis et échelles limitent et dans le même temps libèrent. Ces murs font à la fois contenance et permettent l'exploration de l'espace contenu.

La production artistique de Dezeuze révèle aussi une déconstruction-construction à partir de matériaux usuels ou de rebuts réinventés, récupérés et réhabilités, détournés de leur fonction première. Matériaux transmués et transformés, qui dans le façonnage de l'œuvre questionnent volume et temporalité en matérialisant l'espace ; mais aussi trace, tracé, mouvement et énergie tout comme beauté, vie et mort s'interrogent (*Des extensibles et des échelles de bois souple*, 1970 ; *Les armes de poing et de jet*, 1980). Les valises fermées, faites de treillis dont la transparence fait rêver dans le sens où elle nous amène à imaginer ce que nous pourrions y mettre, ce que nous avons mis dans nos propres valises et finalement qui questionne sur ce que nos valises disent de nous, est une invitation au voyage songeur par une nuit de novembre. Nombreuses sont les œuvres construites, fabriquées, façonnées. Le lien ou le liant

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

qui faisait tenir ensemble des éléments disparates était tout aussi variable et parfois même incongru.

D'éléments hétéroclites il fait agencement et conception, il fait édifice et construction. Ce qui par nature n'est pas fait pour être ensemble s'assemble et se trouve légitimé par l'œuvre entière qui se donne à voir.

Les « *Objets de cueillette et réceptacle*s, confectionnés avec des bois, métaux, plastiques, cordages, objets usagés, divers, donnent une idée de la notion de braconnage. Ils servent à recueillir, de façon métaphorique, un nectar, un fruit ou un petit animal. […] Ils permettent au spectateur de glisser dans un univers marginal, situé à la lisière du leur. Le côté illégal de l'ensemble et le sentiment général de précarité suggèrent un nouveau statut de l'objet » (Skimao, 2017).

Les pièces sont uniques, chacune ayant sa spécificité, ses caractéristiques propres. Sont-elles belles ses œuvres ? Là n'est pas la question car ce qui nous a questionnés, c'est comment ça tient. Et qu'est-ce que ce « ça qui tient » et qui fait tenir, faisant de l'hétéroclite une œuvre harmonieuse. Alors nous rapportons ces réflexions et cette exposition à notre univers professionnel, d'une salle à l'autre en découvrant l'œuvre de Dezeuze, c'est le chemin de la création institutionnelle, dans le contexte de notre Afrique, que nous parcourons. Supports-Surfaces et cadre, voilà les pivots que nous voulons décrypter.

Son œuvre apparaît comme une métaphore du processus de création institutionnelle dans lequel nous sommes engagés à Abidjan. Que faut-il laisser voir du soin en institution et que devons-nous voir et regarder pour faire exister l'institution et prendre en charge les enfants qui déjà s'alignent à la porte ? Ce « voir » pose la question du fait clinique, du trait clinique et du fait institutionnel. Qu'est-ce que voir ? Qu'est-ce que le regard organise pour nous permettre de voir et d'instituer, aussi bien dans le soin à un patient que dans l'organisation d'une institution ? Les deux – clinique et institution – sont d'emblée liées dans toute prise en charge thérapeutique, éducative ou pédagogique. On peut aussi se demander quelle est la trame qui lie les soignants les uns aux autres.

À partir des réflexions qui nous sont venues, à l'aune de l'œuvre de Dezeuze, nous voulons penser le projet institutionnel dans lequel nous sommes engagés depuis plus d'une année.

NAISSANCE : FAIRE ÉQUIPE POUR FAIRE INSTITUTION

Dès les premiers jours de l'aventure, la question de mettre en place une équipe s'est posée. Des psychiatres et psychologues ivoiriens se sont alors prêtés au jeu de la formation. Avec altruisme, ils ont pris du temps avec l'équipe-en-devenir pour parler du soin aux autistes, de l'institution, de l'écoute et de l'accueil.

Ce temps théorique qui se déroula aux premières semaines de la mise en route du projet a été bénéfique mais a aussi agi comme catalyseur des angoisses. En effet, ces professionnels, sortis de leur zone de confort, extirpés parfois avec force d'un fonctionnement ancien problématique mais jamais questionné, délétère mais gratifiant par la toute-puissance et l'autocentrisme, ont été mis à part. Il faut faire un saut, oser le pas pour commencer un cheminement nouveau avec de nouvelles modalités de travail.

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

Les locaux devant accueillir le centre autisme n'étaient pas prêts, et même, il n'y avait à l'horizon aucun chantier qui annonçait l'espoir d'avoir un jour un local, et pourtant il fallait mettre en route le projet. Pourquoi mettre en place une équipe pour un projet encore incertain ?

L'administration s'était engagée à créer le centre au cours des rencontres avec les partenaires français, ceux-ci devaient venir pour une mission de formation ; alors, au forceps, il a fallu mettre en place une équipe. La mise en place de celle-ci s'est littéralement apparentée à un accouchement, contractions matérialisées par la douleur de devoir partir du CGI, quitter ses repères pour aller vers l'inconnu. Certains ont dit « oui » puis « non » puis « oui », dans la difficulté à s'approprier et à se représenter le projet ; un projet qui était comme un mirage, tant le personnel avait perdu sa confiance dans les institutions, la situation générale du pays y contribuant grandement.

Au bout de quelques jours, un groupe se met en place. Forcé de dépasser les limites propres, obligé de réduire les distances et les murs érigés pour lutter contre la déstructuration qui planait sur le centre, voilà un groupe d'individus appelé à devenir équipe. Une pédopsychiatre, quatre éducatrices spécialisées, un éducateur préscolaire, une psychologue formée à la psychopathologie de la vie sociale et une psychiatre bénévole commençant sa carrière par cette expérience première. Sept femmes et un homme. Très peu de liens préexistants si ce n'est la cordialité. Des locaux nous ont été octroyés, à l'arrière du Centre de guidance infantile (quatre pièces que nous avons organisées en un bureau médical, un bureau pour les soignants et deux salles d'activité). Nous y avons travaillé pendant treize mois.

Le plus souvent tous ensemble, littéralement recroquevillés les uns sur les autres, arrimés ensemble, nous avons lu, discuté de l'autisme, de ce qu'il fallait faire sans le faire, de ce qu'il fallait dire, sans le dire : tentative de comprendre l'autisme, la symptomatologie, le type de stratégie éducative à mettre en place (personne n'avait été formé à aucune des stratégies reconnues comme ABA [1], TEACCH [2]). De tout cela nous en parlions sans clinique, sans patients avec lesquels expérimenter ce que nous lisions ou pensions faire, aucun patient à prendre en charge pour s'enrichir et se nourrir de la clinique. Nous avons discuté de l'accompagnement des enfants et des parents, sans parents à accompagner. L'absence de réalité clinique, de cas clinique, agissait comme un tueur de volonté. Le projet était lancé et nous n'avions pas de patient, car il aurait fallu que les demandes de consultation nous soient adressées ou que l'équipe du Centre de guidance nous réfère les patients reçus pour troubles autistiques. Ce n'était pas le cas. Un fossé s'était créé entre l'équipe du CGI et la nouvelle équipe. Nos angoisses nous gardaient enfermés, le « corps à plusieurs » nous gardant de l'anéantissement qui semblait nous guetter (Chemla, Noël, & Caplet, 2007). Nous fermions la porte, qui était bouclier, par notre fonctionnement en quête d'assise et si nos anciens collègues n'avaient plus accès à nous, nous perdions insidieusement le lien avec eux.

Puis quand vient enfin le premier patient : sidération devant l'ampleur de son trouble et le poids de tout ce qu'il fallait mobiliser pour tenter de mettre

1. *Applied Behavioral Analysis* (ABA), ou analyse appliquée au comportement.

2. *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren* (TEACCH) (Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communi-

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

en place un soin. Cela a produit une grande désorganisation qu'il fallut travailler au corps-à-corps. En effet, le trouble autistique touche les soignants au corps, c'est-à-dire qu'il touche aux représentations, aux éprouvés, aux perceptions mêmes ou à l'intellect. L'instabilité de l'enfant bousculait tout autant.

Confronté à un savoir nouveau (dans ce sens que le savoir reçu des français semblait aussi étrange que leur chocobi [1]) et à toutes les notions et concepts amenés, le personnel était en proie à une grande confusion. Il avait appris pour repérer l'autisme à ne regarder que les signes de la série psychotique. Décalage de savoir car nous en étions encore à l'autisme de Kanner alors que le monde quittait les « troubles envahissants du développement » (TED) pour accueillir la nouvelle approche des troubles autistiques définit dans le DSM-V comme « troubles du spectre de l'autisme » (TSA). Pensant nous instruire, le savoir apporté augmentait les angoisses et était une grande source de bouleversements. Sans repères, il fallut en chercher et en créer. DSM-IV-TR d'un côté, recommandations de la haute autorité de santé française (HAS) de l'autre, confrontés aux conceptions psychanalytiques de l'autisme (le mot « pulsion » seul suffisait à donner mal à la tête), nous cherchions une bouée pour survivre sans la trouver. Naufragés du soin, d'un soin qu'il fallait concevoir, construire, penser et mettre en œuvre. Ainsi, avec l'arrivée du premier patient – qu'il nous a plu d'appeler « patient zéro » – nous allions enfin pouvoir passer à l'action. Cet enfant de 6 ans en échec de soin – la mère ayant fait plus de cinq institutions sans solution réelle pour son fils – était un bien gros morceau pour commencer, mais c'est ce que nous avions sous la main-dent, alors nous nous y sommes accrochés et de la clinique qui s'est mise en place a émergé progressivement une possibilité réelle de travailler ensemble. Le « patient zéro » était le « un » qui ouvrait le champ du possible et la porte du soin.

Que s'est-il passé pour que ce qui était un échec prévisible et attendu, ce qui était une utopie et une gageure, prenne vie et sens ? Qu'est-ce qui finalement a fait lien entre des personnes qui n'avaient jamais travaillé ensemble, certaines s'évitant même ?

Un partage s'était installé dans la confrontation à la clinique du sujet, mais aussi pour tenir face à l'adversité et l'hostilité des anciens collègues qui ne comprenaient pas ce que nous vivions. Amour et haine envers ceux qui étaient partis pour se casser la figure, mais qui avaient réussi – à force d'entêtement ? fierté ? courage ? – à faire bonne figure au sort et à s'agencer les uns aux autres pour, finalement, voir éclore le centre rénové avec des locaux agréables et fonctionnels [2]. Cela a été formulé deux semaines après l'ouverture du centre par l'un des « déserteurs [3] » : « Docteur, le Centre est agréable et beau, il donne

cation associés), également nommé « éducation structurée », est un programme universitaire d'État développé dans les années 1970 en Caroline du Nord.

1. Mot d'argot utilisé en Côte d'Ivoire pour décrire l'accent français.

2. Le projet avait été lancé en juin 2016, les travaux de rénovation du local attribué avaient démarré en septembre 2016 pour s'achever en mars 2017 ; mais nous n'avons pu commencer à l'occuper qu'en juillet 2017.

3. Éducateur spécialisé, nous lui avions demandé de prendre part à l'aventure. Ses réponses ont été fluctuantes et divergentes : à J1 : « Docteur, c'est trop de travail et qu'est-ce qui nous prouve que vous serez capable de mener le projet à terme ? » ; à J2 : « Docteur, je veux vivre cette expérience » ; à J3 : « Je ne veux plus, je ne peux pas me séparer de mes patients » … et il finit par se faire affecter ailleurs un mois plus tard.

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

envie de travailler. Je ne croyais pas que ce projet verrait le jour […] je pourrais être bénévole ? »

L'équipe commence à exister en tant que groupe, la notion d'institution commence à prendre sens. En soutenant les identités de tous, l'institution institue – au sens où elle donne à chacun son nom, sa place et sa fonction. Elle institue une loi, des liens et des statuts identificatoires, dès lors l'individualisme cède du terrain. Elle ouvre à une possible conflictualisation en instaurant la différenciation, c'est ce que nous expérimentons.

Le lieu de notre exercice existe. Les valeurs sont là, tous n'y adhèrent pas encore. La loi, en tant qu'ensemble des principes qui dictent nos actions soignantes et notre pratique, a été énoncée, tous n'y obéissent pas toujours. Nonobstant, le projet prend forme, des renoncements pointent le nez face à la hardiesse de la tâche mais le processus est en marche.

UN PROCESSUS QUESTIONNÉ

Au départ, il s'est agi de travailler à plusieurs pour espérer arriver à travailler ensemble. Pour ce faire, et parce qu'il n'y avait aucune demande de soin (nous étions en attente que le CGI veuille bien nous adresser un patient, attente qui a duré de juin 2016 à mars 2018), l'accent a été mis sur la formation afin d'apprendre et de comprendre l'autisme.

Les exigences professionnelles ont été assouplies : souplesse dans les horaires de présence, chacun allant à son rythme pour lire la documentation fournie. Nous étions partis du CGI, mais nous étions toujours là puisque nous nous étions installés dans les annexes du centre. Le projet avait obligé les uns et les autres à déménager, à quitter leur zone de confort pour s'installer et s'enfermer dans les nouveaux locaux. S'enfermer ? Oui puisque nous passions des heures enfermés dans l'une des salles à discuter de ce que nous lisions, à nous former grâce à la collaboration d'intervenants extérieurs. La porte toujours fermée comme pour symboliser la mise-à-part, porte toujours sollicitée par nos anciens collègues qui ne cessaient de venir voir ce que nous faisions et qui raillaient le fait que nous avions mis l'accent sur la formation : « Vous allez finir par être musclés à force de vous former ! » La solidarité dans la difficulté, face à une adversité et une hostilité voilée (mais pas toujours), voilà un des premiers liants. Il fallait tenir ensemble, affronter l'afflux de stimulations intellectuelles, sensorielles, émotionnelles ; tisser de nouvelles alliances au détriment des anciennes ; faire front face à l'afflux d'informations qu'il fallait agencer, engranger. Travailler ensemble est une gageure.

Transversalité et Désir

L'article de Michel Villand (2001) témoigne de ce que nous aurions pu faire et de ce que nous avons tenté de faire. Au départ, nous avons invoqué la transversalité et le partenariat. Au lieu que les réunions se tiennent dans le bureau médical, un cercle a été formé pour pouvoir se parler et faire circuler la parole. Évoquer cette nouvelle organisation cristallisait les peurs et entrainait

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

des angoisses de perte d'identité professionnelle. Cela ravivait aussi les résistances. Pourtant, il fallait tenter d'horizontaliser les rapports pour casser les barrières de la défiance que les fonctionnements conflictuels anciens avaient érigées. Penser à l'équité, permettre à chacun en fonction de ses possibilités psychiques de donner le meilleur de lui-même. Trop réfléchir avait tendance à affliger les corps que nous observions toujours dans l'horizontalité ou à la recherche d'un appui. En effet, dès qu'une réunion commençait et avait tendance à trainer en longueur, certains membres de l'équipe s'affalaient comme s'ils avaient du mal à rester debout. Comment susciter le désir ? Comment, dans l'arrière-cour de cette mise en place, en creux, faire naitre le désir d'être soignant d'enfant autiste ?

Pour avancer, nous nous sommes référés à cette transversalité, à la parole comme fil qui nous lie les uns aux autres, parole souvent attaquée d'ailleurs de l'extérieur et de l'intérieur. Quelle valeur pour une parole qui dit qu'un centre existera, alors que rien ne se réalise dans les délais prévus ?

Pour Villand, la transversalité détermine un espace comme une tente. Cet espace psychique que nous peinions à voir advenir, nous l'avons acté et matérialisé dans l'enclos de notre service. Calfeutrés derrière la porte de la salle d'activité, fenêtre occultée, nous vivions cette aventure professionnelle dans un espace clos avec une porte close. Ce fut un travail douloureux pour arriver à faire que chacun prenne une place dans le corps métaphorique que nous tentions de faire naitre, et qu'en prenant une place chacun puisse se sentir à sa place (ce qui n'est toujours pas acquis et qui ne peut l'être que par moments, toujours à reprendre, à retravailler).

Les murs étaient enveloppe, la parole qui circulait entre nous faisait lien. Le savoir que nous tentions de mobiliser peut-il être assimilé à la toile qui porte et donne à voir, en tant que support, ce que nous construisions ? Ce savoir appris des « blancs », il fallait se l'approprier. L'autisme ce n'est pas dans les livres, c'est dans la clinique que se rencontre et s'expérimente ce trouble. Pour savoir il faut avoir vécu. Or le vécu transmis généreusement par nos partenaires français était trop empreint d'étrangeté linguistique et conceptuelle. L'Ivoirien lit peu, pourtant il fallait lire et jaillissaient alors les plaintes de céphalées. C'est à distance que nous avons pu vérifier les effets de cette tentative de savoir, et comment le savoir donné avait finalement été reçu : au cours de la présentation du centre aux autres services de l'institut, l'un des membres les plus taciturnes de l'équipe a pris la parole, bravant les dires qui parlaient des difficultés de soin psychique aux autistes en Afrique, pour littéralement déclamer que de tout ce qu'il avait appris en une année de formation, d'information, de réflexion et d'expérimentation d'une nouvelle forme de prise en charge, il était possible d'apporter une aide efficace aux enfants autistes en Côte d'Ivoire. Cette intervention est venue donner forme et vie à tout le chemin que nous avions parcouru.

Ainsi donc, le savoir a agi comme une trame enchevêtrant les uns aux autres : je sais, tu sais, nous savons et ce que nous savons nous rend différents de ceux qui n'ont pas parcouru le même chemin que nous. Être parvenus à saisir le sens du discours avait fait rentrer les membres de l'équipe dans une communauté de savoir et de pensée. Savoir partagé, distribué, transmis les uns aux autres, chacun devenant soucieux que les autres sachent autant que lui. Voici un deuxième liant.

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

En essayant d'organiser la structure, les lieux d'activité, les emplois du temps et les équipes, des échanges sont nés puisqu'il faut se parler pour pouvoir travailler ensemble, chacun n'étant plus seul face à la tâche, mais devant fournir un résultat à deux ou à plusieurs. Cela n'a pas été et n'est toujours pas évident.

Contextualisation du savoir

Il fallut mettre en place un autre élément du cadre : la loi en tant que règle de fonctionnement du nouveau service. Quelle loi érigée pour un soin qui n'a jamais été pensé en référence à la culture africaine ? Comment mettre en place un cadre quand rien n'a jamais été cadré pour ces professionnels, ou plutôt ne l'est plus depuis de nombreuses années ? Qui fait la loi quand il n'y a pas de philosophie des soins, quand la législation en matière de santé est désuète, inconnue et n'aborde aucunement les questions liées à la santé mentale ? C'est là où il fallut à nouveau faire jouer les savoirs. Le chef érige la loi, cette loi que nul n'est censé ignorer a du mal à s'enraciner car cela suppose à nouveau un changement de positionnement pour les acteurs. Par le passé, l'éducateur était en lien direct avec la famille du patient, il gérait seul son agenda. La loi dit : « Plus aucun contact direct avec les parents de l'enfant, sauf pour le référent » (un autre terme nouveau qui a toujours du mal à s'incarner).

La loi dit aussi que le diagnostic est médical et que les orientations du soin sont déterminées en équipe et soumises à validation obligatoire par le pédopsychiatre. Une pilule bien amère. Cela peut sembler surprenant, mais c'est par là que nous avons dû passer pour avancer vers la création du centre autisme. Cette loi édictée par le chef de service est régulièrement contestée, cela fait sûrement partie du jeu institutionnel. La parole du chef a-t-elle force de loi dans un contexte où rien n'est organisé, où l'environnement sociopolitique nous montre le peu de valeur de la loi et de la parole ? Ce sont autant d'ingrédients qui donnent du piment à cette expérience. Et finalement cette loi, comment peut-elle exister et vivre s'il n'y a pas de cadre conceptuel pour la porter ? Ceci ramène à ce qui a été dit plus haut sur l'institution et ce qui la rend possible, ce qui l'institue. La différenciation, de l'extérieur mais aussi de l'intérieur, est nécessaire dans le processus. Les places sont différentes et l'autorité est nécessairement portée par une personne, l'auteure. Rappelons que le terme d'autorité indique aussi bien ce qui interdit que ce qui autorise.

Personne avant nous, en Côte d'Ivoire et en Afrique de l'ouest, ne s'est aventuré sur le sentier que nous défrichons pour l'autisme. Point de modèle, si ce n'est des modèles occidentaux construits pour des enfants occidentaux alors que nous savons que notre regard sur l'enfant n'étant pas le même, il nous faut réfléchir aux modalités africaines du soin. Cette absence de système cadrant et encadrant, tout angoissant de prime abord qu'il puisse être, a été une occasion de voir émerger le désir, désir que la loi est venue réguler. Régulation obligatoire des désirs d'infanticide et de mort : avant, si le soin ne procurait pas de gratification au soignant, ce dernier se rendait alors indisponible ou arrivait à juguler sa frustration en espaçant les séances de prise en charge. D'être sous le coup de l'obligation de faire, ne pas pouvoir s'esquiver (il y a eu moult tentatives dans ce sens), devoir courir derrière un enfant, être face au

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

mur de l'autisme, jusqu'à réveiller des désirs de mort qui s'accommodent bien de notre contexte culturel où le châtiment corporel n'est pas réprimé. Il fallait être vigilant pour éviter cette dérive.

Pour limiter la désorganisation psychique qui s'installait lorsqu'enfin nous avons eu notre patient zéro, nous avons été amenés à franchir une autre étape, à savoir penser le cadre conceptuel. Comment penser un soin pour autiste en Afrique, dans un contexte où, malgré le nombre croissant de demandes de soin pour suspicion de troubles envahissants du développement, aucune véritable recherche sur la question n'existe encore ?

Les occidentaux nous offrent un modèle de soin, un soin pour autiste tel qu'ils le pensent, tel qu'ils le vivent, tel qu'ils l'expérimentent. Comment réussir ce « cadeau » sans se laisser aveugler et rester piégés dans le miroir, comme nos ancêtres africains à l'arrivée des colons ? Comment arriver à se décaler pour ne prendre que ce qui peut servir notre cause, l'utiliser comme une semence à arroser de nos savoirs propres (que nous avons mis une année à mobiliser) ? Prendre appui sur ce savoir, sur l'amitié franco-ivoirienne, sur le plaisir de l'échange et du partage, travailler à garder sa liberté de penser. Prendre ce qui nous semble adaptable à notre contexte. Voilà l'idée, contextualiser le savoir : une belle idée qui suppose que se mettent en place des mécanismes et une mécanique dont nous cherchons encore les pièces avec l'espoir que naîtra un jour un modèle ivoirien du soin aux enfants autistes. Comment faire pour que les membres de l'équipe ne se sentent pas ligotés mais liés les uns aux autres dans un plaisir commun et un désir à faire œuvre commune ? Autant de questions auxquelles il nous a fallu réfléchir.

Pour nous structurer et tenir ensemble, nous avons mis en place des liens de travail, des équipiers (équipe « prise en charge » et équipe « évaluation »), nous avons parlé ensemble pour pouvoir parler aux parents. Nous avons mis au travail nos différences. L'accueil de nouvelles personnes dans l'équipe est venu d'une part soulager le fonctionnement et alléger la charge, mais nous a également obligés à améliorer notre collaboration et à faire œuvre de transmission, d'échange et de partage et nous a obligés à suivre les règles de conduites, processus long et douloureux.

Il va sans dire que malgré la bonne volonté, la mise en route de ce centre ne s'est pas révélée être un long fleuve tranquille. Le cadre est régulièrement attaqué de multiples façons : lenteur dans l'exécution des tâches, refus de mise en place des recommandations, obstacles évoqués pour la non-mise en route du projet thérapeutique de tel ou tel patient, désir de se réapproprier une prise en charge par devers les autres.

Mutation, Transformation, Maturation

La résistance à la délimitation a été une autre difficulté qui a progressivement émergé. Du mouvement initial de transversalité et de transdisciplinarité, se sont insidieusement installées confusion et conglomération. À ce moment de l'histoire que nous écrivons, face à l'insuffisance de ressources humaines, s'est imposée à nous la nécessité que tous, quelles que soient les catégories professionnelles, apportent des soins aux enfants ; les nouveaux arrivants nous libèrent de cette obligation. Rester dans la masse protège d'une certaine façon – une nouvelle

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

identité semble avoir pris le pas –, être membre de l'équipe noie finalement toute velléité d'autonomie de penser et d'agir. En les invitant à faire équipe dans une institution placée sous la responsabilité d'un médecin, l'idée était que justement, parce que nous étions dans un service de soin, la responsabilité des actes devait être portée par le médecin. En les dégageant du poids décisionnel, ils se sont déresponsabilisés au point que toute sollicitation individuelle était, soit mal vécue, soit plaçait la personne en position délicate vis-à-vis des autres. Confier une responsabilité, accepter de l'assumer, c'est prendre le risque de sortir du lot, engagement que des paroles acerbes viennent tuer. Cela alourdit la tâche du médecin. C'est l'un des effets négatifs du processus en cours auquel il faudra réfléchir. La mise en place d'une supervision devrait aider dans ce sens, mais, pratique inconnue en Côte d'Ivoire, nous avons du mal à l'instaurer dans le centre.

Comme mentionné, travailler en équipe peut être ressenti comme une déresponsabilisation ; mais au-delà de l'imaginaire, celle-ci a été parlée, énoncée. Au départ, être placé en position d'apprenant par la nécessité de travailler et de lire a été très mal vécue et jugée comme infantilisante par les soignants, alors qu'ils avaient une longue expérience professionnelle (de six ans à dix-huit ans de carrière). Il apparaît, après plus d'une année de travail, que finalement cela pourrait se révéler psychiquement confortable. Alors un autre challenge s'amorce : lutter contre les désirs de non-séparation. Autant de luttes et de jeux de pouvoir, qui à notre insu tissent un lien entre nous.

De nouvelles questions arrivent : Comment donner une place singulière à chacun ? Comment conquérir la différenciation ? « La responsabilité du médecin responsable vis-à-vis de l'équipe est bien de permettre que chacun puisse y occuper sa place et assumer sa responsabilité, dans son métier, envers le patient » (Villand, 2001, p. 146).

Quand ce projet a démarré, la nécessité de changer les pratiques professionnelles et de modifier le positionnement des acteurs, mais aussi devoir apprendre comme un élève et renoncer au savoir acquis pour en chercher un autre, avaient mis à mal les assises narcissiques des membres de l'équipe. Après plus d'une année de travail et de rencontres avec la richesse de la nouvelle expérience professionnelle, les premiers signes d'évolution chez les enfants ont agi comme un baume. Explosion de joie et amélioration de l'estime de soi quand le patient zéro dit enfin ses premiers mots et que « aide-moi ! » fut énoncé : l'apparition des mots, c'est la naissance de l'enfant. Le sentiment d'y être arrivé est venu consolider le dispositif et les liens. Aujourd'hui c'est un agenda pour tous, géré par le médecin et le major [1]. Ce qui était vécu au début comme un rapport de domination commence à être perçu comme un rapport de force empreint d'équité où tous, portés par l'altérité, œuvrent de concert pour le bien collectif. Là commence à naître la fierté d'être soignant dans un centre pour enfants autistes.

Et c'est finalement peut-être cela qui nous a fait tenir ensemble, qui a permis que commence à prendre forme l'institution. C'est la naissance du désir de faire, du désir d'apporter une contribution. C'est l'opportunité à être pionnier qui s'est révélée. C'est la jouissance d'arriver enfin à entamer le mystère des mots/maux. C'est surmonter le vécu d'impuissance en arrivant à trouver les commutateurs

1. Cette fonction correspond à celle de « cadre » en France.

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)

du lien avec l'enfant et voir se réduire l'agitation ou l'agressivité, voir poindre un regard, entendre une voix et se laisser saisir la main.

Ce que nous avions dans nos valises, comme les valises de Dezeuze, c'était tout aussi bien l'envie de se faire une place ou un nom, le désir d'être pionnier, la volonté de montrer qu'on était capable que le souhait de changer d'air. Aujourd'hui nos valises se remplissent de courage, de plaisir à voir un soin et ses effets, mais aussi de pénibilité et de réalisme. Des ajustements sont en cours, de nouvelles pièces du puzzle se mettent en place.

CONCLUSION

Cette rencontre avec l'œuvre de Dezeuze est arrivée alors que nous avions « enfin » notre lieu de travail propre et que le soin commençait à prendre corps. Elle a été l'occasion de réfléchir au chemin parcouru.

Les difficultés sont nombreuses et épineuses dans le processus de construction du cadre de travail et dans la nécessité à penser le soin. Cependant, la rétrospective « dezeuzienne » nous montre que la route et le processus sont parsemés de pierres précieuses que nous pouvons utiliser pour monnayer de nouvelles avancées. Partant de l'œuvre de Dezeuze, nous avons compris que ce qui donne la possibilité de tenir debout, la dimension musculo-squelettique de notre entreprise, c'est le désir de faire œuvre commune. Ce désir fait lien et nous donne envie de contribuer à de réelles avancées, portées par la joie de voir que les premiers progrès des enfants agissent comme un carburant qui alimente notre moteur, comme un vent qui nous pousse au loin.

RÉFÉRENCES

Bissouma, A.-C., Anoumatacky, M., Te Bonle, M., Delafosse, R., & Fourment, M.-C. (2013). Psychiatrie et pédopsychiatrie en Côte d'Ivoire, une histoire qui s' écrit toujours. *La Psychiatrie de l'enfant*, *56*(2), 521-539.

Chemla, P., Noël, M., & Caplet, F.-R. (2007). Corps à plusieurs. Dans P. Delion (dir.) *Corps, psychose et institution* (p. 57-70). Toulouse : Érès.

Lebrun, J.-P. (2008). *Clinique de l'institution. Ce que peut la psychanalyse pour la vie collective*. Toulouse : Érès, collection Points hors ligne.

Legendre, P. (2007). *La Balafre*. Paris : Fayard, collection Mille et une nuits.

Skimao, C. (2017). Daniel Dezeuze. Consulté 7 avril 2018, à l'adresse : http://www.danieldezeuze.com/V2/PageGe/CadreContenu.php3?IdCours=16

Vallon, S. (2004). Pour une clinique de l'institution. *VST - Vie sociale et traitements*, *84*(4), 101-109.

Villand, M. (2001). Travailler à plusieurs. *Enfances & Psy*, *14*(2), 142-147.

Remerciements à Dr Anoumatacky APN Madjara (psychiatre), Dr Yapi Lawrence (psychologue) et Dr Beugré D. Jacques (psychiatre) pour le temps consacré aux renforcements des capacités de l'équipe, ainsi qu'aux associations AMD et SIIA.

Printemps 2018

Dr. Anna-Corinne Bissouma
Institut National de Santé Publique
BP V 47 Abidjan-Côte d'Ivoire
annabissouma@yahoo.fr

© Presses Universitaires de France | Téléchargé le 04/12/2022 sur www.cairn.info par Anna-Corinne BISSOUMA (IP: 160.120.57.88)